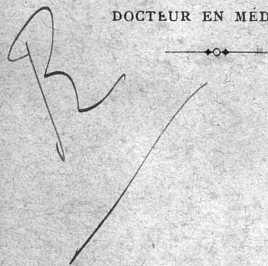


J. MAXWELL

AVOCAT GÉNÉRAL PRÈS LA COUR D'APPEL

DE BORDEAUX

DOCTEUR EN MÉDECINE



L'AMNÉSIE

ET

LES TROUBLES DE LA CONSCIENCE

DANS L'ÉPILEPSIE

BORDEAUX

IMPRIMERIE G. GOUNOUILHOU

9-11, rue Guiraude, 9-11

—
1903

a m. g. barde
homage anual
unawully

L'AMNÉSIE

ET

LES TROUBLES DE LA CONSCIENCE

DANS L'ÉPILEPSIE

T3A1

L'AMNÉSIE

ET LES

TROUBLES DE LA CONSCIENCE

DANS L'ÉPILEPSIE



PAR

J. MAXWELL

AVOCAT GÉNÉRAL PRÈS LA COUR D'APPEL DE BORDEAUX

DOCTEUR EN MÉDECINE



BORDEAUX

IMPRIMERIE G. GOUNOUILHOU

9-11, RUE GUIRAUDE, 9-11

1903

INDEX

INTRODUCTION	PAGES 9
------------------------	------------

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La mémoire est une fonction de la matière organisée. — La conscience. — Ses degrés. — Perception et aperception. — L'idée du <i>moi</i> . — L'objet et le sujet de nos perceptions. — Les images et la mémoire. — Les éléments de la mémoire. — Les troubles de la mémoire. — Les amnésies. .	15
---	----

CHAPITRE II

COMMENT SE MANIFESTE L'ÉPILEPSIE

Épilepsie motrice. — L'accès convulsif et l'amnésie lacunaire simple. — L'accès procursif et ambulatoire. — Épilepsie psychique. — Équivalents. — Épilepsies sensorielle et sensitive. — Hallucinations et illusions. — Classification des accès épileptiques.	27
--	----

CHAPITRE III

L'AMNÉSIE ÉPILEPTIQUE

§ I. L'ÉPILEPSIE AVEC AMNÉSIE.

L'amnésie épileptique n'est pas toujours lacunaire simple. — Formes de l'amnésie épileptique. — Amnésies lacunaires simples et rétrogrades. — Observations. — Amnésie antérograde. — Amnésie retardée. — Amnésie périodique . .	36
---	----

§ 2. L'ÉPILEPSIE SANS AMNÉSIE.

PAGES

L'amnésie n'est pas constante dans l'épilepsie. — Les souvenirs sont généralement incomplets et indistincts. — Leur conservation relative s'observe surtout dans les états crépusculaires. 57

CHAPITRE IV

CONSIDÉRATIONS ANALYTIQUES

§ 1. L'AMNÉSIE ET LA NATURE DE L'ÉPILEPSIE.

Analogie entre l'amnésie épileptique et l'amnésie hystérique. — L'épilepsie se comporte comme l'hystérie vis-à-vis de la mémoire. — L'épilepsie et les psychoses d'auto-intoxication 60

§ 2. L'AMNÉSIE ET L'ÉTAT DE LA CONSCIENCE.

I. Position de la question. — Rapports entre l'amnésie et la forme de l'accès. — Rapports entre l'amnésie et les troubles de la conscience. — Amnésie rétrograde. — Amnésie et inconscience. — Inconstance de l'amnésie. 67

II. Inconscience et paraconscience. — L'amnésie n'indique pas l'absence de toute conscience. — Définition de la conscience. — Perception, aperception et conscience. — La notion du *moi* et la conscience personnelle. — Degrés de la conscience personnelle. — Troubles de la conscience personnelle. 79

III. Incoordination motrice et psychique. — La conscience dans le rêve et dans l'épilepsie. — États crépusculaires et fugues épileptiques. — L'amnésie varie avec la notion de la participation personnelle. — Personnalités secondes épileptiques 87

IV. La forme de l'amnésie n'indique pas quel a été l'état de conscience. — Amnésies complètes et incomplètes . . . 116

CHAPITRE V

MÉCANISME PSYCHOLOGIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE L'AMNÉSIE ÉPILEPTIQUE

§ 1. PSYCHOLOGIE DE L'AMNÉSIE.

PAGES

Mécanisme psychologique de l'amnésie lacunaire simple fonctionnelle. — Défaut de synthèse personnelle ou synthèse anormale. — Rôle de l'association. — Amnésie antérograde. — Retour de la mémoire. — Amnésies rétrogrades organiques et fonctionnelles. 121

§ 2. PHYSIOLOGIE DE L'AMNÉSIE.

Mécanisme physiologique de l'amnésie. — Anatomie pathologique de l'épilepsie. — Ses rapports avec l'amnésie. — Amiboïsme de la cellule nerveuse. — L'amnésie et l'irrigation cérébrale. — Essai d'interprétation anatomo-physiologique des amnésies épileptiques. 134

CHAPITRE VI

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

§ 1. GÉNÉRALITÉS.

Capacité civile. — Interdiction. — Responsabilité civile et pénale. — États chroniques et passagers. — Preuve. . . 146

§ 2. AMNÉSIE LACUNAIRE SIMPLE.

Importance médico-légale de l'amnésie. — Accès psychomoteur. — Accès psychique et sensoriel. — Délires. — Impulsions. — États crépusculaires. — L'irresponsabilité de l'épileptique se présume en matière criminelle. — La responsabilité se présume, au contraire, en matière civile. — Capacité civile. — Interdiction. — Amnésie temporaire. 152

	PAGES
§ 3. AMNÉSIE RÉTROGRADE.	
Distinction entre les amnésies rétrogrades s'étendant sur une période d'état crépusculaire ou de conscience normale. — Assimilation de l'amnésie rétrograde à l'amnésie simple dans le premier cas. — Sa signification dans le second cas.	173
§ 4. AMNÉSIE ANTÉROGRADE.	
Amnésie antérograde progressive ou non progressive, permanente ou temporaire. — Rareté de l'amnésie antérograde permanente et progressive, sauf dans la démence épileptique. — Interdiction	175
§ 5. AMNÉSIE RETARDÉE.	
Importance médico-légale de l'amnésie retardée. — Aveux et dénégations successifs. — L'amnésie retardée peut faire soupçonner à tort la simulation	178
§ 6. PRESCRIPTION.	
L'épileptique ne peut être jugé tant que son amnésie dure. — Prescription criminelle. — Observation	181
§ 7. TÉMOIGNAGE DES ÉPILEPTIQUES AMNÉSIQUES.	
Épileptiques plaignants ou témoins. — Dangers que présente leur amnésie. — Fractures spontanées dans les accès épileptiques.	184
§ 8. SIMULATION.	
Diagnostic de l'épilepsie. — Amnésie retardée. — Exécution dans l'accès d'un acte antérieurement projeté. — Explications qu'imagine l'épileptique amnésique. — Exemple de simulation. — Observation sur le rapport des experts	187
CONCLUSIONS	193
BIBLIOGRAPHIE	195

INTRODUCTION

J'avais songé à présenter un travail d'ensemble sur les amnésies lacunaires, mais les dimensions qu'atteignait mon manuscrit ne me l'ont pas permis. Une thèse de médecine doit être, en effet, l'étude d'une question particulière, controversée ou mal connue : on doit y soutenir une opinion, proposer une solution et l'appuyer par quelques exemples bien choisis. L'étude des amnésies, en général, se prête mal à cette forme nécessaire, car elle soulève trop de questions difficiles. Je me propose, si les circonstances le permettent, de consacrer un livre spécial à leur analyse et je me bornerai à soumettre à l'Université une partie seulement des matières que j'ai dû étudier. J'ai choisi comme sujet l'amnésie épileptique. Elle a été observée dès les temps les plus reculés; elle présente cependant encore bien des obscurités. Sa fréquence et l'importance qu'elle présente en médecine légale me paraissent justifier ce choix. J'ai cru que les études juridiques, auxquelles j'ai consacré de longues années déjà, me préparaient à traiter utilement une partie au moins de mon sujet. J'ai remarqué à maintes reprises combien les médecins, peu familiarisés avec les théories du droit et les précisions techniques du langage juridique, confondaient facilement la responsabilité civile et la responsabilité pénale, choses cependant bien différentes entre elles. Les règles applicables à la capacité de tester ou de contracter ne sont pas tout à fait identiques à celles qui doivent guider le juge dans l'appréciation de la culpabilité. Faire connaître aux médecins experts chargés d'analyser l'état mental d'un épileptique

amnésique les points sur lesquels ils doivent faire plus spécialement porter leur examen me paraît un travail de nature à leur rendre moins difficile leur délicate mission. J'ajouterai que l'analyse des conditions dans lesquelles fonctionne la conscience de l'épileptique, la recherche des rapports qui doivent certainement exister entre les troubles de sa conscience et l'amnésie ultérieure, présentent, au point de vue des études psychologiques, un attrait auquel je n'ai pas résisté.

Enfin, et c'est surtout vrai en matière criminelle, les malades auxquels les tribunaux ont le plus souvent affaire sont justement les épileptiques. Tout concordait donc pour déterminer mon choix : j'espère qu'il rencontrera l'approbation des hommes éminents auxquels je sou mets mon travail.

Je ne veux pas, au moment où j'accomplis le dernier acte de ma vie d'études médicales, me dérober à l'ancienne coutume qui astreint le futur médecin à rappeler ses travaux et à remercier ses maîtres. Les six années passées auprès des esprits distingués qui m'ont initié, tardif élève, aux arcanes de la médecine ont eu pour moi un inexprimable charme. Les durs travaux du P. C. N. m'ont eux-mêmes vivement intéressé, bien que je n'aie pas toujours saisi leur connexion avec la science médicale. J'ai apprécié toutefois la haute valeur des professeurs ou des maîtres dont j'ai écouté les leçons. Les nécessités d'une exigeante profession ne m'ont pas permis de suivre comme je l'aurais désiré les cours de la Faculté de médecine. J'ai dû y suppléer par des livres : ceux-ci n'ont jamais l'intérêt de la leçon orale.

Mais c'est plus particulièrement aux maîtres dans le service desquels j'ai été placé que doivent aller mes amicaux remerciements. M. Pousson d'abord, qui a guidé, avec son ordinaire bonté et sa science profonde, mes premiers pas de stagiaire étonné, j'allais dire égaré dans des voies bien spéciales; puis M. Lande, esprit brillant et universel, cœur chaud et généreux. Dans son service, j'ai retrouvé ma vieille connaissance la médecine légale; M. Arnozan ensuite

dont l'érudition prompte, variée, prudente, était toujours prête à satisfaire mon inlassable curiosité; M. Boursier, enfin, savant chirurgien et homme excellent, dans le service duquel j'ai vu tant de cas intéressants pour un magistrat.

La troisième année m'a ouvert les portes sacrées des cliniques. J'ai suivi le service de M. Demons, admiré la délicate et rapide sûreté de sa main, entendu ses leçons à la forme élégante et aux enseignements pratiques; j'ai, enfin, pénétré dans le sanctuaire de la neurologie et écouté les doctes et attrayantes cliniques de M. Pitres. La meilleure preuve que je puisse donner de l'intérêt que ce service a eu pour moi, c'est de dire que je me suis fixé définitivement auprès de M. Pitres. Les plus délicats problèmes de la psychologie morbide sont abordés par ce savant avec une science, une sincérité et une précision d'analyse qui sont des plus instructives pour le magistrat.

A MM. Demons et Pitres je joindrai deux maîtres dont j'ai suivi les leçons sans avoir eu l'honneur d'appartenir à leur service : M. Lanelongue, orateur accompli autant que chirurgien habile et clinicien consommé; M. Picot, célèbre aussi bien par la science avec laquelle il analyse le cœur humain que par son esprit et sa verve.

M. Lefour, orateur impeccable autant qu'habile opérateur lui aussi, m'a fait connaître les secrets de l'obstétrique. Son service est l'un de ceux qui ont le plus de contact avec la médecine légale, car les avortements et les infanticides sont parmi les crimes les plus ordinaires. M. Bergonié a été pour moi un guide sûr, un maître intéressant, et son service m'a retenu deux fois tant je trouvais à y apprendre. J'ai eu l'honneur de suivre également le service de M. Badal, mais ce savant maître a eu en moi un bien mauvais élève. Il a dû me voir d'un œil sévère.

A ces noms je joindrai plus particulièrement celui de M. Régis, esprit clair et pénétrant, psychologue délicat et observateur sagace; j'ai trouvé auprès de cet homme distingué un secours constant et efficace dans les études diffi-

ciles où je m'étais engagé. J'y ajouterai celui de M. Morache, philosophe indulgent et médecin savant, qui a bien voulu se joindre à MM. Pitres, Régis et Rondot pour faire partie du jury de ma thèse, et celui de M. Ferré, bactériologiste éminent, qui m'a donné de précieux conseils et m'a ouvert son laboratoire.

Bien d'autres encore devraient être cités ici, mais je dois me limiter; que tous ceux auprès de qui j'ai rencontré tant d'affabilité et d'obligeance reçoivent mes sincères remerciements.

Ce n'était pas sans appréhension que je m'étais mêlé au jeune monde des étudiants. J'ai trouvé en eux d'aimables condisciples et je tiens à leur dire combien j'ai été sensible à leur courtoisie.

Je voudrais, en terminant, exprimer un vœu. Les études médicales et les études de droit ont un point commun, un domaine indivis où leurs enseignements se complètent l'un par l'autre: c'est la médecine légale. Aujourd'hui, où l'on réforme avec tant de sollicitude et d'intelligence notre enseignement supérieur, pourquoi n'a-t-on pas songé à faire suivre, en quatrième année par exemple, quelques leçons de droit simples et pratiques aux futurs médecins? D'autre part, les étudiants en droit *devraient* suivre certains cours de la Faculté de médecine, celui de médecine légale notamment. Ils devraient aussi fréquenter la clinique des maladies mentales et nerveuses et suivre une partie de la clinique obstétricale, dans les leçons relatives à l'avortement, à la grossesse et à l'accouchement tout au moins. Il me semble très difficile aujourd'hui que l'avocat ou le magistrat puisse se passer de quelques notions élémentaires sur ces matières qu'il aura si souvent à traiter dans ses plaidoiries, ses réquisitoires ou ses conclusions, ses arrêts ou ses jugements. Que d'extraordinaires allégations leur deviendraient impossibles! L'on n'entendrait plus, par exemple, un avocat en Cour d'assises, après avoir décrit les difficultés de l'accouchement dans la présentation du siège, faire un tableau plus émouvant encore des périls de la présentation du sommet.

Malheureusement, les tendances de notre éducation moderne ne paraissent pas être dans ce sens. On se spécialise de plus en plus, au barreau comme dans la médecine. C'est un bien, à beaucoup d'égards, c'est peut-être même une nécessité. Les vastes éruditions comme celles des savants du XVI^e siècle deviennent de plus en plus rares. La science humaine commence à être trop vaste pour qu'un seul cerveau la contienne.

L'AMNÉSIE

ET

LES TROUBLES DE LA CONSCIENCE DANS L'ÉPILEPSIE

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La mémoire est une fonction de la matière organisée. — La conscience. — Ses degrés. — Perception et aperception. — L'idée du « moi ». — L'objet et le sujet de nos perceptions. — Les images et la mémoire. — Les éléments de la mémoire. — Les troubles de la mémoire. — Les amnésies.

Je n'ai pas l'intention de reprendre en détail l'examen de l'acte psychologique de la mémoire. On est aujourd'hui d'accord pour reconnaître que la fonction mnésique, pour employer l'expression de Pitres, est une fonction générale de la matière organisée¹. Nous ignorons complètement les conditions anatomiques et physiologiques qui en sont le fondement. Tout ce que nous pouvons dire c'est que l'étude de

¹. Voyez, à ce sujet, Richet, *Essai de psychologie générale*, et les *Origines et les Modalités de la mémoire* (*Revue philos.*, 1886, I, 561). — Pitres (*L'Aphasie amnésique*, 38) n'admet pas que la mémoire soit une propriété générale des cellules nerveuses. Il a raison pour l'acte mnésique complet. La mémoire et la *revivabilité* de l'image sont choses différentes si l'on examine le souvenir parfait. Mais celle-ci est la condition de celle-là ; elle en est le premier terme, le souvenir parfait en est le dernier. Je prends le mot *mémoire* dans son sens le plus large.

L'anatomie comparée nous révèle qu'au point de vue physiologique, la matière organisée vivante jouit, dans la série animale, de deux propriétés fondamentales : l'irritabilité et la contractilité. On les trouve réunies dans les organismes inférieurs (protozoaires, mésozoaires); la cellule est à la fois irritable et contractile; puis la division du travail se fait; dans la cellule elle-même, une partie devient contractile et l'autre plus spécialement irritable : telles sont, par exemple, les cellules myo-épithéliales de Kleinenberg (hydre). Plus tard, la spécialisation se marque davantage et les cellules nerveuses, irritables, se séparent des cellules musculaires contractiles. Les premières s'organisent en systèmes plus ou moins coordonnés, les autres en masses. Les ganglions et les filets nerveux sont affectés à la perception des impressions extérieures et à la mise en mouvement des masses musculaires.

La concentration et la hiérarchisation des cellules nerveuses atteint son degré le plus élevé dans l'homme, où le cerveau joue un rôle prépondérant; la mémoire, cette obscure propriété de la matière organisée, devient, dans certaines circonstances, chez les animaux supérieurs peut-être, en tout cas, certainement, chez l'homme, consciente. La conscience, dont j'aurai plus loin l'occasion d'analyser plus complètement les éléments, n'est probablement pas un phénomène surajouté aux perceptions, une qualité nouvelle qui vient les modifier brusquement. Elle paraît être, au contraire, un élément de ces perceptions, susceptible de se montrer à divers degrés de développement.

La nature ne semble pas procéder par brusques saccades, mais avec lenteur et par une progression mesurée. C'est une loi que l'observation confirme : nous en trouvons la manifestation la plus significative dans l'évolution des êtres vivants; chez les vertébrés, notamment, nous pouvons suivre la complication croissante du système nerveux, de l'encéphale surtout auquel paraissent réservées les fonctions

les plus élevées de la vie psychique. Il est permis de croire que la complication graduelle du cerveau n'est que l'expression anatomique de la complexité progressive de celles-ci; la conscience est l'une de ces fonctions; elle doit se développer de la même manière que le système nerveux, c'est-à-dire par degrés. Il n'y a sans doute pas des phénomènes inconscients et des phénomènes conscients qui s'opposent brutalement les uns aux autres; une série indéfinie d'états intermédiaires les réunit¹.

La conscience est accessible à l'observation par l'analyse interne de nos pensées; cette méthode a été employée d'une manière exclusive par l'ancienne psychologie qui nous a laissé des systèmes complets fondés sur l'introspection, c'est-à-dire sur l'analyse interne subjective.

Comment se manifeste subjectivement la conscience? Sans aborder une discussion qui sera plus utilement présentée ailleurs, nous pouvons considérer, avec Leibniz, que la conscience, dans le sens habituellement donné à ce mot, est le sentiment que nous avons que telle perception est éprouvée par *nous*. C'est à peu près l'aperception du philosophe allemand. L'intervention de la notion de la personnalité, du *moi*, est donc le degré supérieur de la conscience; c'est la conscience personnelle. C'est elle que nous révèle l'analyse subjective.

Si nous résumons, en effet, les données que nous fournit l'introspection, nous arrivons aux conclusions suivantes : il y a des objets extérieurs qui frappent nos sens; les impressions ainsi faites, formes, couleurs, sons, odeurs, saveurs, sensations tactiles ou cénesthésiques forment la matière de nos perceptions; la perception se résume en deux termes : un objet extérieur à nous-mêmes qui fait une impression sur nos sens et nous-mêmes qui ressentons cette impression;

1. William James n'admet pas que la conscience soit composée. Voyez *Principles of psychology*, chap. X. — Schopenhauer, II, chap. XX. Voyez aussi H. Spencer I, 149 et Myers, *The subliminal consciousness in Proceedings of the Society for psychical research*, VII, 299.

un objet perçu, un sujet qui perçoit. Ce sujet nous paraît être toujours le même; c'est lui qui constitue notre personnalité, notre moi.

Le moi n'est que la trame continue sur laquelle se brodent en quelque sorte les impressions diverses que nous éprouvons. Pénétrons-nous plus profondément dans la nature de cette notion du moi, nous arrivons à croire qu'elle n'est probablement que la synthèse de toutes nos perceptions antérieures. En effet, chaque fois qu'une nouvelle impression visuelle, auditive, cénesthésique, etc., est perçue, nous l'opposons immédiatement à la somme de nos perceptions précédentes. Nous portons un premier jugement, c'est que l'impression est perçue par notre personnalité. Nous ne disons pas « quelqu'un sent », mais « je sens ». Nous jugeons : 1^o que la nouvelle sensation est éprouvée par l'être déjà impressionné par les sensations antérieures, 2^o que nous connaissons par notre propre expérience ces sensations et ces impressions passées.

L'analyse interne ne nous mène pas plus loin. Elle aboutit à ces deux éléments irréductibles, nous-mêmes et le monde extérieur que nous percevons. Celui-ci agit sur nous; nous réagissons à notre tour contre son action; cette opposition perpétuelle de deux éléments qui nous paraissent, toutes proportions gardées, comparables l'un à l'autre, est l'origine de l'idée hermétique du macrocosme et du microcosme, de même que la certitude apparente de notre moi et de ses opérations est l'origine et le fondement des doctrines cartésiennes.

Mais les données que l'analyse subjective seule ne pouvait nous assurer, l'observation des altérations pathologiques de l'entendement humain, c'est-à-dire l'analyse objective des autres sujets, nous les ont fournies. Nous avons pu nous rendre ainsi compte de l'exactitude probable des idées que j'exprimais sur la genèse de l'idée du moi.

L'analyse psychologique des états seconds de l'hystérie montre, par exemple, que les variations dans la somme

totale des souvenirs utilisables par la conscience personnelle, c'est-à-dire de nos perceptions passées conscientes, correspondent à une variation dans la personnalité. Ces dédoublements de la personnalité nous permettent donc de penser que l'ensemble des souvenirs disponibles, à un moment donné, est un des facteurs principaux de la notion du moi.

Si nous analysons plus complètement cette notion, nous reconnaitrons qu'elle répond psychologiquement à l'unité physiologique du corps. Les diverses impressions perçues par nous le sont par l'intermédiaire de nos fonctions sensitives; elles sont élaborées dans notre cerveau. Le phénomène principal par lequel se traduit ce travail cérébral est justement la conscience personnelle. Son unité apparente n'est que l'expression psychologique de l'unité de notre cerveau. Nous ignorons, en réalité, la nature des conditions physiologiques qui sont nécessaires à l'existence de la conscience personnelle. Ribot et Sollier pensent que l'intensité d'une perception et sa durée se trouvent au nombre de ces conditions nécessaires. Il en est ainsi d'habitude, mais on peut trouver des exemples d'impressions très fugaces et très faibles, accompagnées de conscience et d'impressions intenses et longues inaperçues. Il me semble donc prématuré d'affirmer l'existence de conditions déterminées, en dehors desquelles la conscience ne peut pas exister. Il y a d'autres éléments que la durée ou l'intensité d'une impression dans sa constitution; une réceptivité plus grande du sujet, spontanée ou volontaire, due à des sentiments divers ou à l'attention, contribue à la déterminer autant que la durée ou l'intensité plus grande de l'impression.

S'il nous est difficile d'analyser complètement les conditions de la conscience, nous constatons cependant un fait, c'est que, malgré sa complexité certaine, la conscience nous apparaît comme l'unité la plus accessible que nous percevions. Bien des raisons portent à penser que cette unité

n'est qu'une illusion, mais ces raisons échappent à notre expérience habituelle; la conscience pour elle se traduit par l'affirmation de l'unité et de la continuité; nous les exprimons par le mot *moi*. Notre moi, notre personnalité, forme la chaîne où s'accrochent nos perceptions, se succédant l'une à l'autre dans le temps. Toutes ces perceptions sont essentiellement complexes, multiples et variables; la conscience, c'est-à-dire la personnalité qui les enregistre, nous apparaît comme une et comme continue. Elle apporte dans la série changeante des impressions cette unité permanente, elle oppose les impressions perçues à la conscience qui les perçoit, et fait la synthèse de ces deux éléments nécessaires. Cette synthèse est l'aperception.

Pour être complète, elle doit coordonner l'impression perçue à la masse des perceptions déjà enregistrées. Cette coordination se fait d'abord en série : à la masse des images emmagasinées par nous s'ajoute, à son rang, l'image nouvelle¹.

Mais cette image, ainsi placée entre celles qui l'ont précédée et celles qui l'ont suivie, n'a de véritable unité que par rapport à notre personnalité. Nous ne pouvons percevoir, en effet, à la fois qu'un état de conscience, c'est-à-dire faire cette synthèse entre les objets perçus et notre personnalité qui les perçoit, entre l'objet et le sujet; c'est parce que nous ne percevons à la fois qu'un état de conscience que nous arrivons à classer par ordre de dates ces états successifs; leur individualité, leur unité, permet seule de les ordonner en série.

Mais, en réalité, la perception unique éprouvée est formée d'éléments divers; si c'est une perception de la vue, elle se localise dans l'espace, elle a des qualités de forme et de couleur spéciales, s'accompagne des impressions sensorielles concomitantes de l'ouïe, du goût, du toucher, elle a des connexités avec certaines personnes, des rapports

1. C'est l'assimilation psychologique de Janet.

avec l'état de notre sensibilité. Ces différentes circonstances sont innombrables; chacune d'elles peut être considérée isolément, *abstraction* faite des autres. Il en résulte que nous trouvons dans la masse des images anciennes une foule de circonstances communes à un grand nombre d'entre elles et une quantité d'autres qui ont des rapports de ressemblance ou d'opposition. Ces rapports divers, contiguïté dans le temps ou dans l'espace, états semblables de notre sensibilité, de notre émotivité, qualités semblables, analogues ou même opposées des images, créent entre celles-ci des liens, des associations par lesquelles elles se groupent en séries nombreuses, les unes dépendant des autres.

Ces images emmagasinées sont les souvenirs, leur ensemble est la mémoire personnelle, les liens, les *associations* qui les unissent entre elles sont une des conditions de leur systématisation et de leur utilisation ultérieure.

Pour que la personnalité puisse, en effet, utiliser ces souvenirs, il est nécessaire qu'elle ait le pouvoir de les rappeler à la conscience. Lorsque le sujet perçoit ce nouvel état de conscience, provoqué non plus par une perception, une présentation, mais par une image, une représentation, il doit le reconnaître comme un souvenir. Cette reconnaissance se fait, d'ordinaire, aisément. L'image n'a pas l'intensité de la perception due à une cause extérieure à l'entendement: elle est accompagnée de circonstances de temps et de lieu qui permettent de la localiser et de l'identifier.

Le fonctionnement de la mémoire exige des processus physiologiques parallèles à ces opérations psychologiques. L'impression perçue est fixée, c'est-à-dire qu'il se produit dans la cellule cérébrale ou dans ses prolongements une modification quelconque.

La nature de cette modification nous est inconnue, mais on peut affirmer qu'elle existe et qu'elle constitue la

condition anatomique de la fixation de l'image¹. C'est le premier élément de la mémoire.

La permanence ou la durée de cette modification, véritable enregistrement de la perception éprouvée, est la cause de la conservation du souvenir; c'est le deuxième élément de la mémoire.

La possibilité de reproduire volontairement, c'est-à-dire de faire reparaître dans le champ de la conscience les images de perceptions anciennes, de les évoquer, est le troisième terme du fonctionnement de la mémoire. Je n'ai pas à examiner en détail les conditions dans lesquelles ce fait psychologique se réalise. Je me bornerai à indiquer que les liens d'association que les images contractent entre elles y jouent un rôle considérable. Dans certains cas, et sous l'influence de causes diverses, notamment par le jeu spontané de l'association, les images peuvent se présenter d'elles-mêmes à l'esprit.

Que l'image ait été volontairement évoquée ou qu'elle se soit reproduite sans la participation de la volonté, elle ne constitue un fait de mémoire que lorsqu'elle offre certains caractères permettant de la reconnaître comme un souvenir complet, localisé et identifié, ou comme une réminiscence non identifiée. Cette reconnaissance est le quatrième facteur de la mémoire.

Lorsque le fonctionnement de celle-ci est altéré dans l'un des trois premiers éléments ci-dessus décrits, on constate un trouble quantitatif de la mémoire : une amnésie. Si l'alté-

1. Ces idées sur les conditions anatomiques de la mémoire ont été exprimées dès 1760 par Bonnet. Dans son *Essai analytique sur les facultés de l'âme*, il indique déjà que le souvenir doit s'expliquer par une modification de la fibre nerveuse qui, moins perméable à la première impression qu'elle reçoit, le devient davantage pour une seconde. Cet amoindrissement dans la résistance qu'oppose la fibre nerveuse à l'impression renouvelée permet à « l'âme » de reconnaître que la sensation perçue a déjà été éprouvée. Chaque fibre est affectée à une espèce déterminée de sensation. L'association des idées a pour condition une association des fibres cérébrales, qui contractent entre elles des rapports physiques comparables aux rapports psychologiques des idées les unes avec les autres. Voyez aussi Hering, *Ueber das Gedächtniss*, discours à l'Académie des sciences de Vienne, 30 mai 1870 (Karl Gerold's Sohn, Vienne).

ration se manifeste, au contraire, dans le dernier, c'est un trouble qualitatif qu'on observe, une paramnésie.

Tels sont, sommairement analysés, les faits fondamentaux de la mémoire. On peut en conclure que la fonction mnésique présente quatre phases :

1° L'image doit être fixée : fixation.

2° Une fois fixée, elle doit être conservée : conservation.

3° Conservée, elle doit pouvoir être reproduite : reproduction, évocation, recollection.

4° Reproduite, elle doit être reconnue et identifiée : reconnaissance, identification, localisation.

De même que les conditions physiologiques de la conscience sont ignorées, de même celles qui déterminent la mémoire sont inconnues. Diverses théories ont été proposées. Une des premières qui méritent de fixer l'attention est celle de Ribot. Ce philosophe considère la fixation et la conservation des souvenirs comme dépendant de la nutrition du cerveau; l'état de la circulation régirait plus spécialement, au contraire, les phénomènes de reproduction. On peut admettre dans une certaine mesure les idées de Ribot, bien que la nutrition soit elle-même étroitement dépendante de la circulation.

Kussmaul¹, Legrand du Saulle² ont indiqué les conditions physiologiques du fonctionnement de la mémoire. Elles peuvent se résumer en deux termes : intégrité du sang et du tissu nerveux. Il est bien évident que l'altération de l'un ou de l'autre de ces éléments a pour conséquence un trouble temporaire ou permanent dans les souvenirs. L'expérience montre que ces troubles se rencontrent dans l'épilepsie, l'hystérie, les maladies infectieuses, les traumatismes crâniens, les émotions vives.

On a adopté diverses classifications pour les altérations de la mémoire. Dès 1797, Savages distinguait étiologiquement

1. *Les Troubles de la parole.*

2. *Gaz. des hôp.*, 1884.

quinze classes d'amnésie; Louyer Willermay, Calmeil, Falret, mais surtout Voisin, Ribot, Legrand du Saulle, Rouillard, Janet, Pitres, Sollier, en ont proposé un certain nombre. Elles se ressemblent d'ailleurs : les unes sont étiologiques, les autres anatomo-pathologiques, d'autres, enfin, purement psychologiques. Ce n'est pas le lieu de les reproduire toutes. Elles sont, au surplus, bien connues. On peut dire que les troubles de la mémoire peuvent se classer, suivant ces divers points de vue, de la manière suivante :

1° Étiologiquement :

- | | | |
|-------------------------------|---|----------------------------------|
| Amnésies
et
Dysmnésies. | } | traumatiques. |
| | | hystériques. |
| | | épileptiques. |
| | | infectieuses. |
| | | toxiques. |
| | | anémiques. |
| | | organiques (lésions cérébrales). |
| Hypermnésies. | | |
| Paramnésies. | | |

2° Psychologiquement (Ribot, Sollier, Pitres) :

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| Dysmnésies . | { | de fixation. |
| Amnésies . . . | { | de conservation. |
| Dysmnésies, amnésies ou hypermnésies de reproduction. | | |
| Paramnésies. | { | de certitude. |
| | | de localisation ou d'identification. |

3° Cliniquement ou morphologiquement :

- | | | | | | |
|--------------------|---|------------------------|---|---------------------------|-------------------------------|
| Dysmnésies. | | | | | |
| Amnésies . . . | } | lacunaires simples . | { | permanentes. | |
| | | | | temporaires. | |
| | | rétrogrades | } | passagères ou permanentes | |
| | | antérogrades | | | (lacunaires) et progressives. |
| | | rétro-antérogrades . | | | } |
| (mixtes) | | | | | |
| | | périodiques. | | | |
| Hypermnésies. | | | | | |
| Paramnésies. | | | | | |

De ces trois classifications je préfère la dernière. Je n'ai pas cité les classifications dans le genre de celle de Legrand du Saulle, parce que les altérations anatomo-pathologiques

dans les troubles de la mémoire ne sont pas connues d'une manière suffisante.

La classification que j'appelle psychologique est très élégante; mais pouvons-nous être certains que l'amnésie constatée au lit du malade est une amnésie de conservation ou de reproduction? Rien ne nous permet de préciser le temps de la mémoire sur lequel porte le trouble observé, sauf pour certaines amnésies fonctionnelles. La classification étiologique est la moins pratique; une amnésie constatée à la suite d'un traumatisme crânien peut être hystérique ou épileptique et non traumatique. La notion de cause, importante pour le diagnostic et le traitement, ne peut servir à établir une classification acceptable, car elle sépare des amnésies cliniquement identiques.

La forme que revêt l'amnésie est, au contraire, plus facile à constater : c'est un fait d'observation. La forme de la maladie est importante au point de vue du diagnostic; la progressivité est, par exemple, un signe alarmant.

De plus, comme j'espère le démontrer dans une autre étude, la morphologie des amnésies en permet un classement répondant assez exactement à leur étiologie.

Les amnésies simple et rétrograde caractérisent les violentes commotions cérébrales, traumatisme, émotion, épilepsie.

L'hystérie offre ce type d'amnésie; on y rencontre aussi l'amnésie périodique et l'amnésie antérograde.

Cette dernière s'observe toujours dans les maladies infectieuses. Dans l'épilepsie, on la rencontre quelquefois.

Progressive, la maladie indique une lésion de l'encéphale ou de ses enveloppes.

Les causes qui déterminent l'apparition immédiate ou tardive de l'amnésie, c'est-à-dire aussitôt après l'accident, ou à une époque plus ou moins éloignée de lui, nous sont mal connues; l'amnésie retardée se rencontre spécialement dans l'épilepsie ou le traumatisme.

Ces indications, que j'espère compléter plus tard, sont

significatives. Je me bornerai à faire remarquer, dès à présent, le rang intermédiaire que l'épilepsie, au point de vue de l'amnésie, occupe entre les commotions cérébrales et les infections ou intoxications; enfin, l'hystérie se rapproche encore plus de ces dernières. Cette observation, facile à contrôler, confirme des vues originales déjà exprimées par Régis sur la nature de ces névroses¹.

Les paramnésies et les hypermnésies sont étiologiquement obscures: les premières paraissent le plus souvent liées à l'épuisement cérébral, les secondes sont quelquefois associées à des états fébriles ou congestifs.

Les amnésies que l'on observe dans l'épilepsie feront seules l'objet de la présente étude.

¹. Voyez notamment Régis, *Les Psychoses d'auto-intoxication* in *Arch. de neurol.*, 1899, I, 278. — Voyez aussi le compte rendu du Congrès des aliénistes et neurologistes à Marseille, 1899, et P. Richer, *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie*, ch. IX. L'analogie entre les délires hystériques et certains délires toxiques avait été indiquée par l'École de Charcot. « Il existe entre les troubles intellectuels et sensoriaux de la grande hystérie et les effets produits sur l'intelligence par l'absorption de diverses substances toxiques, des analogies vraiment saisissantes. Je n'ai pas le dessin de forcer le raisonnement et de conclure des ressemblances extérieures à une identité de nature » (Richer).

CHAPITRE II

COMMENT SE MANIFESTE L'ÉPILEPSIE

Epilepsie motrice. — *L'accès convulsif et l'amnésie lacunaire simple.*
— *L'accès procursif et ambulatoire.* — *Epilepsie psychique.* — *Équivalents.* — *Epilepsies sensorielle et sensitive.* — *Hallucinations et illusions.* — *Classification des accès épileptiques.*

Avant d'examiner les différents aspects que l'amnésie peut présenter dans l'épilepsie, il est nécessaire de résumer brièvement les caractères de cette maladie. Ces caractères sont très variables, l'accès épileptique étant susceptible d'affecter des formes très différentes; la plus simple, la plus fréquente et, par conséquent, la plus anciennement connue est la crise convulsive. On la trouve signalée par les médecins de l'antiquité, par Hippocrate et par Galien. C'est le *morbus comitialis* ou *sacer* des Romains. Le malade, après une sensation particulière et de nature variable, appelée *aura*, pousse un cri, perd connaissance et tombe. D'abord, il est rigide et pâle; c'est la phase tétanique: les globes oculaires sont ramenés sous la paupière supérieure; puis la phase clonique survient: les membres sont agités par des mouvements saccadés; la figure se cyanose; les dents se serrent. Entre les lèvres, de la bave s'écoule; elle est souvent sanglante, car le malade se mord la langue; son urine s'échappe. Puis surviennent des convulsions qui se généralisent à tout le corps. Après une durée plus ou moins longue, l'accès cesse. Le malade s'endort, quelquefois sans revenir complètement à lui. Après un lourd sommeil, il se réveille avec de la céphalée et de la courbature. Il n'a aucun souvenir de la crise elle-même; fréquemment, mais pas toujours,

il se rappelle l'aura qui l'a précédée. C'est le type de l'amnésie lacunaire simple.

L'accès n'est pas toujours une simple attaque de nerfs, une série de mouvements incoordonnés. Il peut présenter une forme moins classique : l'épileptique, au lieu de tomber sans connaissance, se met à marcher et à courir droit devant lui; il paraît inconscient, car les obstacles qu'il rencontre sur sa route ne paraissent pas éveiller son attention; il ne les évite pas, tombe dans les fossés, les mares ou les rivières, se heurte à des arbres, à des murailles, à des voitures en marche. Cette forme procursive de l'accès a été décrite dès 1581 par Thomas Erastus, professeur à l'Université de Bâle. On en trouve des exemples dans les écrits de deux auteurs bordelais, P. Brescon et Caillau. Bourneville et Bricon en ont donné une excellente monographie dans les *Archives de neurologie*¹.

Une observation plus attentive permet encore d'aller plus loin. On remarqua que certains malades, au lieu de marcher comme des êtres privés de raison, droit devant eux, sans éviter les obstacles du chemin, avaient, au contraire, l'air de voir et de reconnaître ces obstacles et s'en garaient; mais ces malades ont l'air absorbé, le regard généralement fixe; si on leur adresse la parole, ils ne paraissent pas comprendre, ni même quelquefois entendre, ce qu'on leur dit. Il y a dans cette forme de l'accès une coordination de mouvements plus grande que dans les précédents. Là, d'ailleurs, ne s'arrête pas la série progressive de ces actes coordonnés. On trouve des épileptiques qui exécutent des actions compliquées. Au lieu de marcher, ils partent en voyage, prennent leur billet de chemin de fer, font quelquefois leurs malles et se munissent de vêtements et de linge. Quelques-uns ont l'air concentré, une attitude bizarre, une allure anormale qui révèle le trouble de leur entendement. D'autres, au contraire, paraissent des voyageurs ordinaires

1. 1887-1888.

et rien dans leur manière d'être ne décèle la maladie qui les domine. Dans ces fugues épileptiques, nous rencontrons des degrés de plus en plus élevés de coordination des mouvements, d'appropriation à un but plus ou moins éloigné. En analysant leurs différents aspects, on constate donc une série ascendante, qui va des convulsions incohérentes au voyage le mieux ordonné en apparence. Les actes se compliquent de plus en plus dans cette série. Les convulsions ne révèlent que le désordre des centres nerveux : la fugue en ligne droite sans souci des obstacles montre que certains centres inférieurs peuvent encore fonctionner et régler les mouvements réflexes de la marche. C'est l'automatisme épileptique. Un degré plus complexe de cet automatisme se rencontre chez le malade qui évite les obstacles. Des réflexes supérieurs fonctionnent, notamment les mouvements associés des membres commandés par une impression visuelle. Enfin, si l'épileptique monte en voiture, en chemin de fer ou en bateau, prend son billet et le présente au contrôle, il accomplit une série d'actes que l'on ne peut plus considérer comme de simples réflexes, mais qui paraissent exiger, au contraire, l'intervention des centres nerveux les plus élevés.

A mesure que l'on observe une plus grande complication dans les mouvements exécutés, on remarque en même temps que l'amnésie n'est plus constante : nous aurons à rechercher les lois qui peuvent en régir les manifestations.

Il est toutefois une constatation qui s'impose, c'est que, dans les fugues combinées, coordonnées, que j'indiquais en dernier lieu, il n'est plus permis de parler d'automatisme inconscient. L'automatisme ne saurait expliquer des actes qui ne sont pas habituels.

Tels sont les différents caractères de la crise d'épilepsie motrice, allant, je le répète, de la convulsion incoordonnée à l'ensemble des actes les mieux coordonnés, de l'automatisme à l'impulsion consciente. L'apparition de la conscience est un facteur nouveau dans la crise comitiale; nous constatons

son association aux troubles épileptiques. Nous allons même voir que ceux-ci peuvent ne se faire sentir que dans la sphère psychique sans adjonction de troubles moteurs.

Ces crises psychiques, grand et petit mal intellectuel de Falret, épilepsie larvée de Morel, n'ont été reconnues que dans ces derniers temps¹. Elles se substituent à la crise motrice classique et en sont, suivant l'expression consacrée, des équivalents. Elles se présentent aussi sous les formes les plus diverses: la plus simple est celle de l'absence. Le malade a une très courte perte de connaissance, il ne s'en aperçoit généralement pas; il s'arrête au milieu d'un mot, d'une phrase, et reprend ensuite son mot et sa phrase inachevés au point où il les avait laissés.

Quelquefois l'absence se complique de légers troubles moteurs, tressaillements musculaires, grimaces, grognements, tics, ou d'un relâchement des muscles: par exemple, le malade laisse tomber les objets qu'il tient à la main.

Un degré plus marqué de l'accès se montre dans la syncope: le malade perd connaissance et s'affaisse sans troubles moteurs positifs marqués.

Dans l'absence et la syncope, il y a perte de connaissance et généralement amnésie. On a vu cependant, quelquefois, dans les absences un peu longue les malades répondre aux questions qui leur étaient posées, mais dans ces cas encore il y a ordinairement amnésie de l'absence et des opérations mentales réalisées au cours de sa durée. Il n'en est pas de même des vertiges: le malade éprouve ce qu'il appelle habituellement « un tournement de tête »; il doit s'appuyer ou s'asseoir pour ne pas tomber, mais il ne perd pas complètement connaissance. Il en est de même dans quelques formes, plus rares, où la crise se manifeste par une sorte de faiblesse musculaire passagère, allant de la simple lour-

1. Renaudin avait déjà fait cette remarque. Delasiauve (*Traité de l'épilepsie*, p. 440) résume ainsi sa pensée: « L'ébranlement épileptique n'avorte sous une forme que pour se traduire sous une autre, c'est-à-dire par l'aliénation, comme si le désordre mental se substituait à la convulsion qui n'a pu naître. » La véritable découverte des équivalents épileptiques paraît due à Renaudin.

deur des membres et de la difficulté des mouvements jusqu'à la sensation de paralysie.

Les formes que je viens de décrire sont toutes accompagnées de phénomènes psychiques et moteurs positifs ou négatifs, combinés à des degrés divers; elles ne constituent pas les seuls types de la crise ou de ses équivalents. On trouve, en effet, des épilepsies psychiques, sensorielles ou sensitives, dans lesquelles il n'y a pas de troubles moteurs primaires.

Les équivalents psychiques offrent la même variété que les formes psycho-motrices¹. L'une des plus communes est le *changement d'humeur*, sans trouble appréciable, au premier aspect tout au moins, de la conscience. Cette altération, qui joue quelquefois le rôle d'une *aura*, et qui est souvent constatée avant et après la crise proprement dite, peut se substituer à elle et se présenter isolément. Le malade devient d'ordinaire triste, défiant, irritable. Il a des idées de suicide, est querelleur et prompt à commettre des actes de violence. Il se rend compte de son état.

Souvent l'équivalent épileptique se présente sous la forme d'un accès de dipsomanie. On trouvera dans les *Archives de neurologie* (1892, II, p. 61) une observation très instructive de Souques. Ce médecin a soupçonné la nature comitiale des accès d'ivrognerie de son malade, qui, à la suite de ses excès de boisson, accomplissait des fugues conscientes; malgré l'absence d'amnésie consécutive, ces crises de dipsomanie et de déambulation étaient d'origine épileptique.

On pourrait encore considérer comme équivalents psychiques certains accès de kleptomanie et d'exhibitionnisme dont la nature comitiale paraît de plus en plus probable.

Un trouble plus apparent de la conscience se manifeste dans certains états épileptiques auxquels on a donné le nom heureux d'*états crépusculaires*, par allusion au jour douteux

1. On peut même rencontrer les équivalents sous la forme de pertes de mémoire périodiques. — Bechterew (*Ueber periodische Anfälle retroactiver Amnesie*, *Monatsch. für Psych. und Neurol.*, 1902) signale des accès périodiques d'amnésie rétrograde. C'est à comparer avec les cas d'écnésie de Kellner.

qui paraît éclairer la conscience. Comme les changements d'humeur, les états crépusculaires peuvent se présenter avant, pendant ou après les crises proprement dites, notamment les fugues, ou se montrer isolés : ils sont alors substitués à la crise. L'altération qui se montre dans la conscience est variable : le malade peut paraître insensible aux impressions extérieures ou y réagir d'une manière qui semble normale ; il peut avoir du délire ou même de l'aliénation mentale (folie épileptique).

Les troubles *sensoriels* proprement dits se montrent rarement seuls¹, si l'on en excepte la migraine ophthalmique, qui paraît souvent être un véritable équivalent épileptique. Les sensations lumineuses perçues sont, d'ailleurs, même en ce cas, accompagnées de céphalée. Associés aux accès ou aux états crépusculaires, les troubles sensoriels sont au contraire fréquents : ils font souvent fonction d'aura. Le malade, avant sa crise convulsive, a une hallucination visuelle ou auditive, sent une odeur, une saveur spéciales, ou éprouve certaines impressions tactiles. Dans les états crépusculaires, les hallucinations de toutes sortes sont fréquentes. Le malade entend des voix qui l'injurient, lui reprochent ses fautes, l'excitent contre quelqu'un, il a des visions terribles, effrayantes : se voit poursuivi par des ennemis, harcelé par des spectres ou des démons. On a noté que la couleur rouge domine fréquemment dans ces hallucinations visuelles. D'autres troubles olfactifs, gustatifs, tactiles, peuvent être observés. La conscience du malade est évidemment très altérée ; dans les cas les plus graves, elle ne paraît pas fonctionner.

1. On a observé, cependant, des cas où l'hallucination peut se présenter comme phénomène isolé. Voyez, à ce sujet, deux observations citées par Féré, p. 468 et suiv. (obs. XC et XCI). L'un de ces malades, après une crise convulsive, eut des hallucinations tactiles sans troubles psycho-moteurs ; il éprouvait la sensation d'un corps étranger dans la main gauche, mais savait que cette impression ne correspondait à aucune cause réelle. L'autre avait des hallucinations visuelles, qui paraissent s'être produites isolément. Elle voyait un chien blanc qui sautait. Cette hallucination était localisée dans l'œil gauche. La malade ne se trompait pas sur la nature de cette impression.

L'existence d'hallucinations de nature épileptique sans trouble intellectuel me paraît justifier le groupement des épilepsies sensorielles en un système séparé des épilepsies psychiques dans lesquelles la conscience personnelle est altérée.

Il y a cependant, dans les troubles sensoriels épileptiques, une gradation. Ils se présentent sous des formes variées, avec des degrés inégaux d'intensité. Nous trouvons là encore cette complexité, cette variété, qui est le caractère essentiel des phénomènes de la vie et qui en rend si malaisée la réduction à des types bien définis.

Les hallucinations ne sont, en effet, qu'un degré supérieur du trouble sensoriel possible : à côté de l'hallucination proprement dite, impression purement subjective, formée dans le système nerveux central du malade et projetée par lui à l'extérieur, on rencontre l'*illusion sensorielle*. Elle constitue un degré inférieur peut-être du trouble psychique analysé, mais elle me paraît avoir une importance plus grande cependant, au point de vue médico-légal. Le malade perçoit les objets extérieurs mais il les perçoit défigurés : il prend un geste banal pour une menace, un heurt léger pour une agression, une parole bienveillante pour une injure. Le trouble de la conscience, pour être moins apparent, n'en est pas moins certain ; ses conséquences sont généralement graves, car l'épileptique est violent, irritable, et tire une vengeance hors de proportion avec l'insulte ou l'agression dont il se croit l'objet. Un caractère important à noter dans tous ces cas, que l'on ait affaire à de l'automatisme apparent, dans les états crépusculaires graves, ou à des impulsions semblant raisonnées, dans les états légers, c'est la *soudaineté* de l'acte ou de l'impulsion¹.

L'épilepsie sensitive est encore mal connue². Trousseau a signalé, il y a déjà longtemps, le caractère épileptiforme de

1. Cette règle n'est pas, cependant, absolue. Voyez les cas, résumés plus loin, dans lesquels les malades sentaient naître l'impulsion, en percevaient la force de plus en plus grande et venaient solliciter d'être mis dans l'impossibilité matérielle d'y succomber.

2. Voyez : Kovalevsky, *Epilepsie et migraine*, in *Messag. médic. russe*, 1899, I ; Lemos, *L'épilepsie sensitive et la « dementia » paralytique*, Berlin, 1891 ; Cornu, *Les migraines et leurs rapports avec les états épileptiques et délirants*, thèse de Lyon, 1902 ; Hammond, *On thalamic epilepsy*, in *Archiv. of medic.*, 1880 ; Gray, *The correlation and interconvertibility of migraine and epilepsy*, in *The Pathologist*, Brooklyn, 1881 ; Forni, *Emiprosopulgia epileptiforma*, in *Bollet. del Policl. gen. di Torino*, 1898 ; Mac Lane Hamilton, *On cortical sensory discharging lesions, sensory epilepsy*, in *New-York med. Journ.*, 1882, etc.

certaines névralgies; des accès de migraine simple ont paru n'être que des équivalents. Mais les recherches encore à faire ici sont considérables. Je ne puis m'empêcher de penser que la sphère sensitive n'échappe pas plus à l'action de la névrose comitiale que les sphères sensorielles, motrices et psychiques. Malgré l'intérêt que ces recherches présentent pour le diagnostic et la thérapeutique de certaines céphalées, de certaines névralgies, de certaines douleurs paroxystiques rebelles, elles n'auront pas à nous préoccuper. La conscience ne paraît pas altérée dans l'épilepsie sensitive au même degré que dans l'épilepsie psycho-motrice. Le souvenir de l'accès est toujours conservé.

Tels sont, sommairement esquissés, les principaux traits de l'accès épileptique ou de ses équivalents. Je me propose de les distinguer, dans la suite de ma discussion, de la manière suivante: je diviserai les équivalents en quatre grandes classes, et je subdiviserai chaque classe en un certain nombre de formes: le tableau suivant représente cette classification.

1^o Accès complet.

2 ^o Équivalents cliniques des accès complets.	I. Phénomènes moteurs . . .	} Parésies et paralysies transitoires. Secousses épileptoïdes. Impulsions motrices } ambulatoires ou simples } procursives.		
			II. Phénomènes sensitivo-sensoriels	} Algies paroxystiques diverses (migraine ophtalmique, etc.). Illusions. Hallucinations.
			IV. Phénomènes psychiques . . .	} Amnésies pures. Absences. États crépusculaires. Modifications } du caractère. } de la personnalité. Délires. Manie. Impulsions psychomotrices (exhibitionisme, dipsomanie, kleptomanie, etc).

Ces formes peuvent se combiner entre elles. Qu'il soit bien entendu que la classification que je propose n'a qu'un objet, celui de faciliter la discussion que je vais faire de l'amnésie épileptique.

J'étudierai les formes que celle-ci présente, les relations que l'on peut découvrir entre l'amnésie et l'état de la conscience de l'épileptique; j'examinerai, enfin, les conséquences médico-légales de l'amnésie comitiale.

CHAPITRE III

L'AMNÉSIE ÉPILEPTIQUE

Comme je l'ai indiqué, l'amnésie de la crise a été depuis longtemps observée chez l'épileptique. Jusqu'à ces derniers temps, elle était même considérée comme constante. On doutait du caractère comitial de tout accès non suivi d'amnésie. Il a fallu revenir de cette affirmation trop absolue, et l'on doit admettre que l'épileptique peut non seulement présenter des formes très diverses d'amnésie, mais même n'en pas avoir du tout.

Cependant le type ordinaire de l'amnésie épileptique est l'amnésie lacunaire simple. Le malade, après sa crise et le sommeil qui la termine habituellement, se réveille sans le moindre souvenir de son accès.

Telle est la règle générale; mais, comme nous avons constamment à le constater en médecine, les exceptions à la règle sont fréquentes. En effet : 1° l'amnésie n'est pas toujours simple; 2° elle peut manquer.

§ 1. L'ÉPILEPSIE AVEC AMNÉSIE

L'amnésie épileptique n'est pas toujours lacunaire simple. — Formes de l'amnésie épileptique. — Amnésies lacunaires simples et rétrogrades. — Observations. — Amnésie antérograde. — Amnésie retardée. — Amnésie périodique.

Il y a une certaine difficulté, il me semble, à admettre que l'amnésie lacunaire simple est toujours la même chez tous les épileptiques. Les observations anciennes sont peu précises et, dans la plupart des cas, on manque de repère pour délimiter exactement le point de départ de la période oubliée.

Habituellement le malade conserve le souvenir de l'aura ou du malaise qui l'a immédiatement précédée; mais, dans les cas fréquents où il a oublié toute la période prodromique de l'accès, les menus faits personnels auxquels il s'est intéressé sont inconnus aux médecins qui l'examinent; ils ne peuvent être, par conséquent, utilisés par eux. On ne peut donc aisément préciser le point de départ exact de l'amnésie simple de l'accès; l'observation permet de penser, cependant, que cette amnésie peut quelquefois s'étendre à l'aura; que les hallucinations du début de la crise sont quelquefois oubliées, quelquefois non. Il n'y a donc pas de règle précise à poser; l'amnésie lacunaire simple de la crise peut avoir des points de départ variables.

Peut-elle dépasser les limites de la période épileptique propre et s'étendre sur des événements qui se sont produits plus ou moins longtemps avant elle? On doit répondre affirmativement à cette question, bien que ce phénomène n'ait été constaté qu'à une époque relativement récente. Mais si c'est tardivement que l'on a constaté avec précision le caractère rétrograde de l'amnésie épileptique, on en trouve cependant déjà des exemples dans le mémoire de Hughlings Jackson¹ et dans celui de Falret². Ribot³ en cite quelques-uns pages 54 et 55 de son livre. Elle est mentionnée dans les traités de Voisin, de Féré et de Savage, et dans l'article de Bianchi⁴, mais les traités de psychiatrie ne la signalent pas tous. On la trouve indiquée dans l'excellent livre de Kraepelin⁵ et dans Weygandt⁶; ce sont des ouvrages très nouveaux il est vrai.

La plupart des auteurs ne l'étudient pas; je signalerai, d'après Bonatti⁷, cette lacune notamment dans les récents ouvrages de Tonnini et de Roncorini. L'amnésie rétrograde

1. *Rev. scient.*, 19 fév. 1876.

2. *Archiv. de méd.*, 1860 et 1861.

3. *Les maladies de la mémoire.*

4. *Trattato italiano di patologia e terapia medica*, v° *Epilessia*.

5. *Psychiatrie*, II, 471, 6° éd.

6. *Atlas de psychiatrie*, p. 262.

7. *L'Amnesia retrograda negli epilettici.*

aurait dû, néanmoins, frapper les observateurs, et je ne résiste pas au désir d'indiquer un exemple intéressant où elle a dû se rencontrer. On le trouvera dans le *Vierteljahreschrift für gerichtliche Medicin*, 1884, 2^e fascicule. C'est la substance d'un rapport médico-légal de Sommer. Cet expert avait été chargé d'examiner l'état mental d'un incendiaire notoirement épileptique et alcoolique. Le criminel avait été arrêté le 14 juin, dix jours après l'incendie. Il avoua sa culpabilité au moment où il fut arrêté et la nia plus tard. Quelque temps après, il eut un accès de manie religieuse aiguë et fut envoyé dans un asile. Là, il eut de nombreuses attaques d'épilepsie. Le mal s'aggrava rapidement, et le sujet succomba le 7 décembre.

Lors de son examen par l'expert, le malade affirmait avoir oublié tous les faits survenus depuis le 4 jusqu'au 23 juin. L'acte criminel était inclus dans la période oubliée. Sommer, dans un rapport d'ailleurs soigneusement étudié, admit que l'amnésie de la période de délire était sincère, mais que le malade l'avait étendue par calcul jusques et y compris l'époque du crime. L'amnésie était donc vraie pour le délire, simulée pour la période antérieure.

La gravité de la maladie, son issue funeste au bout de quelques mois, me font penser que Sommer était en présence d'une amnésie rétrograde¹, non d'une simulation. Nous rencontrerons des exemples de ce genre d'amnésie, mais, en 1884, elle n'était pas encore familière aux hommes les plus compétents.

Nous la trouvons niée même par Rouillard, en 1892 (*Gaz. des hôpit.*). Ce savant auteur dit, dans son article, que *seule l'amnésie traumatique présente ce caractère*. Une affirmation semblable était déjà téméraire à cette époque.

Je crois que la première étude sérieuse de l'amnésie rétrograde dans l'épilepsie a été faite, en France, par Séglas, dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, numéro de mai

1. Cette amnésie était en tout cas retardée.

1897. Il cite deux cas, l'un concernant une femme de vingt-huit ans, qui oublia toute la matinée ayant précédé la crise; l'autre relatif à une dame de cinquante-huit ans, qui, après un accès ayant duré de 10 heures à 10 h. 20 du matin, montra une amnésie rétrograde à partir de 8 heures du matin.

Alzheimer¹ a publié un article sur le même sujet. Il cite quelques cas: un ouvrier russe, israélite, eut une amnésie rétrograde de un an et demi: il avait oublié un long voyage par lui fait et la naissance de deux enfants. Un homme de cinquante ans eut une amnésie plus courte, s'étendant sur onze jours seulement. Un troisième cas est intéressant, car le malade montra des troubles variés; son histoire peut s'analyser ainsi:

27 novembre. — Il est arrêté pour ivresse.

Du 29 au 30. — Séjour à l'asile, sans symptômes de trouble mental.

Du 30 novembre au 12 décembre. — Est revenu chez lui: travaille bien; aucun signe de dérangement.

13 décembre. — Il rentre à l'asile, se sentant indisposé. Du 13 au 14 décembre inclus, il a des attaques entremêlées d'accès de dépression.

15 décembre. — Il fait un récit détaillé des événements qui se sont déroulés du 27 novembre au 13 décembre.

Du 16 au 19. — Accès graves, délires, dépression.

20 décembre. — On constate une amnésie rétrograde bien nette, remontant jusqu'au 29 novembre.

11 janvier. — Cette amnésie cesse brusquement pour la période du 29 novembre au 13 décembre; elle persiste pour la période du 13 au 20 décembre.

Cette observation est à retenir, car on y trouve une amnésie rétrograde partiellement passagère et retardée.

Alzheimer cite encore une dernière observation relative à un homme de trente-quatre ans, docteur en philosophie.

Après avoir beaucoup travaillé pour son examen, ce malade eut des accès épileptiques qui se manifestèrent sous la forme de vertiges. Ils survinrent deux ans après l'épreuve; le 9 novembre 1893 il s'aperçut qu'il avait complètement oublié tout ce qui concernait

1. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1897, vol. LIII, p. 484.

son examen de doctorat : il ne pouvait se rappeler ni les questions posées, ni le nom des examinateurs. Cela le préoccupa beaucoup : il dut écrire à plusieurs de ses camarades d'études pour obtenir des renseignements sur les faits qu'il avait oubliés.

« Il est à remarquer que ce malade, dont la mémoire est excellente et l'intelligence très ouverte, présente quelquefois des amnésies complètes pour certaines périodes de sa vie. Les souvenirs ne sont que momentanément perdus et reparaissent ensuite 1. »

Alzheimer ne donne aucune indication précise sur les conditions dans lesquelles les souvenirs reparaissent.

Je terminerai l'analyse du mémoire de ce savant allemand en résumant la dernière observation qu'il cite. Il s'agit d'un épileptique qui était venu le consulter pour une brusque disparition de la mémoire. Le malade avait fait un voyage et un assez long séjour au Brésil. Au moment où il alla prendre l'avis d'Alzheimer, le souvenir de ce voyage avait complètement disparu. Il a plus tard reparu.

Les épileptiques observés par cet aliéniste ne présentaient pas de stigmates hystériques. Pour lui les amnésies rétrogrades ne sont pas rares chez les épileptiques. Mes constatations personnelles concordent absolument avec sa manière de voir, et je suis persuadé que si les observateurs portaient leur attention sur l'analyse de la mémoire des épileptiques, ils arriveraient à la même conclusion.

On trouvera, du reste, dans la littérature récente de nombreux cas d'amnésie rétrograde comitiale. Parmi les mieux observés, je citerai celui qu'a publié le D^r Baroncini, dans la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1892. Ce savant a fait une étude approfondie de son malade.

Voici le résumé de son observation :

MANIE ÉPILEPTIQUE. — AMNÉSIE RÉTROGRADE.

N..., jeune soldat de vingt-deux ans, après avoir passé quinze jours à l'infirmerie pour une uréthrite et s'être montré tout à fait normal, fut pris, dans la soirée du jour où il rentra à la caserne,

1. Ce cas est à comparer à ceux de Bechterew. *Ueber periodische Anfälle retroactiver Amnesie*, in *Monats. f. Psych. und Neurol.*, 1901.

d'un accès de manie aiguë. Après trois jours de délire, il se réveilla ; il était calme, mais il ne paraissait avoir aucune conscience de sa situation. Il ne reconnaissait personne et paraissait agir et parler automatiquement. Cependant il put, après des questions répétées, donner l'adresse de sa femme. Le 10 mars, c'est-à-dire vingt-quatre jours après son accès de manie, il se réveilla soudain comme d'un long sommeil, regardant autour de lui avec surprise, demandant aux infirmiers où il se trouvait. Il avait, en effet, été transféré le jour même de son accès dans l'établissement dirigé par le D^r Baroncini. Ce médecin constata que le malade avait perdu le souvenir des derniers mois précédant l'attaque ; sa mémoire s'arrêtait à la fin de novembre, soit une amnésie rétrograde de trois mois et demi, qui durait encore au moment où Baroncini a publié son observation.

Le malade avait des antécédents héréditaires épileptiques et avait uriné au lit dans son enfance. En juillet 1891, avant de faire son service militaire, il avait eu une première crise d'épilepsie 1.

Enfin, j'ai eu l'occasion d'observer, dans le service du professeur Pitres, un cas d'amnésie rétrograde épileptique assez curieux. J'en donne le récit complet, car le cas est inédit et présente des particularités qui méritent d'être signalées.

AMNÉSIE RÉTROGRADE ÉPILEPTIQUE.

RETOUR DES SOUVENIRS D'UN ACCÈS ANTÉRIEUR AU COURS D'UN ACCÈS ULTÉRIEUR.

ÉTATS CRÉPUSCULAIRES FAISANT FONCTION D'ÉQUIVALENTS.

D... est né le 27 avril 1872. Il est cultivateur à N... ; il a quelque temps exercé le métier de forgeron. Il ne l'a, d'ailleurs, abandonné que pour des convenances personnelles, et non pour des raisons de santé. Il a voulu se consacrer exclusivement à la culture des propriétés qui appartiennent à son père et à lui-même.

1. Cette observation dont je recommande la lecture à ceux qui voudraient étudier avec soin l'amnésie épileptique, démontre un fait intéressant : du jour de la cessation de l'accès de manie aiguë jusqu'au 10 mars le malade était certainement dans un état crépusculaire grave, puisqu'il ne reconnaissait personne et paraissait agir automatiquement ; il put cependant donner l'adresse de sa femme, après des questions répétées il est vrai. Il n'y avait donc pas automatisme et inconscience véritables, mais une grande diminution de la conscience qui réagissait avec lenteur et difficulté aux excitations extérieures.

Le malade est le quatrième enfant qui soit né du mariage de ses parents ; sa mère avait eu d'un premier lit une fille.

La santé du père de D... est excellente. Agé de soixante et onze ans, il a conservé toute son activité physique et intellectuelle. Il a été rarement malade : les anamnétiques indiquent seulement une pleurésie en 1884 ; il aurait été souffrant pendant quatre mois, et aurait eu du délire ; ce délire paraît avoir été calme et, d'après les renseignements fournis, aurait été en relation avec le mouvement fébrile de la pleurésie. Le malade et sa femme ajoutent, d'ailleurs, qu'en dehors de ce trouble passager, les fonctions psychiques du sieur D... père n'ont jamais été altérées. C'est, disent-ils, un homme sain et robuste.

Il n'en a pas été de même de sa femme. Celle-ci est morte en 1887, à l'âge de cinquante-sept ans, « d'une gastrite qui aurait dégénéré en tumeur abdominale ». Elle a longtemps souffert de cette maladie, qui a déterminé sa mort. Le médecin lui avait prescrit le régime lacté, qu'elle n'a pu supporter. Le malade assure que sa mère avait des crises de nerfs et se rappelle l'avoir vue couchée à la suite de ces crises. La femme du malade raconte, au contraire, que sa belle-mère avait bien des crises de nerfs, mais qu'elles se manifestaient sous la forme de « maux d'estomac survenant dès qu'on la contrariait ». Elle tient ces renseignements de son beau-père. Ayant demandé si feu M^{me} D... était sujette aux migraines, je ne puis obtenir aucune réponse précise : le malade ne s'en souvient pas.

La santé des frères et sœurs du patient peut être résumée ainsi, d'après les indications données :

1^o Sœur utérine : cette dame, mariée deux fois, a deux enfants bien portants. Elle a une santé délicate, est sujette à des accès de migraine.

2^o Sœur germaine : a longtemps souffert d'une maladie d'estomac « qu'elle aurait guéri avec du café de seigle » (*sic*). Elle est mariée et a deux enfants bien portants.

3^o Frère, Élie ; bien portant.

4^o Frère, Gustave : a souffert d'une maladie d'estomac, puis d'une cystite pour laquelle il aurait consulté le Dr Pousson. C'est le seul des frères et sœurs du malade qui présente des troubles nerveux, en dehors de la sœur utérine ; il a quelquefois des migraines.

D'après les indications données, ce malade n'a pas eu d'autres frères ou sœurs. Sa mère ne paraît pas avoir fait de fausse couche ni perdu d'enfants en bas âge ; mais ce renseignement n'est pas certain.

Le patient a des antécédents beaucoup plus chargés que ceux de ses frères au point de vue nerveux. Depuis son enfance il a souffert de migraines ; il pense que ces maux de tête remontent au moins à l'âge de huit ou neuf ans ; en tout cas, il se rappelle en avoir toujours souffert et ne peut pas affirmer n'y avoir pas été sujet avant cet âge. Ces migraines surviennent à des intervalles variables, tantôt elles sont quotidiennes, tantôt hebdomadaires ou bimensuelles. Quelquefois, il a pu passer un mois entier sans accès. Les douleurs de tête se localisent au vertex et à la région frontale.

Quelquefois la migraine s'accompagne de phénomènes optiques. Le malade « voit des papillons lumineux comme des étoiles ». Il n'a pas remarqué que ces migraines compliquées d'accidents ophtalmiques soient plus pénibles que les accès simples. Pas de nausées.

Les autres maladies ont été :

a) Fluxion de poitrine, vers l'âge de douze ans.

b) Fièvre typhoïde, vers vingt-cinq ans, en 1897. Le malade n'a pas déliré ; il n'a gardé le lit qu'une quinzaine de jours.

c) A vingt-six ans, il s'est écrasé le pouce de la main gauche ; l'ongle est tombé. Ce traumatisme ne paraît avoir eu aucune autre suite.

La femme du malade ajoute, cependant, que son beau-père lui aurait dit avoir constaté des « vers » chez tous ses enfants.

Le sieur D... s'est marié le 28 avril 1900.

Son aspect physique est satisfaisant ; il est de petite taille, mais bien proportionné ; ses cheveux et sa moustache paraissent bien implantés ; ses yeux sont châtain foncé, sa peau brune.

Sa physionomie est ouverte et intelligente. Il a fait de bonnes études primaires, a suivi des cours d'adultes et obtenu les premières récompenses. *Il a une excellente mémoire.* Le malade s'exprime, d'ailleurs, avec clarté et paraît avoir une intelligence très vive. Il a lu « un livre de médecine » traitant de l'épilepsie, maladie dont il se sait atteint, et à sa seconde visite, à la consultation du 14 juin, il indique spontanément au professeur Pitres que le traitement au bromure de potassium réussit très bien, qu'il est mieux et signale lui-même le fait « qu'il n'a pas perdu la mémoire de ses derniers accès », contrairement à ce qui s'était produit pour les premiers.

Le sieur D... prétend ne pas boire. Il assure n'avoir pris de l'eau-de-vie, du café, des apéritifs, que très rarement, une fois par semaine, le dimanche notamment. Il n'aime pas l'alcool ; cependant il avait l'habitude de boire environ trois litres de vin par jour. Il ne s'est jamais grisé, dit-il.

Il fumait, en revanche, beaucoup; il estime à 20 ou 25 le nombre des cigarettes qu'il consommait par jour. Sa femme déclare qu'« il avait toujours la cigarette à la bouche ». Le malade reconnaît qu'il fumait au moins pour 1 fr. 60 de tabac par semaine (deux paquets de maryland).

Il y avait longtemps que, tous les matins, il avait de la pituite; il vomissait un peu d'eau au goût salé. Le malade, d'ailleurs, ne présente pas de tremblement alcoolique.

Au mois de septembre 1900, il s'est rendu, à la fête de S..., et s'est logé chez les parents de sa femme. Une de ses belles-sœurs était fiancée, et la famille célébrait cet événement. Après avoir bu plus que de coutume, le sieur D... se coucha vers minuit; il était de très bonne humeur. Vers 2 heures du matin, la femme D... fut réveillée par la respiration bruyante du malade. Il avait les yeux hagards, vomissait de la bile avec un peu d'écume et de sang; celui-ci provenait d'une morsure à la langue. L'attaque dura deux heures. Le lendemain, il n'en avait gardé aucun souvenir.

C'était la première fois qu'un accès de ce genre se manifestait; il avait eu, au mois d'avril, un malaise non caractérisé; « il se sentait toujours brisé. » Après l'attaque du mois de septembre, il consulta le D^r Cazeaux, qui conseilla le bromure de potassium. Le traitement améliora l'état du malade, qui, se trouvant bien, le discontinua.

Sa santé ne fut pas troublée par des crises jusqu'au mois de juillet 1901. Le 19 juillet, sa femme accoucha dans d'excellentes conditions. Vers la fin du mois, il eut une légère crise, analogue à celle du mois de septembre précédent, mais moins forte.

Cependant le sieur D... ne se sentait pas dans son état habituel; ses migraines n'avaient pas cessé; il avait, de temps en temps, certains accès de migraine ophtalmique, mais il était surtout lui-même frappé du changement de son caractère. Il devenait de plus en plus irritable et se mettait en colère pour des motifs futiles. Cependant son intelligence était aussi vive et aussi claire que d'habitude, et, sauf cette irritabilité, aucun changement appréciable n'était perceptible dans sa conscience.

Le 2 novembre 1901, dans la nuit, il eut une crise nouvelle. Il avait « les yeux tournés », le corps raide; il avait de l'écume aux lèvres, mais peu; il s'était mordu la langue, il avait uriné sous lui. On alla chercher le médecin.

Le malade sur ces entrefaites se mit à délirer. Il commença par manifester des idées de grandeur: sa famille réussirait, son père atteindrait un âge très avancé, serait vieux comme Mathusalem.

Le médecin lui-même, qui arrivait à ce moment, fut l'objet d'une agréable prophétie: il aurait une clientèle superbe.

Puis il pria son père d'aller chercher un notaire; il voulait être avantagé au détriment de ses frères; il insistait tellement que son père lui répondit que le notaire était en bas et que l'acte de donation par préciput et hors part était fait.

Enfin, ses idées changèrent encore une fois; pendant que le médecin prenait sa température, il l'injuria, le traita d'idiot et d'imbécile; puis il insulta son frère, lui dit qu'il tournera mal, qu'il tuera son père. Ce dernier alors voulut lui faire prendre des remèdes: il refusa et fit mine de le frapper; puis brusquement il consentit à boire le médicament et voulut absorber d'un trait le flacon.

Cet état d'agitation et de délire dura douze heures; le malade s'endormit ensuite et ne se réveilla que trente-six heures après; il était bien et n'avait aucun souvenir de sa crise.

Bientôt, d'ailleurs, son attention fut attirée par une faiblesse singulière de sa mémoire; il s'aperçut que l'on parlait souvent devant lui de choses faites, d'événements arrivés dont il n'avait aucun souvenir. Quelquefois même, à table surtout, quand il causait avec son père et ses frères, il lui arrivait de dire qu'il comptait faire telle chose, bêcher telle partie de la propriété: il était surpris quand on lui répondait que c'était fait et plus étonné encore quand on lui assurait qu'il avait assisté au travail fait ou l'avait exécuté lui-même.

Interrogé avec soin sur la nature et l'étendue de cette perte de mémoire, le malade m'a fourni les renseignements suivants, que j'ai essayé de contrôler par les déclarations séparées de sa femme.

L'amnésie rétrograde, qui s'est manifestée après la crise du 2 novembre 1901, s'est étendue sur une période de cinq à six mois avant la crise. Il n'a pas été facile de faire préciser au malade le caractère exact de la lacune constatée dans ses souvenirs, et sur quelques points les indications données paraissent contradictoires. C'est ainsi que le malade déclare que, pour la période la plus éloignée, c'est-à-dire de cinq à six mois avant la crise jusqu'à trois semaines environ avant cette crise, il avait conservé le souvenir de quelques faits isolés, bien qu'il eût oublié la presque totalité des événements passés. Ce souvenir était vague. Il ne pouvait le localiser. « Je me le rappelais comme un rêve: je n'en étais pas au juste bien sûr. En causant à table, avec mes frères et mon père, ils me disaient que telle chose avait été faite, et je m'en étonnais; et ils me disaient: « Mais tu y étais! » Cela arrivait pour des choses

datant de cinq à six mois. Quant aux faits dont je me souvenais, ils étaient généralement en rapport avec mes occupations journalières¹. »

Pour la dernière période, celle qui comprend les trois semaines précédant la crise, l'amnésie aurait été totale. « Je ne pouvais pas arriver à retrouver ce que j'avais fait pendant ce temps-là. »

Tel est le résultat qu'a donné un interrogatoire fait avec prudence et en évitant toute possibilité de suggestion. Cette constatation répugnait, d'ailleurs, à l'esprit du malade, qui a déclaré, vers la fin de notre entrevue, « qu'il devait mieux se souvenir des choses récentes que des anciennes, qu'il ne pouvait, d'ailleurs, en être autrement. » L'examen attentif de l'amnésie et les réponses textuelles du malade indiquent, cependant, — leur teneur exactement reproduite permet de le constater, — que la perte de la mémoire avait bien les caractères signalés : 1^o une amnésie incomplète suivie 2^o d'une amnésie complète de moindre étendue. Je me suis gardé de faire savoir au malade que ce fait, illogique pour lui, pouvait ne pas l'être en réalité. Je me borne à citer exactement ses paroles pour préciser l'état de choses constaté et laisser pour l'analyse du cas tous les éléments de fait désirables.

Cette amnésie paraît avoir duré sans changement notable jusqu'au 11 janvier. A cette date, le malade eut une nouvelle crise, d'une allure particulière. Il avait vu le D^r Cazeaux et suivait un traitement : bromure de potassium, et, quand une crise était imminente, lavement au chloral pour en provoquer l'avortement.

Le 11 janvier 1902 au soir, la crise débuta, comme de coutume, par un mal de tête. Le malade pressent qu'il est menacé d'un accès. Il se couche sans avoir mangé. Il ne peut s'endormir ; il se lève alors, descend à la cuisine et fait du feu parce qu'il faisait froid et s'assied près du foyer. Il souffrait beaucoup de la tête. Tout à coup, la mémoire de son délire du 2 novembre lui revient. Il se rappelle les propos qu'il tenait à son père, se souvient de l'avoir pris par le cou, de l'avoir embrassé en lui disant : « Notre famille est honorable ; nous ferons parler de nous ; toi, tu deviendras vieux comme Mathusalem ! » Il se rappelle avoir prédit à son frère le forgeron du travail en abondance, au médecin une belle clientèle. Il se souvient d'avoir voulu qu'on allât chercher le

1. C'est sur ce point que j'ai relevé quelques contradictions ; le sieur D... ne s'expliquait pas clairement sur l'origine de ces souvenirs conservés. Savait-il avoir fait tel acte parce qu'il avait l'habitude de le faire et devait par suite l'avoir exécuté, ou la connaissance qu'il en avait était-elle un souvenir véritable ? Le malade ne m'a pas paru comprendre la différence entre la connaissance d'un fait par l'induction ou par le souvenir.

notaire pour obtenir que son père l'avantageât ; il se rappelle que son père lui a répondu plus tard que le notaire était venu, que l'acte était fait. Il se souvient ensuite de sa colère, se rappelle qu'elle a été motivée par l'idée que ses deux frères vivent en mauvaise intelligence, ce qui attriste le père de famille. Une fois en colère, il a injurié son frère et le médecin ; puis il a excité son frère à tuer son père : il avait l'idée qu'ainsi il jouirait plus tôt des avantages que ce dernier venait, croyait-il, de lui consentir. A ce souvenir, il est pris de remords et de honte. Il pleure abondamment.

Le lendemain matin, il essaye de se coucher, mais il ne peut dormir.

Pendant sept à huit jours, il demeure troublé, ennuyé, fatigué, sans volonté, souffrant toujours de la tête. Il s'imagine être somnambule et avoir la faculté de prédire l'avenir. Cette idée aurait, d'après le malade, la genèse suivante. Dans son délire du 2 novembre, il aurait parlé de l'échec probable qui attendait la constitution d'une société de secours mutuels en voie de formation ; il avait annoncé que la récolte future serait abondante, que les futailles seraient hors de prix, etc. Or, le médecin appelé pour le soigner s'était retiré en disant au sieur D... père : « Vous devez être heureux que cela tourne ainsi. » Plus tard, un vieux médecin qui avait soigné la famille D..., le D^r Fayolle, aurait dit à l'un des frères du malade : « Votre frère a un tempérament faible ; il aurait mieux fait de ne pas se marier. » Dans son état de trouble après la crise de céphalée et d'insomnie du 11 janvier, le malade interprète ainsi ces propos : celui du D^r Cazeaux, en ce sens qu'il est heureux pour la famille qu'un somnambule prophète y soit apparu ; et celui du D^r Fayolle, en ce sens que le mariage empêchera le sujet d'exercer librement la profession de somnambule.

Au bout de sept à huit jours, le malade revient à l'état normal et conserve un souvenir très exact de tout ce qu'il a fait, vu, entendu, dit et pensé pendant son état de trouble psychique.

A partir de cette crise, la mémoire lui revient peu à peu. En avril, pendant la nuit, il est encore menacé d'un accès : il souffre de la tête et lutte contre le sommeil parce qu'il a peur de tomber malade s'il s'endort ; il prend quatre ou cinq lavements de chloral. La crise est beaucoup moins forte qu'en janvier. Il en conserve le souvenir et se rappelle ses états de conscience antérieurs de novembre et de janvier. Le souvenir, d'ailleurs, en reste acquis à la conscience normale.

En mai, nouvelle crise nocturne. Il dormait. Sa femme est

réveillée par sa respiration stertoreuse, elle va chercher son beau-père, qui éveille le malade. On veut lui faire prendre un lavement, il le refuse et se rendort pendant que sa femme va chercher un irrigateur chez sa sœur. Le lendemain, il se réveille *très bien*, sans amnésie.

Depuis, la santé du sieur D... paraît s'améliorer; il assure que sa mémoire paraît « se raffermir après chaque crise ».

Son amnésie complète des trois semaines antérieures à la crise du 2 novembre a duré jusqu'à la crise de janvier sans changement. La plus grande partie des souvenirs de cette époque paraît revenue au cours de la crise de janvier; elle est restée acquise.

Le retour des souvenirs se fait peu à peu. Le malade est très préoccupé de son amnésie et y pense constamment. Il cherche à ressaisir ses souvenirs. « Je suis en train de bêcher, je pense qu'à telle époque je suis allé bêcher dans tel endroit, que j'ai fait tel travail, et je m'en souviens bien alors que je ne m'en souvenais pas il y a quelque temps. » Invité à indiquer avec précision l'ordre dans lequel les souvenirs reviennent, le malade répond que cela lui revient, surtout « quand il y pense en travaillant ». Il prétend n'avoir pas observé que les choses les plus anciennes se soient les premières représentées à la mémoire (14 juin 1902).

L'examen du sieur D... a été repris le 14 février 1903. Il n'a eu, depuis sa dernière visite, que trois attaques très légères. Elles se sont toutes produites la nuit.

Le 6 août, sa femme s'est aperçue qu'il respirait bruyamment, elle l'a éveillé et lui a fait prendre deux cuillerées de la potion au bromure de potassium. D... s'est rendormi et a passé le reste de la nuit sans incident. Pas de morsure de langue, pas de bave, pas d'émission d'urine.

Le 10 novembre, nouvel accès, un peu plus fort que le précédent, mais caractérisé de la même manière.

Le 6 décembre, enfin, dernière crise. Celle-ci diffère des deux précédentes: le malade se lève à deux heures du matin, rêvant qu'il est temps de partir pour la foire de S... Il allume du feu. Son beau-père l'appelle, lui fait remarquer qu'il est beaucoup trop tôt pour partir. Suivant son expression caractéristique, D... s'éveille alors, sort un instant, se recouche et se rendort.

Les accès que le sujet a éprouvés depuis sa visite de juin dernier sont très atténués. Il y a lieu de remarquer toutefois qu'ils éclatent la nuit, et s'accompagnent de stertor; le dernier seul se manifeste sous forme de délire nettement onirique.

Je me suis préoccupé de rechercher la relation qui pouvait exister

entre les accès ci-dessus décrits et les rêves du malade. J'ai invité ce dernier à me signaler les principaux songes faits par lui. La note qu'il m'a remise indique six rêves notés :

1° Il songe, une fois, qu'il apprend à parler à son enfant. Il est réveillé par sa femme. Pas d'accès.

2° Il croit être, une autre fois, dans le jardin du presbytère : les enfants de l'école publique passent et l'injurient. Il va se plaindre à l'instituteur, qui donne raison aux élèves de l'école. D... rêve qu'il se met en colère, parle, s'agite. Sa femme le réveille. Pas d'accès.

3° Son enfant est empoisonné; c'est sa femme qui l'empoisonne. Pas d'accès.

4° Il se querelle avec sa femme au sujet de son enfant; sa femme quitte le domicile conjugal et se réfugie chez sa mère. Il la suit, se prend de querelle avec sa belle-mère. Son sommeil est tellement agité que sa femme le réveille. Pas d'accès.

5° Il est chez le charron du village, lui démontre qu'il ignore son métier, se dispute avec lui sans se mettre cependant en colère. Pas d'accès.

6° Après avoir reçu ma lettre, il s'imagine être à Bordeaux, ne voit que des marais; sa femme s'égare; il est très inquiet, car il a le billet de chemin de fer et le porte-monnaie de sa femme. Pas d'accès.

Ces rêves, que j'ai indiqués complètement, ne révèlent rien de particulier, sauf l'état soupçonneux et irritable du dormeur, homme doux et poli dans la vie normale.

Aucun rêve d'incendie, de couchers de soleil, aucun rêve rouge, en un mot, n'est signalé.

L'examen somatique du malade donne les résultats suivants :

Appareil circulatoire : normal, rien au cœur; pas d'artériosclérose.

Appareil respiratoire : normal.

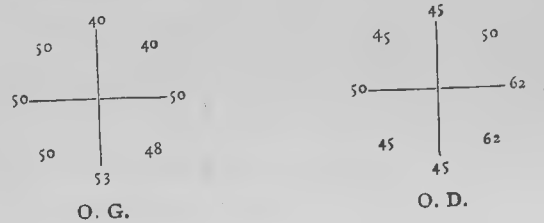
Appareil excréteur : normal.

Appareil digestif : normal.

Motricité : normale.

	Droite.	Gauche.
<i>Achilléen</i> . .	normal.	normal.
<i>Rotulien</i> . .	vif.	vif.
<i>Plantaire</i> .	P.C. > P.T. > P.D.	P.C. > P.T. > P.D.
	orteils en flexion Réfl. vifs.	orteils en extension Réfl. vifs.
<i>Réflexes.</i>	Le réflexe planto-crural est très vif. L'irritation plantaire unilatérale provoque des mouvements réflexes dans les deux jambes.	
<i>Crémastérien</i> :	faible.	
<i>Abdominal.</i>	<i>supérieur</i> : vif.	L'excitation de la paroi abdominale provoque le réflexe crural.
	<i>inférieur</i> : faible.	
<i>Pharyngien</i> :	vif.	
<i>Cornéen</i> :	vif.	
<i>Sensibilité.</i>	<i>Cutanée.</i>	égale et conservée pour la douleur et la température.
	<i>Profonde.</i>	(testicules, creux épigastrique, pharynx, globes oculaires) : égale et conservée.

L'examen du champ visuel donne les résultats suivants



Il n'y a donc aucun des stigmates habituellement considérés comme hystériques.

J'ai essayé d'obtenir du malade des renseignements complémentaires sur le retour de ses souvenirs sans en obtenir de plus précis qu'à sa dernière visite. La lacune qui existait dans sa mémoire est aujourd'hui comblée à ce qu'il assure. Il indique, à titre d'exemple, qu'il avait dû peindre une inscription sur une croix le 31 octobre. Il avait oublié ce fait après sa crise du 2 novembre; le souvenir lui en est spontanément revenu : il n'a pas noté le mode exact de sa réapparition.

Pendant l'état crépusculaire, qui a duré du 2 novembre au 11 janvier, il avait un peu d'amnésie antérograde, mais pas de confusion mentale. Il ne peut citer d'exemple précis et se borne à dire qu'il oubliait ce qu'il faisait.

J'ai donné avec détail cette observation parce qu'elle m'a paru très instructive. Je me rends compte que le diagnostic d'épilepsie pure pourrait être critiqué par ceux qui n'auraient pas vu le sieur D... L'un des troubles habituels de l'alcoolisme paraît exister chez ce malade (pituïte); mais il n'a aucun tremblement des extrémités.

D'autre part, la crise émotionnelle du 11 janvier pourra paraître d'origine hystérique; la crise de larmes qui la termine peut sembler justifier dans une certaine mesure cette opinion.

Je ne la partage cependant pas; voici les raisons qui me déterminent: les crises antérieures sont épileptiques; il ne me paraît pas possible d'avoir un doute à cet égard. Elles éclatent la nuit et présentent tous les caractères ordinaires de l'accès comitial.

La dernière qui ait présenté cette physionomie classique est celle du 2 novembre; on y trouve la convulsion habituelle suivie d'un état crépusculaire semi-déirant.

Le malade est alors mis au bromure de potassium Le 11 janvier, éclate la crise dont le caractère est discutable. Il faut, pour l'apprécier exactement, observer qu'elle éclate la nuit et se manifeste au début par de la céphalée; la convulsion ne se produit pas, mais un état crépusculaire survient, amenant le réveil des souvenirs de la crise précédente.

Si l'on admet l'hypothèse de l'hystéro-épilepsie telle qu'elle est acceptée par les médecins qui considèrent cette névrose comme une superposition de l'hystérie à l'épilepsie, on doit admettre en même temps que les phénomènes propres à chacune de ces deux maladies s'ajoutent sans se confondre (Charcot, Pitres), ou qu'ils se combinent (Lan-douzy). Dans le premier cas, les crises sont séparées; on doit, dans cette hypothèse, reconnaître à la crise du 2 novembre le caractère d'une crise épileptique; le retour des souvenirs le 11 janvier, au cours d'une crise semblable, mais atténuée, est un fait rare, mais dont on

a des exemples¹. Ce retour dans une crise hystérique serait beaucoup plus extraordinaire, je crois; il faudrait, en effet, admettre qu'un état second épileptique peut se continuer dans un nouvel état second hystérique; cela dénoterait une étroite parenté entre les deux névroses et rendrait incertaines les frontières qui les séparent.

C'est à cette opinion que l'on arrive également si l'on considère que le malade dont j'ai raconté l'histoire est un hystéro-épileptique à crises combinées. Le diagnostic différentiel entre l'épilepsie et l'hystérie devient alors impossible². On doit, dans cette seconde hypothèse, reconnaître que l'opinion ancienne sur l'étroite parenté entre ces deux névroses n'est pas sans fondement. C'est à cette opinion d'ailleurs que je serais tenté de me ranger. Pitres³ la combat avec quelque hésitation, et la lecture de son livre, sur ce point, révèle clairement ses doutes; il n'est pas très éloigné d'admettre que l'hystérie et l'épilepsie peuvent se transformer l'une en l'autre. Il est plus affirmatif dans l'expression de son opinion sur les manifestations de la coexistence des deux névroses: « Les malades atteints d'hystérie et d'épilepsie ont alternativement des attaques hystériques franches et des accès épileptiques vrais, sans qu'il y ait fusion des deux maladies en une forme convulsive mixte tenant à la fois de l'hystérie et de l'épilepsie. » Aussi classe-t-il, avec Charcot⁴, l'hystéro-épilepsie dans l'hystérie.

Comment reconnaître la nature de la crise? Pitres en indique le diagnostic différentiel, mais ses observations s'appliquent surtout à la crise convulsive. Dans le cas que j'examine, la crise du 11 janvier n'aurait été qu'un équivalent psychique.

Ai-je le droit de la considérer comme telle? Oui, pour les raisons suivantes:

1° Elle éclate la nuit;

1. Féré, p. 136 et suiv.

2. Voyez Féré, p. 325 et suiv. — Landouzy, *Traité de l'hystérie*.

3. *Leçons sur l'hystérie*, I, 227.

4. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, XIII^e leçon.

2° Elle débute par une céphalée intense;

3° Elle reproduit l'état émotionnel d'une crise antérieure certainement comitiale.

Il faut observer à ce sujet que le malade était soumis au traitement bromuré depuis plus de deux mois; il est donc naturel de penser que ce traitement, dont l'efficacité s'était déjà manifestée chez ce comitial, a eu pour effet d'atténuer la crise nouvelle. Les convulsions n'ont pas reparu. Seul l'état épileptoïde d'anxiété, de dépression, de tristesse, avec idées d'indignité, s'est reproduit. Il s'est terminé par une crise de pleurs. Mais est-ce là une circonstance exclusive de l'épilepsie? Je ne le pense pas. Cet accès offre, il me semble, toutes les apparences d'un état second comitial.

On trouvera dans Féré¹ l'observation d'un épileptique chez lequel des souvenirs tristes, précédés de céphalée, annoncent les attaques (observation XVI). L'observation XVII, du même auteur, montre un sentiment d'angoisse provoqué par des doutes religieux comme prodrome des accès. On trouve une crise de larmes préparoxystique citée par Morel². Billod³ raconte le fait suivant: un épileptique de Bicêtre assistant à une messe en musique « fut vivement impressionné par le son des cloches, par l'air de fête régnant dans l'église, par la vue d'un grand nombre de personnes dont le bonheur semblait insulter à son triste sort. Ses souvenirs d'enfance lui revinrent en foule: il compara le présent au passé et à l'avenir, le bonheur de ses premières années à la fatale séquestration à laquelle le condamnait une horrible maladie, et il se mit à pleurer; mais cette effusion de larmes coïncida avec une perte de connaissance. Du reste, toute la convulsion se borna à l'expression du visage qui coïncide d'ordinaire avec l'effusion des pleurs... Cette observation nous démontre que la forme de l'accès reçoit quelquefois

1. *Les Épilepsies*, p. 82 et suiv.

2. *Traité des dégénérescences*, 1857, observation XIII. Voyez aussi les observations de Bechterew, *Accès épileptiques ou épileptoïdes survenant sous forme d'anxiété*, in *Obozren. Psychiatrij.*, 1898, et *Neurolog. Centralblatt*, 1898.

3. *Des maladies mentales et nerveuses*, I, 35.

un cachet particulier de la disposition de cœur et d'esprit dans laquelle se trouve le malade au moment où il est frappé, cette disposition pouvant être d'ailleurs la cause occasionnelle de l'accès.»

La crise de larmes du sieur D... n'est donc pas un phénomène exclusif du mal comitial; quant aux idées délirantes de ce malade pendant la période crépusculaire qui a suivi la crise, il en donne l'explication lui-même; elle est un des plus frappants exemples d'interprétation onirique des faits que l'on puisse trouver; elle me paraît indiquer un état épileptique plutôt qu'un état hystérique.

Enfin, des crises surviennent encore malgré le traitement, mais elles sont encore plus atténuées que celles de janvier. Il n'y a même plus d'état second.

Les crises d'avril, de mai, d'août et de novembre, ces dernières surtout, accompagnées de stertor, ont l'aspect clinique d'attaques nocturnes d'épilepsie. Il faudrait donc, si l'on admet que la crise de janvier est hystérique, reconnaître qu'elle a été la seule de ce genre chez le malade, ce qui est invraisemblable. Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'examen somatique n'a révélé aucun des stigmates de l'hystérie. Le diagnostic d'épilepsie, admis par le professeur Pitres, ne paraît pas douteux.

Les diverses observations que je viens de résumer et celle que j'ai donnée *in extenso* démontrent donc l'exactitude de ce que j'indiquais : *l'amnésie épileptique peut être rétrograde.*

Peut-elle être antérograde? La question est ici plus difficile à résoudre parce que l'on ne peut jamais savoir exactement quel est l'état mental d'un épileptique après sa crise¹. Il peut se trouver dans un état « crépusculaire » léger, c'est-à-dire qu'il peut parler et agir comme un homme normal sans cependant avoir une conscience normale. C'est là un fait très obscur: les conséquences que l'on en tire, quelle que soit l'opinion à laquelle on s'arrête, ont une

1. Lüth, *Die Spätepilepsie* (A. Z. f. P., 1899, 522).

importance considérable. Je n'en aborderai pas ici l'examen, et je me bornerai à signaler encore quelques autres modalités de l'amnésie épileptique; d'abord elle est souvent *retardée*, c'est-à-dire que le souvenir des actes commis pendant l'état de trouble mental peut persister quelque temps pour s'évanouir ensuite au bout d'un certain nombre d'heures ou de jours. C'est encore là un fait d'une extrême importance en médecine judiciaire et je discuterai avec soin ce genre d'amnésie dans le chapitre consacré aux conséquences médico-légales de la perte des souvenirs¹.

En second lieu, l'amnésie épileptique peut être périodique. Kellner, dans un excellent article sur les troubles psychiques transitoires post-épileptiques², a fait connaître le résultat de ses observations portant sur 137 épileptiques observés à l'asile de Hambourg; il donne quelques exemples de ce genre d'amnésie. Il raconte notamment l'histoire d'une épileptique de trente-six ans :

Atteinte du mal comitial depuis dix-huit ans, cette malade a des convulsions mensuelles, surtout à l'époque de ses menstrues. A son arrivée à l'asile, elle avait de dix à douze crises subintrantes, puis s'endormait; à son réveil, elle se sentait physiquement bien, n'avait pas de délire, mais avait une amnésie complète des quinze années précédentes. Elle se croyait revenue à l'âge de vingt et un ans, au moment où elle avait joué la comédie avec succès dans une troupe d'amateurs. Elle s'imaginait être encore au lendemain de son triomphe, et cette femme, d'ordinaire triste et tranquille, reprenait toute la vivacité joyeuse de sa jeunesse et refaisait les mêmes rêves d'avenir; elle ne délirait pas, n'avait aucune hallucination, et présentait simplement de l'écnmésie, pour employer l'expression de Pitres. Sa mémoire revenait à l'état où elle se trouvait à l'heureuse époque de la vingtième année.

Au bout de deux ou trois jours, les souvenirs effacés reparaissaient: elle se rappelait son mari, ses enfants, et ses souvenirs morbides perdaient leur vivacité.

1. Voyez d'ailleurs: Ottolenghi, *Epilepsie psichice*, R. sperim. d. F., 1890-1891; Maxwell, *L'Amnésie au point de vue de la médecine judiciaire*, Bordeaux, 1902; Kovalevsky, *L'Epilepsie*; Samt, *Arch. f. Psych.*; Leidesdorf, *Epileptische Geistesstör.*, in *Forens. Beziehung. Mittheil. d. Ver. der Aerzte in N. Oest.*, 1876.

2. *Ueber transitorische post-epileptische Geistesstörungen* (A. Z. f. P., 1901, 803).

Kellner a également signalé une autre malade du même genre :

C'était une fille mère de trente ans, peu intelligente, mais bien constituée, épileptique depuis son enfance. A vingt ans, elle avait eu des relations incestueuses avec son père; elle était devenue grosse, mais avait mis au monde un enfant mort. A l'état normal, elle est soumise et docile; elle prend philosophiquement les choses: elle ne parle jamais de l'inceste qu'elle a commis; mais si on l'interroge, elle en fait l'aveu. Elle savait que c'était mal, mais on lui avait dit que si elle devenait enceinte, elle guérirait de l'épilepsie. Après la crise, l'état mental de cette fille change complètement. La mémoire des dernières années s'efface; elle se contracte en quelque sorte, et revient, au point de vue de ses souvenirs, à l'époque du crime; elle a des remords très vifs, auxquels se joint une peur constante de la police. Elle s'imagine qu'on va l'arrêter. Au bout de deux ou trois jours, elle revient à l'état normal.

En résumé, nous trouvons que l'amnésie épileptique se présente avec des caractères variables, qu'elle est généralement lacunaire simple, mais qu'elle peut être rétrograde, immédiate ou retardée, temporaire ou permanente, et enfin périodique. Ces caractères ressemblent à ceux de l'amnésie hystérique. A ce point de vue, le retour du souvenir des crises antérieures dans une crise ultérieure, signalé dans l'observation prise dans le service du professeur Pitres, est significatif.

Enfin, les épileptiques arrivés à l'état de démence n'ont plus de mémoire. Celle-ci commence à s'affaiblir graduellement au cours de leur maladie; l'amnésie s'y présente, par conséquent, sous la forme progressive. Il est évident que l'on peut trouver alors des amnésies antérogrades complètes dans les cas où la déchéance psychique est avancée, mais l'amnésie antérograde est alors progressive et n'est qu'un des éléments de cette déchéance. Je ne crois pas que l'on ait pu jusqu'à présent constater des amnésies antérogrades lacunaires simples. En effet, il est extrêmement difficile, pour les raisons que j'indiquais plus haut, de savoir exactement

quel était l'état mental du malade à l'époque considérée. Nous verrons même que l'amnésie ne saurait nous fixer à cet égard.

§ 2. L'ÉPILEPSIE SANS AMNÉSIE.

L'amnésie n'est pas constante dans l'épilepsie. — Les souvenirs sont généralement incomplets et indistincts. — Leur conservation relative s'observe surtout dans les états crépusculaires.

Pendant longtemps, l'amnésie a été considérée comme accompagnant nécessairement l'épilepsie et les anciens auteurs refusaient de considérer comme comitiale toute crise qui n'était pas suivie d'amnésie.

Une observation plus approfondie des faits a permis cependant de reconnaître que les souvenirs de l'accès pouvaient être conservés. On a des exemples où la mémoire des faits survenus au cours de la crise convulsive elle-même n'était pas perdue. Hennocq¹ en rapporte des observations. Cependant, en 1877 encore, Legrand du Saulle enseignait² que le malade n'a aucune notion du monde extérieur pendant la crise, qu'il n'entend pas, ne voit pas, ne sent pas.

L'amnésie, néanmoins, est la règle dans l'attaque convulsive, et les cas où elle manque paraissent extrêmement rares. Toutes les fois que le souvenir de la convulsion persistera, il y aura lieu de rechercher avec soin si le diagnostic de l'hystérie ne doit pas être porté.

La conservation des souvenirs est moins rare dans les autres formes d'épilepsie psycho-motrice; dans l'épilepsie psychique, elle se trouve quelquefois aussi. C'est même dans l'épilepsie psychique et surtout dans les états crépusculaires que l'amnésie manque le moins rarement. Les souvenirs peuvent être plus ou moins bien conservés; dans les cas les

1. *De l'épilepsie avec conscience*, thèse de Lille, 1894.

2. *Étude médico-légale sur les épileptiques*, p. 47.

plus ordinaires, le malade se rappelle les événements d'une manière confuse et indistincte. Il peut avoir de la paramnésie de certitude et croire avoir fait un rêve, alors qu'il a réellement agi, ou de la paramnésie d'identification et ne pouvoir pas dire où et quand l'événement dont il se souvient s'est accompli. De même, il peut se rappeler certains faits et en oublier d'autres; dans beaucoup de cas, le malade ne se rappelle qu'un détail, souvent insignifiant; par exemple, le menu d'un repas, un écriteau lu en chemin, la rencontre d'un animal. Les souvenirs ne sont pas tous perdus ou tous conservés; il y a une foule d'états intermédiaires entre l'amnésie complète et la conservation parfaite des souvenirs. Il est important d'en tenir compte parce que les médecins sont trop souvent tentés de douter du caractère épileptique des impulsions dont le sujet a, dans une certaine mesure, la conscience et le souvenir¹.

1. On ne saurait imaginer combien cette conception erronée est encore répandue malgré les nombreux travaux qui en démontrent l'inexactitude. Voyez à ce sujet : Ball, *Note sur un cas d'épilepsie avec conscience*, in *l'Encéphale*, 1886; Tamburini, *L'amnesia non e carattere costante, etc.*, in *R. sperim. d. F.*, 1878; Ingels, *Bull. Soc. de méd. de Gand*, 1860; Hazard, *Saint-Louis medical Record*, 1880; Leidesdorf; Samt; Maudsley; Legrand du Saulle, p. 165; Ottolenghi; Hennocq; Féré; Falret; Pardo. Je renvoie, pour plus de détails, à la thèse de Ducosté, où l'on trouve des indications bibliographiques très complètes. Malgré les faits si nombreux qui ont été relatés, on peut lire encore (*Archiv. d'anthropol. crimin. et de méd. lég.*, février 1903 : *Dégénérescence de criminalité et de folie*) ces lignes écrites par un médecin expérimenté, consciencieux, estimé pour l'étendue de ses connaissances, le Dr Pailhas d'Albi : « Quant à ses crises, elles tiennent à la fois de l'emportement maniaque du dégénéré et du délire impulsif hystéro-épileptique. C'est dans ce sens que témoignent : a) l'anesthésie pharyngée; — b) la forme de l'aura; — c) la pâleur et la céphalée prodromiques; — d) la soudaineté, la brièveté et la violence aveugle des mouvements que parfois l'inculpé rattache à des motifs de contrariété souvent mal justifiée; — e) un certain degré d'automatisme soit au cours de l'agitation maniaque, soit pendant la fugue qu'il prétend avoir faite au régiment; — f) le retour habituel des crises dans la soirée; — g) le souvenir vague et imprécis des accidents de la crise, ce dernier signe servant à lui seul de caractère éliminateur de l'épilepsie pure et simple, si, conformément aux déclarations de M. le Dr Paul Garnier (Congrès de Bordeaux, 1895), « on doit rejeter du cadre des impulsions épileptiques vraies les actes accomplis avec une conscience même seulement partielle » et ayant laissé des traces dans la mémoire. »

Les savants experts ont conclu à la débilité psychique et à la folie, ayant pour conditions étiologiques la dégénérescence héréditaire, l'alcoolisme et l'impaludisme, et pour manifestations des accidents soudains et transitoires de surexcitation mentale participant à la fois de l'accès de fureur hystéro-épileptique et des emportements maniaques propres à certains dégénérés. Je ne critique pas leur diagnostic, n'ayant pas vu le malade; je suis persuadé, d'ailleurs, que ces médecins distingués ont exactement jugé le cas en déclarant leur malade irresponsable; mais, je ne saurais pro-

Dans les accès jacksoniens il n'y a pas d'amnésie. Cette maladie constitue plutôt une épilepsie symptomatique. L'amnésie ne survient, en général, que lorsque l'accès se généralise : elle peut alors offrir les différentes formes que présente l'amnésie dans l'épilepsie ordinaire; les jacksoniens se souviennent d'ordinaire des convulsions partielles qui précèdent les convulsions générales.

Je ne crois d'ailleurs pas qu'il y ait lieu de discuter plus complètement l'existence de l'épilepsie sans amnésie. Cette forme est admise aujourd'hui et des travaux considérables l'ont consacrée. Je renvoie aux divers traités de psychiatrie et aux ouvrages publiés par Falret, Legrand du Saulle, Tamburini, Féré, etc. Hennocq et Ducosté, dans leurs thèses, ont spécialement étudié cette question qui ne fait pas l'objet précis de mon travail.

tester avec assez d'énergie contre l'opinion qui fait encore de l'amnésie la condition nécessaire de l'épilepsie. Si un délinquant n'a aucun des stigmates de l'hystérie, n'est pas aliéné et a simplement des accès de surexcitation et de fureur plus ou moins conscients, faudra-t-il, malgré la périodicité des accès, la similitude des délires ou des impulsions, malgré d'autres signes d'épilepsie, refuser de le considérer comme comitial? Faudra-t-il en faire un dégénéré simplement? Dilemme grave, car refuser toute responsabilité à un simple dégénéré est difficile, alors qu'il n'en est pas de même de l'épileptique. Voyez encore ce que je dis de l'amnésie retardée pages 178 et 187. La doctrine de Garnier a été, du reste, combattue au Congrès de Bordeaux par Régis et Tissié.

CHAPITRE IV

CONSIDÉRATIONS ANALYTIQUES

§ 1. L'AMNÉSIE ET LA NATURE DE L'ÉPILEPSIE.

Analogie entre l'amnésie épileptique et l'amnésie hystérique. — L'épilepsie se comporte comme l'hystérie vis-à-vis de la mémoire. — L'épilepsie et les psychoses d'auto-intoxication.

Je viens de décrire sommairement les différentes formes de l'amnésie épileptique; quelles conclusions peut-on formuler à la suite de ce rapide examen?

Il en est une qui me paraît se dégager d'elle-même. C'est que l'épilepsie est susceptible de présenter, au point de vue des troubles de la mémoire qu'elle entraîne, le même aspect que l'hystérie. Je reconnais volontiers qu'en l'état actuel de nos connaissances, l'amnésie épileptique paraît plus profonde que l'amnésie hystérique: il ne faut pas oublier cependant qu'il n'y a pas longtemps on considérait la perte du souvenir comme un des caractères essentiels du mal comitial. Ce préjugé scientifique n'a pas encore complètement disparu, bien que nos idées se soient modifiées sur ce point. Sans revenir sur ce que j'ai dit dans le chapitre précédent, je rappellerai que, dès 1868, Lasègue, Blanche et Motet n'hésitaient pas à reconnaître le caractère épileptique d'une impulsion homicide consciente; le souvenir en était conservé et le malade en rendait un compte exact¹. Falret, Billod²,

1. Voyez Legrand du Saulle, *Ét. méd. leg. s. l. épilep.* Obs. IV, p. 25.

2. *Ann. méd.-psych.*, 1843.

bien longtemps auparavant, avaient signalé des faits de ce genre. La science commençait à douter déjà de la constance de l'amnésie dans l'épilepsie.

Puis, lentement il est vrai, elle a constaté la variété des formes que la perte des souvenirs présente lorsqu'elle existe.

On a reconnu d'abord que l'amnésie épileptique pouvait être rétrograde; cette idée n'était pas encore généralement acceptée en 1892, malgré le nombre des observations déjà recueillies, puisqu'un homme aussi compétent que Rouillard la niait.

L'amnésie retardée a été admise plus tard: elle n'a pas actuellement encore droit de cité dans la science, dans la science française tout au moins, puisque nous trouvons, dans un rapport médico-légal rédigé par des hommes aussi considérables et aussi compétents que Brouardel, Magnan et Garnier¹, l'affirmation que l'épileptique ne peut pas oublier ce dont il s'est souvenu à un moment donné. Je ne doute pas que l'examen de faits chaque jour plus nombreux ne fasse pénétrer dans la médecine légale, d'une façon définitive, la notion de l'amnésie retardée. A combien d'erreurs s'exposent les médecins légistes qui l'ignorent ou la rejettent! Que d'invéraisemblances disparaîtront lorsque sa possibilité sera admise; il me semble que déjà tout rapport médico-légal devrait en tenir compte chaque fois que le délinquant examiné niera un crime confessé par lui au moment de son arrestation.

Ces aveux, suivis d'une amnésie qui s'étend non seulement à l'acte oublié, mais aux aveux eux-mêmes qui l'ont suivi, nous révèlent des faits cliniques qui ont permis de faire un pas décisif dans la connaissance des troubles psychiques de l'épilepsie. Ces faits, confirmés par l'observation des phénomènes que l'on constate dans un grand nombre de circonstances, dans certaines fugues par exemple, et dans certains cas d'exhibitionnisme, de kleptomanie, de violences ou

1. *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1902.

d'accès psychiques purs, nous ont conduit à la notion des *états crépusculaires*, où l'on trouve le véritable délire *onirique* de Régis.

Les aliénistes ont, depuis longtemps, constaté que les délires des épileptiques, comme leurs crises, présentaient le plus souvent un aspect invariable¹. Legrand du Saulle est formel sur ce point; il dit²: « Celui qui a été témoin une fois de ces signes avant-coureurs les retrouvera toujours chez le même malade, à chaque accès ultérieur, car ils se reproduiront avec la même invariable uniformité: même souvenir, même idée, mêmes sensations fausses. »

Falret croit que ces auras psychiques ne sont que la reproduction de l'idée ou de la sensation qui a provoqué chez le malade son premier accès. La scène effrayante qui a déterminé cet accès initial se représente à eux dans les crises suivantes³.

Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur ce caractère de l'accès épileptique; on le retrouve dans ses équivalents psychiques, notamment dans les états crépusculaires dont je parlais tout à l'heure.

Il m'a suffi, je le pense, de citer les paroles déjà anciennes de Legrand du Saulle et de Falret pour que l'esprit évoque aussitôt l'image de l'attaque hystérique; de même, l'état crépusculaire de l'épileptique est très souvent comparable à l'état second de l'hystérique; la ressemblance qui existe à cet égard entre les deux grandes névroses, l'hystérie et l'épilepsie, paraît avoir frappé les récents observateurs.

Je citerai, par exemple, Féré⁴: « Il y a dans l'existence de l'épileptique à crises psychiques deux phases, deux conditions de son intelligence. L'état naturel ou condition première, comme dit M. Azam, pendant lequel la mémoire s'étend à tous les événements de la vie normale; puis l'état

1. Voyez à ce sujet Kroeplin, *Psych.*, II, 463.

2. Ouv. cité, p. 47.

3. Voyez Ducosté, *Songes d'attaque des épileptiques* in *Journal de méd. de Bord.*, 1899.

4. Ouv. cité, p. 143.

épileptique ou condition seconde, pendant lequel la mémoire s'étend à la fois aux événements de la vie normale et à ceux de la phase épileptique actuelle. »

La mémoire peut même, au cours d'un accès, retrouver le souvenir des faits survenus pendant les accès précédents. A l'observation que j'ai donnée, l'on peut ajouter celle de Kovalevsky¹. Ces cas sont encore peu nombreux, mais je suis persuadé qu'ils se multiplieront quand l'analyse de la mémoire chez les épileptiques sera poursuivie avec plus de méthode et de soins. Il suffit, d'ailleurs, qu'ils existent pour que l'on soit obligé d'en tenir compte. On est dès lors amené à reconnaître qu'il existe dans l'épilepsie des amnésies périodiques comparables à celles que l'on observe dans l'hystérie.

Nous avons, dans l'une et l'autre de ces névroses, l'amnésie lacunaire simple de l'accès, l'amnésie rétrograde et l'amnésie antérograde, qui est peut-être liée à un état crépusculaire dans l'épilepsie et à un état d'aprosodie ou d'aboulie dans l'hystérie, états plus comparables entre eux qu'on ne le pense à première vue, car ils dérivent tous deux d'un affaiblissement du sentiment de l'activité consciente et personnelle, plus marqué dans l'épilepsie que dans l'hystérie.

Les états crépusculaires comitiaux nous offrent ainsi des phénomènes voisins de ceux que présentent les états seconds hystériques; nous y trouvons jusqu'à l'amnésie périodique.

Nous pouvons aller encore plus loin dans la recherche des ressemblances, et montrer que dans le mal comitial il existe aussi des variations très nettes de la personnalité, dépendant de la mémoire consciente disponible. J'ai cité les cas observés par Kellner. Ils ne sont pas les seuls qu'aient constatés les cliniciens.

Voisin² en a publié divers exemples. « Une de nos malades, H..., trente-quatre ans, se reporte à l'époque où elle gardait les troupeaux, elle chante à tue-tête les chan-

1. *Analyses psychiatr. méd.-lég.*, I. — Voyez aussi Trowbridge, *Med. News.*, 1891, Philadelphie.

2. Ouvr. cité, p. 87.

sons des bergers de son pays, *comme si elle se trouvait dans les champs*, et sa conversation est remplie du nom de ses anciennes compagnes du Bois de Beuvray, et du loup qui s'y trouve, enfin de tous les faits qui l'ont frappée à cette époque de sa vie.

» Une autre malade, D..., est au couvent, dans la cour avec ses camarades, ou au confessionnal avec l'aumônier. Une troisième, B..., est au chevet du lit de mort de ses parents ou au bal de l'hôtel-de-ville. Toutes ces malades répètent toujours les mêmes phrases et racontent toujours les mêmes faits, et aussitôt que vous les interpellez, elles répondent très nettement à votre question avec les apparences de la raison. »

Voisin ne nous indique pas avec précision ce qu'il entend par les apparences de la raison; mais les observations de Kellner, plus précises, nous montrent une amnésie semblable à celle que Pitres désigne sous le nom d'écamnésie.

On trouvera dans le livre classique du professeur de l'Université de Bordeaux (t. II, p. 219 et 250) une analyse très complète de l'écamnésie constatée par lui. « C'était, dit-il¹, selon l'expression très juste de Briquet, un délire de réminiscence. Mais je remarquai, en outre, une particularité qui avait échappé jusque-là à Briquet et aux autres historiographes de l'hystérie : c'est que tant que durait son délire, la malade avait absolument perdu le souvenir de tout ce qui était advenu depuis l'événement qui occupait son esprit, tandis qu'elle se rappelait très bien les faits antérieurs à cet événement. » Pitres pouvait causer longtemps avec elle à condition d'*entrer dans son délire*.

Les épileptiques de Kellner présentaient le même phénomène. Peut-on rejeter ses observations et attribuer à l'hystérie ces délires amnésiques qu'il considère comme post-épileptiques? Je ne le pense pas, car l'aliéniste allemand est un homme compétent, et son jugement mérite d'être pris en

1. *Leçons sur l'hystérie*, II, 220.

sérieuse considération; Voisin a observé, de son côté, des faits du même genre.

Les changements périodiques de caractère, d'humeur, de conduite ne nous révèlent-ils pas, d'ailleurs, à eux seuls, une véritable altération de la personnalité? L'enfant doux et soumis qui devient désobéissant et irritable, la jeune fille modeste et réservée qui se montre impudique dans ses gestes et dans son langage, l'homme laborieux et honnête qui vagabonde, vole, s'enivre ou commet des attentats aux mœurs, n'ont pas conservé leur personnalité normale.

Je ne pourrais exprimer cette pensée en de meilleurs termes que les suivants, empruntés à Binet¹: « Nous sommes restés jusqu'ici confinés dans l'hystérie... La question se pose de savoir si, en dehors de cette névrose, on rencontre des divisions analogues de la conscience et de la personnalité.

» Si on prend comme signe de ces divisions l'état de la mémoire, toujours plus facile à constater d'une manière précise que les changements de caractère, il faut répondre affirmativement à la question posée; on trouve dans des conditions très diverses, des fragments de vie psychologique qui ont pour trait essentiel de posséder une mémoire propre; nous entendons par là que ces états *ne laissent point de souvenirs pendant la veille*, mais que le retour du même état ramène les souvenirs de sa manifestation antérieure, et la personne se rappelle tous les faits qu'elle avait oubliés pendant sa vie normale.

» Parfois, l'existence d'une mémoire propre à ces états seconds se manifeste sous une forme un peu différente et plus élémentaire; *le sujet recommence toujours les mêmes actes*. On rencontre des exemples, aujourd'hui bien connus, de ces particularités psychologiques dans le rêve, les intoxications par l'alcool, l'éther, le haschich, etc., les folies circulaires, l'épilepsie. *Il existe même chez certains épilé-*

1. *Les altérations de la personnalité*, p. 35. [Les italiques sont de moi.]

tiques une double vie psychologique présentant les mêmes caractères que dans l'hystérie.»

On ne peut donc pas trouver, dans les formes spéciales que peuvent affecter la perte des images et la modification correspondante de la personnalité, un élément certain de diagnostic différentiel entre l'hystérie et l'épilepsie. Ces deux névroses paraissent se comporter, vis-à-vis de la mémoire, d'une manière semblable; l'action de la seconde ne diffère que par une intensité peut-être plus grande de l'action de la première. Les considérations tirées uniquement des caractères de l'amnésie tendent à marquer entre elles une étroite parenté¹.

Enfin, si l'on compare les amnésies antérogrades de l'hystérie ou de l'état crépusculaire épileptique et celles que l'on observe dans les intoxications de toute espèce, on arrive à une conclusion intéressante : c'est que dans l'hystérie et l'épilepsie, la mémoire présente des réactions analogues à celles qu'elle montre dans les maladies d'origine infectieuse ou toxique. Je ne puis songer à discuter dans mon étude actuelle, en détail, cette question, si intéressante qu'elle soit, mais que l'on compare ce que je dis de l'état de la conscience de l'épileptique et de la nature de son délire, véritable rêve, à ce qu'enseigne Régis du délire hystérique et du délire d'intoxication, et l'on reconnaîtra que l'épilepsie, comme l'hystérie elle-même, se range à côté des maladies infectieuses ou toxiques. Leur analogie est très nette si on analyse certaines amnésies d'états crépusculaires post-paroxystiques; ces amnésies ne sont pas pour moi de véritables amnésies antérogrades, puisque la perte des souvenirs porte sur une période de trouble psychique, mais cependant, même à ce point de vue, elles ne diffèrent pas des amnésies dites antérogrades de l'hystérie ou des maladies infectieuses ou toxiques.

1. L'amnésie systématisée seule paraît propre à l'hystérie. Encore faudrait-il être certain qu'elle ne se rencontre pas dans les délires épileptiques, par exemple les délires écnésiques. C'est à rechercher.

Pour me servir de l'expression de Régis, l'épilepsie paraît se comporter dans certains cas, vis-à-vis de la mémoire, comme une auto-intoxication.

Telles sont les premières réflexions que suggère l'analyse morphologique des amnésies épileptiques. Elles nous amènent à cette intéressante conclusion : *l'amnésie de l'état crépusculaire grave a les caractères d'une amnésie toxique.*

L'analyse du délire épileptique amènerait aux mêmes conclusions. Dans les états crépusculaires graves, nous trouvons une véritable confusion mentale; dans les états légers, une sorte de rêve.

§ 2. L'AMNÉSIE ET L'ÉTAT DE LA CONSCIENCE.

- I. *Position de la question. — Rapports entre l'amnésie et la forme de l'accès. — Rapports entre l'amnésie et les troubles de la conscience. — Amnésie rétrograde. — Amnésie et inconscience. — Inconstance de l'amnésie.*
- II. *Inconscience et paraconscience. — L'amnésie n'indique pas l'absence de toute conscience. — Définition de la conscience. — Perception, aperception et conscience. — La notion du moi et la conscience personnelle. — Degrés de la conscience personnelle. — Troubles de la conscience personnelle.*
- III. *Incoordination motrice et psychique. — La conscience dans le rêve et dans l'épilepsie. — Etats crépusculaires et fugues épileptiques. — L'amnésie varie avec la notion de la participation personnelle. — Personnalités secondes épileptiques.*
- IV. *La forme de l'amnésie n'indique pas quel a été l'état de la conscience. — Amnésies complètes et incomplètes.*

I

Nous sommes amenés maintenant à l'examen de l'importante question des rapports qui existent entre la conscience et la perte de la mémoire. Le problème se pose dans les termes suivants :

1° Peut-on trouver quelque relation entre l'état de conscience de l'épileptique au moment de l'accès et l'amnésie qui lui succède?

2° Peut-on, étant données les allures de l'amnésie cons-

tatée, arriver à déterminer quel était l'état de conscience de l'épileptique à l'époque pour laquelle les souvenirs lui manquent ?

Dans l'état actuel de nos connaissances, je ne crois pas qu'on puisse répondre avec une certitude absolue à ces questions. Leur importance est, d'ailleurs, bien inégale, et c'est justement la première, c'est-à-dire la moins intéressante, qui est susceptible d'une réponse approximative.

Les différentes modalités que peut présenter la crise épileptique sont connues. Je me bornerai à rappeler que l'accès classique, accompagné de troubles moteurs déterminés, peut être remplacé par d'autres phénomènes soit physiques, soit psychiques. Par exemple, dans l'épilepsie procursive, le malade court droit devant lui; dans la fugue, il fait un voyage automatique ou impulsif, ou vagabonde sans but déterminé; c'est une forme d'équivalent assez fréquente. D'autres fois, la crise se traduit par un accès de fureur avec impulsion au meurtre ou au suicide. La possibilité de ces accès est toujours à redouter chez un épileptique.

Dans d'autres cas, l'épilepsie ne se manifeste que par des troubles psychiques, quelquefois très légers, un simple vertige, une absence très courte, se traduisant par un arrêt imperceptible dans la conversation; quelquefois plus graves et accompagnés d'hallucinations généralement terrifiantes. On s'accorde à reconnaître que les formes psychiques sont plus dangereuses pour l'esprit que les formes ordinaires. Elles amènent une déchéance plus rapide. Chez elles, l'amnésie paraît plus constante, surtout pour les vertiges légers, les très courtes absences. Il est très rare que le malade en ait la conscience personnelle et le souvenir.

D'ailleurs, dans les accès convulsifs graves, la même absence apparente de conscience et de mémoire se rencontre¹.

1. Il y a des exceptions qu'il serait désirable d'étudier avec soin. Hennocq (*De l'épilepsie avec conscience*, thèse de Lille, 1894) signale le cas de malades qui conservaient leur connaissance au cours de la crise convulsive. Une de ces malades répondait aux questions qui lui étaient posées : ses troubles moteurs n'avaient aucun retentissement sur sa conscience personnelle; elle n'avait pas d'amnésie.

On peut dire, d'une façon générale, que l'amnésie est une des caractéristiques de l'accès épileptique. Mais les questions que la pratique soulève, surtout dans la profession de médecin légiste, présentent rarement une telle simplicité. J'indiquais tout à l'heure les principales formes de l'accès épileptique ou de ses équivalents. Si l'on étudie la littérature contemporaine, on peut arriver à la constatation suivante : dans les accès convulsifs graves, amnésie, souvent rétrograde; dans les accès convulsifs légers, simples contorsions musculaires, tics, grimaces, fixité passagère du regard, amnésie simple. Je n'ai pas trouvé d'exemple d'amnésie rétrograde dans les cas examinés par moi; cela ne veut pas dire pourtant qu'elle ne se rencontre jamais. On peut donc trouver une certaine relation entre l'intensité des troubles moteurs et l'amnésie qui les suit. *Celle-ci paraît être d'autant plus étendue dans le temps que l'accès a été plus violent dans ses manifestations physiques.* Ce parallélisme a été déjà indiqué, notamment par Féré.

Dès que nous abordons, au contraire, l'examen des équivalents physiques de l'accès convulsif, nous constatons une variété beaucoup plus grande de troubles mnésiques. L'une des formes les mieux connues de l'équivalent physique est l'automatisme ambulatoire. Ce besoin irrésistible de déplacement que le malade éprouve n'est, d'ailleurs, pas spécial à l'épilepsie : on le rencontre dans l'hystérie, quelquefois dans les neurasthénies. Il faut reconnaître, cependant, que les épileptiques y sont plus particulièrement sujets. Dans les cas observés, il n'y a pas de principe général à constater. On rencontre souvent de l'amnésie simple, rarement de l'amnésie rétrograde : on peut même, plus fréquemment dans cette forme que dans la plupart des autres, ne pas trouver d'amnésie ou n'en trouver qu'une incomplète. Il est nécessaire de tenir compte de cette circonstance, les épileptiques dromomanes fournissant aux tribunaux militaires un certain nombre de déserteurs, et aux juridictions civiles quelques vagabonds. Mais ni la longueur des courses faites

ni leur durée ne paraissent avoir de rapport avec les pertes de mémoire constatées.

Il y a, cependant, un facteur en fonction duquel l'amnésie paraît varier : c'est la violence de l'impulsion. Il n'y a rien de surprenant à cela, car on trouve tous les intermédiaires entre les convulsions ordinaires et le voyage en apparence le plus normal. C'est ainsi que, dès le xvi^e siècle, on avait reconnu le caractère épileptique des courses de certains malades et noté l'amnésie consécutive¹. Certains épileptiques tournaient en cercle avant de tomber, d'autres couraient droit devant eux sans s'occuper des obstacles qui barraient leur route et se heurtaient à des murs ou à des arbres, ou tombaient dans des trous, dans des mares ou dans des rivières.

Mais ces cas très nets ne sont pas les seuls que l'on observe. Des degrés insensibles amènent au cas où l'épileptique part comme un homme raisonnable en apparence, après avoir fait sa malle et pris son billet. C'est dans ces cas que l'amnésie présente une foule de formes souvent difficiles à pénétrer. On peut, cependant, ici encore, arriver à une conclusion : c'est que plus l'impulsion sera violente, brutale, *incoordonnée*, plus l'amnésie sera constante et probablement profonde.

Il se dégage donc de la rapide analyse que je viens de faire des rapports de l'amnésie et des troubles physiques cette conséquence : c'est que l'amnésie est presque toujours constatée dans les mouvements incoordonnés ou mal coordonnés, quelle qu'en soit la violence. Celle-ci ne paraît influencer que le degré de l'amnésie qui peut être rétrograde, par exemple, dans les cas particulièrement graves. L'incoordination des mouvements paraît au contraire en rapport

1. Thomas Erastus, Basle, 1581, II, 195; Sennertus, *Pract. med.*, I, I; Bootius, *Obs. med. de affect. omiss.*; Tulpius, *Obs. med.*, 1672, Etmüller, *Pratique de médecine spéciale*, Lyon, 1691; Brescon, *Traité de l'épilepsie*, Bordeaux, 1742; Caillau, *Journal de santé et d'histoire naturelle*, Bordeaux, 1797.

Voyez, à ce sujet, Bourneville et Bricon, qui donnent un aperçu historique très complet : *L'épilepsie procursive* in *Arch. de neurol.*, 1887-1888.

avec l'existence de l'amnésie; mais cette dernière affirmation demande à être faite avec plus de réserve encore que la précédente.

L'amnésie me paraît donc peut-être en fonction de l'incoordination des mouvements, c'est-à-dire que les convulsions toniques et cloniques, les impulsions irrésistibles à courir en cercle, ou sans altérer sa direction ni tenir compte des obstacles, seront généralement suivies d'amnésie. Celle-ci existera encore le plus souvent dans les actes en apparence coordonnés et bien adaptés à une fin, mais ayant encore un caractère nettement automatique, caractère qui se manifestera par l'incongruité ou l'inopportunité du voyage, de la promenade, de l'action quelconque envisagée. C'est, par exemple, le cas du magistrat, cité par Tardieu, qui se lève au milieu de l'audience pour uriner dans un coin de la salle; celui du membre d'un jury qui, sans aucune espèce de motif compréhensible, quitte la séance et va faire un tour de promenade dans Paris, en évitant les voitures et les embarras des rues. L'amnésie est moins constante dans les actes mieux coordonnés, comme un voyage compliqué.

Si l'on analyse les équivalents psychiques, on peut encore arriver à une conclusion. Elle ne sera guère plus certaine que la précédente : mais on ne saurait être trop prudent dans l'expression de lois encore bien hypothétiques et lorsqu'on traite des sujets aussi peu étudiés.

Les équivalents psychiques ont les mêmes variétés de degré que les crises motrices. On peut observer, en effet, tous les intermédiaires entre la fureur la plus violente, allant aux crimes les plus barbares, et de simples états de tristesse, d'angoisse, de dépression. De même, dans l'ordre des troubles de la sensibilité, on peut observer les accidents les plus graves de la migraine ophtalmique ou de simples céphalées. Je ne veux pas dire que la migraine ophtalmique soit toujours un équivalent épileptique, je me borne à indiquer qu'elle peut l'être quelquefois. Je ne serais même pas surpris qu'une étude plus approfondie

des équivalents épileptiques dans les troubles de la sensibilité ne nous révèle le caractère comitial de certaines névralgies et peut-être même de troubles sensitifs n'ayant pas l'apparence de névralgies.

Dans ces deux classes d'équivalents, nous remarquons d'abord que l'amnésie n'existe presque jamais dans l'équivalent sensitif. Je n'en connais pas de cas tout au moins. Il est vrai de dire que si l'équivalent psychique de l'accès épileptique a été étudié, son équivalent sensitif ne paraît pas l'avoir été au même degré, si l'on en excepte les céphalées et les troubles visuels¹. On trouvera dans l'observation citée page 41, un cas très net de céphalée avec dépression morale, se substituant à des accès épileptiques².

1. D'ailleurs, pour être perçue, la douleur doit être l'objet de la synthèse personnelle. Si elle n'est pas ainsi perçue, il est bien clair que le malade ne s'en plaindra jamais, car sa personnalité normale n'en aura aucun souvenir. C'est ce qu'on voit quelquefois dans la crise convulsive et dans certains accès psychomoteurs : le malade porte la main à la tête et même se plaint d'en souffrir. Au réveil, il a oublié sa douleur comme ses convulsions. Il ne connaît celles-ci que par leurs conséquences et leurs traces. Voyez au sujet de l'équivalent sensitif : *L'épilepsie sensitive et la dementia paralytique*, Magalhaes Lemos, Berlin, 1891. — *Les migraines et leurs rapports avec les états épileptiques et délirants*, Cornu, thèse de Lyon, 1902; Anderson, *On sensory epilepsy, Brain*, 1885; Hamilton, *On cortical sensory discharging lesions; sensory epilepsy in New York. med. Jour.*, 1882; Hammond, *Epilepsy in Arch. of med.*, 1880; Gray, *The correlation of migraine and epilepsy in The Pathologist*, Brooklyn, 1881; Lieving, *On migraine and sick Headache*, London, 1876; Rackfort in *Journ. of Americ. med. science*, 1898; Kovalevsky, *La migraine*, etc.

2. Voici une observation de migraines faisant fonctions d'équivalents épileptiques et d'amnésie rétrograde comitiale que je dois à l'obligeance de M. le professeur Picot et de son interne M. Leuret.

Clémentine B..., célibataire, cinquante-deux ans.

Mal comitial. — La malade est entrée à l'hôpital, il y a plus d'un an, et placée dans le service d'isolement, ses attaques étant alors excessivement fréquentes et nécessitant une surveillance continuelle.

Histoire de la maladie. — Jeunesse exempte de maladie ou d'accident qui mérite d'être relevé.

Vers vingt ans, la malade est prise de migraines sans cause, apparaissant brusquement et s'accompagnant de vomissements. La céphalée est exclusivement frontale et ne s'accompagne ni n'est précédée de troubles oculaires.

En outre, la malade a remarqué que ces migraines précédaient toujours ses règles de deux ou trois jours et cessaient pendant la période menstruelle.

Vers trente-deux ans, sans aucun motif, sans traumatisme ou émotions, la malade a sa première crise qui, d'après ce qu'on lui a raconté, s'était accompagnée de chute, de morsure de la langue, avec cri initial. Elle avait été absolument inconsciente et imprévue.

L'attaque n'avait aucun des signes de l'épilepsie jacksonienne et fut généralisée d'emblée.

Le souvenir en était conservé.

Il en est autrement de l'équivalent psychique. L'amnésie, sans être constante, est cependant la règle. Mais nous

Au début, les crises arrivaient environ tous les mois; la malade ne restait jamais trois mois sans en avoir. Quand elle demeurait plus d'un mois sans avoir d'accès, au début de son affection, ceux-ci étaient remplacés par des migraines analogues à celles mentionnées plus haut.

Elle entra à l'hôpital il y a plus d'un an, à la suite d'un accident : pendant une crise, elle était tombée dans le feu.

Au moment de son arrivée à Saint-André, elle présentait des accès nombreux, se reproduisant jusqu'à quatre fois par jour.

Aujourd'hui, si nous interrogeons la malade, elle ne peut donner aucun renseignement sur sa crise : celle-ci est absolument inconsciente, ne paraît pas précédée d'aura. Quand elle a une attaque, la malade, étant abandonnée à elle-même, reprend son travail, si celui-ci lui est resté entre les mains, sans manifester d'étonnement; si, au contraire, elle est tombée et a laissé échapper ce qu'elle portait, elle se relève machinalement, sans paraître ni préoccupée ni consciente de sa chute, ne ramasse pas ce qu'elle a laissé tomber et reprend ses occupations, comme si rien ne s'était passé.

L'amnésie fut découverte dans les circonstances suivantes : dans les premiers jours de novembre, la malade fut soumise au traitement par le bromure de potassium. Le 7 décembre, elle demanda qu'on lui supprimât sa potion, qui lui fatiguait l'estomac. Le 8, elle eut une violente crise. Le 8, au soir, au moment de la contre-visite, elle m'arrêta, comme je passais devant son lit, se plaignant de ce qu'on ne s'occupait pas d'elle et de ce qu'on ne lui donnait aucun médicament. La sœur de la salle, l'infirmière et moi eûmes beau lui rappeler que le traitement qu'elle suivait depuis quinze jours lui avait été supprimé la veille, sur sa demande, elle ne put, ni ce jour ni le lendemain, se rappeler avoir suivi un traitement. Le lendemain, en reprenant la potion prescrite, elle ne lui retrouva pas de goût connu.

A ce moment, cependant, la malade fut capable d'indiquer son âge, la date de sa naissance, le jour et la date où l'on était. Elle raconta, sans rien en oublier, sa vie, l'histoire de sa maladie, etc.

Depuis, la malade a eu trois crises :

Une s'est produite vers le 20 décembre, la malade allant chercher de la tisane, une bouteille à la main : celle-ci fut brisée dans la chute. La malade ne se souvient pas d'être allée chercher de la tisane.

Une autre crise s'est produite le 24 décembre, vers 7 heures et demie du matin : la malade se rendait à la messe, après avoir aidé à faire le ménage et avoir allumé le poêle, comme elle le fait chaque matin. Elle tomba à la porte de la salle. Interrogée aussitôt, elle ne put indiquer ni le jour ni l'heure de la journée; elle se dirigea machinalement vers le poêle, comme pour l'allumer, alors qu'elle venait de le faire, paraissant avoir oublié tout ce qui s'était passé depuis son réveil.

Par contre, elle se souvient bien et raconte ce qui s'est passé la veille.

La dernière crise date du 3 janvier. La crise s'est produite devant moi. Interrogée dès que la période de torpeur a été passée, la malade paraît se souvenir de ce qui a précédé la crise : elle soutient seulement qu'on est le 2 janvier et qu'elle se souvient fort bien qu'hier était le Jour de l'An. Cette crise a été légère et courte : la malade, assise, en train de coudre, n'est pas tombée et n'a pas fait tomber son ouvrage; quelques convulsions seulement et une perte de connaissance, le tout ayant duré quatre minutes environ.

Le reste de l'observation ne présente pas d'intérêt, toutes les fonctions de la malade s'accomplissent bien. Le système nerveux est également normal : la malade n'accuse ni changement de caractère ni diminution des facultés intellectuelles; les réflexes, la sensibilité, la motilité, tout est normal. A noter, seulement, un léger degré de presbytie.

(Observation de M. Leuret.)

devons à cette occasion observer un caractère extrêmement important de l'amnésie post-épileptique : c'est qu'elle peut être *retardée*.

Généralement, plus la crise psychique a été violente, plus l'amnésie est profonde; elle peut être rétrograde et présenter toutes les modalités signalées à l'occasion des amnésies de l'accès physique. Elle paraît obéir aux mêmes lois et se montrer en rapport avec l'intensité de la crise; mais ici le souvenir est plus souvent conservé; ce souvenir peut être passager, il est vrai, et disparaître au bout de quelques heures.

Cette affirmation eût paru téméraire il y a quelques années; l'amnésie était considérée comme un des symptômes essentiels de l'épilepsie psychique, et l'on allait jusqu'à déclarer qu'elle suffisait pour déterminer le caractère nosologique de la crise¹. C'est, je crois, Samt qui a le premier attiré l'attention sur les exceptions fréquentes dont cette règle, trop absolue, était susceptible. Son article² a fait connaître un certain nombre de cas, bien observés et dans lesquels aucune supercherie n'était à redouter; ils démontraient l'existence de souvenirs quelquefois très nets chez des épileptiques. Ce souvenir est éphémère et s'efface au plus tard au bout d'un ou deux jours. Chose digne de remarque : les épileptiques qui se souviennent ainsi des actes qu'ils ont accomplis ou des paroles qu'ils ont prononcées pendant leur crise oublient quelquefois plus tard leur récit aussi bien que le reste.

Leidesdorf, dans son article sur les psychoses épileptiques au point de vue médico-légal³ a, de son côté, remarqué caractère obscur et éphémère de ces souvenirs; il les compare à ceux d'un rêve qu'on se rappelle encore au réveil pour l'oublier bientôt après.

1. Voyez ce que j'en ai déjà dit page 57.

2. *Epileptische Irreseinsformen* (*Arch. f. Psych.*, V., 393; VI, 110).

3. *Epileptische Geistestörungen in forensischer Beziehung* (*Wien. med. Woch.*, 1881).

Dans quelques cas, comme je l'ai indiqué plus haut, le souvenir est durable; dans d'autres, certaines périodes de l'état de trouble mental sont oubliées et certaines autres ne le sont pas.

Tamburini¹ cite deux observations fort intéressantes, recueillies par lui. L'une concerne une jeune femme sujette à des attaques convulsives suivies de délire; quelquefois elle n'a que des accès de délire sans convulsions. Elle ne se rappelle pas les phénomènes mentaux qui se sont produits dans son esprit avant ou après les convulsions, mais garde, au contraire, la mémoire de tous ses actes et de tous ses états de conscience des accès de délire seul. « Elle se sent, dit-elle, en proie à une horrible méchanceté; elle voudrait tout détruire; un crime la soulagerait. » La seconde est relative à un homme de trente-quatre ans. Il a des accès bien nets d'épilepsie dont il ne garde pas le souvenir; il n'a pas d'amnésie, au contraire, pour les crises de délire qui suivent l'accès comitial. Il éprouve des impulsions irrésistibles à chanter, à crier, à faire du mal. Ce souvenir est durable.

On voit apparaître, dans les deux cas, l'amnésie avec les caractères que j'indiquais plus haut : elle existe pour les actes incoordonnés, mais disparaît pour les autres. Nous trouvons signalée aussi cette circonstance que le souvenir conservé est permanent, non éphémère comme dans les cas de Samt et de Leidesdorf. On pourrait trouver d'autres exemples encore et j'aurai peut-être l'occasion d'en citer quelques-uns. Mais ceux-là suffisent pour appuyer l'indication que je donnais plus haut. *Il ne paraît pas y avoir de rapport entre le trouble psychique et l'amnésie, en ce sens que l'on ne peut pas affirmer que celui-ci n'a pas existé parce que celle-là n'est pas constatée*².

Je ne dois pas laisser cette discussion de côté sans exa-

1. *L'amnesia non e carattere costante dell' epilessia larvata* (*R. S. d. F.*, 1878, p. 597).

2. Sic: Salgo, *Der Bewusstseinszustand im epileptischen Anfalle* (*A. Z. f. P.*, 1899, p. 1).

miner les théories de Voisin et celles de Magnan qui s'en rapprochent beaucoup. Frappé de ce fait que les épileptiques ont des accès de délire dont ils perdent le souvenir et d'autres pour lesquels la mémoire est conservée, Voisin a voulu voir dans les premiers de simples délires dégénéralifs et ne considérer comme épileptiques purs que les délires suivis d'amnésie. Certes, il n'est pas douteux que des psychoses ou des névroses diverses ne puissent s'ajouter à l'épilepsie et associer leurs symptômes propres à ceux de cette maladie; mais je ne vois pas pourquoi Voisin, par exemple¹, veut attribuer deux origines différentes aux troubles mentaux qu'il constate chez les épileptiques, selon qu'il y a ou n'y a pas amnésie. Voisin, évidemment, comme beaucoup d'auteurs, semble attacher à l'amnésie une importance considérable au point de vue du diagnostic de l'épilepsie; il exagère, je crois, cette importance lorsqu'il veut en faire dépendre le caractère des délires observés chez le même comitial. Ma critique est d'autant plus fondée que le savant auteur a soin de faire remarquer que « le délire dégénéralif né à l'occasion d'une crise épileptique est semblable au délire épileptique quant au début et à sa terminaison ». Pourquoi faire une distinction entre eux? Considérer l'un comme épileptique, l'autre comme ne l'étant pas? Je ne crois pas qu'il soit possible de soutenir avec quelque chance de succès aujourd'hui que l'amnésie soit un signe suffisant pour caractériser l'accès épileptique franc ou larvé².

1. *Épilepsie*, p. 107 et suiv.

2. Voyez, à ce sujet, page 57, *supra*. Si les théories de Magnan sur la coexistence possible de divers délires sont vraies, il ne faut pas, cependant, les étendre à tous les cas où les délires constatés chez un même individu présentent quelques variétés.

Des exemples intéressants seraient à signaler. On en trouvera un dans l'excellent livre du Dr Parant (*Les impulsions irrésistibles des épileptiques*, p. 74). Cet auteur raconte l'histoire d'un épileptique qui, sous l'influence d'idées délirantes, assomma sa femme, sa belle-mère et un de ses voisins, croyant que ses victimes voulaient l'empoisonner. « Cet individu, ajoute Parant, dont les facultés intellectuelles étaient peu développées, était un homme taciturne, concentré, brutal, vindicatif, ayant plusieurs traits du caractère des épileptiques. N'est-il pas vrai que, dans sa manière d'agir, dans la façon dont il immole successivement trois personnes sans la moindre hésitation, sans le moindre trouble moral, on trouve quelque chose de l'impassibilité de l'épileptique qui tue mécaniquement, parce que son bras est entraîné à le faire? Mais cependant son triple meurtre avait eu lieu plutôt sous l'influence d'un délire de

Mais, si l'on admet que tous les accès n'ont pas la même intensité, qu'ils n'apportent pas tous le même trouble dans la conscience ordinaire, et je crois impossible de ne pas l'admettre, on comprend très bien l'existence de la mémoire dans certains cas. Les exemples cités par Voisin sont très instructifs. Une de ses malades avait des impulsions au suicide : sa personnalité était consciente de ces impulsions; elle sentait l'affaiblissement du pouvoir inhibitif des centres psychiques supérieurs, c'est-à-dire, en termes psychologiques, apercevait l'affaiblissement de sa volonté personnelle et réfléchie. Aussi Voisin raconte-t-il que sa malade n'était tranquille que lorsqu'elle s'était fait mettre la camisole de force. Il en était de même d'un autre épileptique qui avait des idées de meurtre, et qui, lui aussi, venait demander qu'on lui mît la camisole.

La persistance du souvenir, dans ces cas, s'explique parfaitement si l'on partage la manière de voir que j'exposerai bientôt. La personnalité des malades synthétisait ces impulsions et en avait la conscience personnelle et active : la conservation du souvenir était donc naturelle.

Les faits que je viens d'indiquer ont une importance sur laquelle on ne saurait trop insister en médecine judiciaire. Leur constatation nous amène directement à l'examen de la première des deux questions que je soulevais tout à l'heure : celle des rapports de l'amnésie avec l'état mental de l'épileptique pendant la période de temps oublié. L'analyse des éléments de ce délicat problème est extrêmement compliquée et difficile, et les auteurs les plus compétents sont loin d'être d'accord. Nous nous heur-

persécution. » Pourquoi refuser à ce délire le caractère épileptique? Parant, en 1884 dans un cas semblable, n'avait pas hésité à diagnostiquer la « folie épileptique », et, dans l'ouvrage cité, p. 81, il reconnaît lui-même que c'est sous l'influence des hallucinations que l'épileptique en fureur manifeste des idées de persécution; *le plus souvent il se croit empoisonné* et le répète avec insistance. En réalité, le délire épileptique peut affecter des formes très variables, mais, sauf démonstration complète du contraire, il me paraît inutile de chercher des causes diverses à ces formes différentes quand l'épilepsie suffit à les expliquer. Il est surtout imprudent de classer ces formes en épileptiques ou non épileptiques, suivant qu'elles sont ou ne sont pas inconscientes et amnésiques.

tons encore, dans la discussion, à cette absence de terminologie précise dont je ne cesserai de me plaindre. Elle apporte un obstacle immense aux progrès de la psychologie expérimentale; il faudrait à tout prix s'entendre, fixer le sens de nos mots techniques et de nos définitions, qui ont pour nos travaux une importance égale à celle des définitions semblables et des mesures identiques en physique.

Le premier terme du problème est celui-ci : l'amnésie indique-t-elle l'absence de conscience pour la période oubliée? Il faut, ici, faire une distinction entre l'amnésie rétrograde et l'amnésie simple. Je crois qu'il serait téméraire de conclure que l'amnésie rétrograde indique, même chez l'épileptique, une inconscience absolue pour la période antérieure à la crise et dont les souvenirs sont perdus. Nous trouvons de l'amnésie rétrograde dans des cas de traumatismes crâniens, cas où il n'est pas permis de supposer un trouble quelconque de la conscience. Rien ne nous autorise, à moins d'admettre que l'épileptique est toujours inconscient, à donner à l'amnésie rétrograde épileptique une signification différente de celle que nous attachons à son analogue traumatique. On a déjà signalé souvent (Baroncini, Ferré, etc.) leurs caractères communs : une explication inapplicable à l'une d'elles ne saurait logiquement convenir à l'autre, sauf, bien entendu, le cas où l'épileptique a été dans un état crépusculaire.

Il y a, cependant, des réserves à faire. Si l'opinion que j'exprime me paraît probable quand l'amnésie rétrograde s'étend sur une assez longue période de temps, elle n'a pas le même caractère quand l'amnésie rétrograde ne s'étend que sur une période de temps relativement courte précédant immédiatement l'accès. Dans ce cas, en effet, il n'est pas possible d'affirmer que l'état de la conscience soit encore normal, car nous ignorons le moment exact où le trouble psychique préépileptique commence à manifester. On ne peut donc pas tirer de l'existence de l'amnésie rétrograde la preuve certaine de l'inconscience au moment

où l'acte oublié s'est produit. Il n'y aurait pas plus de prudence, d'ailleurs, à affirmer que la conscience n'a pas été obscurcie parce que l'épileptique n'a pas d'amnésie de ce genre.

II

Est-il possible, cependant, de trouver un lien entre le phénomène que nous étudions et l'état de la conscience? Ce problème a une telle importance en médecine judiciaire qu'il me paraît nécessaire de l'examiner avec soin, car je n'ai pas lu sans quelque inquiétude, dans les revues spéciales, le compte rendu de certains débats et les affirmations de quelques rapports médico-légaux.

La première difficulté à résoudre est, évidemment, de déterminer exactement la nature du trouble de la conscience de l'épileptique. C'est à dessein que j'emploie ce terme, qui me paraît avoir plus de précision que celui d'*état mental*. Je limite, d'ailleurs, la signification du mot *conscience* et l'emploie exclusivement dans le sens de *conscience active*, c'est-à-dire de *notion de participation personnelle et volontaire aux phénomènes psychiques intercurrents*.

Et, d'abord, la conscience est-elle entièrement abolie? J'ai suffisamment insisté déjà sur l'impossibilité où nous nous trouvons d'employer un critère exact, pour qu'il soit inutile de revenir sur cette discussion. La non-participation de la conscience active aux phénomènes psycho-moteurs de l'attaque épileptique ne permet pas d'affirmer que la conscience ait entièrement disparu; la conscience active n'est qu'un degré supérieur de la conscience générale¹. Celle-ci peut enregistrer passivement ses états successifs sans que la personnalité du sujet en ait la notion apparente. Je rappelle, à cet égard, l'observation donnée plus haut : un épi-

1. Voyez Tissot, *Psychologie comparée*. L'auteur fait une curieuse distinction entre la *conscience spontanée* et la *conscience réfléchie*. La première précède la seconde et lui est nécessaire. « La conscience simple ou spontanée peut exister sans la conscience composée ou réfléchie. » (P. 94.) — Herzen, *Le cerveau et l'activité cérébrale*, ch. II, dit aussi : « La conscience du moi est un cas particulier de la conscience en général. »

leptique a retrouvé dans une crise psychique ultérieure le souvenir, en apparence perdu pendant deux mois, d'un accès psychique antérieur. Si la mémoire de ces faits n'avait pas été conservée dans quelque coin de la conscience générale, elle n'aurait pas spontanément émergé plus tard au-dessus du niveau de la conscience active et personnelle. L'amnésie n'indiquait donc pas, dans ce cas, une abolition de la conscience. Cette amnésie a été passagère, c'est vrai; mais eût-elle été plus longue, eût-elle même été permanente, qu'elle n'aurait pas permis d'affirmer l'inconscience absolue. Elle ne constituerait qu'un fait négatif, dont il serait difficile de tirer des conclusions positives.

En tout cas, on peut dire que nous ne savons jamais s'il y a inconscience complète ou non, mais que nous savons qu'il y a dans un grand nombre de cas un certain degré de conscience. Le malade a la notion qu'il a exécuté tel acte, dit telle chose, eu telle pensée; mais en même temps il nous fait connaître soit les hallucinations qu'il a eues, soit l'impossibilité où il s'est trouvé de résister aux impulsions qui ont anéanti sa volonté. Les récits des épileptiques sujets aux fugues sont très instructifs à cet égard.

Nous pouvons donc conclure de ce qui précède que l'épileptique peut avoir quelquefois plus ou moins conscience de ce qu'il fait. Cette conclusion est également applicable au cas où l'amnésie est retardée. Pendant les quelques heures où le malade se souvient de ses actes, il a la notion de la part personnelle, plus ou moins grande, qu'il y a psychologiquement prise. On ne peut donc pas, même dans ce cas, parler d'une absence de conscience. Cependant, celle-ci est évidemment troublée; elle existe, mais elle fonctionne mal¹.

En résumé, la première conclusion que nous puissions formuler est celle-ci: *Nous n'avons aucun moyen qui nous permette d'apprécier si la conscience n'a pas existé à un*

1. Le mot « paraconscience » a été proposé. Il est expressif et pourrait être conservé.

moment donné; l'amnésie seule ne saurait nous fixer à cet égard; mais, lorsqu'il y a un souvenir conservé, même temporairement, nous pouvons en conclure que le malade a eu conscience de la relation entre les faits dont il se souvient et sa propre personnalité.

Nous arrivons ainsi à une seconde difficulté. Si le sujet observé a plus ou moins conscience du rapport de ces faits à sa personnalité, ce rapport a-t-il été normal? C'est là un des problèmes les plus délicats de la psychologie morbide.

Avant d'en aborder l'examen, que l'on me permette de revenir encore sur la notion de la conscience. Je tiens à bien préciser le sens que j'attache aux termes dont je me sers: c'est la base nécessaire de toute discussion claire. Malheureusement, nous n'avons encore que des termes imprécis, même dans notre langue française, si appropriée cependant aux discussions scientifiques par sa simplicité et sa clarté. Nous trouvons dans la philosophie les conceptions les plus obscures sur l'idée de la conscience. M. Vacherot, qui résume l'état des données de la psychologie théorique dans son article sur ce sujet¹, nous en donne la preuve manifeste. Prenons, par exemple, la définition de la conscience telle que Vacherot la prête à Maine de Biran: « Il y a une lumière intérieure, un esprit de vérité, qui luit dans les profondeurs de l'âme, et dirige l'homme méditatif appelé à visiter ces galeries souterraines(!). Cette lumière n'est pas faite pour le monde, car elle n'est appropriée ni au sens externe ni à l'imagination; elle s'éclipse ou s'éteint même tout à fait devant cette autre espèce de clarté des sensations et des images: clarté vive et souvent trompeuse, qui s'évanouit à son tour en présence de l'esprit de vérité. » Quel est le physiologiste, quel est l'homme familier avec l'étude de la pathologie mentale, qui souscrirait à de pareilles idées? Y a-t-il même une idée compréhensible dans des affirmations pareilles, à moins d'y voir l'expression d'un mystique affirmant la supériorité de la perception intuitive et directe?

1. *Dictionnaire des sciences philosophiques* de Franck, 1875.

Il faut, d'ailleurs, rendre à Maine de Biran cette justice qu'il donne¹ une meilleure définition de la conscience; il l'emprunte, d'ailleurs, à Descartes : « C'est l'acte de se sentir soi-même dans une affection accidentelle quelconque. »

Pour Vacherot, la conscience est le sentiment du *moi* dans tous les phénomènes de la vie morale.

Si nous arrivons aux écoles contemporaines, nous trouverons des définitions qui auront peut-être moins de précision. Je ne puis évidemment pas, dans une étude médicale, donner un trop grand développement à des analyses purement philosophiques. Je me bornerai à indiquer que, pour Stuart Mill, par exemple, la conscience paraît se confondre avec la pensée elle-même. Avoir une idée, une sensation, c'est simplement avoir conscience de cette idée ou de cette sensation. Pour Spencer, « être conscient, c'est penser². » M. Lewes pousse l'analyse plus loin; il se place surtout au point de vue physiologique, et divise la conscience en diverses parties : conscience du système nerveux, conscience des sens, conscience de la pensée.

Wundt, en Allemagne, ne s'étend pas sur la définition de la conscience : il se borne à dire que son caractère fondamental est l'unité.

C'est à peu près la même idée qu'exprime Williams James³. Pour lui, la conscience est une sorte de courant continu; elle est simple, unique et indivisible, et a pour caractère essentiel de se rattacher à la personnalité. C'est, en somme, l'élément de *continuité* de tous nos actes psychiques.

Si nous examinons maintenant les idées exprimées sur ce sujet par les médecins, nous arrivons à reconnaître qu'elles ne s'éloignent pas beaucoup, au fond, des précédentes. Pour Hoppe⁴, par exemple, la conscience est la capacité de se souvenir. Elle est, au fond, identique à la pensée : c'est,

1. *De la décomposition de la pensée. Œuvres*, 1841, II, 49, note 2.

2. *Principes de psych.*, p. 302.

3. *Principles of psychology*, t. II, ch. xx.

4. *Das Bewusstsein und die Bewusstlosigkeit (A. Z. f. P.*, 1889, p. 415).

pour traduire mot à mot l'expression assez imprécise de cet aliéniste, « penser le *su* d'une manière qui sait. » Il est difficile d'être moins clair.

Je crois qu'il est plus simple, surtout en pathologie mentale, de constater les faits d'expérience relatifs à la conscience, d'essayer de reconnaître les facteurs immédiats qui la composent, plutôt que de vouloir réduire ceux-ci à leurs éléments ultimes : nous ne pouvons aller bien loin dans cette analyse.

Le fait fondamental que nous révèle la conscience active, c'est que nous éprouvons une sensation ou un désir. Comme je l'ai déjà exposé, dans tous les faits extérieurs ou intérieurs que nous percevons, il y a une continuité que nous exprimons empiriquement par ce jugement que c'est *nous* qui sommes affectés, qui désirons, qui voulons, qui souffrons. On peut appeler *état de conscience* ce fait d'expérience qui est la notion que nous avons de notre apparente réaction à des excitations extérieures ou intérieures. Nous constatons, en outre, que ces états de conscience varient, mais que notre conscience nous paraît continue, et que nous exprimons cette continuité par le mot *moi*. Ce *moi* est le sujet de toutes nos perceptions. Dès que nous avons la notion que notre *moi* est affecté par une sensation quelconque, nous l'opposons immédiatement et toujours à cette sensation et nous la rattachons à lui. Ce fait constitue, comme je l'ai déjà dit, ce que Leibniz appelait l'*aperception* : c'est-à-dire l'intervention du *moi* dans la sensation simplement perçue. Cette opposition et la synthèse qui la suit sont les éléments essentiels de tout fait de conscience active. J'ai déjà étudié dans la partie préliminaire de ce travail les procédés de cette synthèse : la classification de la perception dans le temps et dans l'espace en sont les principaux facteurs. Je n'y reviendrai pas, mais je rappellerai cependant avec plus de détails les caractères différents de la perception et de l'aperception, car ils nous permettront de pénétrer davantage dans l'étude de la conscience.

La notion de la perception est due à Leibniz. Il la définit ainsi : « La perception, c'est l'état intérieur de la monade représentant les choses externes; et l'aperception est la connaissance réflexive de cet état intérieur, laquelle n'est point donnée à toutes les âmes ni toujours à la même âme. » Kant emploie ce mot dans la même acception. C'est donc la perception, à laquelle s'ajoute la notion personnelle que la sensation est éprouvée par nous. Dans le langage courant, on pourrait dire que c'est la perception consciente et réfléchie. On voit donc qu'il n'y a pas une différence essentielle entre la perception et l'aperception : cette dernière n'est qu'un degré supérieur de la première; l'élément qui s'ajoute est la notion de la personnalité. L'intervention de celle-ci constitue l'acte primordial de la pensée, consciente d'elle-même, réfléchie.

La perception peut n'être pas accompagnée de cette connaissance personnelle. C'est là un fait journalièrement observé. Combien de bruits familiers font vibrer notre nerf auditif sans que nous nous en *apercevions* ! Nous travaillons au milieu du roulement des voitures ébranlant le pavé des rues, du son des cloches lancées à toute volée, de l'harmonie domestique des pianos : tous ces bruits divers s'entendent, mais nous n'y prêtons pas attention; notre personnalité n'en prend pas connaissance.

Elle fait un choix dans les sensations transmises aux centres psychiques et ne se laisse pas impressionner par toutes. William James a fort bien mis en évidence cette particularité. Il n'est pas douteux cependant, que la perception, en apparence non élaborée par la personnalité, peut avoir été enregistrée en réalité, et se présenter comme un souvenir conscient dans certaines conditions. La thèse de Guillon sur les hypermnésies en donne des exemples frappants. Puisque cette perception est susceptible de laisser une image pouvant constituer ultérieurement un fait de mémoire, il est de toute évidence qu'elle a été consciente dans quelque mesure.

Nous sommes donc amenés à penser, comme Leibniz,

que la conscience est susceptible de degrés divers, que les perceptions correspondent à un degré de conscience inférieur, et que les aperceptions correspondent à la conscience *active et personnelle*, éveillée par l'attention. Cette complexité de la conscience est également signalée par Lewes, qui la distribue entre les nerfs, les sens et la pensée. Mais les opinions de Leibniz me paraissent mieux expliquer les faits; il n'y a pas, il me semble, dans l'homme, des consciences spéciales séparées : il y a une conscience qui évolue et se manifeste par l'unité du *moi*. Je ne veux pas dire pourtant que l'on doive concevoir la conscience comme indivisible; peut-être chaque cellule nerveuse a-t-elle sa conscience élémentaire distincte.

L'évolution anatomique et physiologique du système nerveux tend à le persuader. Elle nous apparaît en effet comme une unification de plus en plus parfaite de ses éléments. Il s'y montre une espèce de hiérarchie de plus en plus compliquée. Mais, en même temps, une foule de fonctions demeurent dans une subordination effective peut-être, mais qui échappe au sentiment de la conscience et à l'empire de la volonté. A mesure que cette unification progresse, elle semble abandonner à elles-mêmes des fonctions qui sont suffisamment organisées pour se suffire sans l'intervention de la conscience personnelle, manifestation la plus élevée de la hiérarchisation du système nerveux. Les fonctions digestives et circulatoires en sont des exemples. La conscience, en se précisant, paraît limiter l'étendue de son action. Elle n'arrive à se connaître qu'en se concentrant. De même, plus le champ éclairé par un projecteur électrique s'étend, plus la lumière qui l'éclaire est faible.

Tous les faits observés nous démontrent l'étroite relation qui semble exister entre le développement de la conscience et celui du système nerveux. La conscience personnelle et active nous apparaît comme une fonction des centres nerveux supérieurs; mais si ce parallélisme entre les fonctions psychiques et la coordination des éléments nerveux est vrai,

le phénomène de la conscience doit avoir une évolution semblable à celle de ces éléments.

Les consciences rudimentaires et indistinctes doivent se réunir et se coordonner, comme les cellules nerveuses elles-mêmes : celles-ci se placent sous la dépendance des centres supérieurs qui imposent aux fonctions les plus élevées du système nerveux leur direction et leur contrôle; celles-là se groupent et se coordonnent entre elles d'une manière identique. Nous pouvons considérer la conscience personnelle comme le degré supérieur de ces modes de conscience obscurs dont les réflexes, par exemple, nous font présumer l'existence. Ces derniers s'ignorent, tandis que la première se connaît; ceux-ci s'offrent à l'observation comme indépendants, dans une certaine mesure, les uns des autres; ils sont complexes dans leur ensemble; celle-là nous apparaît comme simple, et son caractère distinctif est l'unité. Un certain nombre de réflexes peuvent se produire simultanément: sécrétions, mouvements des muscles à fibres striées ou lisses. L'activité des cellules nerveuses supérieures n'élabore qu'une perception à la fois; elle donne à chacune de ces perceptions, qui se succèdent dans le temps, le caractère d'unité qui en est le trait essentiel, malgré la complexité apparente de leurs éléments. La manifestation psychologique de cette unité, factice peut-être, car elle est purement subjective, est, je le répète, la personnalité, le *moi*. C'est à cause de ce caractère fondamental des faits de la conscience supérieure que je l'ai appelée *personnelle*.

Par conséquent, si la conscience personnelle ne diffère pas essentiellement de cette conscience plus générale que je considère comme son fondement et sa base, *elle ne doit s'en distinguer que par la mesure plus ou moins grande dans laquelle le sentiment de la personnalité s'y mêle*. Impersonnelle d'abord, elle devient peu à peu personnelle¹.

1. Voyez Janet, *Automat. psychol.*, p. 46. Cet auteur a très bien saisi cette variabilité de la notion de personnalité.

Cette affirmation peut, au premier aspect, paraître inadmissible. Les études philosophiques de notre jeunesse ne nous ont pas préparés à concevoir comme variable ce sentiment de la personnalité. L'opposition du *moi* et du *non-moi* est présentée, dans la plupart des systèmes de psychologie classique, avec une rigueur absolue. Le sujet et l'objet ne se confondent pas.

Je reconnais bien volontiers que cette conception est exacte si l'on se borne à l'examen du fonctionnement de la conscience normale. Mais, le demeure-t-elle dès que ce fonctionnement s'altère? Les conditions psychologiques de l'amnésie hystérique nous montrent les étranges variations dont la personnalité peut être l'objet. Elles sont bien connues, d'ailleurs. Dans les troubles de conscience chez l'épileptique, ces variations existent, mais plus rares et plus frustes. Elles n'ont pas été analysées avec autant de précision.

Quelle est donc leur nature? Est-il possible de la déterminer et de voir dans ces troubles de la notion de la personnalité la cause de l'amnésie épileptique? Il me semble que l'on peut répondre affirmativement à ces questions; il ne faut, évidemment, le faire qu'avec une extrême prudence et ne proposer cette explication qu'avec beaucoup de réserve. Elle peut être susceptible de critiques; elle l'est, sans doute, puisqu'elle ne constitue qu'une hypothèse provisoire. Elle me paraît, cependant, s'accorder assez bien avec les faits observés.

III

J'ai déjà fait remarquer que l'on pouvait, d'une manière générale saisir un certain rapport entre l'amnésie et l'incoordination des troubles moteurs constatés. Celle-là sera d'autant plus grande que celle-ci sera plus marquée. On aperçoit déjà la relation entre l'incoordination motrice et l'incoordination nerveuse, et l'incoordination de la conscience, par suite: celle-ci se traduit dans la convulsion classique par

l'absence de toute notion de personnalité. A cet état de la conscience correspond l'amnésie totale.

Mais la perte des souvenirs est susceptible de différentes modalités : elle peut être rétrograde, retardée, temporaire. Je n'ai, évidemment, à me préoccuper que de l'amnésie liée à un trouble psychique coexistant à l'acte oublié ; j'ai déjà dit que l'amnésie rétrograde pouvait dépendre d'une autre cause. Je limite ma discussion à la recherche des rapports entre l'amnésie et les troubles de conscience antérieurs. Il ne faut pas perdre de vue cette restriction, sans laquelle cette discussion serait trop aisément critiquable.

J'en suis donc arrivé à l'hypothèse que je formulerai de la manière suivante : de même que dans les troubles moteurs on trouve généralement un rapport entre l'incoordination des mouvements et l'amnésie, de même on peut trouver une relation analogue entre les troubles psychiques et l'amnésie ; à l'incoordination physique correspond l'incoordination des phénomènes intellectuels ; cette incoordination psychique est fonction de la personnalité. Plus la notion de la participation personnelle du *moi* est nette, moins l'amnésie est marquée.

Comment se traduit cliniquement cet affaiblissement du sentiment de la participation personnelle aux phénomènes psychiques ? Il faut, pour s'en rendre compte, soumettre les faits observés à une analyse semblable à celle qui vient d'être faite pour le principal élément psychologique de la conscience.

En premier lieu, les épileptiques eux-mêmes qui ont pu décrire leurs états de conscience les assimilent à ceux du rêve. Je ne puis songer à donner des exemples, mais l'explication fournie par les malades correspond aux faits observés : elle est généralement admise. L'état onirique des épileptiques est une des formes les plus fréquentes de leurs troubles psychiques. Je serais tenté d'admettre que cet état de rêve en est la forme constante.

Or, dans le rêve ordinaire, nous pouvons constater que notre activité personnelle est soumise à des restrictions

qu'à l'état de veille elle n'éprouve pas. La première et la plus évidente est un premier degré d'incoordination par rapport à la personnalité : les images échappent aux conditions de possibilité, de cohérence logique et de sélection volontaire que notre personnalité constate ou leur impose pendant la veille. Nous trouvons dans le rêve tous les degrés de cette paralysie de la personnalité

Mœli a très bien exprimé cette idée¹. Discutant l'opinion de Pick et de Siemerling, qui voient le fondement de l'amnésie dans la diminution de l'intensité des processus psychiques, il leur reproche de ne pas définir cette intensité ; il dit qu'on peut l'exprimer par le sentiment de la participation du *moi* aux processus psychiques, soit par la réflexion, soit par des efforts volontaires. Ce sentiment atteint son plus haut degré quand nous dirigeons nos représentations vers un but, quand nous voulons ; il nous donne alors l'illusion du libre arbitre. Lorsque ce sentiment d'action disparaît, des actes importants et inhabituels, qui d'ordinaire sont conscients, cessent de l'être. Des actes peuvent être alors commis sans avoir jamais été accompagnés du sentiment de participation du *moi*. C'est là que se trouve, d'après Mœli, une des causes de l'amnésie. Il va même jusqu'à dire qu'il n'y a plus perception, parce que le sujet disparaît. Dans ces termes, sa théorie est manifestement erronée. Elle ne distingue pas assez nettement ces degrés de conscience sur lesquels j'insiste ; elle ne rend pas compte de ce fait certain, c'est qu'il y a des perceptions en apparence sans conscience personnelle concomitante, pouvant ultérieurement donner lieu à des images conscientes. Mais l'affaiblissement de ce sentiment de participation personnelle est, il me semble, très exact. Mœli le signale dans le rêve : « Il est possible, dit-il, que la diminution de ce sentiment de participation personnelle existe ; dans le rêve,

1. Ueber die vorübergehenden Zustände abnormen Bewusstseins in Folge von Alkoholvergiftung und über deren forensische Bedeutung, in *Allg. Zeits. f. Psych.*, 1901, p. 169.

par exemple, nous sentons que notre personnalité participe dans une certaine mesure aux représentations qui se déroulent, mais le *moi* ne dirige plus le pêle-mêle de nos pensées. L'excitation du sentiment du *moi* ne va que jusqu'à en faire un spectateur neutre ; aussi la faculté de se souvenir est diminuée. Nous savons quelquefois que nous avons rêvé, mais nous ignorons à quoi. Dans d'autres cas, des événements particuliers peuvent nous rappeler nos rêves et les faire émerger de l'oubli. »

L'analyse des variations du sentiment de la personnalité dans le rêve, si semblable, à certains égards, aux états de conscience de l'épilepsie, peut être poussée encore plus loin. Nous avons vu que le caractère général des représentations dans le rêve était leur spontanéité souvent incohérente. Un autre caractère général des songes est leur symbolisme. Il semble que les idées abstraites s'expriment mal dans le rêve. L'abstraction est une des opérations supérieures de l'intelligence, c'est elle qui nous permet de classer les phénomènes, d'en apprécier isolément les qualités communes : elle détermine la comparaison, le jugement, la sélection même des impressions. Elle est étroitement liée à l'existence de la conscience personnelle, à la notion de l'activité de notre *moi*. Il est, par suite, naturel qu'à l'affaiblissement de cette notion corresponde une diminution de la faculté d'abstraire et surtout d'exprimer des abstractions¹. Aussi, dans le rêve, les événements se dramatisent, il y a une mise en scène véritable. Ce sont des acteurs qui viennent animer nos pensées et non celles-ci qui se présentent isolées et nues à notre esprit. Le travail latent de notre intelligence, qui peut se produire pendant le rêve, revêt cette forme dramatique pour formuler ses conclusions.

En voici des exemples : M. Maury, dans ce chef-d'œuvre qu'est son livre sur *le Sommeil et les Rêves*, raconte (p. 91) qu'ayant à faire un rapport sur le travail d'un auteur alle-

1. Ce fait se constate aussi au début de certaines maladies destructives de l'intelligence, la paralysie générale, par exemple.

mand, il s'était endormi après avoir lu l'ouvrage qu'il devait apprécier. Il rêva qu'il faisait un exposé oral, mais qu'il avait oublié le nom de l'auteur. Un de ses collègues le lui souffla, et il put continuer en songe son rapport. Ainsi le souvenir du nom revient à l'esprit, mais son retour est dramatisé : c'est un voisin qui souffle le nom cherché.

M. Newbold¹ cite le récit suivant du professeur Hilprecht :

Un samedi soir, en mars 1893, je m'étais fatigué, comme je le faisais depuis plusieurs semaines, à essayer de déchiffrer deux petits fragments d'agate que l'on supposait avoir orné les bagues de quelque Babylonien. Le travail était rendu plus difficile par ce fait que les fragments ne présentaient que des restes de caractères et de lignes, ... et que je n'avais sous les yeux que des croquis rapides faits par l'un des membres de la mission envoyée à Babylone par l'Université de Pensylvanie... Comme le premier caractère de la troisième ligne de l'un des fragments paraissait être *ku*, j'attribuais ce fragment (avec un point d'interrogation) au roi Kurigalza et je plaçais l'autre, comme indéterminable, dans une partie de mon livre consacrée aux fragments inclassables datant de l'époque cassite. Les épreuves de ma publication m'avaient été déjà remises, mais j'étais loin d'être satisfait. J'avais repassé tous les éléments du problème avant d'aller me coucher, ce jour-là, sans donner le bon à tirer : je n'étais encore arrivé à aucune conclusion.

Vers minuit, j'allai me reposer. J'étais fatigué et épuisé ; je fus vite dans un profond sommeil. Je fis alors ce songe remarquable. Un prêtre de la ville antique de Nippur, grand, maigre, âgé d'une quarantaine d'années, vêtu d'un simple abba, me conduisait dans l'ancien trésor du temple. Il entra avec moi dans une petite chambre, basse, sans fenêtres. Un grand coffre de bois y était placé ; sur le sol, des morceaux d'agate et de lapis étaient jetés pêle-mêle. Il me dit ensuite : « Les deux fragments que vous avez publiés séparément pages 22 et 26 appartiennent à la même pièce et ne sont pas des bagues. Voici leur histoire : Le roi Kurigalza envoya une fois au temple de Bel, avec des bijoux de lapis, un cylindre votif d'agate avec une inscription. Plus tard, nous reçûmes l'ordre de faire pour la statue du dieu Ninib une paire de boucles d'oreilles en agate. Nous étions très embarrassés, n'ayant sous la main aucune pierre de cette espèce. Nous ne pûmes obéir à l'ordre

1. *Subconscious reasoning* (*Proceedings of the Soc. for psych. Research.*, XII, p. 14).

donné qu'en coupant en trois le cylindre votif, formant ainsi trois anneaux dont chacun contenait une partie de l'inscription primitive. Les deux premiers servirent de boucles d'oreilles à la statue du dieu ; les deux fragments qui vous ont donné tant de tracas en sont des débris. Si vous les réunissez, vous aurez la confirmation de mes paroles. »

Le savant assyriologue constata dès le lendemain l'exactitude de l'interprétation trouvée en rêve.

Ce cas est intéressant, car il éclaire d'une vive lumière la discussion à laquelle je viens de me livrer. Nous y voyons se manifester les faits que j'ai signalés : persistance de la conscience au sens large du mot, continuation apparente des opérations de l'esprit, mais, en même temps, effacement de la participation personnelle active à l'acte, et dramatisation du processus psychique; en effet, la personnalité paraît passive : le rôle actif est attribué à un prêtre du temple où les bijoux ont été trouvés. C'est ce prêtre qui indique la solution, probablement toute prête dans l'esprit. Cette solution n'émerge pas d'une manière abstraite, elle se produit sous une forme concrète, avec une mise en scène compliquée et par l'attribution à une personnalité étrangère de ce qui est, en réalité, l'œuvre du sujet lui-même.

Cette « dramatisation » des pensées qui se présentent à l'esprit n'est, en réalité, si on l'analyse bien, qu'une conséquence de l'affaiblissement du sentiment de la personnalité. Je dirais volontiers que le champ de la personnalité s'est rétréci, pour employer une image courante dans le langage de la médecine. Ce rétrécissement ne permet plus au *moi* de se rendre compte de l'étendue de ce qu'il sait; si, dans son rêve, une lacune apparente dans ses connaissances conscientes vient à se combler, il attribue ce fait à une autre cause que la vraie. L'habitude de rattacher les effets aux causes persiste; seulement les causes qui se présentent à l'esprit ne sont pas toujours logiques. On trouvera des exemples de tout cela dans le livre de M. Maury, notamment page 116.

Il découle de ce que je viens de dire du rétrécissement du champ de la personnalité que les fonctions supérieures de l'esprit subissent un affaiblissement parallèle, puisqu'elles varient avec le degré de la conscience. C'est ainsi que l'*attention* et le *jugement* sont notablement altérés dans le rêve. Cela est évident, et je suppose que l'on ne contestera pas cette affirmation. L'attention est si faible que les idées se pressent sans ordre, à la suite les unes des autres, sans pouvoir se fixer dans la conscience. Si notre rêve nous présente des images intéressantes, de nature à *éveiller notre attention*, c'est encore par un artifice de mise en scène que nous expliquerons l'effort fait pour assurer la persistance de l'image qui nous a intéressés. Je me souviens, par exemple, d'avoir une fois rêvé que je passais en chemin de fer dans une contrée où se pressaient de magnifiques ruines; il y avait de superbes tombeaux et d'anciens palais, notamment celui du roi René. Je trouvais ces choses si belles que je m'efforçais de les voir le plus longtemps possible. Mais le train marchait et me forçait à voir d'autres ruines. Ce train rapide était la représentation scénique de la fuite non moins rapide des images qui se succédaient dans mon imagination; mais mon attention était vaguement excitée. Je voulais revoir les colonnes sculptées, les bas-reliefs, les statues que j'avais aperçus. L'essai de fixation que j'avais tenté de faire se traduisit aussitôt par une nouvelle mise en scène : le train était arrivé à un cul-de-sac, et rebroussait chemin. Je repassais au milieu des ruines, mais je ne revoyais pas les mêmes objets. L'attention trop faible ne réussissait qu'à me montrer des images analogues aux premières, non à me les faire revoir elles-mêmes.

Ce symbolisme du rêve n'est, d'ailleurs, pas spécial à l'expression imagée des idées abstraites : elle paraît dépendre d'une loi, plus générale peut-être, quoique plus difficile à observer. Les idées provoquent la représentation sensorielle des images qui leur correspondent; mais, chose curieuse, ce ne sont pas toujours les idées accessibles à la

conscience personnelle qui tendent à cette représentation, mais bien celles qui s'élaborent dans la conscience subliminale. L'affaiblissement de la personnalité se manifeste, comme je viens de l'indiquer, par la diminution du pouvoir de l'attention et par suite de la sélection volontaire des images; celles-ci se présentent spontanément, en grand nombre, à la conscience, qui subit leur apparition successive. Elle voit, avec une sorte d'impuissance, leur chaîne se dérouler devant elle sans se rendre compte des soudures qui en relient les maillons hétérogènes. En même temps, le sommeil, ou sa venue imminente, ôte aux impressions extérieures la plus grande partie de leur force; les sens ne transmettent pas d'excitations ou n'en transmettent que de faibles; les *représentations* paraissent d'autant plus vives que les *présentations* cessent de les rejeter au second plan par leur intensité plus grande. Ces deux facteurs, affaiblissement de la conscience personnelle et intensité relativement accrue des images, se manifestent par l'évolution spontanée de celles-ci et par leur réalisation sensorielle. De là le curieux phénomène des illusions hypnagogiques. Supposez un état de conscience onirique chez un épileptique et vous aurez les mêmes phénomènes: si les impressions des sens persistent encore, vous aurez les illusions sensorielles, les interprétations illogiques des sensations; si l'énergie relative des représentations arrive à un degré d'intensité tel que les rapports ordinaires entre les images et les sensations soit renversé, vous aurez des hallucinations: c'est bien ce qu'on observe dans les délires comitiaux.

A l'affaiblissement de la conscience personnelle correspond encore la diminution d'une de ses fonctions les plus élevées, le jugement, qui préside à la sélection raisonnée des images.

Tout le monde peut se rendre compte de l'absurdité de la plupart des rêves: non seulement les événements y sont invraisemblables, mais les explications que nous leur trouvons ne sont pas moins illogiques; elles ne nous surprennent pourtant pas, et nous les acceptons généralement

sans protester. Les habitudes de notre intelligence persistent dans les songes: nous rattachons les faits à des causes, nous cherchons à nous expliquer ce que nous voyons. Nous le faisons de travers.

Il me paraît inutile de m'étendre davantage sur l'analyse de la conscience dans le rêve: les éléments que j'y ai déterminés me paraissent suffire à expliquer l'état de la conscience de l'épileptique et permettent peut-être de pressentir les conditions qui déterminent chez lui l'amnésie¹. J'ajoute que s'il m'a paru nécessaire de faire cette analyse peut-être un peu longue de l'état de la conscience dans le rêve, c'est que l'indication d'un « état onirique » de celle-ci dans l'épilepsie ne suffit pas. Il faut préciser ce qu'est, en réalité, l'état onirique.

J'ai dit que les épileptiques eux-mêmes assimilaient leurs états crépusculaires à des rêves.

Nous arriverons, en effet, à la même conclusion si nous comparons les amnésies comitiales à la perte des souvenirs du rêve; nous verrons que, dans la plus grande partie des cas, les états de conscience oubliés sont caractérisés par l'affaiblissement de l'attention, du jugement et de la notion de la personnalité.

Reprenons les principaux types d'épilepsie psychique ou psycho-motrice. Les plus simples sont le vertige passager et l'absence. Ils se manifestent généralement par une sorte de suspension de la personnalité, l'activité psychique paraît coupée brusquement: le malade s'arrête quelquefois au milieu d'une phrase, d'un mot, et reprend la phrase ou le mot au point où il les avait laissés, sans avoir le moindre souvenir de son absence. Je crois que l'amnésie est la règle dans les cas de ce genre, bien qu'il existe des cas où le malade, au cours d'accès d'ailleurs moins nets, a eu vaguement conscience

1. Voyez sur cette intéressante question: Mœli, *A. Z. f. P.*, 1900, 145. — Pick, *A. Z. f. P.*, v. XV, p. 213; v. XXII, p. 756. — Gnauck, *A. Z. f. P.*, XII, 357. — Siemerling, *A. Z. f. P.*, 1896, 853. — Salgo, *A. Z. f. P.*, 1899, I. — Alzheimer, *A. Z. f. P.*, 1897, 484. — Kern, Kræpelin, *A. Z. f. P.*, 1896, 1105 et suiv.

de son entourage¹ ou révèle l'irruption d'une personnalité seconde.

Après les absences et les vertiges, on rencontre les accès procursifs. Ceux-ci sont très variables. Quelquefois le malade va droit devant lui, sans tenir compte des obstacles qu'il rencontre sur sa route; il ne paraît pas s'en apercevoir; on est alors en présence d'un véritable accès physique, qui ne diffère de la convulsion que par un degré de coordination plus élevé.

L'amnésie est, dans ces cas, encore habituelle. On ne saurait, d'ailleurs, voir dans ce genre de fugue, inconsciente et brutale, trace de perceptions provoquant des réflexes; l'élément psychique intervient, au contraire, dans les cas où les actions sont plus ou moins coordonnées par rapport à la personnalité.

Cette coordination est très rudimentaire dans certains actes incongrus: par exemple dans le cas célèbre, que je citais d'après Tardieu, du magistrat qui se levait et allait uriner dans un coin de la salle d'audience; tout rapport logique avait cessé entre la personnalité consciente et les choses extérieures. Aucune synthèse n'était faite entre les impressions peut-être perçues et la personnalité, il y avait amnésie complète. Il en est de même dans le cas cité par Cabadé². Le malade marchait avec une extraordinaire rapidité: deux de ses amis l'aperçurent et l'interpellèrent. Il n'eut pas l'air de les voir et ne leur répondit pas, bien qu'il les eût frôlés en passant. L'étrangeté de la démarche, l'air hagard et l'altération des traits du marcheur frappèrent ses amis.

Les actes mieux coordonnés seront moins régulièrement oubliés: par exemple, l'épileptique qui part en voyage sans faire ses malles, mais qui prend son billet, monte en wagon, se conduit comme un homme absorbé sans doute, mais non

1. Voyez Féré, par exemple, p. 332. Au cours de certaines absences le malade avait de l'écriture automatique (obs. LXXXII).

2. *Arch. clin. de Bordeaux*, 1895.

comme un fou, se rappelle quelquefois sa fugue. Les souvenirs sont encore mieux conservés dans les cas où l'épileptique voyagera naturellement, après avoir fait tous les préparatifs d'usage. Cela n'est pas absolu, la règle que je propose souffre des exceptions, car nous ne pouvons analyser avec certitude l'état mental de l'épileptique; elle me paraît, cependant, avoir quelque fondement et nous permettrait peut-être d'apprécier le degré d'automatisme pur que l'on rencontre dans les actes impulsifs de l'épileptique. Ces actes, souvent criminels, peuvent être oubliés plus ou moins complètement; l'amnésie indiquera un degré d'automatisme plus complet que la conservation des souvenirs.

Dans ce dernier cas, cependant, il faut tenir compte des impulsions provoquées par des hallucinations ou des illusions; l'erreur de jugement qu'elles peuvent entraîner, l'affaiblissement certain de l'attention, du jugement et de la volonté, en tant que choix raisonné entre les divers actes possibles, sont d'importants facteurs à considérer¹.

La recherche exacte de la signification psychologique de l'amnésie dans les états crépusculaires est, d'ailleurs, à peine ébauchée. Ces états ont été surtout observés dans l'automatisme ambulatoire et les fugues. La première expression due, si je ne me trompe, à Charcot, n'est pas assez générale. Elle s'applique bien toutefois à un certain nombre de cas intermédiaires entre l'épilepsie procursive et les voyages accomplis sans trouble apparent. C'est pourquoi j'ai divisé les fugues en inconscientes (automatisme ambulatoire de Charcot), mixtes et conscientes, ces dernières correspondant aux déplacements sans apparence de troubles psychiques.

Les fugues épileptiques paraissent constituer un groupe bien net, allant de l'épilepsie procursive, où elle s'ébauche, jusqu'au voyage compliqué. En les ordonnant en fonctions de la notion de participation personnelle, on aurait un classement analogue au tableau pages 99-100.

1. Voyez Pitres et Régis, *Obsessions et Impulsions*.

ESSAI DE CLASSIFICATION DE L'ÉPILEPSIE PROCURSIVE ET DES FUGUES EN FONCTION DE LA PERSONNALITÉ
ET DE LA MÉMOIRE NORMALES

Dans certains cas, il se fait une sorte d'orientation ou de polarisation anormale des éléments qui constituent la personnalité¹. On est alors en présence d'une variation qualitative de la personnalité et non d'une variation en quelque sorte quantitative. Il y a amnésie pour la personnalité normale. Le fonctionnement des centres cérébraux paraît cependant régulier. Cet état se caractérise souvent par le retour des souvenirs des états antérieurs au cours des états analogues ultérieurs.

Je vais examiner maintenant si les observations recueillies permettent de justifier les conclusions que je propose : les états crépusculaires ayant été surtout observés dans les fugues, c'est l'étude détaillée de celles-ci qui fournit les documents les plus complets pour l'étude de l'amnésie par rapport aux troubles de la conscience.

La littérature médicale française est très riche en cette matière. Je me contenterai de citer les principaux auteurs.

Bourneville et Bricon ont publié dans les *Archives de neurologie* un certain nombre de cas d'épilepsie procursive². Ceux-ci se limitent, pour la plupart, à des mouvements automatiques très simples ; les cas les plus compliqués que ces auteurs signalent dans leur excellente monographie sont des actes professionnels.

On trouve dans l'œuvre considérable de Charcot des cas d'automatisme comitial ambulatoire. Je crois même que cette dernière appellation est due à l'illustre médecin de la Salpêtrière. Je renvoie à ses *Leçons du mardi* pour tout ce qui concerne la discussion des faits observés par lui ; je me bornerai à rappeler que, pour Charcot³, les épileptiques sont inconscients dans leurs crises ambulatoires lorsqu'ils

FORMES DE L'ACCÈS	ASPECT CLINIQUE	PARTICIPATION DE LA PERSONNALITÉ NORMALE	CAUSE PHYSIOLOGIQUE PROBABLE	ÉTAT DE LA MÉMOIRE	
I. Épilepsie procursive (Bourneville et Bricon).	Le malade se meut sans éviter les obstacles.	Pas de participation de la conscience personnelle. Incoordination complète par rapport à la personnalité normale.	Réflexe pur, médullaire ou bulbaire.	Amnésie constante.	
II. Fugues	1 ^o Inconscientes; automatisme ambulatoire de Charcot. Durée généralement courte.	A Le malade erre en évitant les obstacles; il a le regard fixe, l'air hébété. B Le malade vagabonde, mais son attitude est bizarre.	Réflexe ganglionnaire sous-cortical.	Amnésie constante.	
	2 ^o Conscientes. Durée souvent longue. (États crépusculaires.)	A Le malade voyage, il a l'air préoccupé, mais accomplit des actes habituels et pourvoit d'une manière régulière aux besoins de son existence.	a) Participation variable de la conscience personnelle. Incoordination moins complète par rapport à la personnalité normale diminuée. b) Quelquefois coordination par rapport à une personnalité seconde (États seconds épileptiques.)	Automatisme ganglionnaire et sous-cortical (automatisme polygonal de Grasset), non perçu ordinairement par les centres psychiques supérieurs. Automatisme ganglionnaire et sous-cortical (polygonal), perçu par les centres psychiques supérieurs.	Amnésie généralement. Quelquefois souvenirs indistincts.
		B Le malade voyage sans que son apparence extérieure dénote son état; il accomplit des actes compliqués, bien appropriés à un but et non habituels.	a) Quelquefois coordination par rapport à une personnalité seconde (États seconds épileptiques.) b) Impulsions subies par la conscience personnelle normale; diminution des fonctions supérieures psychiques, volonté, jugement, etc. (vagabondage impulsif de Pitres, par exemple).	Polarisation des centres psychiques, avec développement incomplet d'une personnalité seconde. Polarisation des centres psychiques avec développements plus ou moins parfaits d'une personnalité seconde.	Amnésie pour la conscience personnelle normale. Possibilité de révivescence des souvenirs dans des états seconds ultérieurs.
3 ^o Mixtes.	Participent des caractères des deux types précédents; états quelquefois alternatifs.	Oscillation de la conscience personnelle normale et de la notion de participation de la personnalité.	Activité spontanée des centres inférieurs perçue par les centres psychiques supérieurs impuissants à l'inhiber. Variations dans le pouvoir de perception et d'inhibition des centres psychiques supérieurs à l'égard de l'activité des centres inférieurs.	Pas d'amnésie en général. Amnésie partielle. Souvenirs incomplets.	

1. Je ne prends pas le mot polarisation dans le sens que lui donnent Binet et Féré, je l'emprunte au langage de l'optique où l'on dit que la lumière est polarisée quand les vibrations lumineuses s'orientent suivant un plan déterminé : les éléments de la personnalité s'orientent en quelque sorte pour constituer une personnalité modifiée.

2. 1887-1888.

3. *Leçons du mardi*, II, 303, 15.

n'en ont conservé aucun souvenir. Il cite le cas d'un malade, employé dans une maison de commerce à Paris, qui partit pour Brest et fit une fugue de huit jours. Il reprit sa conscience normale dans cette ville, qu'il ne connaissait pas, et n'avait aucun souvenir de tout ce qu'il avait fait pendant sa fugue. Les actes compliqués que ce malade a dû accomplir pour vivre huit jours dans une ville inconnue, située à quinze heures de chemin de fer de Paris, excluent cependant l'hypothèse de l'inconscience, au moins au sens ordinaire du mot.

Il est à remarquer, d'ailleurs, que le même épileptique avait eu antérieurement des accès moins durables; dans l'un de ses accès, il était allé dans une auberge de Claye et avait déjeuné. Il se souvenait du nom de la localité et du menu de son déjeuner. Charcot insiste avec raison sur l'importance psychologique et clinique de cette émergence de quelques souvenirs, mais il n'en tire malheureusement aucune conclusion et n'analyse pas ce curieux phénomène. Il indique sa fréquence relative sans chercher à l'expliquer. Parler d'inconscience dans les cas où le souvenir persiste et dans ceux où le malade a eu toutes les apparences d'un homme raisonnable, n'est pas tout à fait exact, et se servir du terme *subconscience* est bien peu précis. Il est nécessaire de s'entendre sur la signification d'une expression aussi indéterminée.

L'école de Charcot, au moins dans les mémoires annexés aux œuvres de ce savant, ne paraît pas avoir poussé l'analyse plus loin que le maître. Je ferai une exception pour Pitres¹, qui a étudié avec beaucoup de soin l'automatisme ambulatoire. Ce savant professe sur la conscience de l'épileptique les mêmes opinions que Charcot. Cependant, dans sa communication au Congrès de Bordeaux (*Archives de neurol.*, 1895, XXX, p. 250), il s'exprime ainsi avec beaucoup de raison : « Dans tous les cas d'impulsion épileptique, il existe bien des points inconnus. Les cas publiés jusqu'ici

1. *Leçons sur l'hystérie*, II, 268, 507.

prêtent le flanc à la critique. L'état de conscience du malade en temps de fugue n'a jamais été observé. Il est très difficile d'admettre dans l'hypothèse de mal comitial cette conscience lucide et si raisonnable qui permet à ces malades de ne pas éveiller l'attention publique, de satisfaire à tous les besoins de la vie pendant leur fugue¹.

» Cela cadre-t-il avec l'idée que nous nous faisons de l'état mental des épileptiques? Peut-être porte-t-on le diagnostic d'épilepsie par ignorance, et l'examen plus approfondi du malade pourrait-il autoriser le diagnostic d'hystérie. C'est là un point à débattre dans l'avenir. L'hypnotisation pourra peut-être résoudre la question. »

L'attitude de Pitres, en 1895, était donc surtout une attitude expectante; son opinion est beaucoup plus réservée que celle de Charcot. Il n'affirme pas l'inconscience, sans admettre la conscience. Il a évidemment raison; il existe dans l'état mental de l'épileptique un trouble qui ne permet pas de considérer qu'il agit avec conscience au sens habituel du mot. C'est la nature de ce trouble qu'il faut rechercher².

Grasset, dans ses *Leçons de clinique médicale* (1895-1898), a étudié avec soin le prétendu automatisme comitial ambulatoire. Son analyse est plus pénétrante que celle de Charcot. L'illustre professeur parisien n'a, comme nous l'avons vu, parlé que de conscience et d'inconscience; il a signalé l'amnésie de son malade, et en a conclu qu'il était inconscient au moment de sa fugue. J'ai montré combien cette expression était susceptible de critiques, et combien l'examen de Charcot était superficiel: peut-être n'a-t-il pas été tenté par cette difficulté d'ordre psychologique. Grasset l'a, au contraire, abordée. Je n'ai pas à rappeler les théories bien connues de cet éminent maître sur l'activité psychique supérieure ou

1. Voyez Parant, *op. cit.*, 134.

2. Il est inadmissible de dire, comme le fait Donath (*Der epileptische Wandertrieb*, in *A. Z. f. P.*, XXXII, p. 335): « Pour moi la poriomanie épileptique est un équivalent psychique d'espèce particulière, qui se distingue des autres en ce que le trouble de la conscience manque complètement, ou est si faible qu'il passe à l'arrière-plan. »

inférieure. On sait qu'il distingue des centres psychiques supérieurs, où s'élaborent les actes volontaires et libres (*sic*), et des centres psychiques inférieurs, où se déterminent des actes nécessaires, n'ayant aucun caractère de liberté et dépendant du domaine de nos actions habituelles. Cette activité inférieure, que Grasset appelle *polygonale*, en ce sens qu'elle est propre à ce qu'il désigne sous le nom de *polygone des centres sensoriels et moteurs*, serait intermédiaire entre l'activité consciente et le réflexe pur.

Sa discussion est fort bien faite, mais les conclusions qu'il en tire sont trop absolues, il me semble, lorsqu'il dit (p. 152): « Les actes automatiques ne sont pas conscients par eux-mêmes; mais ils sont psychiques tout de même quand on les trouve susceptibles de provoquer et de manifester des phénomènes de mémoire et d'intellectualité. » Je crois que l'on peut pousser l'analyse psychologique de l'automatisme plus loin encore. Le savant professeur de Montpellier a dressé un schéma instructif pour expliquer physiologiquement ces actes automatiques; mais, comme tous ses pareils, ce schéma a le défaut d'être trop rigide: il ne met pas en relief ce fait sur lequel j'ai insisté, c'est-à-dire le caractère variable de la participation de la conscience personnelle à l'acte.

Le centre supérieur de Grasset est l'expression anatomique de la conscience personnelle active, mais son activité est susceptible de degrés. C'est à cette différence de degrés que correspond ce que j'ai appelé *la variation du sentiment de la participation personnelle*, variation dont l'amnésie me paraît dépendre à son tour. Cette variation est une chose si vraie que, malgré l'affirmation de Grasset¹, l'automatisme psychologique est quelquefois conscient et libre dans une certaine mesure. L'éminent neurologue le reconnaît lui-même puisque, plus loin (p. 190 et suiv.), il distingue deux variétés d'automatisme ambulatoire: dans l'un l'action directrice des centres supérieurs est suspendue, bien que leurs communications avec les centres inférieurs persistent suffi-

1. *Op. cit.*, p. 152.

samment pour que l'activité de ceux-ci soit perçue par les centres supérieurs, dans l'autre toute communication est interrompue, de telle sorte que l'activité inférieure échappe à la connaissance des centres supérieurs. En réalité, les choses ne se passent pas avec cette régularité. On rencontre tous les degrés dans l'action des centres supérieurs et dans leurs perceptions; on trouve des impulsions plus ou moins fortes allant de l'envie d'accomplir un acte dont on peut s'abstenir jusqu'à l'impulsion irrésistible inconsciente; on trouve aussi des actions automatiques qui laissent des souvenirs, d'autres qui en laissent peu, d'autres, enfin, qui n'en laissent pas du tout.

Comment, dès lors, établir sur des bases solides la distinction de Grasset entre l'acte conscient, volontaire et libre, et l'acte qui n'est ni conscient ni libre? Il faut reconnaître que cela n'est pas possible et que l'expression *responsabilité limitée*, que l'on rencontre si souvent dans les rapports des médecins légistes, est l'exacte représentation de l'état des choses, c'est-à-dire de ces degrés divers de participation de la personnalité consciente aux actes accomplis.

Il est difficile d'admettre, avec Grasset, que les actes compliqués que font certains ambulateurs soient dus simplement à l'activité des centres sous-corticaux. On conçoit cet automatisme pour les actes habituels: se lever, s'habiller, manger, échanger même des paroles usuelles, faire, par exemple, ces réponses stéréotypées en quelque sorte que certaines questions familières provoquent. Mais comment admettre que des voyages aussi compliqués que celui du malade de Charcot soient purement automatiques? qu'aucune espèce de conscience ne les accompagne? qu'aucune volonté ne les dirige? Voilà un homme qui va de Paris à Brest, qui fait un voyage de huit jours dans une ville inconnue, qui devra prendre son billet, le montrer aux contrôleurs de la gare, le remettre à l'arrivée, choisir un hôtel, y commander ses repas, sa chambre, vivre dans une ville populeuse, où il aura constamment des objets

nouveaux sous les yeux, des personnes nouvelles à rencontrer, une foule d'actes inusités, enfin, à accomplir, sans que sa volonté intervienne? Mais toutes les données cliniques que nous avons sur l'aboulie, c'est-à-dire sur l'absence de la volonté, protestent contre une pareille supposition, de même que tout ce que nous savons des impulsions automatiques et involontaires. Celles-ci ne permettent que l'accomplissement d'actes familiers ou simples, mais il est bien difficile de dire qu'une volonté quelconque n'intervient pas dès qu'il y a un choix à faire entre diverses actions possibles¹. Dans le somnambulisme, par exemple, où, pour Grasset lui-même, les centres supérieurs ne fonctionnent pas, ce savant auteur admet l'existence de personnalités parasitaires².

La vérité me paraît être là. Toutes les fois que nous avons des automatismes aussi complexes, nous devons songer à une altération de la personnalité. C'est aujourd'hui démontré pour l'hystérie. Je ne doute pas qu'on n'arrive à l'établir pour les crises épileptiques ambulatoires. Les cas d'amnésie périodique que l'on rencontre dans le mal comitial, et dont j'ai cité un exemple, me paraissent devoir être observés de très près; il est très désirable que l'état des souvenirs des malades soit examiné au cours même de leur crise ambulatoire, si les circonstances le permettent. Je suis persuadé que l'on découvrira chez eux une personnalité parasitaire substituée à la personnalité normale, et, par suite, une agrégation spéciale de souvenirs inaccessible à celle-ci. Ainsi, et seulement ainsi, je crois, peuvent s'expliquer ces amnésies succédant à une activité en apparence consciente et normale.

L'automatisme ambulatoire a été également étudié à l'étranger; les études publiées sur ce sujet en Italie et en

1. Voyez le cas cité par Grandjean (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1891). Le malade avait l'aspect d'un homme normal pendant ses crises; il voyageait en chemin de fer, causait, jouait aux cartes.

2. C'est aussi l'opinion de Bombarda: *La conscience dans les crises épileptiques* (*Rev. neurol.*, 1894).

Allemagne sont nombreuses et soignées. C'est ainsi que Schultze¹ cite de curieux exemples d'automatisme ambulatoire :

Un de ses malades fit, à vingt ans, une chute; il éprouva une forte commotion cérébrale. Il se maria plus tard, mais ne fut pas heureux dans le choix de sa femme. A vingt-huit ans, il fit sa première fugue; il éprouva l'irrésistible besoin de partir: il prit sa valise, alla de Prague à Trieste et revint. Sa conduite en voyage fut correcte, mais il ne conserva que le souvenir de l'impulsion. Il revint auprès de sa femme et après quelque temps de vie commune, fit une nouvelle fugue, prit son billet pour Vienne et ne retrouva sa connaissance qu'au bord d'une rivière, près de Graz. Il avait à ce moment des hallucinations et croyait voir des ondines et des fées. Il fut recueilli par la police et rentra chez lui. Il avait de l'amnésie de son voyage, mais se rappelait les hallucinations. L'année suivante, il eut encore des démêlés avec sa femme et partit. Il se retrouva à Paris, et s'engagea dans la légion étrangère. Il ne se rappelle pas comment il est arrivé à Paris, n'a que des souvenirs incomplets de son séjour dans cette ville et assure n'avoir recouvré sa conscience normale qu'à Marseille.

Il eut en Algérie une bonne fortune, fut surpris et reçut un coup à la tête qui détermina une commotion cérébrale; il eut une crise, se montra violent, fut arrêté et mis à l'hôpital. Il fut reconduit à Paris, soigné et relaxé après guérison. Il a de l'amnésie pour tout le temps compris entre son accès de fureur et le voyage d'Oran à Marseille. Il reprit connaissance à bord.

Ce malade fit encore d'autres fugues, notamment en Hollande, où il s'engagea dans l'armée coloniale.

Ce cas est instructif, bien que l'on puisse se demander s'il révèle de l'épilepsie simple. Les deux premiers voyages, faits sans but apparent, ont un caractère automatique pur; ils sont suivis d'amnésie. Le malade se rappelle les hallucinations qu'il a eues au bord de la rivière, près de Graz, au moment où il revenait à lui. Son voyage à Paris, est oublié, mais l'amnésie est incomplète pour son séjour à Paris où il s'engage dans la légion étrangère, c'est-à-dire où il accomplit un acte non habituel et bien coordonné. Nous voyons

1. *Beitrag zur Lehre von den pathologischen Bewusstseinsstörungen* (Allgem. Zeitsch. für Psych., 1898, p. 749).

donc, en analysant ce cas, que les actes de la vie courante, les actes plus ou moins habituels, sont oubliés, mais qu'il n'en est pas de même de ceux qui sont accomplis afin de réaliser un but compliqué, l'engagement, par exemple. Or, la coordination d'un fait psychique se manifeste, entre autres choses, par son adaptation à un but déterminé, cherché par la personnalité.

Nous voyons donc que, dans les cas où la volonté s'affirme, la mémoire se montre: car la manifestation d'un désir, d'une volonté, a pour condition une personnalité qui désire ou qui veut. On peut légitimement penser que le désir, la volonté, en sont les premières manifestations, comme elles sont aussi les premières indications de ces facultés supérieures de l'attention et du jugement qui sont actuellement considérés comme les attributs les plus élevés de la conscience.

Parmi les travaux les plus récents, je signalerai celui d'Heilbronner¹. Ce savant a fait une étude approfondie des fugues: il constate que le caractère épileptique d'une crise ambulatoire ne saurait être déterminé par l'inconscience. Il ajoute (p. 78 du tirage à part): « En fait, ce n'est pas l'état de la conscience qui a été le véritable objet de l'observation et de la discussion: on a cru pouvoir conclure au trouble de la conscience simplement à cause de l'amnésie subséquente. Charcot a dit de la manière la plus précise que la perte des souvenirs d'une période déterminée marquait l'inconscience pendant cette période. De même, on a cru pouvoir considérer le trouble souvent constaté dans les souvenirs, comme l'expression d'un trouble de la conscience et l'existence de souvenirs isolés comme correspondant à des oscillations dans le niveau de la conscience. En réalité, comme un grand nombre de recherches l'ont aujourd'hui établi, il n'est pas permis de penser que la faculté de se souvenir dépende de l'état de la conscience: les cas d'amnésie rétrograde le prouvent. »

1. *Ueber Fugues und Fugueähnliche Zustände*, in *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie*, 1903.

Examinant ensuite si l'amnésie en général ou un genre particulier d'amnésie se constate dans les fugues accomplies par des malades ayant les stigmates physiques de l'épilepsie, Heilbronner montre « que chez deux de ses épileptiques, sur trois observés, la mémoire des fugues était conservée ». Il en conclut que l'amnésie n'est pas un caractère spécial à la fugue épileptique.

C'est la conclusion à laquelle j'arrive moi-même, mais il me semble que le rapport, contesté par Heilbronner, entre l'amnésie et l'état de la conscience *personnelle et active normale* doit exister. L'amnésie rétrograde a une signification particulière, qu'elle tire de son étiologie : les images sont détruites ou ne peuvent être évoquées par suite d'une lésion quelconque du cerveau ou d'une modification dans son irrigation. On trouve la trace d'une cause d'amnésie postérieure à l'enregistrement des souvenirs. Lorsque cette cause existe au moment de leur enregistrement, il est évident qu'elle a une action quelconque sur la mémoire et, par suite, sur la conscience, puisque les souvenirs susceptibles d'être évoqués sont des faits de conscience. Cette distinction paraît avoir échappé à Heilbronner parce qu'il s'est surtout attaché à l'examen clinique des faits.

Cependant son observation VII (p. 32) est instructive quand on l'analyse avec soin. Le malade dont il raconte l'histoire est un épileptique non alcoolique.

Le samedi 5 juin 1902, après avoir déjeuné, il va rendre visite à un de ses amis, et le quitte à 4 heures et demie. A 7 heures trois quarts, il se trouve rue M..., devant la tour de l'horloge de Halle, sans savoir comment il y est venu. Il ne s'en étonne pas outre mesure : il n'avait pas « la tête bien claire » ; il croyait avoir passé la nuit au cabaret. La rue M... est très animée. Il note l'heure et s'imagine qu'il est 7 heures trois quarts du matin. Il croit être au dimanche. Il remarque que les gens qui passent n'ont pas leur tenue dominicale, mais n'en tire aucune conclusion. Il revient chez lui ; ses parents doivent lui répéter plusieurs fois qu'il est 7 heures trois quarts du soir pour le convaincre. L'idée lui vient

qu'il a dû avoir une crise. Les souvenirs sont conservés à partir de 7 heures trois quarts.

L'analyse de la période oubliée est impossible, Heilbronner ne paraissant pas avoir cherché à se renseigner sur ce qu'a fait le malade pendant le temps dont le souvenir est perdu. Mais elle est possible pour la période non amnésique, grâce aux détails que donne le consciencieux observateur. Nous voyons que les perceptions extérieures sont l'objet d'une synthèse personnelle. L'heure est notée et le costume des passants remarqué. Mais le malade se croit au matin, et il n'est pas frappé de l'invraisemblance de cette conclusion. On peut l'expliquer ainsi :

Le malade, quand sa conscience personnelle s'éveille, est encore dans un état de trouble, dans cet état dont l'analogie avec le rêve est si frappante. Son attention, son jugement et sa faculté de raisonner, de conclure logiquement, sont très diminués. Il s'aperçoit, d'abord, qu'il y a une lacune dans sa mémoire. Comment l'expliquer ? Il songe aussitôt à l'explication qui se présente le plus naturellement à un jeune homme de sa classe (il a vingt-six ans et paraît être commis négociant) : « J'ai dû trop boire. Je me suis grisé. Pour boire à ce point, il faut boire longtemps. » D'où la conclusion, illogique en réalité, mais naturelle dans les circonstances, qu'il a passé la nuit au cabaret. Il en résulte qu'il est dimanche matin pour lui. Les impressions extérieures sont perçues, mais sont incapables d'éveiller les associations d'idées qui permettraient à une conscience normale de conclure que la journée tire à sa fin, que le costume des passants n'est pas celui d'un jour de fête, qu'il n'est donc pas dimanche matin. Ces raisonnements, provoqués par l'association des idées, aboutissant à la mise au point des impressions perçues, sont l'œuvre de l'attention, de l'abstraction, du jugement, et, par suite, nécessitent le jeu des fonctions supérieures de la conscience personnelle et l'intervention d'une personnalité qui observe, abstrait, compare et se décide.

La conscience personnelle du malade d'Heilbronner était réduite au minimum. Son cas aussi me paraît justifier l'opinion que je soutiens.

1. Le professeur A. Pick (traduit par Adam, in *Annales méd.-psych.*, janv. 1903) a récemment étudié avec beaucoup de finesse l'état de la conscience des épileptiques (*Étude clinique sur les troubles de la conscience dans l'état post-épileptique*). Les limites imposées à mon travail ne me permettent pas de reproduire *in extenso* l'étude de Pick. Il a observé avec soin un épileptique dont la conscience était encore troublée, et donne le procès-verbal détaillé des questions posées au malade et des réponses faites par lui; il décrit en même temps les gestes de ce malade. Voici, par exemple, un interrogatoire fait le 11 décembre 1899, dix minutes après une crise convulsive de trois minutes :

« D. Bonjour. — R. Bonjour. — D. Comment allez-vous? — R. Bien. — D. Me connaissez-vous? — R. Vous êtes M. le Professeur.

» Présentation d'un livre de prières. — Il tourne les pages; on est obligé de répéter les questions.

» Présentation d'un porte-carte. — L'examine et dit : « Prières. »

» Présentation d'un morceau de drap. — R. Prières.

» Présentation d'un couteau. — L'ouvre et, après plusieurs interpellations, dit : « Prières. »

» Présentation de ciseaux. — Dit : « Ciseaux. » — D. Que fait-on avec cela? — R. On coupe.

» Présentation d'une fourchette. — R. Ciseaux. — D. Que fait-on avec cela? — R. Couper. — D. Montrez comment (on donne un morceau d'étoffe). — Dit : « Prières. » — D. Que fait-on avec cela? — Pas de réponse.

» Présentation d'un miroir. — Il le retourne, se mire et dit : « Ciseaux. » — D. Que fait-on avec cela? — R. On coupe. — D. Montrez comment? — Il tient l'étoffe comme s'il voulait la couper avec le miroir.

» Présentation d'une pipe. — R. Cigare.

» Présentation d'une bobine. — R. Cigarette. — D. Que fait-on avec cela? — R. Cigare.

» On lui donne une allumette. — Il la tient à côté de la bobine et dit : « On coupe. » — D. Montrez comment? — Il enflamme une allumette et la laisse se consumer sans faire aucun usage de la bobine.

» Présentation d'un savon. — Après une pause de deux minutes : « Ciseaux. » — D. Que fait-on avec cela? — R. Cigare.

» On lui tend une boîte d'allumettes. — Il en prend une et dit : « Cigare. » Il tient l'allumette au-dessous du savon et la laisse se consumer.

» Présentation d'une pince. — Il dit : « Pince. » — D. Que fait-on avec cela? — R. Couper. — D. De quelle manière (on lui donne de l'étoffe)? Comme hier, il serre l'étoffe avec la pince.

» Présentation d'un marteau. — R. Marteau. — D. Comment s'en sert-on? — R. On coupe. — D. Comment? — R. Cigarette.

» Présentation d'un clou. — R. Cigare. — D. Montrez ce qu'on en fait. — Dit : « Cigarette, » et donne des coups de marteau sur le clou.

» Présentation d'un harmonica. — Il en joue et dit : « Harmonica. » — D. Que fait-on avec cela? — Il en joue de nouveau.

» Présentation d'une lime. — R. Lime. — D. Comment s'en sert-on? — R. On coupe.

» Présentation d'un verre de vin rouge, qu'il boit aussitôt. — D. Est-ce bon? — R. Cigarette. — D. Je demande si c'est bon? — R. Cigare. — D. Qu'en fait-on? — Pas de réponse. »

« Cet épisode, très instructif, dit Pick, montre comment des impressions des sens, qui, manifestement, coïncident avec des représentations familières, sont identifiées aussitôt et, sans doute en raison de leur intensité, amènent la représentation du but

Si nous arrivons à l'étude des phénomènes sensoriels ou sensitifs, nous constaterons que les troubles de ce genre,

et l'exécution de l'acte correspondant. L'observation fait ressortir, en outre, la dissociation entre ce dernier processus et la représentation verbale. »

Il ajoute : « Si nous résumons les enseignements contenus dans les observations qui précèdent, nous constatons qu'ils confirment la thèse soutenue par Mœli, que l'obscurcissement de la conscience provient d'un relâchement de la cohésion des idées. Les faits observés nous montrent, en outre, comment plusieurs séries de représentations peuvent évoluer, jusqu'à un certain point, indépendamment, les unes à côté des autres, et comment les représentations d'une série peuvent influencer les impressions sensorielles des autres séries, au point de causer un trouble complet de l'identification, et ainsi est mis en vue un nouveau facteur des troubles désignés sous le nom d'*obscurcissement de la conscience*. Enfin, l'observation nous montre encore une condition nouvelle de cet obscurcissement dans les enchaînements fortuits, sans aucun rapport intrinsèque, qui s'établissent entre les diverses séries de représentations. J'insiste particulièrement sur ce point, car il nous fait comprendre une variété de trouble de la conscience qui ne rentre pas dans la forme décrite par Westphal, caractérisée, selon lui, par une rupture complète entre le cercle d'idées nouveau et le cercle normal.

» ... Une grande partie des manifestations qui nous occupent a sa source dans un trouble de l'association, dans le penser à côté (*Vorbeidenken*). Cela donne à l'ensemble une signification pathologique d'une portée plus grande; la preuve en est surtout dans le lien qui se trouve ainsi démontré entre ces manifestations et des processus analogues, quoique étiologiquement et cliniquement différents.

» Je n'ai pas l'intention d'aller ici au fond de la question, je ne veux que signaler les rapports des manifestations qui viennent d'être étudiées, avec les troubles décrits sous le nom d'*absorption* par Lipps (*Comptes rendus de l'Académie des sciences de Bavière*, IV, 607, section philosophique et philologique). Quant à (leurs) rapports... avec les états crépusculaires des hystériques, ils ne sauraient échapper à personne. A ce propos, je ferai observer que Raeké, dans un travail sur ce sujet (*Zeitschr. f. Psych.*, LVIII, p. 124), semble admettre... que des représentations étrangères viennent s'interposer avec un caractère presque obsessionnel pour évoluer ensuite de leur propre compte vers l'expression verbale. Il effleure ainsi la question de la persévération en s'exprimant en ces termes : « Il se pourrait aussi qu'en raison de la plus grande facilité avec laquelle survient la fatigue, il se produisit une certaine intoxication (*Haftenbleiben*, obsession) par des représentations isolées, de sorte qu'une réponse pût être répétée, alors que déjà elle n'aurait plus de raison d'être.

» Quant aux rapports avec la psychologie du rêve, je me contenterai également de les mentionner. »

Pick insiste surtout dans son étude sur la « réaction de persévération » de Neisser. En voici un exemple qui s'ajoute à celui que je viens de citer :

« D. Savez-vous quand vous êtes arrivé? — R. Non. — D. Que vous est-il arrivé? — R. Je ne sais pas. — D. Souffrez-vous de quelque maladie? — R. Serrurier. — D. De quelle maladie? — R. Je vous dis bien que je suis serrurier. — D. Je demande si vous êtes malade. — R. Serrurier. »

Les réponses n'ont lieu qu'après que le malade a regardé quelque temps devant lui. Il faut noter, pour que ce fait conserve toute sa signification, qu'on avait demandé immédiatement auparavant au malade quelle était sa profession. La réaction de persévération est la persistance d'un ordre déterminé de pensées qui demeure dans la conscience malgré les nouvelles idées que mettent en mouvement l'interrogatoire ou les autres faits extérieurs. C'est le *Vorbeidenken* de Pick : le penser à côté.

« Si nous revenons, dit-il, au dernier épisode de notre observation (persistance du mot *serrurier*), nous comprenons facilement qu'une seconde série d'association surgit à côté de celle qui est mise en mouvement par les questions posées et que c'est cette pensée latérale (parasitaire) qui constitue le fondement de la réaction de persévé-

purs, *non suivis de convulsions ou de leurs équivalents*, ne sont presque jamais oubliés. L'amnésie est ici l'exception; en effet, le trouble sensoriel ou sensitif, mauvais goût, sen-

ration^a. Si l'on considère sans idée préconçue ce qui s'est passé, on y voit une analogie frappante avec les états de distraction. Les réponses sont d'abord justes, mais bientôt le malade s'écarte de l'ordre d'idées dans lequel l'aiguille la conversation : il est permis d'admettre qu'en raison de cette faiblesse d'association la représentation de serrurier, qui, depuis le précédent examen, était restée au-dessous du seuil de la conscience, mais à la disposition de celle-ci, franchit ce seuil. Dès lors, absorbé complètement par cette représentation nouvelle et semblable à une personne distraite qui ne recueille plus les questions qu'on lui pose, le malade répond au moyen de cette représentation et la reproduit avec irritation, comme cela arrive dans les cas de distraction ordinaire. Il est donc visible que la persévération apparente ne consiste pas en une intoxication par une représentation isolée, mais qu'elle est le résultat d'un phénomène d'association à côté, de *penser à côté*, causé par la faiblesse des associations mises en jeu par l'examen du malade (?).

» ... La série des représentations qui a envahi la conscience d'une manière anormale n'exerce pas une action passagère, mais domine la marche des idées pendant un temps assez long;... en dépit des représentations nouvelles qui sont intercalées..., la représentation prépondérante reprend toujours le premier rang, ce qui se comprend si ce n'est pas une représentation isolée, mais toute une série de représentations qui entre en ligne de compte. »

Deux ou plusieurs séries d'idées peuvent ainsi évoluer parallèlement et donner lieu à des images motrices et verbales; mais celles-ci ne se succèdent pas dans un enchaînement compréhensible, elle surgissent, en partie mécaniquement, sous l'influence d'une question qui n'a peut-être pas été enregistrée, en partie par pure coïncidence.

La persévération est due à l'intoxication par une série d'idées et non par un mot : le malade, en effet, s'est servi de deux synonymes tchèques pour désigner des allumettes. L'intoxication, pour Pick, aurait lieu par la représentation objective, non par le mot. Il en voit une autre preuve dans l'emploi correct grammaticalement, mais illogique, du verbe *couper*.

Les divers territoires fonctionnels qui concourent à la formation d'un complexus de représentations se dissocient et les gestes peuvent, par exemple, ne pas s'accorder avec la représentation persistante. Le malade appelle une pince cigarette. On lui dit : « Allumez et fumez. » Il essaie d'allumer la pince et dit : « Cela ne va pas, » mais continue ses efforts pour l'allumer comme une cigarette.

Pick fait observer que la phrase du malade indique une certaine réflexion; mais, comme les impressions sensorielles (la vue et le toucher de la pince) ne suffisent pas à éveiller l'attention et à provoquer un jugement logique sur ces sensations, l'intelligence ne peut rectifier la représentation erronée qui persiste.

Un autre fait établit, pour le savant professeur de Prague, l'existence d'un certain degré de réflexion : le malade ne confondit pas des cure-dents avec les allumettes, bien qu'ils fussent, les uns et les autres, dans des boîtes de même forme.

Cette observation est d'une très grande valeur, car elle nous montre un examen psychologique de l'épileptique fait par un homme extrêmement compétent et d'une grande probité scientifique. Le fait qu'il signale, la persistance d'une ou plusieurs chaînes d'images évoluant parallèlement et indépendamment dans la conscience (réaction de persévération), est réel; mais si l'on analyse avec soin ce phénomène, tel que le procès-verbal de Pick nous le montre, on y trouvera une justification nouvelle des idées que j'expose dans le texte.

L'absence de « cohésion des idées », indiquée par Mœli et Pick, est l'expression clinique du relâchement du lieu ordinaire qui sert à grouper les idées en un ordre

a. J'aimerais mieux le mot *persistance*, qui est plus français.

sation pénible, illusion ou hallucination, n'existe comme tel qu'à la condition d'avoir été perçu par la personnalité.

Ces considérations justifient, il me semble, l'opinion que

cohérent et logique. Ce lien est la *personnalité*, prise comme je l'indique dans le sens de conscience personnelle, susceptible d'attention, d'abstraction, de choix volontaire entre les images.

La persistance de certaines chaînes de représentations, comme prières, ciseaux, cigare et cigarette, dans le premier extrait que j'ai cité, peut s'expliquer, il me semble, par l'analyse psychologique : le malade est dans un état crépusculaire, assurément de gravité plutôt légère. Mais déjà on peut faire, à la lecture de l'observation si intéressante de Pick, une remarque. C'est la rareté de l'intervention de la personnalité du malade dans la conversation. Ses réponses sont monosyllabiques, et ce n'est qu'à trois ou quatre reprises qu'il a employé le pronom personnel et à des moments (p. 4, 6,) un peu plus éloignés de la crise que l'interrogatoire des 11 et 12 décembre, par exemple, jours où il a eu des crises et où il n'emploie pas, autant que les notes de Pick permettent d'en juger, le pronom personnel.

D'autre part, la perception du malade se fait avec une extrême lenteur. On est souvent obligé de répéter les questions. Quelle est la conséquence de cette lenteur de la perception, perception dans laquelle la personnalité joue déjà un rôle très amoindri? Evidemment d'exiger un temps plus considérable pour que la synthèse personnelle se fasse et provoque la réponse appropriée. C'est ce que l'on constate.

Une fois l'image élaborée avec la difficulté et la lenteur que la conscience, très amoindrie, peut mettre à cette opération, elle persistera parce qu'elle mettra à évacuer la conscience un temps comparable à celui qu'elle a employé à s'y installer. Aussi voit-on, en général, qu'au début des interrogatoires, le premier ou les deux ou trois premiers objets présentés sont correctement désignés, la confusion s'accroît à mesure que l'interrogatoire se prolonge, et le malade finit par ne plus répondre. La fatigue intervient et rend sans doute encore plus malaisé le rudiment d'opération psychique qu'exige une réponse même illogique.

C'est ainsi qu'on voit persister le mot *prières*. Au début, on lui avait présenté un livre de prières : pendant que l'idée de prières est dans la conscience, on lui présente un morceau de drap et un couteau : il ne les nomme pas, mais il nomme le quatrième objet, ciseaux, et indique l'usage des ciseaux, couper. Puis on lui donne un morceau d'étoffe et il dit : « prières. »

Nous voyons ici un phénomène d'association curieux. On avait présenté au malade un morceau de drap (troisième présentation), objet assez semblable comme aspect, et surtout comme apparence tactile, à un morceau d'étoffe. Au moment où le drap lui était présenté, l'image du livre de prières et l'idée de prières étaient dans sa conscience; un lien d'association s'est formé entre l'image persistante et l'image non exprimée; aussi, la présentation d'un objet semblable réveille l'image associée la plus forte, et le mot *prières* est articulé.

Puis, aux questions relatives à l'usage des différents objets qui lui sont successivement présentés, le malade répond toujours « couper » ou « on coupe », image provoquée par la paire de ciseaux. Bien qu'il puisse nommer ces trois objets correctement, il dit toujours qu'ils servent à couper. Faut-il expliquer ce phénomène par la persistance pure et simple de l'idée de couper? Il me semble que ce n'est pas assez : la raison pour laquelle cette persistance a lieu, car c'est un fait d'observation, doit être cherchée dans la lenteur des perceptions; expliquer l'usage d'un objet est une opération d'un ordre déjà plus compliqué que se borner à le nommer; aussi cette opération se réalise malaisément, et son résultat persiste dans la conscience avec d'autant plus de ténacité que les images destinées à la remplacer se forment avec plus de lenteur et de difficultés. Dans le cas spécial de Pick, les ciseaux ont été, d'ailleurs, plusieurs fois présentés au malade dans ses états crépusculaires, de sorte que l'idée de couper lui a été familière dans ces états.

Je crois avoir indiqué avec assez de soin que la condition de toute perception

j'exprimais plus haut: *l'amnésie paraît, en général, proportionnelle au degré de participation de la personnalité, du moi normal, aux faits psychiques accompagnés ou non de troubles moteurs*¹.

Je ne formule cette hypothèse qu'avec réserve. Je me borne à la soumettre à l'observation; il est certain qu'elle ne se réalisera pas dans tous les cas; souvent, en effet, l'épilepsie se complique d'hystérie, d'alcoolisme, de psychoses et de névroses diverses. Mais, dans la majeure partie des cas étudiés par moi, cette formule m'a semblé se vérifier. Je n'ai pas besoin d'indiquer les conséquences importantes qu'elle peut avoir en médecine légale, où l'amnésie a été et est encore si diversement interprétée.

On trouvera peut-être une confirmation de mon opinion dans ces cas, plus rares dans l'épilepsie que dans l'hystérie, où l'on rencontre une sorte de dédoublement de la personnalité. Les variations de la personnalité dans l'épilepsie ont été moins bien étudiées que dans l'hystérie. Il n'est pas douteux, cependant, qu'il se forme, dans la névrose comitiale, des synthèses mnésiques anormales, déterminant la formation secondaire d'une personnalité nouvelle. J'ai cité plus haut, page 55, le cas de cette épileptique qui revenait

activement consciente était l'intervention d'une personnalité normale ou parasitaire qui l'élaborait. La lenteur de la perception dans le cas de Pick, lenteur qui est à l'origine des réactions de persévération, a justement pour cause la difficulté que cette synthèse offre pour la personnalité affaiblie.

La dissociation entre le cours des idées verbalement exprimées et les gestes, comme couper, jouer de l'harmonica, boire un verre de vin, s'explique aisément, il me semble, par les mêmes théories. L'expression verbale d'une idée est une fonction d'ordre élevé: d'autant plus élevé relativement, dans le cas de Pick, que le malade était un ouvrier sans grande culture intellectuelle. Il n'en est pas de même des actions familières de couper, de boire, de jouer même d'un instrument de musique populaire; ces actes s'accomplissent d'une manière presque réflexe. On voit la même dissociation chez l'homme normal qui peut boire en pensant à autre chose, et couper ou jouer d'un instrument en causant. Je serais très heureux qu'un observateur aussi profond que Pick voulût bien rechercher si la raison psychologique du phénomène qu'il a constaté est bien celle que j'indique. J'ai cru devoir discuter aussi complètement qu'il m'était possible de le faire son observation, car elle est parfaitement prise, et j'ai été heureux d'y trouver ce qui m'a paru être la confirmation des idées exposées dans mon étude.

1. On a des observations dans lesquelles du délire a précédé les convulsions ou s'est intercalé entre des accès convulsifs. Il y avait amnésie des périodes convulsives, non des périodes de délire. Voyez Lüth, *A. Z. f. P.*, 1899, 533.

périodiquement à la personnalité qu'elle avait à vingt ans. Nous constatons, ici comme dans l'hystérie, que l'ecmnésie entraîne une altération, proportionnelle à son étendue, dans la synthèse des souvenirs et dans la notion de la personnalité qui en est l'expression. On peut faire une remarque analogue à l'occasion de la ressemblance des phénomènes morbides dans les crises du même malade. Kraepelin (*Psychiatrie*, II, 463) s'exprime ainsi à ce sujet: « Ordinairement, les différentes crises chez un même malade ont entre elles une ressemblance extraordinaire. Une façon de parler particulière, un léger changement dans l'attitude, dans les traits, révèlent qu'il y a quelque chose qui se prépare, qu'un mauvais vent souffle. Les mêmes plaintes, les mêmes idées délirantes se reproduisent; l'excitation intérieure se manifeste par les mêmes impulsions et les mêmes actes. » Des réactions aussi concordantes entre elles supposent bien que la personnalité qui les manifeste est autre que la personnalité normale, mais qu'elle forme cependant une personnalité continue et identique probablement à elle-même. Dans ces cas, plus fréquents qu'on ne le croit, l'amnésie consécutive est encore en fonction de la personnalité. Nous n'avons pas un tel affaiblissement de celle-ci que les souvenirs ne paraissent plus pouvoir s'y fixer, nous n'avons pas un tel rétrécissement du champ de son activité qu'elle soit incapable de faire elle-même la synthèse des impressions perçues: nous avons un phénomène différent en apparence, mais en réalité de même nature. Les impressions sont perçues et synthétisées, mais elles s'agrègent à une chaîne de souvenirs différente de celle qui constitue la personnalité normale¹. C'est encore dans une variation du sentiment de la participation personnelle du *moi* ordinaire que se trouve l'explication psychologique de l'amnésie².

1. Voyez le cas de Kovalevsky, *Analyses psychiatriques médico-légales*, t. 1^{er}.

2. Je rapprocherai volontiers de ces lignes le passage suivant d'un rapport médico-légal de Westphal, cité par Siemerling (*A. Z. f. P.*, 1896, 854):

« Il y a des états durant des minutes ou des heures, dans lesquels la conscience peut être si profondément troublée que le sujet se meut dans un cercle d'idées sans attaches

Cette conclusion est donc la solution que je crois pouvoir donner à la première des deux questions que je posais au début de ma discussion comme les termes mêmes du problème à résoudre.

Je dois ajouter cependant que la participation de la personnalité telle que je l'ai définie ne signifie pas que la personnalité ait agi dans des conditions normales; j'aurai à préciser ma manière de voir lorsque j'examinerai l'épilepsie au point de vue judiciaire¹.

IV

J'arrive ainsi à l'examen du second terme du problème que je posais au début de cette analyse. J'ai essayé de montrer que la relation probable entre l'amnésie et l'état de conscience se trouvait dans la notion de participation per-

apparentes avec ses idées normales. Sous leur influence, et sous celle des sentiments et des volitions qui s'y lient, il commet des actes étrangers à ses pensées habituelles et n'ayant aucun rapport avec elles, sans que, pour cela, son aptitude à agir d'une manière combinée et logique dans une certaine mesure soit abolie. Mais que seraient des sentiments, des volitions, sans une personnalité, au moins parasitaire, qui leur serve de substratum? Bien qu'il y ait des réflexes psychiques, ou des réactions si rapides qu'elles présentent le caractère des réflexes, il est difficile de supposer qu'on peut considérer comme un simple réflexe le fait de prononcer un discours ou une homélie (voyez cas cité par Weygandt, *Psych.*, p. 268). — Fürtsner désigne ces états de conscience par l'expression curieuse et peut-être bonne à conserver de « paraconscience » (voyez *A. Z. f. P.*, 1896, 1105).

1. Magnan, dont je ne partage pas toujours la manière de voir, a bien compris ce mécanisme : il dit : « La perte de conscience explique le caractère impulsif des mouvements; ils répondent toujours à des hallucinations, et c'est presque un phénomène réflexe que l'acte accompli par l'épileptique halluciné. Les centres supérieurs étant annihilés par l'ictus épileptique, les centres corticaux sensoriels provoquent des réactions immédiates; les opérations cérébrales ne suivant plus alors leur marche habituelle, les perceptions n'arrivant pas au centre psychique où s'exercent la réflexion, l'attention, la comparaison, le jugement, où se fait, en un mot, le contrôle, déterminent des impulsions. La réponse immédiate que provoque l'excitation sensorielle est comparable aux phénomènes réflexes si vivement accusés de la moelle d'un animal, après la section bulbaire, avec cette différence que les centres intellectuels sont seuls séparés des autres centres corticaux, qui agissent sans coordination » (*Leçons cliniq. sur l'ép.*, 45). En psychologue pénétrant, Magnan a saisi la vérité; sa théorie explique bien les actes automatiques habituels et simples; elle n'explique pas ceux où l'on aperçoit une action des centres intellectuels. Ces cas existent cependant, mais Magnan, parlant de *perte de conscience*, ne pouvait raisonner autrement.

Cependant, l'intervention des fonctions intellectuelles, même dans l'accès psychique, n'avait pas complètement échappé à ce savant. Il avait été frappé de ce qu'il appelle les apparences de lucidité présentées par les malades. Il en cite deux exem-

sonnelle. Peut-on trouver dans les allures de l'amnésie une indication de l'état de la conscience de l'épileptique à l'époque oubliée?

Il me semble que l'on ne peut que formuler des conjectures à ce sujet.

Une première constatation doit, d'abord, être faite : c'est que l'observation démontre l'existence de la conscience *apparente* entre les intervalles des crises, et que, cependant, l'amnésie s'étend sur les souvenirs de ces périodes. Il n'y a donc aucune relation, comme je l'ai indiqué, entre la conscience *apparente*¹ et le souvenir ultérieur. On trouvera des exemples de faits de cette nature dans un article de Gock².

Si l'on examine ensuite les amnésies d'après la forme qu'elles présentent, l'allure qu'elles affectent, on arrive aux conclusions suivantes :

1° L'amnésie lacunaire, qu'elle soit simple ou rétrograde, ne donne qu'une indication incertaine. La première peut s'étendre à la crise, elle peut la dépasser et comprendre des états crépusculaires. Elle permet de penser qu'il y a eu soit

des faits intéressants (p. 54 et suiv.), notamment celui d'un malade qui délirait, croyait avoir ressuscité et assurait avoir trouvé le secret de la vie éternelle. Au milieu du délire, Magnan put avoir une conversation avec le malade : il l'entretint une demi-heure et obtint des réponses assez lucides. Le lendemain, l'épileptique avait oublié ses idées délirantes et sa conversation.

Il est impossible d'analyser les réponses qu'il avait faites, puisque Magnan ne les a malheureusement pas reproduites; cependant, il est malaisé d'admettre que l'épileptique eût ainsi pu causer une demi-heure s'il avait été inconscient. Il n'y avait pas inconscience, mais trouble de la conscience, état second épileptique. Il est à remarquer, à ce point de vue, que le sujet observé par Magnan présentait une variation qui n'aboutissait pas à un changement complet, mais seulement à une modification de la notion qu'il avait de lui-même. Dans tous ses délires épileptiques, il se croyait fils de Dieu. On trouve dans ce cas la manifestation de ce phénomène que j'ai désigné sous le nom de polarisation des éléments de la personnalité : il eût été intéressant de rechercher si les souvenirs étaient polarisés de la même manière dans chaque accès, et si les états seconds antérieurs étaient, par suite, présents dans la mémoire au cours des états ultérieurs.

Magnan, sa délicate analyse le démontre, il me semble, aurait reconnu l'importance que joue la notion de la personnalité dans la conscience et l'amnésie s'il n'avait pas refusé, justement, toute conscience à l'épileptique.

1. Il ne faut pas oublier la distinction que je fais entre la conscience apparente et la conscience normale personnelle; la première peut n'être pas identique à celle-ci; c'est ce que l'on observe dans les états seconds par exemple : le sujet paraît agir avec conscience, mais la conscience qu'il manifeste n'est pas celle de sa personnalité habituelle.

2. *Beobachtungen über epileptisches Irresein* (*A. Z. f. P.*, 1887).

une disparition complète, soit un affaiblissement considérable de la conscience personnelle, c'est-à-dire de la notion de la participation aux actes.

La seconde est encore plus obscure. L'amnésie rétrograde pure, lorsqu'elle se présente isolément c'est-à-dire sans qu'il y ait eu modifications apparentes dans l'intelligence à l'époque dont les souvenirs sont perdus, ne nous permet pas d'affirmer ni de nier qu'il y ait eu un trouble quelconque de la conscience personnelle à cette époque.

Il y a, cependant, une distinction à faire: si l'amnésie n'est que passagère, elle nous autorisera à penser que ce trouble n'a pas été profond ou même n'a pas existé.

2° L'amnésie antérograde peut être, elle aussi, permanente ou passagère. Passagère, elle révèle, évidemment, un trouble psychique moins profond que celui dont l'amnésie permanente est l'expression. Celle-ci peut être progressive; elle dénote alors les troubles les plus graves et aboutit à la démence.

3° L'amnésie immédiate n'a pas de signification particulière; l'amnésie retardée en a une très grande, au contraire. Elle indique que les troubles psychiques ont persisté un certain temps, qu'ils ont prolongé, dans des conditions quelquefois très difficiles à apprécier, un état crépusculaire; elle peut faire croire à tort à la simulation.

Telles sont les seules indications qu'il soit possible de donner avec quelque probabilité en ce qui concerne les amnésies complètes.

Les amnésies incomplètes soulèvent des questions bien plus délicates. Elles marquent, en effet, l'existence de la conscience personnelle pour l'époque dont les événements ne sont qu'en partie oubliés, mais ne nous renseignent pas sur la nature particulière des troubles qui l'ont atteinte. L'oubli constaté indique bien des ruptures de la chaîne des souvenirs personnels, mais ces ruptures peuvent n'être qu'apparentes et ne pas exister dans la conscience générale, dont la conscience personnelle est une partie. Il est, en effet, une notion

avec laquelle l'étude de la mémoire chez les hystériques nous a familiarisés maintenant, c'est que la conscience de tous les jours, la conscience qui fonctionne dans notre vie ordinaire, à laquelle se lie notre personnalité, n'est qu'une partie de cette conscience plus grande où s'amassent, peut-être à notre insu, toutes nos perceptions sous forme d'images inconnues à nous-mêmes dans notre état ordinaire.

Cependant l'existence dans la conscience personnelle de souvenirs incomplets doit attirer notre attention et nous faire supposer que son fonctionnement a été troublé. Si ce n'est pas la notion de notre participation consciente aux actes qui manque, c'est assurément le fait même de cette participation qui est l'objet du trouble. Je le trouve encore ici dans une diminution, dans un amoindrissement de l'activité du sujet, qui est incapable de faire une synthèse complète de la série des images perçues.

Il ne faudrait pas conclure de là, je le répète encore, que l'existence d'un souvenir complet pût, au contraire, faire présumer l'existence d'une conscience personnelle active; l'affaiblissement du sentiment de l'intervention personnelle a pu n'être pas suffisant pour faire entièrement obstacle à la perception et à sa synthèse; l'intensité même de l'impression a pu être assez forte pour la fixer. On sait, en effet, que l'émotion est un des facteurs les plus énergiques de la fixation de l'image. Or, les hallucinations et les illusions sont généralement terrifiantes chez l'épileptique: chez lui, voir rouge est une expression exacte au sens littéral et figuré du mot; il est profondément ému de ce qu'il croit voir ou entendre, et réagit avec une énergie, proportionnelle dans une certaine mesure, à l'émotion provoquée par ses perceptions erronées.

Beaucoup des actes de violence imputés aux épileptiques s'expliquent par des hallucinations ou des illusions: les malades croient avoir à défendre leur vie contre des agresseurs, ou s'imaginent plus rarement que Dieu leur commande de tuer. On comprend que la personnalité normale puisse

intervenir dans ces actes sous l'influence d'idées délirantes déterminant des actes en harmonie avec le délire. Dans ces cas, la synthèse personnelle est faite et la mémoire personnelle conservée.

CHAPITRE V

MÉCANISME PSYCHOLOGIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE L'AMNÉSIE ÉPILEPTIQUE.

§ I. PSYCHOLOGIE DE L'AMNÉSIE.

Mécanisme psychologique de l'amnésie lacunaire simple fonctionnelle. — Défaut de synthèse personnelle ou synthèse anormale. — Rôle de l'association. — Amnésie antérograde. — Retour de la mémoire. — Amnésies rétrogrades, organiques et fonctionnelles.

Chercher à expliquer le mécanisme psychologique de l'amnésie est chose difficile. Sollier a essayé de le faire, mais les explications qu'il donne, malgré le schéma ingénieux qui les accompagne, ne sont pas satisfaisantes. Le fait fondamental de l'amnésie, l'absence de la synthèse nécessaire entre le sujet qui perçoit et l'impression qui est perçue, est très bien exposé par l'auteur. Janet, avant lui, avait clairement exprimé le rôle de cette absence de synthèse dans l'anesthésie. On comprend ainsi le mécanisme de l'amnésie simple, s'étendant sur une période d'inconscience apparente. Les perceptions cessent, ou paraissent cesser plutôt, car nous ne pouvons affirmer qu'il n'y ait pas de synthèse automatique; nous pouvons seulement dire que les choses se passent comme si notre personnalité normale y restait étrangère. Dès lors, ces phénomènes ne paraissent se rattacher à aucune chaîne d'images antérieures utilisable pour la conscience. Aucun lien d'association ne permet de les évoquer ultérieurement : ce sont des anneaux isolés, s'ils existent; ils

n'ont aucune connexité avec les souvenirs de la conscience personnelle; celle-ci est incapable de les ramener à elle.

Le mécanisme psychologique de l'amnésie simple fonctionnelle s'explique ainsi par le manque d'association entre les phénomènes perçus et la chaîne continue de nos souvenirs conscients personnels.

Ce qui semble confirmer cette manière de voir, c'est que l'évocation devient possible dès qu'un lien quelconque existe entre la perception en apparence inconsciente et la masse des souvenirs personnels anciens. Ce lien peut être extrêmement vague, mais suffire pourtant. L'observation que j'ai relatée page 41 nous en donne un exemple curieux: le souvenir des faits survenus et des actes accomplis pendant la crise épileptique a émergé, au cours d'une crise ultérieure moins forte, à cause des liens émotifs qui rattachaient ces faits et ces actes à la personnalité consciente. Malgré la diminution de l'activité supérieure de la personnalité chez le sieur D..., il se rendait compte que le testament qu'il sollicitait, que le meurtre de son père qu'il voulait provoquer, étaient dus à de mauvais sentiments. Le jugement, pour affaibli qu'il fût, marquait ces actes et ces désirs d'un stigmate honteux. C'est ce sentiment de honte qui a été le lien entre la personnalité et les faits de la crise; la synthèse s'est faite par là, synthèse évidemment lâche, mais suffisante pourtant.

L'amnésie périodique nous montre encore mieux peut-être le jeu de ce mécanisme psychologique. Elle a été étudiée surtout dans l'hystérie; les cas signalés sont rares dans l'épilepsie, mais on peut raisonner de la même manière pour ces névroses voisines.

Là, nous voyons la synthèse des perceptions et des images se faire avec une personnalité parasitaire. Celle-ci peut être quelquefois plus complète que la personnalité normale, c'est-à-dire avoir à la fois ses souvenirs propres et ceux de la personnalité normale. Ce fait, que Sollier n'explique pas, complique le problème dans l'hystérie; je n'en connais pas

encore d'exemple dans l'épilepsie: les deux masses de souvenirs ne se confondent pas.

Cette coordination des images suivant une autre personnalité est le développement du phénomène que j'exposais plus haut. Ce n'est plus l'absence de synthèse qui amène l'amnésie dans la conscience personnelle, c'est l'existence d'une synthèse à laquelle celle-ci ne participe pas. Myers¹ fait à ce sujet des remarques intéressantes: « Je propose de considérer, dit-il, le courant de conscience dans lequel nous vivons d'habitude comme n'étant pas l'unique conscience qui soit en relation avec notre organisme. Notre conscience habituelle ou empirique peut ne résulter que d'une sélection entre une multitude de pensées et de sensations, dont quelques-unes, au moins, sont aussi conscientes que celles dont l'expérience nous révèle l'existence. Je n'accorde aucune supériorité à ma personnalité ordinaire, sauf qu'elle s'est montrée plus apte à satisfaire aux besoins ordinaires de la vie que mes autres personnalités potentielles. Je pense qu'elle n'a pas d'autres titres; qu'il est possible que d'autres pensées, d'autres sentiments, d'autres souvenirs, soit isolés, soit en association continue, peuvent être actuellement conscients, comme nous le disons, « au dedans de moi, » ordonnés d'une manière quelconque, selon mon organisme, et former une partie de mon individualité totale. Je conçois qu'il puisse survenir dans l'avenir des conditions nouvelles qui me permettront de tout me rappeler. Je pourrai réunir ces personnalités variées dans une conscience unique, conscience définitive et ultime dont la conscience empirique, qui dirige aujourd'hui ma main, peut n'être qu'un des nombreux éléments. »

Cette absence de synthèse personnelle donne aussi l'explication de l'amnésie antérograde: l'étude de ce genre de trouble nous montre, cependant, autre chose et justifie ce que je disais plus haut des synthèses qui peuvent se faire

¹. *The subliminal consciousness* (*Proceedings S. f. Ps. R.*, VII, 301). Voy. aussi *Human Personality*, I, 36-39; II, 509.

dans la conscience sans que notre personnalité ordinaire y prenne part. En effet, l'amnésie antérograde est souvent temporaire : des souvenirs, en apparence perdus, se retrouvent. Ils ont donc été fixés et conservés et sont susceptibles de reproduction et d'identification. Ils ont donc été coordonnés automatiquement, sans que notre conscience personnelle y ait, en apparence, pris part. Ils ont contracté des associations moins nombreuses, cependant, que les souvenirs fixés consciemment, au sens habituel de ce mot. Il suffit que des images liées à ces souvenirs disparus soient évoquées pour qu'elles entraînent ces derniers à leur suite.

Souvent on ne se rend pas compte des circonstances qui provoquent ce retour, brusque quelquefois, des souvenirs perdus. Elles peuvent tenir à beaucoup de causes : souvent à la disparition d'états pathologiques comme j'aurai à l'indiquer tout à l'heure. Mais que ce soit un sentiment vague ou une image plus ou moins précise qui renoue la chaîne, celle-ci devient immédiatement consciente. On peut le comprendre, d'ailleurs; si les images comprises dans la chaîne non synthétisée par la conscience personnelle *active*, forment une chaîne secondaire, si cette chaîne est elle-même reliée par quelques points communs à la chaîne consciente et personnelle, il suffit que les images en contact soient évoquées pour que les images associées en chaînons secondaires, en apparence perdues, soient rappelées à leur suite.

Il ne faut, d'ailleurs, pas perdre de vue que la conscience telle que je l'entends est un phénomène continu, susceptible de degrés; que la notion de la personnalité qui en est le degré supérieur est elle-même, pour moi, d'intensité variable, et que l'élément personnel peut exister, mais être très faible. Par suite, la synthèse entre le sujet et l'objet est moins étroite et moins parfaite que si la personnalité est activement consciente. La faiblesse de cette synthèse se traduit par la rareté des liens d'association et correspond à l'affaiblissement des pouvoirs d'abstraction de la personnalité pensante.

Je suis très éloigné de donner cette explication comme la vraie; mais elle me paraît très vraisemblable; elle se rapproche, d'ailleurs, de l'explication qu'en donne Sollier¹. Ce savant auteur dit, en effet, que l'amnésie antérograde est due à la faiblesse des images. Cette faiblesse ne tient pas « à l'excitation », qui est toujours la même. Elle tient donc au sujet lui-même; or il lui semble qu'elle résulte de deux facteurs : 1° l'état physiologique, dynamique, des cellules nerveuses, et 2° l'état de l'attention.

Dans un essai d'explication du mécanisme psychologique de l'amnésie antérograde, il faut, évidemment, écarter le premier facteur. Il est physiologique et n'a rien de psychologique. Le phénomène physiologique doit avoir sa résultante psychologique : c'est cette dernière seule qu'il convient de rechercher ici. Elle consiste probablement dans l'état de l'attention, comme Sollier l'indique; mais il ne pousse pas assez loin son analyse et demeure bien peu clair. Il dit, par exemple, que l'on doit admettre « une sorte d'inhibition de la cellule au point de vue actif comme au point de vue passif ou réceptif, que non seulement les impressions ne laissent plus d'images vives et persistantes, mais que ces impressions ne sont pas renforcées par l'attention, comme cela se passe ordinairement et que les images en sont d'autant plus faibles. Faiblement conscientes au moment de l'impression, elles s'affaiblissent rapidement et passent dans l'inconscient. Ce n'est que sous des influences spéciales qu'elles peuvent de nouveau se raviver et repasser momentanément dans le champ de la conscience. »

» Nous voyons, en résumé, dit-il, que, dans ce que j'ai appelé l'amnésie antérograde de reproduction, on pouvait admettre que, pour un certain nombre de cas au moins, les images sur lesquelles portait l'amnésie pouvaient être synthétisées ensemble quoiqu'en dehors, toutefois, de la synthèse de notre personnalité consciente. Dans l'amnésie antérograde de

1. *Les troubles de la mémoire*, p. 80.

conservation, au contraire, les images ne se synthétisent pas par suite de l'état dynamique des cellules cérébrales, au moins quand on laisse le sujet livré à lui-même. Quand on renforce, en effet, ces images, par l'hypnotisme, par exemple, on peut déterminer leur synthèse. On se substitue, dans ce cas, à l'attention dont le sujet est incapable et qui permettrait de relier entre elles les impressions successives de son existence.

» *Peut-être*, d'ailleurs, ces deux variétés d'amnésie antérograde sont-elles de même ordre et ne constituent-elles *vraisemblablement* que deux degrés différents d'un même état. »

Je le crois volontiers. L'amnésie de conservation n'existe pas comme amnésie fonctionnelle; elle est toujours liée à une altération anatomique de la cellule, et l'image perdue l'est pour toujours. Il suffit, d'ailleurs, de lire les paroles citées pour comprendre que l'amnésie de reproduction et l'amnésie de conservation décrites par Sollier se confondent. Si l'amnésie de conservation disparaît par le renforcement des images, c'est évidemment qu'elles sont conservées et que leur reproduction seule est entravée.

On peut, d'ailleurs, faire à la théorie de notre distingué confrère de plus graves reproches : toutes les images s'affaiblissent rapidement et passent dans l'inconscient. Ce n'est pas là un caractère spécial aux images sur lesquelles porte l'amnésie. Elles se distinguent par leur inaptitude à être reproduites volontairement, c'est-à-dire à être ramenées dans le champ de la conscience personnelle. Il faut donc déterminer le fait psychologique qui traduit l'affaiblissement de l'image oubliée. Ce n'est pas autre chose, je crois, que la diminution de ces liens d'association avec la chaîne des souvenirs accessibles à la personnalité active. Que ces liens se multiplient et l'image rentrera définitivement dans cette chaîne. C'est ce qui arrive lorsque l'image revit en apparence spontanément. Cette image est aussitôt l'objet d'une coordination nouvelle : l'image de cette image est soumise

à une rapide élaboration, des liens d'association entre elle et les autres images accumulées par nous se forment en grand nombre, et le souvenir devient volontairement évocable. C'est ce que nous constatons dans la pratique.

Janet, dans ses études sur l'amnésie antérograde hystérique, pousse plus loin son analyse. Il met en relief ce fait important de la perception personnelle des impressions, qu'il appelle *assimilation psychologique des images*, terme bien vague, auquel je préfère son autre expression de *perception personnelle des souvenirs*. C'est à peu près ce que Leibniz appelle l'aperception; c'est presque exactement l'aperception empirique de Kant; c'est ce que j'ai appelé moi-même la *coordination de l'impression par rapport à la personnalité*. « Cette opération, dit Janet, est si simple et si facile chez nous que l'on ne soupçonne même pas son rôle. Mais elle peut être altérée et supprimée, tandis que les autres phénomènes du souvenir, conservation et reproduction des images, subsistent intégralement. Son absence suffira pour produire chez les malades un trouble de la mémoire qui sera pour eux une véritable amnésie. Et je pense que, dans la plupart des cas, l'amnésie hystérique n'est pas autre chose qu'une amnésie de ce genre, une amnésie d'assimilation...

» Le souvenir semble disparaître toutes les fois que la personnalité est en jeu¹. »

Ces amnésies sont, dit-il fort ingénieusement, des distractions de mémoire. C'est très bien dit, et il semble que l'interprétation de Janet soit assez satisfaisante. Qu'elle soit appropriée au cas spécial qu'examine ce savant, je n'en doute pas; mais explique-t-elle tous les faits? Dans beaucoup de cas, le somnambulisme rend à la mémoire toute son activité². La personnalité y subsiste et jouit de tous les souvenirs: ceux-ci ont donc été l'objet d'une assimilation psychologique personnelle véritable. Mais la personnalité consciente normale est si diminuée qu'elle ne peut élaborer

1. *État mental des hystériques*, p. 107.

2. V. Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie*, II, 198 et suiv.

qu'incomplètement l'impression éprouvée: ses fonctions supérieures, attention, jugement, abstraction, sont réduites; leur opération est nécessaire à l'établissement de ces liens indispensables entre les images passées et l'impression nouvelle. Comme elles fonctionnent mal, elles relient mal celles-ci à celles-là. L'affaiblissement de la volonté joue aussi un rôle dans les entraves apportées à l'évocation des souvenirs. J'ai essayé d'exprimer ces idées déjà et j'ai donné à ma pensée une forme concrète que je me permets de rappeler:

« La conscience, qui pour nous était un fait indivisible, qui existait ou n'existait pas, nous apparaît donc comme un fait complexe et divisible. Les mots manquent à notre langue pour exprimer ces idées nouvelles. L'inconscient se révèle, non comme l'absence de la conscience, comme son contraire, comme son antinomie, mais comme quelque chose de plus grand que la conscience, et dont celle-ci n'est qu'une dépendance. Si je pouvais faire une comparaison grossière entre les phénomènes de la vie psychique et les faits de notre expérience commune, je comparerais l'inconscient à une immense salle contenant une infinité d'objets. Cette salle est obscure: pour apercevoir ce qu'elle contient, nous n'avons qu'une lanterne sourde, munie d'une lentille qui en projette les rayons en un faisceau conique, d'autant moins éclairant qu'il s'étend sur une plus grande surface; pour reconnaître un objet, nous devons en approcher la lampe afin d'y diriger une lumière plus concentrée et plus vive. Mais nous ne pouvons pas voir les objets qui sont en dehors du cercle lumineux de la lampe. La conscience proprement dite, celle qui agit dans le fait psychologique de l'aperception dont je vous entretenais il n'y a qu'un instant, c'est la lampe. Les objets qu'elle éclaire sont nos souvenirs. Plus notre lampe sera puissante, plus le champ qu'elle éclaire sera vaste, plus nous pourrons voir à la fois d'objets dans notre salle; de même, plus notre conscience active sera développée, plus elle embrassera de souvenirs dans l'immense réserve de l'inconscient.

» Mais, comme les lampes, les consciences n'ont pas la même puissance, les lampes elles-mêmes peuvent être munies de lentilles de foyers très divers, et nous concevons fort bien qu'une lentille de quelques millimètres de distance focale ne nous donnera qu'un champ fort étroit. Dans la vie psychique, si la conscience active est comme la lampe, l'attention est comme la lentille. Si l'attention n'a qu'un champ très limité, elle n'embrassera qu'un nombre de faits psychiques très faible. Elle ne pourra peut-être pas embrasser dans son entier un de ces faits et le relier aux autres de la manière que je disais tout à l'heure. Pour la vie *activement consciente*, pour celle où l'attention, cette sorte de conscience concentrée, joue un rôle considérable, ce rattachement des faits les uns aux autres, cette synthèse des perceptions présentes et passées, est une des conditions de la mémoire: celle-ci semble fonctionner comme une chaîne; par quelque endroit que vous la tiriez, vous entraînez, les uns après les autres, ses maillons associés. S'ils sont isolés, vous n'aurez qu'un amas d'anneaux dont vous ne pourrez faire aucun usage, dans l'impossibilité où vous serez de les amener à vous. »

Tout en admettant les idées de Janet, il me semble donc que je donnerais le rôle principal à la diminution et à la faiblesse des liens d'association: ce sont les éléments les plus importants de la synthèse des perceptions et de leur évocation ultérieure.

1. Ludwig Hajos (*Neue Beitr. z. Psychol. des hyst. Geisteszustandes. Die hyst. Amnesien*) exprime une idée analogue en attribuant l'amnésie à la diminution du total des associations concomitantes dans l'esprit.

Je ferai, d'ailleurs, remarquer, au sujet du mécanisme des amnésies, que l'assimilation psychologique personnelle de Janet n'est pas un fait simple; l'intervention de la personnalité peut se produire automatiquement, et cette intervention est susceptible de degrés. Le problème de l'amnésie hystérique n'est donc pas résolu d'une manière complète, ou plutôt il est transposé. Car parler d'un affaiblissement du pouvoir de synthèse, d'un rétrécissement du champ de la conscience, d'une scission de la conscience, de la diminution du nombre des associations concomitantes, comme le font Janet, Mœbius, Laudmann, Hajos, c'est exprimer un fait intermédiaire à la cause réelle et à l'effet constaté; c'est dire que les fonctions supérieures de la conscience personnelle sont altérées, que le sujet a moins, en apparence, d'attention, de jugement, de faculté d'abstraire et de synthétiser qu'un individu normal. Mais cela nous laisse en face d'une constatation bien embarrassante: c'est que les images

En résumé, le mécanisme des amnésies simple et antérograde s'explique de deux manières : si elle est organique, la lésion qui la détermine agit par la destruction des images, ou, pour être plus prudent, agit comme si les images étaient détruites; si elle est fonctionnelle, l'évocation volontaire de l'image devient, en apparence, impossible parce que les images oubliées n'ont pas contracté de liens d'association avec les images accessibles à la mémoire personnelle, ou n'en ont contracté que très peu.

J'ajouterai, enfin, pour être complet, que ces liens d'association peuvent être, en réalité, plus nombreux dans la conscience générale de l'individu que dans sa conscience personnelle, et qu'avec une variation du champ de cette dernière, le nombre de ces liens paraîtra croître ou diminuer. Ce fait ne me paraît pas explicable par la psychologie seule et je suis contraint d'en ajourner l'étude jusqu'au moment où j'examinerai les phénomènes physiologiques ou pathologiques qui peuvent le faire comprendre.

perçues ont été coordonnées par rapport à la personnalité du sujet dans les couches profondes de la conscience, sans que la personnalité normale semble y avoir participé. Cela fait songer à la pluralité des courants de conscience de Myers, ou mieux encore à ce que j'appellerai la complexité croissante du phénomène de la conscience dont le degré le plus compliqué serait la conscience personnelle active des opérations de l'esprit.

Les comparaisons et les analogies n'ont aucune valeur au point de vue scientifique; il est, cependant, quelquefois commode d'y avoir recours pour donner une forme concrète et plus facilement saisissable à la pensée abstraite. L'amnésie simple et antérograde, comme j'ai essayé de l'établir, pourrait être considérée comme variant avec le degré de la notion de participation personnelle aux actes ou aux perceptions. Plus le champ de la conscience se rétrécit, moins celle-ci peut embrasser à la fois de liens unissant entre elles les images. Ces liens existent, mais dans des conditions telles que la conscience personnelle n'en a pas l'usage. Il suffira d'une variation positive dans l'étendue du champ de la conscience pour qu'immédiatement le nombre de ces liens d'association accessibles augmente; une variation négative entraînera la diminution. C'est ce qui se passerait dans des réservoirs communiquant entre eux par d'innombrables tuyaux situés à des hauteurs différentes: plus le niveau de l'eau s'élèverait dans les réservoirs, plus le nombre des voies des communications entre eux augmenterait. Les variations d'étendue du champ de la conscience sont comparables à ces variations de niveau. Au minimum des associations accessibles correspond l'amnésie; au maximum l'hypermnésie. La fonction physiologique qui sert de substratum à la conservation des images et rend possible leur évocation s'exerce donc toujours dans les amnésies fonctionnelles, mais elle s'exprime plus ou moins bien dans la conscience personnelle normale. Les tuyaux de communication existent, mais l'eau n'y circule pas; les fibres d'association existent, mais l'influx nerveux ne les parcourt plus.

Que le rôle de l'association des images dans la récupération des souvenirs soit tel que je l'indique, personne, je le pense, ne le contestera. M. Le Dantec, professeur à l'Université de Bordeaux, a recueilli une observation instructive à ce point de vue; j'espère qu'il la publiera bientôt. Elle concerne un jeune médecin des colonies qui fut atteint d'amnésie rétro-antérograde à la suite d'une insolation. Ce malade, instruit et intelligent, a recouvré une partie des souvenirs perdus et a noté la manière dont ses souvenirs reparaissaient. Chez lui, l'image visuelle paraît la plus vive; lorsqu'il retrouvait involontairement un souvenir, il pouvait en récupérer d'autres en fixant l'image visuelle et en essayant de suivre les modifications qu'elle subissait dans le temps, c'est-à-dire qu'il évoquait les images immédiatement consécutives et, par suite, contiguës dans l'espace. C'est ainsi qu'essayant de se rappeler son départ de Marseille, il partait de son arrivée à la gare, suivait les rues qui conduisent au port, descendait de voiture, s'embarquait, voyait le paquebot, etc.; les images, ainsi successivement évoquées, s'entraînaient l'une l'autre et se complétaient réciproquement. J'ai été témoin du même fait chez M. le Dr Régis. Un de ses malades, frappé d'amnésie rétro-antérograde à la suite d'une insolation, procédait de la même manière pour récupérer ses souvenirs. Ce dernier présentait une particularité curieuse, que Régis mettra, je l'espère, en lumière: le rappel des souvenirs se faisait dans le sommeil provoqué, et la suggestion les faisait passer dans le domaine de la conscience normale.

Bien que se référant à des malades non épileptiques, ces observations sont citées pour montrer le mécanisme du retour des souvenirs. Le malade de Pitres, amnésique rétrograde, dont j'ai raconté l'histoire, employait le même procédé. « Je suis en train de bêcher, disait-il; je pense qu'à telle époque je suis allé bêcher en tel endroit, que j'ai fait tel travail, et je m'en souviens bien alors que je ne m'en souvenais pas il y avait quelque temps. » C'est encore l'as-

sociation par contiguïté qui fonctionnait, chez ce comitial, pour assurer la récupération des souvenirs.

La mémoire peut, évidemment, avoir d'autres moyens à sa disposition; chez un sujet dont la mémoire auditive est le plus développée, ce sera plutôt par les sons que les images auront des points de contact solides.

Les essais d'explication que je viens de donner sont inacceptables, je crois, dès que l'on veut tenter de se rendre compte de l'amnésie rétrograde. Je ne considère pas comme rétrograde une amnésie s'étendant sur une période d'état crépusculaire précédant l'accès; les indications que j'ai données plus haut sur les amnésies simple et antérograde trouvent encore là leur application. Mais que dire de l'amnésie comprenant une période de conscience normale? De pareilles pertes de souvenirs sont bien certainement des amnésies rétrogrades. Lorsqu'elles cessent, le mode de retour des souvenirs est, autant que j'ai pu m'en convaincre, tantôt brusque, tantôt lent, et se fait alors comme pour l'amnésie antérograde. J'en ai donné un exemple. Cette diversité, si elle peut nous faire soupçonner deux causes différentes de l'amnésie rétrograde, ne nous donne aucune indication certaine sur la nature même de ces causes.

Les théories de Janet peuvent expliquer l'amnésie rétrograde hystérique dans une certaine mesure, mais elles sont inapplicables aux amnésies rétrogrades d'origine différente. Sollier a tenté de les expliquer; mais je crois inutile de discuter les théories qu'il n'émet, d'ailleurs, qu'avec une prudence vraiment scientifique. L'une est inadmissible dans les amnésies rétrogrades d'une certaine durée, l'autre suppose une sorte d'auto-suggestion, d'illusion inhibitoire difficile à admettre en dehors de l'hystérie¹.

J'ai indiqué sommairement les formes cliniques de l'amnésie rétrograde épileptique. Organique, elle est permanente; fonctionnelle, elle peut être temporaire. Le méca-

1. Sollier, *Troubles de la mémoire*, p. 65 et suiv.

nisme de la première est le même que dans les autres pertes de souvenirs. L'image périt avec son substratum anatomique. Il est donc impossible de la faire revivre.

La seconde est encore due à un trouble de l'association. Les images ont eu des connexions entre elles, mais ces connexions ont cessé d'être accessibles. On voit qu'il est impossible d'exprimer d'une manière purement psychologique l'amnésie rétrograde, parce que nous y constatons l'existence d'images primitivement parfaites qui cessent d'être accessibles à la conscience personnelle à la suite d'un événement postérieur à leur formation. Il n'est pas possible de considérer la disparition de ces connexions comme la conséquence d'une variation du niveau de la conscience personnelle, car il faudrait admettre que cette variation est partielle et ne se manifeste que pour la conscience des événements oubliés. Nous devons, il me semble, nous borner à dire que l'amnésie rétrograde est l'expression psychologique d'un trouble physiologique des fonctions nerveuses: les voies anatomiques qui relient entre elles les images ou leurs éléments ne sont plus perméables à l'influx nerveux.

On ne peut attribuer cette amnésie, je crois, qu'au retentissement dans la sphère psychique de lésions permanentes ou passagères. Nous aurons à examiner quelles peuvent être ces lésions; elles doivent consister dans un état particulier des cellules ou de leurs prolongements, qui les rend incapables de fonctionner. Je conçois donc l'amnésie rétrograde épileptique comme ayant pour fondement une lésion, moins grave sans doute que celle qui détermine la destruction des éléments nerveux, mais suffisante pour en paralyser l'action. C'est, à mon sens, une amnésie intermédiaire entre l'amnésie organique et l'amnésie fonctionnelle proprement dite. L'image peut exister, mais elle ne peut être reproduite parce que les conditions physiologiques nécessaires à sa reproduction ne se rencontrent pas.

§ 2. PHYSIOLOGIE DE L'AMNÉSIE.

Mécanisme physiologique de l'amnésie. — Anatomie pathologique de l'épilepsie. — Ses rapports avec l'amnésie. — Amiboïsme de la cellule nerveuse. — L'amnésie et l'irrigation cérébrale. — Essai d'interprétation anatomo-physiologique desamnésies épileptiques.

Quelles sont donc les conditions physiologiques nécessaires au fonctionnement de la mémoire? On ne peut ici faire que des hypothèses; quelques-unes, cependant, présentent une certaine apparence de probabilité.

Déjà, Ribot indiquait l'influence de la nutrition et de la circulation cérébrale sur les fonctions de fixation et de reproduction. Après lui, Kussmaul et Legrand du Saulle ont résumé les conditions physiologiques nécessaires à la mémoire; on peut les ramener à deux: intégrité des tissus et bonne irrigation sanguine du cerveau. Ces conditions ne sont pas remplies chez l'épileptique.

On trouve, en effet, dans le cerveau des comitiaux toutes sortes d'altérations, et l'on peut dire que le nombre même de celles-ci rend difficile tout essai de déterminer le rôle que chacune d'elles joue dans cette névrose. Exception faite pour l'épilepsie jacksonienne dont la cause paraît être due à une irritation locale de l'écorce et qui constitue une forme spéciale de l'épilepsie, on a constaté des traces anciennes de polio-encéphalite (Wildermuth); on a trouvé aussi des altérations diffuses de l'écorce; les statistiques de Wildermuth attribuent 13,3 o/o des cas examinés à la première cause; 5,8 o/o à la seconde. Mais c'est là de l'épilepsie symptomatique, souvent accompagnée d'autres troubles nerveux, sensitifs, moteurs ou psychiques, qui sont les signes cliniques des cicatrices, des pertes de substances, des tubercules ou des tumeurs révélés par la nécropsie.

Dans l'épilepsie essentielle, on trouve presque constamment des altérations vasculaires. Kazowsky, dans des recherches faites sur des malades morts dans l'état épileptique, a trouvé les vaisseaux gorgés de sang et leurs

parois infiltrées de leucocytes en voie de diapédèse. Les globules blancs avaient envahi l'écorce. Des épanchements de sang et des modifications cellulaires étaient observables. Dans l'épilepsie sénile, on rencontre les lésions vasculaires qu'amène la vieillesse et une dégénérescence du tissu nerveux. Chaslin¹ a constaté une augmentation et un épaississement des fibres névrogliales, surtout à la partie supérieure de l'écorce; les fibres s'enfonçaient dans la substance grise en forme de tourbillons. Bleule a confirmé ces observations: chez des épileptiques déments, il a constaté une augmentation marquée de la névroglie dans les couches supérieures corticales (sclérose marginale) et des dégénérescences cellulaires. Weber, qui a étudié des cerveaux d'épileptiques morts dans la crise ou dans l'état crépusculaire, a observé des épanchements sanguins, de l'œdème et des agglomérations nucléaires; quand la mort avait été précédée d'attaques répétées, il a trouvé un accroissement de la névroglie, surtout des cellules araignées, et de la prolifération cellulaire dans les parois des vaisseaux; dans la démence progressive, il a remarqué un développement exagéré de la névroglie, mais alors surtout une multiplication des fibres, de l'épaississement des parois vasculaires et une diminution des cellules nerveuses. Rispal et Anglade ont constaté des altérations cellulaires marquées et une véritable invasion de cellules névrogliales². Alzheimer a observé³ de son côté l'augmentation de la névroglie, la diminution des cellules nerveuses et leur dégénérescence surtout dans les petites cellules de la deuxième couche.

J'ajouterai que Marinesco et Sérieux contestent la sclérose névrogliale, que Chaslin, notamment, aurait observée. Cependant ces auteurs eux-mêmes ont noté des cas où des faisceaux compacts de fibres névrogliales paraissent pro-

1. Dans Féré, *Les Épilepsies*, p. 444.

2. Communication au Congrès d'Angers, 1898 (*Archiv. de neurol.*, 1898, II, 258.)

3. *Monatsch. für Psych. und Neurol.*, 1898, p. 345.

céder des parois des vaisseaux. S'il n'y a pas sclérose proprement dite, il y aurait hyperplasie névroglique.

Enfin, en dehors de toute altération constatée, Bechterew paraît avoir démontré que les attaques d'épilepsie provoquées chez les chiens et les chats s'accompagnaient d'un afflux de sang au cerveau et, par suite, d'une dilatation des capillaires cérébraux¹.

Des constatations plus spéciales ont été faites : on a noté dans l'épilepsie une altération profonde, souvent unilatérale, des cornes d'Ammon. Bratz y a observé de la sclérose, de la dégénérescence cellulaire (atrophie, pigmentation). Marinisco a signalé la prolifération des cellules granuleuses, la diminution de la chromatine dans les cellules pyramidales, l'amoindrissement et l'atrophie des prolongements de ces dernières. On trouve souvent dans le corps de la cellule nerveuse des cellules de névrogliie en train de l'absorber; on rencontre quelquefois une confusion entre les différentes couches des cellules. Nissl pense que les altérations des cornes d'Ammon ne sont que la manifestation, plus aisément observable dans cette partie du cerveau, d'une altération générale de l'écorce, caractérisée surtout par l'augmentation des cellules araignées dans les parties supérieures de la substance grise cérébrale.

Enfin, certains observateurs ont noté l'induration du cer-velet, notamment l'induration des olives; Mairé y voulait voir la cause de l'épilepsie procursive.

On voit, par le rapide exposé que je viens de faire, que les altérations anatomiques observées dans l'épilepsie sont diverses et variées. Elles sont si nombreuses qu'il n'est pas possible d'en trouver de véritablement spécifique; cependant, au milieu de ces lésions diverses, il faut surtout remarquer :

1° L'augmentation presque constante de la névrogliie, qui va de l'hyperplasie à la sclérose, révélant probablement

1. *Neurolog. Centralblatt*, 1891.

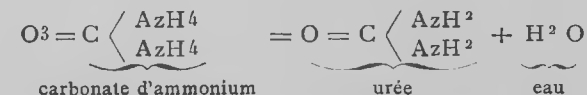
un processus inflammatoire récent (cellules néo-formées) ou ancien (développement des fibres);

2° L'altération des vaisseaux, infiltration et épaissement des parois;

3° Les épanchements sanguins, les œdèmes, surtout après la mort au cours d'accès subintrants;

4° Les dégénérescences cellulaires nerveuses, observées principalement dans la démence épileptique.

D'autre part, des recherches ont été faites sur la nature toxique de l'épilepsie; elles ont été surtout instituées en vue de déterminer la cause de la périodicité des accès. Voisin a trouvé de l'albumine dans l'urine des épileptiques après l'attaque¹; il a essayé d'établir que cette sécrétion était plus toxique pour le lapin après la crise, et qu'elle l'était moins avant celle-ci; qu'avant la crise, l'urine était même moins toxique que dans les intervalles des accès. Agostini² a trouvé, au contraire, que le maximum de toxicité se montrait immédiatement avant et après la crise. Haig³ a observé que l'urine de l'épileptique contenait une quantité d'acide urique, avant la crise, moindre que la moyenne; la quantité s'élevait au-dessus de la moyenne après l'attaque. Il pense que l'acide urique non éliminé demeure dans le sang, provoque une vasoconstriction et une augmentation de la pression sanguine déterminant l'attaque. Krainsky⁴ en cherche la cause dans une accumulation périodique de carbonate d'ammonium; il a trouvé cette substance dans le sang des épileptiques et aurait déterminé des crises épileptiformes chez des animaux en la leur injectant. Au cours de l'accès, le carbonate d'ammonium se résout en urée et en eau suivant l'équation :



1. *Archives de neurologie*, passive. — Voyez Mayet et Lannois, *Albuminurie post-épileptique*, Soc. de méd. de Lyon, 1900.

2. *Rev. speriment. d. F.*, XXII, 267.

3. *Brain*, 1896.

4. *A. Z. f. P.*, LIV, 612.

Drechsel a obtenu cette réaction *in vitro* en faisant passer des courants alternatifs dans une solution aqueuse de carbonate d'ammonium. Krainsky a pu ainsi prédire ou indiquer les jours de crise d'après les variations de l'excrétion d'acide urique. L'accès serait une sorte de soupape de sûreté et empêcherait l'accumulation en excès du poison dans le sang¹.

Vorster aurait constaté, après l'accès, une augmentation du poids spécifique du sang et de l'hémoglobine. Féré a trouvé, au contraire, que celle-ci diminuerait. Agostini signale l'élévation de la toxicité du plasma sanguin après l'attaque, en même temps que l'accroissement de la proportion d'acide chlorhydrique dans le liquide stomacal, l'existence de fermentations anormales et la diminution du pouvoir digestif, de la mobilité et des facultés d'absorption de l'estomac. Le liquide stomacal a un maximum de toxicité immédiatement avant et après l'accès. Cabetto² a déterminé des crises chez les animaux en leur injectant du sang ou de la sueur d'épileptique. L'action en était d'autant plus énergique que ces liquides étaient recueillis à une époque plus rapprochée de l'accès. D'autres savants ont indiqué la présence de substances anormales dans l'urine, notamment l'acétone et l'indican, qui révèlent des processus pathologiques de désintégration dans l'organisme.

Kræpelin³, à qui j'emprunte la plus grande partie de ces renseignements, ajoute que ces observations semblent indiquer que, dans beaucoup de cas, l'épilepsie peut être considérée comme une maladie de l'assimilation; qu'en effet les accès sont fréquemment accompagnés de phénomènes marquant une intoxication, vertiges, somnolence, céphalées, éructations, vomissements, troubles intestinaux, etc.; qu'on observe l'épilepsie après certaines intoxications chroniques comme l'alcoolisme, le saturnisme, l'urémie. Il fait toutefois

1. Voyez aussi Teeter, *American Journal of insanity*, 1895.

2. *Rev. sperim. d. F.*, XXIII, 36.

3. *Psychiatrie*, t. II, 480 et suiv., Leipzig, 1899, 6^e édition allemande.

des réserves, car l'origine toxique de l'épilepsie essentielle n'expliquerait pas la périodicité des accès, l'accumulation apparente du poison dans l'organisme et les connexions de l'épilepsie avec d'autres névroses ou psychoses au point de vue de l'hérédité. Aussi penche-t-il vers l'opinion qui fait de l'épilepsie l'expression pathologique d'un état particulier du tissu nerveux.

Pour Hollager¹, l'épilepsie serait due à de l'anémie cérébrale; il y aurait des phénomènes de vaso-constriction, puis de stase veineuse consécutive. Enfin, Bra aurait récemment trouvé dans le sang des épileptiques un parasite spécial².

Sans discuter en détail les observations que j'ai résumées, on peut encore retenir ce fait que la composition du sang de l'épileptique paraît contenir, au moins dans certains cas, des principes toxiques, et que l'afflux sanguin lui-même est modifié dans sa quantité. Si nous combinons ces résultats à ceux que nous avons déjà mis en évidence, nous constatons que, dans l'épilepsie, à côté d'altérations anatomiques, on trouve aussi une modification de l'irrigation sanguine et une altération du sang. Les conditions du fonctionnement normal de la mémoire, telles que Legrand du Saulle et Kussmaul les ont déterminées, ne se rencontrent pas dans l'épilepsie essentielle.

Comment peut-on comprendre l'action de ces causes dans les diverses amnésies que j'ai déjà étudiées?

Il est utile, pour cela, de rappeler les notions que l'on professe actuellement sur le mode d'action des cellules cérébrales. Si l'on prend pour type la cellule pyramidale de laquelle paraissent dépendre les fonctions les plus élevées de l'écorce, on constate que ces cellules, dont la structure intime est peu connue encore, présentent un protoplasma, où l'on aperçoit une apparence fibrillaire, qu'elles offrent des prolongements protoplasmiques ou dendrites, véritables pseudopodes qui seraient susceptibles de certains mouve-

1. *De la nature de l'épilepsie*. Paris, 1897.

2. *Rev. neurol.*, 1902.

ments, et un prolongement spécial, dit prolongement de Deiters, cylindre-axe, axône, entouré de myéline dans la plus grande partie de son étendue et se ramifiant en collatérales plus ou moins nombreuses. D'après les théories généralement admises, cet ensemble, ou neurone, constitue un système. Les prolongements protoplasmiques seraient des voies de conduction cellulipète; l'axône, au contraire, transporterait les excitations dans le sens cellulifuge. Les neurones s'organisent en systèmes complexes, articulant leurs dendrites avec les ramifications terminales des axônes des cellules nerveuses de divers ordres, les unes transmettant immédiatement une excitation née dans leur système, les autres transmettant une excitation d'origine étrangère à elles-mêmes, mais qu'elles recueillent, renforcent et distribuent.

On a dit, et les recherches les plus récentes ne rendent pas improbable cette hypothèse, que la cellule nerveuse présentait des phénomènes d'amiboïsme, c'est-à-dire qu'elle pouvait rétracter ses dendrites et interrompre les articulations que je décrivais tout à l'heure — ou les diminuer. On a voulu expliquer par là le sommeil et certains autres faits physiologiques ou pathologiques.

Cette hypothèse est attrayante, car elle permettrait de concevoir le lien matériel qui sert de base à l'association des idées et des images. Si les images s'associent en systèmes, il est, en effet, naturel de penser que cette association psychologique a un substratum quelconque anatomique. On peut supposer que cette base anatomique se trouve justement dans les associations médiates ou immédiates que les cellules cérébrales forment entre elles par leurs axônes et leurs dendrites. On est amené, dans cette hypothèse, à concevoir une sorte de spécialisation des régions cérébrales, beaucoup plus compliquées que celles que nous ont révélées les études de Broca, Charcot, Pitres et Flechsig, notamment sur les centres du langage, de l'écriture, de la cécité et de la surdité verbales, et de divers mouvements musculaires.

Ces localisations, bien connues aujourd'hui, nous ont fami-

liarisés avec cette conception, si logique *a priori*, de la spécialisation du travail cérébral. Il est actuellement impossible de préciser comment et où se localisent les images de la mémoire, mais il est permis de penser qu'elles doivent s'imprimer à la fois dans divers territoires corticaux. Formées d'éléments complexes, visuels, auditifs, tactiles et autres, elles enregistrent ces éléments dans des régions affectées spécialement à les percevoir; à l'ensemble des sensations particulières qui constituent l'image, forme, couleur, odeur, son, correspondent des modifications dans le tissu nerveux, modifications qui serviront à la formation des éléments du souvenir; les différentes modalités qui caractérisent et individualisent l'image, ainsi enregistrées dans des territoires différents, restent cependant reliées entre elles. Il n'est évidemment pas possible d'indiquer actuellement comment s'enregistrent et comment se relient ces images et leurs éléments; mais il est légitime de penser que les caractères visuels de l'image s'enregistrent dans la région corticale affectée à la vision, les caractères auditifs dans une autre région, et ainsi de suite. On s'expliquerait mal l'enregistrement d'une couleur ou d'une forme dans une région où n'aboutissent pas les faisceaux optiques, celui d'un son dans une région étrangère aux faisceaux acoustiques. Les liens d'association qui unissent entre eux ces facteurs optiques et acoustiques de l'image doivent avoir pour effet de mettre en communication les centres corticaux de la vision et de l'audition, et il est permis de chercher ces intermédiaires dans les faisceaux d'association qui traversent le centre ovale dans tant de directions.

Ce qui permet de le penser, c'est ce que nous constatons dans certains cas de cécité ou de surdité verbale, d'aphasie, d'agraphie. On voit des gens incapables d'écrire spontanément et capables d'écrire sous la dictée, ce qui indique que le centre des images psycho-motrices de l'écriture cesse de recevoir l'influx des centres volontaires, tout en étant accessible à celui des centres auditifs. Les images motrices

de l'écriture ont conservé leurs liens d'association anatomique avec les images auditives, mais les ont perdus en ce qui concerne les centres de la volonté. Il serait aisé de multiplier les exemples de ce genre : Ferrier, Pitres, Bastian les ont étudiés avec soin. Dans les cas de cette nature, on est quelquefois amené à supposer que la lésion cérébrale affecte les faisceaux d'association. On sait, d'ailleurs, qu'il suffit d'une simple compression pour gêner ou abolir la conductibilité nerveuse.

Les nombreuses lésions observées dans l'épilepsie expliquent aisément les divers troubles de la mémoire que l'on constate dans cette névrose; il est même probable que beaucoup de ces lésions agissent en même temps.

Dans l'amnésie lacunaire simple, on conçoit très bien que les cellules cérébrales, sous l'effet d'une diminution de l'afflux sanguin ou par suite de la toxicité du sang, souffrent dans leur nutrition. Les troubles qui affectent cette fonction capitale de la substance nerveuse ont un retentissement inévitable sur son activité physiologique, et l'on comprend dès lors que les images peuvent se fixer d'une manière plus ou moins défectueuse, selon la gravité du trouble circulatoire et nutritif.

Les altérations qualitatives et quantitatives du sang destiné à l'irrigation cérébrale ont été constatées dans l'épilepsie; l'existence de ces altérations nous permet de penser que nous pouvons leur attribuer les phénomènes d'amnésie que nous observons.

On peut même, à cette occasion, se demander si les liens d'association intercellulaires anatomiques, qui se forment pendant que la qualité ou la quantité du sang est modifiée, ne provoquent pas des associations psychologiques d'images susceptibles de ne se montrer que lorsque des modifications semblables se reproduisent. Je ne connais pas de fait certain qui permette de le croire en ce qui concerne l'altération quantitative du sang; mais on en a quelques exemples, je crois, en ce qui concerne l'altération qualitative. Forbes

Winslow cite, d'après Combes, le cas d'un portier irlandais qui retrouvait dans l'ivresse le souvenir des actes accomplis par lui dans ses périodes d'ivresse antérieures. Il y aurait lieu de rechercher avec soin et d'observer en détail les cas de ce genre. L'observation que j'ai citée du sieur D... nous en offre un exemple pour l'épilepsie. On comprend que les articulations entre les neurones cérébraux puissent dépendre de l'état intime de la cellule; que la forme de ses prolongements puisse être affectée par la présence de l'alcool, par exemple, dans le sang, et que la connexion établie sous l'influence de l'alcool ait besoin de ce stimulant pour se reproduire. Ce que je dis de l'alcool peut s'appliquer aux autres substances toxiques, quelle que soit leur nature. C'est probablement dans cette voie que nous devons entrer si nous voulons expliquer les conditions anatomiques de l'amnésie périodique, même hystérique.

L'amnésie antérograde s'explique de la même manière. Le trouble circulatoire et nutritif gêne les fonctions élémentaires d'assimilation de la substance nerveuse, et, par suite, fait obstacle à l'accomplissement de ses fonctions supérieures. La gêne, ici encore, est proportionnelle au trouble, et l'on rencontre tous les degrés entre l'amnésie complète et la dysmnésie, selon que les liens d'association anatomique, condition de l'association psychologique des idées, sont incapables de se former ou se forment avec plus ou moins de difficultés, c'est-à-dire en nombre plus ou moins grand.

Enfin, l'amnésie rétrograde elle-même peut être comprise si nous admettons l'hypothèse sur laquelle je m'explique. Nous rencontrons l'amnésie rétrograde principalement dans les traumatismes craniens et dans l'épilepsie. Les troubles de la circulation sont certains dans celle-ci : ils sont très probables dans ceux-là. Les œdèmes, les bosses sanguines que nous observons sur le cuir chevelu nous révèlent l'existence de ces troubles à la périphérie. Il est probable, je le répète, que ces troubles périphériques ont leur équivalent dans la circulation intra-cranienne. Ce n'est pas douteux pour la cir-

culatation de la dure mère, tout au moins. Dans les tentatives de suicide par pendaison, où l'on retrouve encore l'amnésie rétrograde, les troubles circulatoires du cerveau ont été constatés avec certitude.

Dès lors, nous avons les conditions de fait suivantes :

1° Trouble circulatoire intense ;

2° Disparition des souvenirs récents pour une période plus ou moins longue.

Nous avons supposé, d'autre part, que l'évocation des souvenirs dépendait des liens d'association que ces souvenirs contractent entre eux ; que ces liens d'association pouvaient s'exprimer anatomiquement par des connexions intercellulaires ; que, par suite, à la disparition ou à l'obstruction de celle-ci devait correspondre l'amnésie. Si notre hypothèse a quelque apparence de fondement, nous devons trouver dans les troubles circulatoires l'explication possible de cette amnésie. C'est ce qui me paraît possible.

Prenons, par exemple, le cas le mieux étudié, celui de la pendaison. L'explication purement hystérique des troubles de la mémoire qu'on a voulu donner dans cette hypothèse ne supporte pas un examen sérieux de tous les cas ; il faut, d'ailleurs, supposer l'existence non démontrée de l'hystérie, alors que nous n'avons pas besoin de supposition pour admettre des troubles circulatoires certains. Ces troubles, dus à la compression des vaisseaux cervicaux, sont de deux espèces : arrêt incomplet de l'afflux artériel et stase veineuse. Il y a lieu d'observer, d'ailleurs, que la compression des veines est beaucoup plus complète que celle des artères ; les vertébrales échappent plus ou moins aux effets du lien qui enserre le cou et continuent à alimenter le cerveau par l'hexagone de Willis ; elles contribuent, par suite, à augmenter la pression dans les veines. La stase veineuse s'accompagne de transsudation du sérum sanguin et d'œdème. La présence de l'exsudat dans les tissus amène leur compression, et celle-ci suffit à arrêter le fonctionnement des filets nerveux. Les nerfs comprimés ne transportent plus l'influx, les cellules

comprimées fonctionnent mal ; dans l'ordre moteur, leur compression se traduit par des mouvements désordonnés ou de l'impotence fonctionnelle, paralysies ou parésies ; dans l'ordre psycho-sensoriel par des hallucinations, de l'hyperidéation ou de la perte de connaissance. Suivant le degré de la compression, on a, en effet, des phénomènes d'excitation ou d'arrêt. On les constate dans la pendaison et dans l'épilepsie.

D'autre part, les associations les plus récentes sont les moins stables. Cette loi se vérifie dans le domaine purement psychologique. Elle est probable dans le domaine anatomique. Nous y constatons, en effet, que les formations anciennes ont plus de stabilité que les nouvelles. Cela se traduit physiologiquement par les effets bien connus de l'habitude. On comprend dès lors que les formations associatives les moins stables soient les premières à être atteintes ; les prolongements dendritiques assurant les connexions seront d'autant plus fragiles qu'ils seront plus nouvellement formés ; si la disparition du trouble local leur permet de reprendre leurs connexions primitives, le souvenir correspondant à ces connexions pourra être retrouvé ; il aura complètement disparu dans le cas contraire. Nous aurons une amnésie rétrograde temporaire dans le premier cas, permanente dans l'autre.

Je ne me permets d'exposer ces hypothèses qu'avec la plus grande réserve. Je pense, toutefois, qu'elles doivent avoir quelque fondement. Je ne crois pas qu'en dehors d'une lésion permanente ou temporaire de l'élément anatomique, on puisse trouver une explication de l'amnésie rétrograde. J'ai donné l'explication qui me paraît la plus acceptable, mais je la soumetts à l'examen des personnes compétentes ; je ne la présente pas comme une certitude.

CHAPITRE VI

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

§ I. GÉNÉRALITÉS.

Capacité civile. — Interdiction. — Responsabilité civile et pénale. — Etats chroniques et passagers. — Preuve.

Avant d'aborder l'examen des conséquences de l'amnésie au point de vue médico-légal, il me paraît nécessaire d'indiquer sommairement quelles peuvent être ces conséquences, soit au point de vue civil, soit au point de vue criminel. Il convient de remarquer, tout d'abord, que ce symptôme doit être surtout étudié au point de vue des troubles mentaux qu'il fait soupçonner ou qu'il peut déterminer. Cette réserve faite, — on en comprendra l'intérêt au cours de mon exposé, — je rappellerai brièvement les conditions juridiques de la capacité civile et de la responsabilité civile ou pénale.

La capacité civile est l'aptitude à s'obliger par une convention quelconque; pour que l'on puisse s'engager, c'est-à-dire prendre l'engagement de faire ou de ne pas faire quelque chose, il faut être *capable* de se rendre compte de ce que l'on fait. On conçoit, en effet, qu'un aliéné, qu'un malade dont les facultés intellectuelles sont gravement atteintes, ne peut avoir l'intelligence nécessaire à la compréhension des obligations qu'il contracte et une volonté suffisante pour résister à des pressions possibles. La loi

déclare incapables de contracter les mineurs, les interdits et, dans certains cas, diverses catégories de personnes. Les interdits¹ seuls peuvent intéresser le médecin.

Le Code civil, dans son article 489, limite les cas dans lesquels l'interdiction est possible: « Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides. » Les termes que la loi emploie n'ont pas la précision de leurs équivalents médicaux; leur signification est pourtant claire. L'imbécillité comprend également l'idiotie; la démence comprend toutes les démences, spécialement la démence épileptique et l'aliénation mentale; la fureur comprend toutes les maladies mentales avec impulsion à commettre des actes de violence; la folie épileptique furieuse doit y figurer.

On voit donc le point de vue très spécial auquel l'expert doit se placer lorsqu'il doit apprécier l'état mental d'un malade dont la capacité est contestée: par exemple, dont on veut faire annuler le testament, dont on critique une donation, une vente, un bail, etc., ou dont on demande l'interdiction. L'expert devra déterminer l'état mental du malade de telle manière que les tribunaux puissent conclure de l'expertise s'il est établi ou non que le sujet examiné soit dans un état de fureur, de démence ou d'imbécillité *habituelles*, s'il s'agit de l'interdiction, ou dans un état de trouble intellectuel assez grave pour lui ôter toute liberté d'esprit ou toute compréhension s'il s'agit d'un acte déterminé dont la validité est contestée.

La responsabilité *civile* est régie par des règles analogues. On conçoit fort bien qu'une personne qui contracte volontairement une obligation ne puisse le faire que si elle présente une intégrité mentale suffisante. Le même principe est applicable si son obligation procède non de l'expression

1. Les interdits, comme les mineurs, sont placés sous la surveillance d'un tuteur qui administre leur fortune; le prodigue, au contraire, conserve la libre disposition de ses revenus, mais il ne peut engager son capital qu'avec l'assistance d'un conseil judiciaire.

de sa volonté, mais d'un acte dommageable dont réparation est due. Car le principe juridique de la responsabilité se trouve dans l'existence d'une *faute*, c'est-à-dire d'un acte conscient et volontaire ou d'une négligence. On ne peut pas dire que le dément, dont l'intelligence est presque éteinte, que le furieux, obéissant à d'irrésistibles impulsions, commettent une faute. Ils n'ont pas leur libre arbitre. Cependant la *responsabilité civile*, c'est-à-dire l'obligation de réparer un dommage quelconque causé par soi-même ou par les personnes, les animaux, les choses dont on est responsable, dont on a la garde, est plus étroitement réglée que la capacité civile; c'est ainsi que le mineur de vingt et un ans ne peut valablement contracter une obligation, mais peut engager sa responsabilité civile, c'est-à-dire être rendu pécuniairement responsable d'un acte dommageable commis par lui.

Pour qu'il puisse être déclaré responsable, il faut toutefois qu'il ait agi avec discernement, c'est-à-dire qu'il ait compris ce qu'il faisait.

On voit donc qu'à y regarder de près, la responsabilité civile suppose les mêmes conditions d'intégrité mentale que la capacité civile, mais qu'elle est plus sévère, en ce sens que des personnes incapables de contracter peuvent être responsables de leurs actes dommageables. Il en résulte que la personne qui est en état de fureur, de démence ou d'imbécillité habituelles, ne peut pas être civilement responsable parce qu'elle ne jouit pas de ses facultés et ne peut commettre une faute.

Ce principe n'a pas été admis sans contestation : il y a eu des divergences dans la jurisprudence, mais la Cour de cassation s'est prononcée dans le sens de l'irresponsabilité¹.

1. La Cour de Montpellier (31 mai 1866, D. P. 67. 2. 3) a jugé que, « dans l'application des principes de la responsabilité civile, la loi ne tient compte ni de la volonté ni de l'intention; que si l'*inexpérience* (*sic*) (il s'agissait d'un mari qui avait tué sa femme) d'un insensé est excusable au point de vue de la responsabilité pénale, elle n'oblige pas moins son auteur à la réparer ou par lui-même ou par ceux qui doivent veiller sur lui. » Merlin (*Rép.*, v^o *Démence*, § 6, n^o 4) a soutenu cette opinion. Elle est combattue par presque tous les auteurs. La Cour de Cassation (14 mai 1866,

Il y a, cependant, des distinctions à faire; il est bon que l'expert les connaisse, car elles peuvent le guider dans les recherches qu'il doit entreprendre.

En premier lieu, on est responsable d'un acte dommageable, de ce qu'en droit on appelle un quasi-délit, lorsque l'on s'est volontairement placé dans l'état de démence ou de fureur, au cours duquel cet acte a été commis¹. C'est là une grande différence entre la responsabilité pénale et la responsabilité civile : l'alcoolique, par exemple, qui se livre à des excès de boisson, qui tombe dans un état de délire furieux, peut, dans certains cas, n'être pas responsable pénalement de l'acte commis, mais cependant en être civilement responsable; c'est-à-dire que s'il ne peut être condamné à l'amende, à l'emprisonnement ou à d'autres peines plus graves, il peut être cependant condamné, au titre civil, à payer une indemnité à la personne à laquelle il aura porté préjudice. C'est ce qu'a jugé la Cour de Rouen : « Attendu que l'état momentanément de surexcitation mentale qui s'est manifesté chez C... a eu pour cause l'abus des boissons alcooliques; que conséquemment l'acte de violence commis par lui dans cet état sur le matelot B... n'est point un cas fortuit ou un fait de force majeure, c'est-à-dire un événement amené soudainement par le hasard pur ou par une force irrésistible; que cet acte, au contraire, a pour cause originelle une faute du capitaine C...; que cette faute est manifeste puisqu'il est prouvé que, malgré les occasions qu'il avait eues de constater par lui-même combien les boissons alcooliques avaient d'influence sur sa santé et sa raison, il n'a pas moins continué à s'y livrer avec excès. »

Le même principe est applicable à l'épileptique : si, dans une période de conscience normale il prépare les moyens

D. P. 67. 1. 296; — 18 janvier 1870, D. P. 71. 1. 155) a décidé que, « par l'emploi de l'expression *faute*, la loi suppose évidemment un fait dépendant de la volonté, qu'un insensé n'ayant pas de volonté ne saurait être responsable, même civilement, des faits par lui accomplis pendant l'état de démence. » — Voyez en ce sens : Proal, *Responsabilité légale des aliénés*, in *An. méd.-psych.*, 1890, II; Giraud, *Responsabilité civile des aliénés*, in *An. méd.-psych.*, 1899, II.

1. Voyez Gaen, 9 novembre 1880, D. P. 82. 2. 23.

de commettre un acte nuisible qu'il réalisera dans un accès, il devra être déclaré civilement responsable de son acte¹.

En second lieu, la jurisprudence se montre très sévère pour l'appréciation de la responsabilité en matière civile. C'est ainsi que la Cour de Nancy (7 février 1867, D. P. 67. 2. 73) a décidé que, pour que l'irresponsabilité civile puisse être admise, il ne suffisait pas « d'établir l'état général de démence dans lequel se serait trouvé l'agent à l'époque du fait, il faut prouver que ce fait a été, de sa part, un acte purement *machinal*, auquel la volonté libre et consciente de son auteur a été absolument étrangère ». Un arrêt de la Cour de Liège (10 janvier 1835) décide que : « Si le fait duquel est résulté un homicide a été commis au moyen d'une arme à feu dont le port est prohibé, il y aurait lieu à responsabilité dans le cas où la démence serait reconnue ne pas avoir existé au moment de l'acquisition de cette arme, preuve qui est à la charge de l'auteur de l'homicide. » On voit par là combien l'analyse psychologique à laquelle l'expert doit procéder peut être difficile. Il ne faut pas oublier que, dans l'hypothèse examinée, il y a des intérêts également respectables en jeu; que si le malade a eu une conscience quelconque de son acte, que si la participation de sa personnalité s'y décèle, il doit être tenu de payer des dommages-intérêts à la personne à laquelle il aura fait tort. C'est pour répondre à cette nécessité que j'ai moi-même tenté l'analyse de l'état de la conscience de l'épileptique et mis en relief le rôle que l'amnésie peut jouer dans la détermination de cet état.

La *responsabilité pénale* est plus familière aux médecins, car c'est surtout pour constater l'état mental d'un inculpé que la justice fait appel à leurs lumières. Les règles d'appréciation sont plus larges : l'expert doit examiner les conditions dans lesquelles la conscience du malade s'est trouvée, il doit tenir compte de ses antécédents personnels

1. Arrêt du 17 mars 1874. Giraud, ouv. cité.

et héréditaires, et conclure soit à la responsabilité, soit à l'irresponsabilité, soit à une responsabilité limitée. Il ne s'agit plus d'intérêts particuliers à apprécier, il y a un malade qui ne doit pas être châtié, ou un dégénéré qui est moins coupable qu'un individu normal.

La capacité civile et la responsabilité civile ont donc trait à des matières civiles, aux obligations volontaires ou aux quasi-délits. La responsabilité pénale est l'aptitude à être condamné pour avoir consciemment et volontairement commis un délit ou un crime. J'ai cru devoir préciser la signification de ces mots qui ne sont pas familiers aux médecins et leur faire connaître très sommairement les principes juridiques qui régissent la matière délicate que j'examine.

Telles sont les règles générales. Il convient, cependant, de les compléter. Les principes que j'ai exposés s'appliquent principalement à l'état mental chronique, avec ou sans paroxysmes; mais cet état n'est pas le seul possible. Il peut survenir des troubles passagers chez un individu qui n'est ni un furieux, ni un dément, ni un imbécile. Il serait inique, cependant, de le déclarer responsable d'actes commis par lui sous l'empire de son trouble mental. La distinction entre l'état habituel et l'état temporaire de démence ou de fureur se traduit, en droit, par un renversement de la preuve. L'interdit, par exemple, est incapable de droit. Il n'a pas à prouver son incapacité : elle est présumée. Il n'en est pas de même de celui qui agit sous l'empire d'un trouble mental passager. Il doit prouver qu'il a commis l'acte coupable, ou consenti l'obligation contestée dans un état mental tel qu'il ne pouvait manifester une volonté libre. On dit au Palais, que *la charge de la preuve lui incombe*, qu'il doit établir que son consentement a été vicié (capacité civile) ou que son libre arbitre a été suspendu (responsabilités). Dans cette hypothèse, l'expert n'aura pas à rechercher s'il se trouve en présence d'un dément, d'un furieux habituel, c'est-à-dire d'un trouble psychique chronique : il aura à déterminer la nature du trouble mental qui aurait existé chez l'individu examiné au

moment où l'acte incriminé ou contesté est intervenu. L'examen d'un état aigu antérieur peut être très difficile, et la mission de l'expert être, en ce cas encore, très délicate.

Ces principes posés, il est plus facile de rechercher quelle peut être, en médecine légale, la conséquence d'une amnésie. J'examinerai successivement, au triple point de vue que j'indiquais, l'amnésie simple, l'amnésie rétrograde, l'amnésie antérograde et mixte, l'amnésie retardée. Je terminerai mon étude par quelques considérations sur la simulation.

§ 2. AMNÉSIE LACUNAIRE SIMPLE.

Importance médico-légale de l'amnésie. — Accès psycho-moteur. — Accès psychique et sensoriel. — Délires. — Impulsions. — Etats crépusculaires. — L'irresponsabilité de l'épileptique se présume en matière criminelle. — La responsabilité se présume au contraire en matière civile. — Capacité civile. — Interdiction. — Amnésie temporaire.

I

L'amnésie lacunaire simple n'a d'importance, en médecine légale, que si elle s'étend sur une période comprenant l'acte discuté. C'est, par exemple, une vente, une donation, un testament, ou un crime, un délit, un acte dommageable quelconque. Dans l'hypothèse d'un testament contesté, l'expert n'aura guère d'éléments utiles d'appréciation. Pour reconnaître la valeur symptomatique d'une amnésie, il est nécessaire de pouvoir étudier le malade lui-même : ce n'est plus le cas lorsqu'on plaide sur son testament. L'expert, si l'amnésie est le seul symptôme indiqué, ne pourra probablement pas arriver à une conclusion précise.

Il en est autrement si le malade est accessible à son examen. L'amnésie simple fait présumer l'existence d'une crise épileptoïde ou d'un état crépusculaire post-épileptique.

Pour arriver à caractériser comme simple l'amnésie alléguée, le médecin commis devra en déterminer avec soin

l'étendue. Un des signes les plus importants pour la fixation du point de départ de l'amnésie est le souvenir de l'aura. Si le malade n'en a pas conservé la mémoire, l'expert sera généralement dans un grand embarras, car ses opérations se feront d'ordinaire longtemps après l'acte considéré. Au point de vue pratique toutefois, la fixation exacte du point de départ de l'amnésie n'a de l'importance que si elle permet de savoir si l'acte a été commis dans une période comprise dans l'amnésie : si l'acte a été commis avant la crise, il peut en être séparé par un délai assez long pour que l'on en déduise avec certitude l'existence d'une amnésie rétrograde et que dès lors l'amnésie simple ne soit pas en question. Il y a plus d'intérêt à établir le moment précis où la crise a pris fin : car un état crépusculaire consécutif à celle-ci doit être considéré comme en dépendant, au point de vue médical comme au point de vue juridique. J'examinerai cette délicate question en étudiant la médecine légale des états crépusculaires.

Les hypothèses à examiner relativement à la perte simple des souvenirs peuvent être résumées de la manière suivante :

1° ACCÈS PSYCHO-MOTEURS.

A) *Convulsions ou phénomènes du même ordre, sans actes coordonnés.* — Il est bien clair que dans cette hypothèse aucun acte volontaire proprement dit n'a pu être accompli. Cela exclut l'examen de la capacité civile et de la responsabilité pénale; seul celui de la responsabilité civile peut être soumis aux Tribunaux et à l'expert. En droit, l'existence d'un dommage involontaire commis par un épileptique dans une crise convulsive suivie d'amnésie ne saurait entraîner sa responsabilité civile. C'est, par exemple, s'il brise un objet de valeur en tombant. Le seul point que l'expert commis puisse avoir à déterminer est celui-ci : au moment où le dommage était commis, le malade avait-il réellement une crise épileptique convulsive? La valeur diagnostique de l'amnésie est considérable; nous avons vu

qu'elle était presque constante dans ce genre de crises; mais l'expert devra confirmer son diagnostic par la constatation des stigmates ordinaires de l'épilepsie.

La question serait plus délicate si l'amnésie ne se rencontrait pas; son absence toutefois ne suffirait pas à faire écarter l'hypothèse du mal comitial si les signes habituels de cette affection étaient constatés. Il y aurait alors une enquête à faire sur la nature exacte de la crise au moment de l'accident.

B) *Fugues*. — J'ai divisé les fugues en inconscientes, mixtes et conscientes; je n'ai pas à revenir sur ce que j'ai dit déjà sur la variation progressive de la participation de la conscience personnelle à l'acte. Il y a donc une série d'intermédiaires entre la fugue consciente et celle qui ne l'est pas, au sens ordinaire du mot.

Dans la fugue purement automatique, telle que je la décris page 100, l'amnésie est presque constante. Les actes sont mal coordonnés par rapport à la personnalité, et on ne saurait voir dans la fugue un acte conscient personnel pouvant engager la responsabilité de l'épileptique.

Il n'y aura, dans ce cas comme dans le cas de convulsions proprement dites, jamais à examiner la capacité civile du malade; l'hypothèse examinée ne le comporte pas. La responsabilité civile peut être examinée, mais la solution à adopter me paraît devoir être celle que j'ai proposée pour l'accès convulsif, qu'il y ait ou non amnésie.

Enfin, si l'épileptique a commis un délit à l'occasion de sa fugue, il n'en est pas responsable pénalement. La désertion est le cas le plus fréquent où cette hypothèse soit susceptible de se réaliser.

Dans tous les cas de fugue, par conséquent, où l'on constatera de l'amnésie lacunaire, il y aura lieu d'écarter l'élément de participation personnelle nécessaire pour constituer soit la capacité civile, soit la responsabilité civile ou pénale.

Cette solution ne comporte pas de difficultés si l'épileptique, au cours de sa fugue, n'a accompli que des actes auto-

matiques; elle se justifie encore dans le cas où il aurait paru agir comme un homme normal. Mais, ici, une analyse plus complète des éléments juridiques et médicaux du problème est nécessaire. Je la renvoie, pour éviter des répétitions, à l'examen que je ferai dans un instant de la signification médico-légale des états crépusculaires.

Je n'ai pas grand'chose à dire des vertiges, syncopes et faiblesses : l'état du malade est tel, par définition, que la question discutée ne se pose pas.

2° ACCÈS PSYCHIQUE ET SENSORIEL.

Il n'y a rien à dire également des absences, qui sont assimilables aux vertiges et syncopes; mais il n'en est pas de même des délires, impulsions et états crépusculaires.

A) *Délires*. — Les délires épileptiques sont ordinairement accompagnés d'hallucinations. Les observateurs ont remarqué que ces hallucinations étaient généralement terrifiantes, mais qu'elles affectaient souvent une forme religieuse ou mystique. Il est bien rare que l'on puisse avoir à se prononcer sur des cas de cette dernière catégorie: l'épileptique à délire religieux ou mystique a des visions; la Vierge ou les saints, Dieu lui-même lui apparaissent, mais il n'est pas fréquent qu'ils lui commandent des actes criminels. S'il en était autrement, l'espèce se confondrait avec le cas général où le délire hallucinatoire est l'occasion d'un crime ou d'un délit.

Dans les délires épileptiques, nous l'avons vu, il peut y avoir des troubles sensoriels. S'il en existe, on peut les ramener à deux grandes catégories: l'illusion ou l'hallucination. Dans le premier cas, les perceptions ont une base objective, mais elles sont déformées; l'épileptique verra un passant inoffensif faire un geste: il l'interprétera comme une menace ou comme une agression. Dans le second, toute base objective manquera, et les images seront dues à l'activité anormale des centres sensoriels. Mais, dans un cas

comme dans l'autre, le fonctionnement de la conscience sera troublé.

S'il y a amnésie, l'existence des illusions ou des hallucinations ne peut être soupçonnée que par l'attitude, les gestes, les paroles du malade du moment ou l'acte a été commis; il y a évidemment incapacité et irresponsabilité complètes, si ces troubles sensoriels sont démontrés.

Si l'amnésie n'existe pas, il ne faudra pas en conclure que le malade est responsable ou coupable, je ne cesserai de le répéter; l'expert n'aura qu'à vérifier la réalité du délire, des illusions, des hallucinations; il devra, dans des cas de ce genre, procéder avec une extrême prudence, et s'assurer de la sincérité du malade. Un examen somatique détaillé, une observation assez longue et l'efficacité du traitement bromuré pourront, suivant les circonstances, établir définitivement le diagnostic. Une fois ce diagnostic fixé, une fois la réalité du délire déterminée, la conclusion devra être semblable à la précédente.

B) *Impulsions*. — Je n'examinerai pas ici l'impulsion dont la personnalité normale a conscience et dont elle a conservé le souvenir. Un pareil examen présente les plus grandes difficultés et sera mieux placé dans l'analyse des états crépusculaires.

Lorsque la personnalité normale n'a conservé aucun souvenir de l'impulsion, la solution de toutes les questions relatives à la responsabilité ou à la capacité dépendent évidemment de l'état de la conscience au moment où l'impulsion s'est manifestée; si la conscience est troublée, le trouble concomitant à l'impulsion est soit un état délirant, soit un de ces états mal définis que l'on dit crépusculaires. L'examen du premier se rattache à l'étude déjà faite des délires, celui des seconds se confond avec l'analyse des états crépusculaires.

C) *États crépusculaires*. — L'examen des différentes hypothèses que l'on doit étudier devient très compliqué dès que l'on aborde l'analyse des états crépusculaires;

ceux-ci sont de gravité variable. Toutes les fois qu'il existe des hallucinations ou des illusions des sens, j'estime que l'on est en présence de cas assimilables aux véritables délires. Je limite ici le terme d'état crépusculaire aux troubles de la conscience dans lesquels on ne constate pas de phénomènes sensoriels pathologiques graves.

Je ne crois pas que l'on ait encore tenté une classification des états crépusculaires au point de vue de leurs conséquences médico-légales. Je ne me sens pas assez d'autorité pour en établir une; aussi me bornerai-je à répartir les états crépusculaires en deux grandes classes: les simples changements et les altérations passionnelles du caractère. Je ne vois entre ces deux classes, d'ailleurs, qu'une différence de degré. J'admets entre elles des gradations insensibles et ne les prends que comme des types extrêmes, correspondant l'une à un minimum, l'autre à un maximum de changement dans le caractère du malade. La première classe comprendrait tous les changements légers que l'on observe soit avant la crise, soit, plus rarement, après elle, soit, plus exceptionnellement encore, comme substitués à elle. Le malade devient irritable, susceptible, jaloux, défiant; mais ces altérations de son humeur ne paraissent que des exagérations de défauts existants ou que des manifestations de « mauvaise humeur », pour employer une expression familière; l'entourage du comitial n'y attache aucune signification pathologique et, seul, le médecin peut deviner leur véritable importance.

Dans la seconde classe, au contraire, je placerais les modifications plus graves du caractère, modifications telles que tout le monde peut en être frappé. Ce n'est plus de la tristesse que l'on observe, c'est une véritable mélancolie; la défiance se change en misanthropie; d'irritable ou de susceptible, le malade devient, sans motifs, agressif, violent, querelleur. Lorsque ces changements graves se manifestent dans le caractère, ils suppléent le plus souvent un accès franc: leur nature pathologique n'échappe

à personne. Aucun doute ne peut exister, je crois, sur leurs conséquences juridiques : ces états excluent toute capacité et toute responsabilité, qu'ils soient ou non suivis d'amnésie.

Je les désigne sous le nom d'états passionnels parce que les altérations qu'ils déterminent dans le caractère se manifestent avec la violence et la promptitude à l'action qui sont le propre de la passion. Il n'en est pas de même des états de la première catégorie, et l'amnésie des actes accomplis sous leur empire constitue un symptôme d'une importance capitale.

Comment se manifestent cliniquement les changements de caractère ?

Un des signes les plus fréquents est la *propension aux injures, outrages et actes de violence*. Le malade, dans un accès de jalousie, frappera sa femme, ou se jettera sur ses contradicteurs à la moindre offense. Père de famille, il corrigera ses enfants avec sévérité, les séquestrera, les privera de nourriture, les rouera de coups, les enchaînera comme on l'a vu quelquefois. Non moins fréquents peut-être sont les *attentats aux mœurs*, surtout sous la forme d'exhibitionnisme : je ne doute pas, d'ailleurs, qu'une étude plus complète ne rattache au cas que j'examine beaucoup de délits sexuels révélant une perversion du sens génital. Les coupeurs de nattes, les frôleurs, les voleurs de mouchoirs, ceux qui découpent des morceaux d'étoffe dans les vêtements de femmes en fournissent des exemples. La *dipsomanie* est souvent aussi un de ces changements de caractère qui constituent un véritable équivalent épileptique. J'en ai cité une observation due au D^r Souques. Son malade était périodiquement pris d'impulsions à boire conscientes, mais irrésistibles. Dans le même ordre d'idées, je signalerai la *kleptomanie*¹, qui m'a paru, dans certains cas, présenter le même aspect clinique que la dipsomanie épileptique.

1. Dans le sens d'impulsion morbide au vol.

J'indique l'intérêt que l'étude de la kleptomanie pourrait présenter à ce point de vue ; on cite, en effet, certains kleptomane qui ne commettent leurs vols que sous l'influence de leurs accès. On en trouvera des exemples, assurément peu nets, mais toutefois intéressants, dans les *Archives d'anthropologie criminelle*, vol. XVI¹.

Le vagabondage impulsif n'est également pas rare chez les épileptiques². Quelquefois des abus de confiance sont commis par ces malades dans l'état crépusculaire, mais ces abus de confiance sont généralement commis à l'occasion de fugues, le malade emportant une somme d'argent qu'il vient de toucher et voyageant aux dépens de son patron.

Les délits du genre de ceux que je viens d'examiner peuvent se présenter devant les tribunaux militaires comme devant les juridictions ordinaires. Ceux que l'on constate le plus souvent sont le refus d'obéissance, les outrages et coups à des supérieurs, les désertions.

J'ajouterai que mon énumération n'est qu'indicative et que je me borne à citer les cas qui me paraissent les plus fréquents ou les plus importants.

Appelé à se prononcer sur la responsabilité pénale d'un délinquant épileptique, que devra décider le médecin commis ?

S'il est bien établi que le sujet est atteint du mal comitial et s'il existe une amnésie certaine, l'expert devra déclarer que le délinquant n'est pas responsable. L'existence de l'amnésie simple révèle, en effet, dans tous les cas, un trouble certain de la conscience.

Que conclure s'il n'y a pas amnésie ?

1. Dubuisson, *Les Voleuses des grands magasins*, obs. 2-6. — Voyez aussi Falret, ouvrage cité, et Lagardelle, *L'Épilepsie délirante au point de vue médico-légal*, notamment p. 112.

2. Voyez à ce sujet la communication de Pitres au Congrès de Bordeaux 1895. Le professeur Pitres y fait connaître ses doutes sur la nature des fugues épileptiques conscientes. Il les appuie sur l'insuffisance des indications données qui ne permettent pas d'exclure l'hypothèse de l'hystérie. Depuis 1895 la lacune signalée par Pitres me paraît avoir été comblée. Voyez dans un sens contraire Régis et Tissé, même Congrès.

Le problème est plein de difficultés dans cette hypothèse, car l'expert, s'il déclare que l'épileptique est irresponsable, peut le soustraire à toute espèce de châtement et mettre au-dessus de la loi un individu dangereux contre lequel la société n'a aucun moyen de se protéger. S'il le déclare responsable, il expose à un châtement immérité un malheureux qui n'est qu'un malade et non un véritable coupable. Il y a donc deux intérêts contradictoires à concilier, et c'est dans de pareils cas que le médecin légiste doit faire une analyse détaillée et précise de la conscience du sujet qu'il observe.

Son premier soin sera de rechercher quel a été l'état mental du délinquant au moment du délit, et cette recherche devra porter principalement sur le degré de résistance qu'il a pu offrir à l'impulsion coupable.

Il n'est pas douteux, en effet, que la résistance de la conscience normale à l'impulsion pathologique est variable. Voisin, dont j'ai rappelé l'observation, cite deux malades qui, redoutant de ne pas pouvoir résister à leurs impulsions morbides criminelles, se faisaient eux-mêmes mettre la camisole de force. Régis et Tissier¹ ont fait connaître trois cas analogues; les comitiaux observés par eux pouvaient quelquefois dominer leurs impulsions. On connaît d'autres exemples de résistance effective; certains malades s'enferment chez eux pour ne pas commettre de violences, d'autres ont des excitations génésiques morbides et se jettent dans l'eau froide pour les calmer. Dans d'autres cas, et ce sont les plus fréquents malheureusement, la résistance est nulle et le malade s'abandonne à son impulsion. Il y a donc, même chez les épileptiques, des degrés dans la responsabilité, et il peut exister des cas où l'impulsion morbide soit assez faible pour qu'il eût été possible de lui résister.

C'est à la mesure du degré de cette résistance que l'expert doit s'attacher lorsqu'il n'y a pas d'amnésie, mais c'est évidemment une tâche difficile. En tout cas, il ne doit pas

1. Congrès de Bordeaux, 1895.

hésiter à conclure à l'irresponsabilité, toutes les fois que l'existence de l'épilepsie est prouvée, dès qu'il ne peut affirmer que le délinquant aurait pu résister à l'impulsion. Mais il ne devra jamais conclure, à mon sens, de l'absence de l'amnésie à la responsabilité. C'est ce que je ne cesserai de répéter¹.

L'expert rencontrera les mêmes difficultés si, au lieu d'avoir à apprécier la responsabilité pénale, il est chargé d'examiner la responsabilité ou la capacité civiles d'un malade. Sa mission sera même plus délicate, car s'il peut, sans manquer à son serment, faire bénéficier le coupable du doute le plus léger, il n'en saurait être ainsi en matière civile: là, les intérêts en jeu sont également respectables. Il n'est plus question de peine ni de châtement, il n'y a que des dommages-intérêts à payer ou à ne pas payer.

Les effets du doute, sont, en matière civile, au bénéfice de la victime du dommage et non de son auteur. Il ne faut pas que le médecin légiste perde de vue ce principe directeur de la responsabilité civile: c'est, on le voit, l'opposé de la règle qui prévaut en matière répressive. Cela s'explique

1. Comparez à ce sujet l'observation II, d'Ottolenghi (*Epilepsie psichice*, R. s. d. F., 1890, II^e partie, 208). Le prévenu avait, sans motif plausible, gravement blessé un de ses camarades, en avait tué un second, frappé et menacé deux autres. Il avait tué le maire de la commune, qui lui avait fait des reproches, pris la campagne et frappé le cheval conduisant à l'hôpital les gens blessés par lui. Le prévenu V... avait un souvenir confus de ses premières violences, mais avait oublié complètement qu'il avait tué le maire et blessé le cheval. Il est à remarquer que V..., épileptique alcoolique, avouait ses crimes non oubliés, et cherchait à les expliquer.

Appréciant ce souvenir partiellement conservé, Ottolenghi s'exprime ainsi: « Si nous réfléchissons au souvenir conservé des faits et aux explications de V..., nous nous convainçons que, pour ses premiers crimes, le meurtrier se trouvait dans cet état mental qui précède l'accès épileptique, état qui n'est pas certes normal, mais qui n'est pas encore l'inconscience complète. La responsabilité est diminuée; elle n'est pas abolie. Puis l'accès se développe peu à peu au cours des actes ultérieurs; nous y trouvons d'abord une conscience crépusculaire et enfin une inconscience absolue des actes délirants. Dans cet état, il tue le maire et blesse le cheval; la responsabilité à ce moment ne peut être considérée que comme absolument supprimée. »

Le savant expert conclut à une responsabilité limitée pour les premiers actes, à l'irresponsabilité pour les derniers.

Je suis heureux de citer à l'appui de l'opinion émise au texte, en ce qui concerne la responsabilité civile, l'avis d'un homme aussi compétent qu'Ottolenghi. Je me permettrai cependant de n'accepter qu'avec réserves non ses conclusions, mais la théorie qui semble se dégager de son rapport.

Il se fonde sur l'absence d'amnésie des premiers crimes pour conclure à la responsabilité limitée. Il est trop difficile de pénétrer dans la conscience de l'épileptique pour pouvoir assurer que sa personnalité a pris une part activement et volonta-

par les principes généraux du droit. Au criminel, il est admis que tout doute doit être interprété en faveur de l'accusé, parce que c'est à la partie poursuivante qu'il appartient de prouver la culpabilité de la partie poursuivie et que la responsabilité pénale est un des éléments de cette culpabilité. Je dois dire, pour être précis, que cette responsabilité se suppose et que, pour éviter un châtement, le prévenu doit être déclaré irresponsable. Mais, je le répète, il bénéficie du doute par l'application du principe général que j'indiquais plus haut.

Il en est autrement en matière civile, car là, il n'y a pas de prévenu. Il y a un créancier et un débiteur : des intérêts pécuniaires sont seuls en opposition. Or il est de règle, en droit civil, que celui qui soulève une *exception* doit en démontrer l'existence. Je ne saurais, dans une thèse de médecine, entrer dans l'examen détaillé de ce que l'on appelle en droit les actions et les exceptions; il me suffira de donner un exemple pour faire comprendre la valeur pratique de ces

remment consciente à l'acte incriminé. Dans l'espèce citée, nous voyons le prévenu commettre un crime sans provocation réelle, sans aucun motif apparent. Les fonctions supérieures de sa conscience étaient donc atteintes, le pouvoir inhibitoire des centres corticaux diminué. En même temps que le niveau du jugement, de l'attention, de la volonté réfléchie baisse, celui de l'excitabilité émotive réflexe monte. Nous avons un état de conscience indéfinissable pour nous, et que notre entendement ne se représente pas. Il fait songer à l'état psychique de ces animaux domestiques qui prennent un geste inoffensif pour une menace: ils égratignent ou mordent la main qui les caresse.

L'impossibilité où nous sommes d'affirmer d'une manière certaine que la conscience volontaire et personnelle du prévenu a participé à l'acte me fait émettre l'avis que l'épileptique doit être présumé irresponsable pour les actes commis dans l'état crépusculaire. Le doute s'interprète en sa faveur. C'est en vertu du même principe que je propose une solution différente pour la responsabilité civile. Pardo (*I disturbi della memoria*) enseigne la même opinion : « Il y a plus de probabilités en faveur de l'irresponsabilité, dit-il, lorsqu'il existe une lacune dans la mémoire; mais il ne faut pas en conclure que la proposition inverse soit vraie et que l'expert chargé d'un examen mental puisse considérer sa tâche comme terminée dès qu'il aura constaté la continuité des souvenirs. »

J'ajoute, d'ailleurs, que je me place ici au point de vue exclusivement médical. Il y a un autre point de vue, plus important peut-être, c'est celui de la sécurité sociale: tant qu'il n'y aura pas d'établissements où les malades criminels seront mis à l'abri des funestes conséquences que leur infirmité peut avoir pour la société, je me demanderai s'il n'est pas plus avantageux pour celle-ci de mettre en prison ses épileptiques criminels plutôt que de les laisser vaguer librement et massacrer leurs voisins dans une crise toujours à redouter chez eux. Féré, à la fin de son livre, fait des observations très justes à cet égard.

termes. Supposons qu'un épileptique, X..., tue un cheval appartenant à l'agriculteur Y... Si l'acte a été accompli sous l'influence du délire épileptique, si c'est un acte automatique, c'est-à-dire purement *machinal*, comme l'indique avec beaucoup de clarté Richet dans son *Dictionnaire*, v° *Automatisme*, il ne saurait y avoir responsabilité civile, car pour que l'on soit civilement responsable d'un acte, il est nécessaire que cet acte constitue une faute; or on ne saurait voir une faute dans une action machinale que le malade n'a pas pu s'empêcher de commettre.

Mais si Y... fait la preuve que X... a tué son cheval, si l'action en dommages-intérêts qu'il lui intente est fondée en droit, X... devra être condamné à payer le prix du cheval. Pour éviter cette condamnation civile, il devra *soulever une exception* à l'action en dommages-intérêts de Y..., dans l'espèce, l'exception d'irresponsabilité.

Mais l'obligation de démontrer le bien fondé de son exception (c'est-à-dire la preuve qu'il était dans un cas d'exception) incombe à X...; pour éviter la condamnation à payer le prix de l'animal, il devra démontrer l'existence d'un trouble profond de son esprit au moment où il l'a tué.

S'il ne fait pas complètement cette preuve, s'il ne justifie pas qu'il est dans un cas d'exception, il doit payer le dommage.

On comprend dès lors que l'existence du moindre doute sur l'irresponsabilité doit entraîner la condamnation civile, puisque la preuve du trouble mental n'est pas complètement faite. Il convient que le médecin expert ne perde pas de vue cette règle fondamentale: il doit, dans son rapport, mettre en relief avec soin les raisons techniques qui le déterminent à conclure, mais il doit s'abstenir de donner son avis sur les conséquences juridiques des constatations qu'il a faites.

À côté de cette règle générale, il en est une autre que l'expert doit avoir présente à l'esprit. Je l'ai indiquée en donnant les principes sommaires de la responsabilité civile;

1. Il est bien entendu que je laisse de côté la responsabilité civile des personnes qui auraient laissé divaguer l'épileptique, etc. (a. 1384 et suiv., C. C., a. 475, § 7, C. P.).

on peut la formuler ainsi : il y a responsabilité civile toutes les fois qu'un dommage est commis, même dans l'état d'automatisme pur, si le malade avant la crise a commis une faute dont le dommage est la conséquence.

On voit combien la tâche de l'expert est lourde. Je dois dire qu'il échappe souvent aux magistrats de donner une pareille étendue à la mission des experts. Il est de règle que ceux-ci doivent répondre seulement aux questions posées par l'arrêt, le jugement ou l'ordonnance. Ils ne devront s'attacher à la recherche de la *faute* antérieure à la crise que si les termes de la commission les y invitent : mais les magistrats — et je fais cette observation pour eux — devraient toujours mettre en demeure les experts de faire cette recherche.

Quelles sont les conséquences des principes que je viens de résumer ? Quelle est la responsabilité civile des épileptiques ayant agi dans un état de conscience anormale ?

Je n'examinerai pas en détail ici les cas dans lesquels il n'y a pas amnésie. Le D^r Ducosté, dans sa très intéressante thèse sur *l'Épilepsie consciente et mnésique* (Bordeaux, 1899), affirme que la responsabilité civile ne saurait être admise. Son opinion est vraie lorsque le malade obéit à une impulsion irrésistible, mais la difficulté est justement de décider si l'impulsion a été véritablement irrésistible¹. J'ai fait remarquer déjà que l'impulsion épileptique avait une intensité variable, que si elle est d'ordinaire brusque, soudaine, incontrôlable, il y a des cas où elle n'a pas ces caractères au même degré. C'est justement dans ces cas, où le type classique de l'impulsion comitiale est modifié, que l'expert rencontrera les plus sérieuses difficultés. Il ne faut pas

1. La remarque que je fais est si vraie que Ducosté cite quatre observations de suicide impulsif conscient, dont aucune n'a abouti au suicide. Ses observations, rédigées avec beaucoup de bonne foi, sont la réfutation la plus complète de sa théorie de l'irresponsabilité de l'impulsif épileptique. Il nous fait assister à la lutte que les malades entreprennent contre l'impulsion et à leur résistance effective. L'un d'eux, père de famille, allait contempler sa fille pour chasser l'idée du suicide et réussissait à l'écarter en se représentant les conséquences que sa mort aurait pour cette enfant. L'impulsion n'est donc pas toujours irrésistible. Je ne contredis l'opinion de Ducosté, je le répète, qu'en ce qui concerne la responsabilité civile : je reconnais qu'en matière pénale, il faut être plus large, car un doute peut toujours subsister.

oublier que je ne discute que les cas où le trouble de la conscience ne s'accompagne d'aucun trouble sensoriel. L'expert devra donc rechercher la nature de l'impulsion, vérifier si les crises se présentent toutes sous la même forme, si l'impulsion est toujours la même, c'est-à-dire si l'épileptique est toujours poussé à mettre le feu, ou à commettre telle autre action déterminée. Il recherchera s'il a toujours cédé à l'impulsion ou s'il a pu la surmonter quelquefois. Dans la plupart des cas, l'impulsion à commettre un acte dommageable se sera présentée à l'esprit plusieurs fois déjà sans être exécutée. Il faudra s'enquérir des conditions dans lesquelles le malade a pu y résister avec succès. Tout cela demande une analyse complète et approfondie, et la solution à donner aux questions posées pourra varier ; la responsabilité civile existera ou n'existera pas¹.

Dans le cas où le malade a de l'amnésie lacunaire simple, l'existence d'un trouble mental est présumable ; mais pour affirmer la nature et la gravité de ce trouble, l'expert doit procéder à un examen détaillé de l'état physique et psychique du malade. Il devra rechercher les stigmates de l'épilepsie, noter les crises, leur nature, prendre en un mot une observation complète.

S'il acquiert la conviction que le malade a de l'amnésie réelle et qu'il est épileptique, il doit considérer l'irresponsabilité comme établie, en principe tout au moins, car il aura peut-être à rechercher si le malade n'a pas commis, avant la crise, quelque faute de nature à engager sa responsabilité. Il est bien évident que le rôle du médecin légiste est trop technique pour qu'il ait à faire porter ses investigations sur toutes les imprudences de l'épileptique ; il devra se borner à rechercher si les impulsions sont, par exemple, pressenties quelque temps à l'avance. Les ouvrages sur l'épilepsie contiennent un grand nombre de cas où les

1. Voyez, à ce sujet, le cas cité par Féré, p. 607. Un de ses malades brisait son mobilier chez lui, mais la crainte de manquer aux convenances l'empêchait de se livrer à de pareilles violences en public.

comitiaux, avertis de l'approche de leur crise, prennent des précautions pour éviter de commettre quelque action répréhensible; étant données les conditions juridiques de la responsabilité civile, l'expert pourrait avoir à rechercher si l'épileptique aurait pu ou dû prendre ses précautions, se cacher, se faire enfermer ou garder, etc. Les questions de ce genre ne sauraient être examinées en détail; chaque cas comporte un examen particulier et une solution spéciale.

Il est probable que cette partie de la médecine légale est appelée à prendre une importance croissante. Il y a beaucoup de chances pour que l'alcoolisme et toutes les diathèses nerveuses dont souffrent nos sociétés civilisées préparent un véritable terrain d'élection pour les épilepsies de toutes sortes. L'illogisme coupable de nos lois et de nos règlements relatifs aux actes dont dépend la perpétuation de l'espèce humaine y aidera d'ailleurs. Déjà, beaucoup de problèmes du plus haut intérêt peuvent se poser au sujet de la responsabilité civile; il s'en posera de plus nombreux sans doute dans l'avenir et l'on peut prévoir de curieuses difficultés.

C'est surtout au sujet de la capacité de l'épileptique, et de la validité des contrats faits par lui, que l'on peut imaginer de singulières espèces.

Nous savons que l'état crépusculaire peut durer très longtemps. J'en ai résumé un d'après Schultze, qui est bien intéressant. C'est celui de cet épileptique qui s'engagea dans la légion étrangère au cours d'une fugue. Cet engagement était-il valable? Évidemment non, car le consentement n'avait pas été donné d'une manière réfléchie et normale.

Supposons qu'au lieu de contracter un engagement militaire, l'épileptique se marie? Il suffit de supposer un trouble durant deux ou trois mois pour que cette hypothèse puisse se réaliser. J'ai eu l'occasion de voir un bigame qui pouvait bien avoir commis son crime dans un pareil état de conscience. C'était un dégénéré, alcoolique, et, bien certaine-

1. Voy. Morache, *Le Mariage*, p. 73, 225 et suiv.

ment, affecté d'autres tares. L'hypothèse que j'envisage n'est donc pas complètement imaginaire. Quelle serait la valeur du mariage contracté dans un état crépusculaire?

Je n'hésite pas à penser, comme Morache, qu'il serait radicalement nul. La condition fondamentale de la validité du mariage est le consentement libre; or, si l'un des futurs, au moment du mariage, était dans un état de trouble psychique tel qu'il ne pouvait manifester une volonté libre, il est clair que le mariage serait nul. Je n'ai pas besoin d'indiquer ici l'importance considérable que l'amnésie de la période de temps comprenant le mariage aurait au point de vue du diagnostic; c'est même au cas seulement où il y aurait de l'amnésie que la difficulté pourrait naître, car je ne conçois pas bien la possibilité d'annuler un mariage qui n'a jamais été oublié.

Qui pourrait provoquer la nullité de ce mariage? L'article 180 du Code civil réserve ce droit exclusivement à l'époux dont le consentement n'a pas été libre. Il en résulte que, seul, l'épileptique pourrait en demander la nullité.

Ce droit n'appartiendrait à l'autre conjoint que s'il y avait eu erreur sur la personne, par exemple si le malade s'était marié avec un faux état civil.

La nullité des contrats passés par le comitial dans l'état crépusculaire est soumise aux mêmes règles; le consentement de la partie qui s'oblige est nécessaire à la formation des conventions, et nous avons vu que le trouble psychologique, caractérisé surtout par l'amnésie ultérieure, était inconciliable avec la validité du consentement; le malade doit être considéré comme un incapable, quoique, juridiquement, il ne soit pas un incapable *stricto sensu*, s'il n'a pas été interdit.

Il me paraît inutile d'entrer dans le détail des contrats, qu'ils soient à titre onéreux ou à titre gratuit. Baux, ventes, obligations quelconques doivent être déclarés nuls si le malade prouve qu'il était véritablement irresponsable de ses actes, que sa conscience et sa volonté personnelles y sont demeurées étrangères.

Une difficulté, qui s'est déjà peut-être présentée dans la pratique, mérite cependant d'être examinée : quelle est la valeur du contrat d'assurance sur la vie consenti par un épileptique dans un état crépusculaire ?

Aujourd'hui que les sociétés d'assurances sur la vie multiplient leurs agents et vont solliciter leurs clients jusque chez eux, on peut, sans invraisemblance, s'attendre à ce que des agents peu scrupuleux ou ignorants fassent contracter une assurance à des épileptiques en état de crise psychique obscure. Le malade dissimulera sa maladie, le médecin qui l'examinera ne se préoccupera peut-être pas de rechercher les troubles mentaux latents de l'assuré. Ce contrat sera nul. Mais la Compagnie d'assurances, si elle en provoque l'annulation ultérieure pour dissimulation de maladie, devra-t-elle garder les primes touchées ? C'est une question exclusivement juridique, mais bien intéressante. La Cour de Paris a jugé que l'épileptique qui a dissimulé sa maladie, n'a pas le droit de réclamer les primes payées par lui quand la Compagnie fait annuler le contrat. C'est une solution rigoureuse, mais les primes représentent le risque couru, et tant que le contrat n'a pas été annulé, des risques ont bien été courus.

J'estime, cependant, que si l'épileptique justifie qu'il a contracté son obligation dans un état de trouble psychique, il a droit au remboursement des primes parce que le contrat a été nul dès le début, comme entaché d'un défaut de consentement. Il ne doit donc produire aucun effet, et l'assuré a payé ce qu'il ne devait pas.

Je ne saurais au surplus tracer aux experts la conduite qu'ils doivent tenir dans les différentes circonstances possibles. Je me réfère à ce que j'ai dit plus haut pour les cas où il n'y a pas d'amnésie ; je signale toutefois que l'existence de l'amnésie constitue une présomption d'irresponsabilité ; son absence, au contraire, une présomption de responsabilité.

Il y a cependant une hypothèse qui se rencontre assez fréquemment dans la pratique et qui est de nature à aggraver singulièrement les difficultés : c'est lorsque l'épileptique

réalise, dans l'état crépusculaire, un acte projeté dans la vie normale, l'achat d'un objet par exemple. On comprend que le malade puisse avoir intérêt à faire annuler un contrat désavantageux, contrat qu'il a manifesté l'intention de passer dans les intervalles des crises et qu'il réalise dans un état épileptique. J'estime, même dans ce cas, que si le trouble de la conscience a été tel que la manifestation de la volonté du malade ne puisse être considérée comme libre, le contrat est nul. Cette solution est rigoureuse, je le reconnais, mais elle me paraît la seule juridique. En pratique, on pourrait atténuer les effets d'une théorie aussi absolue en tenant compte des pourparlers faits à l'état normal, en y voyant, par exemple, le principe de dommages-intérêts, ou la manifestation suffisante de la volonté de contracter ; mais cela ne sera qu'un artifice pour concilier le droit et l'équité.

Dans ces cas, d'ailleurs, le médecin expert devra se montrer particulièrement sévère dans l'appréciation des symptômes décrits par le malade, dans l'examen surtout de son amnésie alléguée.

Que décider de la capacité générale de l'épileptique sujet à des amnésies lacunaires simples ? Doit-on l'interdire ? Je ne le pense pas. Il n'est pas dans cet état de fureur, d'imbécillité ou de démence qu'exige l'article 489 du Code civil. Je crois cependant qu'il serait prudent de lui donner un conseil judiciaire dès que des propensions périodiques aux dépenses auraient été constatées et que l'existence de l'amnésie aurait été établie pour l'époque contemporaine à ces dépenses.

En terminant l'analyse de l'amnésie simple au point de vue médico-légal, je dois me préoccuper de la signification générale d'un caractère qu'elle peut présenter : elle est quelquefois temporaire, c'est-à-dire qu'après un temps plus ou moins long d'oubli, les souvenirs reviennent.

Le problème psychologique qu'un pareil retour des souvenirs fait naître est d'une solution particulièrement difficile. Le trouble de la conscience a été probablement moindre,

mais il ne serait pas prudent de le considérer comme nul. J'ai indiqué, en discutant l'état de la conscience dans l'épilepsie, que les associations d'idées susceptibles de provoquer ce réveil des souvenirs pouvaient avoir pour fondement diverses causes; les sentiments émotifs sont peut-être la plus commune. J'en ai cité un exemple.

Des observations, que l'on trouvera dans les traités sur l'épilepsie, nous montrent un autre mode de réviviscence de la mémoire. Un épileptique, dans une crise, brise ses meubles, sort et marche dans la campagne un certain temps, puis reprend connaissance et rentre chez lui. A la vue des dégâts que nul autre que lui ne peut avoir commis, le souvenir de sa violence lui revient.

On pourrait citer d'autres modes de réapparition des souvenirs, mais ce serait inutilement allonger la discussion.

Que doit faire l'expert lorsqu'il est en présence de ces cas d'amnésie passagère? Doit-il déclarer le malade irresponsable? Oui, s'il s'agit de la responsabilité pénale; cela n'est pas douteux. Son appréciation au point de vue de la responsabilité et de la capacité civiles doit être plus sévère. Il devra essayer de se rendre compte de l'état mental du sujet au moment de l'acte et examiner principalement deux points. D'abord, y a-t-il eu annihilation du sentiment de participation personnelle à l'acte? ce qui ne sera pas le cas d'ordinaire comme j'ai essayé de le démontrer. Ensuite, y a-t-il eu affaiblissement de ce sentiment? ce qui sera le cas le plus commun.

Dans cette hypothèse, l'expert devra s'essayer à la délicate entreprise de mesurer le degré de la participation volontaire à l'acte et pour cela rechercher si l'impulsion a été perçue par la conscience personnelle ou non, c'est-à-dire si l'amnésie temporaire est survenue immédiatement après l'acte ou quelque temps après. L'expert s'en assurera par les récits des témoins si la commission l'autorise, comme c'est ordinairement le cas, à s'entourer de tous renseignements. Il devra faire préciser avec soin l'attitude du malade

au moment de l'acte et pendant la période où il en avait encore le souvenir; rechercher les explications qu'il en a données. Il devra noter le moment où l'amnésie s'est montrée pour la première fois, et, s'il est possible, les circonstances dans lesquelles elle a été constatée. Y a-t-il eu notamment un changement concomitant d'humeur ou de caractère?

Enfin, il devra déterminer les conditions dans lesquelles s'est fait le réveil des souvenirs; rechercher les liens d'association qui ont servi à la soudure des faits oubliés aux faits conservés dans la mémoire. Si cette soudure se fait en fonction des sentiments émotifs, il y aura lieu de s'assurer de la nature de ces sentiments: colère, peur, tristesse, exaltation, mégalomanie. Les déductions que les magistrats auront à tirer des conclusions de l'expert dépendront dans une certaine mesure de constatations de cette nature, car le réveil des souvenirs sous l'influence d'un état émotif déterminé rendra probable l'existence d'une émotion semblable au moment de l'acte examiné. Il n'est pas douteux que l'appréciation de la mesure de la responsabilité civile et, par conséquent, de l'étendue des dommages-intérêts pourra, dans certains cas, notamment en matière d'actes de violence, être modifiée par une considération de ce genre, si l'épileptique a frappé sous l'influence d'une colère exagérée ou d'une peur injustifiée. Il y a des cas, et j'ai assez longuement insisté sur ce point pour n'avoir pas à y revenir, où l'épileptique, sans perdre complètement, d'une manière absolue, la faculté de refréner ses passions, souffre cependant d'une diminution notable de ce pouvoir inhibitoire, étroitement lié à l'exercice des fonctions supérieures de l'esprit, le jugement et la volonté. Or, ce pouvoir de résistance peut être diminué, mais n'être que diminué. On conçoit qu'un accès de colère violente ou de terreur puisse être provoqué par des circonstances qui n'impressionneraient pas au même degré un homme dont l'intelligence ne serait pas en partie voilée. On peut faire des réflexions semblables à l'occasion d'une donation con-

sentie dans une période de trouble mental modéré, caractérisée par une générosité exagérée, ou par l'espoir de gains non encore réalisés et improbables.

Dans le cas où l'amnésie aurait été immédiate, l'expert n'aurait à analyser que les conditions du retour des souvenirs.

J'ai, d'ailleurs, simplement essayé d'indiquer comment je conçois l'analyse psychologique des troubles de la conscience dans certains états crépusculaires. Je suis très éloigné de l'idée de transformer ces aperçus en règles nécessaires. Je ne me dissimule pas les difficultés qu'une pareille analyse peut présenter dans la pratique. Je comprends qu'elle exige du médecin des connaissances très approfondies en psychologie normale et pathologique; mais je suis certain que les maîtres de nos universités trouveraient beaucoup d'élèves capables de suivre leurs leçons sur ces sujets délicats. Le rôle de l'expert légiste prend, à juste titre, une importance croissante, et il est nécessaire que les jeunes gens, ceux qui se destinent à la carrière de la médecine mentale tout au moins, aient les notions indispensables à l'exercice de leur profession¹.

Pour résumer cette discussion un peu longue, je dirai que la responsabilité pénale doit disparaître, qu'il y ait ou non amnésie simple; que la responsabilité civile doit être présumée ne pas exister s'il y a amnésie, exister dans le cas contraire; que la capacité doit être présumée dans tous les cas, mais que l'amnésie de la convention faite ou de l'acte accompli doit rendre probable l'existence d'un trouble de la conscience viciant le consentement.

1. Voyez, sur l'appréciation de la responsabilité des épileptiques, Kovalewsky, *Épilepsie*, p. 268; Legrand du Saullé, *État mental des épileptiques*; Delasiauve, III^e partie, ch. I. — Voisin dit peu de chose. Il n'en est pas de même de Féré, qui discute avec beaucoup de justesse le principe de la responsabilité des épileptiques. Les dernières pages de son livre devraient être méditées par nos magistrats et surtout par nos législateurs. — Voyez aussi Lagardelle, *L'Épilepsie délirante*, III^e partie (cet auteur combat avec des arguments curieux la théorie de la responsabilité partielle), et Kellog, *De l'Étendue de la spécialité psychiatrique* (*Americ. Journ. of insanity*, 1898, anal. in *Annales méd.-psych.*, 1902).

§ 3. AMNÉSIE RÉTROGRADE.

Distinction entre les amnésies rétrogrades s'étendant sur une période d'état crépusculaire ou de conscience normale. — Assimilation de l'amnésie rétrograde à l'amnésie simple dans le premier cas. — Sa signification dans le second cas.

Les conditions dans lesquelles on constate ce genre de perte de mémoire admettent deux solutions différentes selon que l'épileptique a oublié une partie de sa vie normale, ou que l'amnésie s'étend rétroactivement sur une période crépusculaire préparoxystique; j'assimilerai ce dernier cas à celui de l'amnésie simple, car on ne saurait considérer comme une amnésie véritablement rétrograde celle qui ne s'étend que sur une période de trouble; je proposerai donc pour ce cas toutes les solutions que j'ai indiquées ci-dessus; il en est autrement de l'amnésie rétrograde proprement dite, c'est-à-dire rétroagissant sur une période de conscience normale. Il est bien certain que si l'expert arrive à se convaincre de l'intégrité de l'état mental de l'épileptique au moment où ce dernier a contracté, il devra exprimer cette conviction, et les juges, s'ils la partagent, devront ordonner l'exécution des conventions ou le paiement du dommage.

Une difficulté peut se présenter dans le cas où l'épileptique, après avoir par exemple vendu un objet, oublie et revend la même chose. S'il est véritablement atteint d'amnésie, il n'aura commis aucune faute et ne devra pas payer de dommages-intérêts en cas d'inexécution de la nouvelle convention: l'expert devra rechercher dans de pareilles hypothèses quel a été l'état de la conscience du malade lors de la première vente. S'il était incapable de contracter à ce moment, le premier acte est nul et le second doit recevoir son exécution: si l'amnésie est, au contraire, vraiment rétrograde, c'est-à-dire si l'épileptique était dans un état de conscience normale lors de la première convention, c'est celle-ci qui doit être exécutée. La tâche de l'expert peut être bien délicate dans une

semblable hypothèse, car l'amnésie rétrograde ne renseigne pas sur l'état antérieur de la conscience. C'est ce que j'ai déjà dit devant la Cour de Bordeaux :

« Vous voyez immédiatement combien il est impossible de conclure de l'amnésie à l'inconscience ou à la moins-conscience. Voilà un épileptique qui a perdu le souvenir de ce qu'il a fait six mois avant sa crise. Êtes-vous autorisé à dire qu'il a été inconscient ou semi-conscient pendant ces six mois? Non, certainement; car le trouble que présente sa mémoire n'est pas spécial à l'épilepsie : on le retrouve après certains accidents craniens, chutes, coups, blessures, qui excluent l'hypothèse d'une inconscience antérieure. Vous ne pouvez chercher pour l'amnésie rétrograde épileptique une explication inadmissible pour l'amnésie rétrograde traumatique, qui lui est semblable cliniquement...

» L'amnésie rétrograde n'est pas un signe de démence ni d'imbécillité. Il y aura donc à ne tenir que peu de compte de ce symptôme isolé, qui ne permet pas à lui seul de conclure à l'existence d'un trouble profond de la conscience, et par suite, de l'intelligence. Il n'aura de l'importance que si des faits positifs et pertinents sont articulés. La pertinence de ces faits variera avec la cause de l'amnésie. Vous comprenez, en effet, que si l'amnésie est due à une chute, à une violence postérieure à l'acte attaqué, elle ne saurait être prise en considération comme preuve de l'incapacité du contractant. Elle peut reprendre, au contraire, une grande valeur dans l'épilepsie, mais à condition que l'on démontrera que le malade était, à l'époque où il s'est engagé, dans un de ces états crépusculaires qui révèlent un trouble profond de la conscience. En un mot, et pour me résumer, dans l'hypothèse que je viens d'examiner, l'amnésie tirera toute son importance de sa cause et des conditions mentales dans lesquelles le débiteur s'est trouvé au moment où il s'est obligé. »

J'ajoutais que l'amnésie rétrograde, même permanente, ne suffisait pas à légitimer l'interdiction du malade. Je crois que cette opinion ne saurait être contestée. Il faudrait que

la perte des souvenirs s'étendît sur une bien longue période de la vie pour que l'amnésique pût être assimilé à un dément habituel. Les faits de ce genre n'ont été, je crois, signalés dans l'épilepsie que dans les cas où les progrès de la maladie ont amené une profonde déchéance de l'intelligence; mais on constate alors la présence d'un autre trouble de la mémoire, trouble dont la signification, en médecine judiciaire, est des plus graves. Je veux parler de l'amnésie antérograde, continue, ou actuelle (Régis).

§ 4. AMNÉSIE ANTÉROGRADE.

Amnésie antérograde progressive ou non progressive, permanente ou temporaire. — Rareté de l'amnésie antérograde permanente et progressive, sauf dans la démence épileptique. — Interdiction.

Une double distinction est encore à faire dans l'étude médico-légale de cette altération de la mémoire qui correspond, en général, à l'amnésie de fixation ou de conservation des psychologues. Je dis en général, parce qu'il y a des cas où l'amnésie est temporaire. Dès que les souvenirs oubliés reviennent d'eux-mêmes dans la conscience, on ne peut pas dire qu'ils n'ont été ni fixés ni conservés : leur fixation et leur conservation ont été latentes.

Les distinctions nécessaires doivent se faire selon les caractères de progressivité ou de non-progressivité, de permanence ou de non-permanence de l'amnésie. Je ne parle pas des cas où l'amnésie s'étend sur une période d'état crépusculaire post-paroxystique : ce cas se ramène à celui de l'amnésie lacunaire simple.

Je ne crois pas qu'il existe des observations permettant de croire que l'amnésie antérograde pure non progressive se rencontre dans l'épilepsie. En tout cas, s'il était établi que l'épileptique a perdu le souvenir d'une période de conscience normale post-paroxystique, je crois qu'il faudrait donner aux questions soulevées au sujet de sa responsabilité pénale ou civile ou de sa capacité les solutions proposées pour

l'amnésie rétrograde : le raisonnement est le même dans les deux cas, que l'amnésie porte sur une période précédant la crise ou sur une période la suivant.

Il en est autrement lorsque l'amnésie antérograde est réellement actuelle, continue et progressive. Le pronostic de l'amnésie progressive est d'une extrême gravité au point de vue mental. Elle révèle une lésion cérébrale en voie d'évolution. Dans certains cas, ces lésions peuvent être utilement combattues ; c'est ce qui arrive pour les gommés syphilitiques par exemple, que le traitement spécifique peut guérir, si la lésion n'est pas trop avancée. Mais, en dehors de cette hypothèse et de quelques cas d'intoxication ou d'infection probables, comme dans les polynévrites ou l'insolation, les prévisions du médecin appelé auprès d'un malade atteint d'amnésie progressive doivent être pessimistes ; il doit en être particulièrement ainsi lorsque c'est l'épilepsie qui détermine l'amnésie antérograde.

Elle ne se manifeste, d'ailleurs, qu'à une époque assez avancée de la maladie, et elle s'accompagne alors d'une déchéance mentale très marquée. La diminution progressive des facultés intellectuelles aboutit à la démence épileptique. Il est bien évident qu'aucune question difficile ne se présente dès que la démence est constatée. Il n'y a plus qu'à interdire le malade privé de raison.

Il peut en être autrement lorsque l'examen de l'expert doit se placer à un moment où les troubles de l'intelligence ne se manifestent que par de l'amnésie ; je reconnais que cette hypothèse ne doit pas se rencontrer souvent dans la pratique. L'amnésie ne paraît pas jouer dans le domaine épileptique le rôle capital qu'elle joue dans la démence paralytique ; il peut se présenter des cas, toutefois, où elle constitue le premier et le plus grave symptôme.

Dès qu'elle est constatée chez un épileptique, elle me paraît devoir entraîner son irresponsabilité et son incapacité. Je n'ai pas besoin d'insister sur le caractère de gravité de toutes les lésions cérébrales à marche progressive.

Lorsqu'elles ne peuvent présenter que des rémissions incertaines sans jamais s'améliorer véritablement, comme c'est le cas pour l'épilepsie arrivée au degré que j'examine, elles justifient le plus fâcheux pronostic. On ne peut songer à considérer une intelligence aussi profondément atteinte comme susceptible d'un fonctionnement normal. Aussi, n'hésiterais-je pas à exprimer un avis favorable à l'interdiction d'un épileptique atteint d'amnésie rétrograde.

La Cour de Bordeaux, dans un arrêt rendu en chambres réunies le 17 mai 1893, l'a, d'ailleurs, décidé. Elle considère comme symptôme de l'imbécillité ou plutôt de la démence sénile les faits suivants : « 1° L'intimée n'a pu répondre exactement ni sur son âge, ni sur le nombre de ses enfants, ni sur la date et le lieu de la mort de son mari ; elle ignore la mort de sa sœur, récemment décédée à Bordeaux ; elle est inconsciente de tous les événements qui ont suivi l'ouverture de cette succession importante ; elle a oublié qu'elle a comparu devant un notaire pour donner une procuration destinée à régler les affaires du partage ; elle paraît étrangère à la procédure d'interdiction, dont elle ne comprend pas la portée ; elle n'a pas reconnu le magistrat qui avait procédé à son premier interrogatoire et n'a pas gardé le souvenir de cet acte capital de la procédure ; 2° l'amnésie, à peu près totale, s'étend des mots aux idées et aboutit à des répétitions incohérentes et puériles, qui sont caractéristiques du radotage ; aux questions les plus simples, elle répond invariablement qu'elle ne se rappelle pas, et ajoute que si sa fille était là, elle saurait mieux qu'elle. »

Ce que la Cour de Bordeaux dit de la sénilité s'applique évidemment au cas où l'amnésie a pour cause l'épilepsie.

En résumé, je crois que la constatation de l'amnésie progressive doit entraîner les conclusions les plus graves en matière d'expertise médico-légale. L'interdiction même me paraît justifiée dans ces cas.

§ 5. AMNÉSIE RETARDÉE.

Importance médico-légale de l'amnésie retardée. Aveux et dénégations successifs. — L'amnésie retardée peut faire soupçonner à tort la simulation.

J'arrive, enfin, à l'examen d'une dernière forme d'amnésie, particulièrement fréquente dans l'épilepsie et dont l'importance est grande en médecine légale. Je veux parler de l'amnésie retardée. L'épileptique se souvient des actes accomplis par lui, et pendant quelque temps; mais, après une période variant de quelques heures à deux ou trois jours, ce souvenir s'efface et l'amnésie s'installe.

Il arrive quelquefois, — et je citerai à cet égard des observations intéressantes de Samt¹, Leidesdorf², Bonfighi³, Ottolenghi⁴ —, que l'épileptique, après avoir commis son crime, l'avoue sans hésitation. Tous les auteurs reconnaissent, d'ailleurs, cette sincérité des criminels épileptiques, et Delasiauve la caractérise fort bien : « On a justement

1. *Epileptische Irrenseinformen (Archiv für Psychiatrie, VI).*

2. *Die epileptischen Geistesstörung in forensischer Beziehung (Mitth. d. Vereins der Aerzte in N. Oesterreich., 1876). Wien. med. Woch., 1881.*

3. *R. sperim. d. F., 1878.*

4. Ottolenghi (*Epilepsie psichice, in R. sperim d. F., 1891, II^e partie, p. 35*) s'exprime ainsi :

« L'examen de la mémoire peut fournir des indications précieuses; une étude anamnétique très soignée est nécessaire pour constater les diversesamnésies. On ne peut appeler véritablementamnésies que l'oubli des faits survenus pendant que la conscience est normale. Pourtant, on désigne ordinairement sous ce nom la perte du souvenir des événements qui se sont réalisés pendant que la conscience avait disparu ou était diminuée. Celle-ci ne peut se rappeler les faits accomplis pendant qu'elle ne fonctionne pas : ce sont, en réalité, des pseudo-amnésies.

» Nous avons rencontrés dans nos observations qui correspondent à l'absence complète de la conscience, par exemple V..., Bex... et Bott... ont l'amnésie : le premier, de la tentative faite pour frapper un cheval; le second, du coup de revolver qu'il a tiré; le troisième, de ses tentatives de suicide.

» Nous avons encore des pseudo-amnésies incomplètes partielles que l'on croira facilement simulées : elles sont très importantes au point de vue médico-légal. Elles correspondent aux états crépusculaires. Ainsi, Ben... se souvient de certaines circonstances de son arrestation à Genève. G... se rappelle incomplètement son altercation avec le caporal et prétend avec insistance lui avoir donné deux soufflets alors qu'il ne lui en a donné qu'un seul. La fille P..., n'a qu'une mémoire incomplète de sa vie aventureuse, surtout de ses violences en prison. Dans l'état crépusculaire, la conscience est comme obnubilée. On comprend dès lors que les actes accomplis dans cet état épileptique ne fassent l'objet que d'un souvenir incomplet. C'est à ces pseudo-

insisté, dit-il, sur la situation et la conduite des épileptiques après la perpétration. *Ils conservent pour la plupart des indices évidents d'agitation morale; leur physionomie obtuse, un certain éclat sinistre du regard décèlent en eux une sombre et vague inquiétude. La coordination des idées est, d'ordinaire, lente et difficile. Ils confessent, d'ailleurs, le crime avec d'autant moins de réticence qu'ils n'y voient que l'effet d'une défense légitime ou d'un entraînement involontaire leur laissant plus d'affliction que de remords, plus de regret que de crainte.* »

amnésies que se rattachent certaines déclarations, sur lesquelles les instructions criminelles et les débats eux-mêmes s'appuient. Ainsi, le président du Conseil de guerre pressait rudement le soldat G... parce qu'il ne se souvenait pas de certaines circonstances, d'avoir, par exemple, donné un ou deux soufflets au caporal, il soutenait que le prévenu simulait ou mentait.

» Nous trouvons encore chez nos épileptiques desamnésies retardées ou posthumes : celles-ci, on le comprend, peuvent très aisément passer inaperçues et sont justement d'une grande importance médico-légale. Il arrive alors (et c'était le cas pour V... et C...) que le prévenu, comme dans le rêve dont on a un souvenir précis au réveil et qu'on oublie ensuite, conserve pendant les premières heures qui suivent l'accès, la mémoire du crime commis, puis la perde ensuite complètement. Ainsi, C..., interrogé par le juge d'instruction peu après son réveil d'un état crépusculaire qui s'était continué à l'hôpital, raconta son méfait et le nia ensuite, en pleine conscience et en toute sincérité. On constate souvent dans la pratique judiciaire d'étranges divergences entre les déclarations recueillies peu de temps après le crime et celles qui sont ensuite faites au juge d'instruction ou devant les juges. On les explique presque toujours par une ruse du prévenu, qui cherche à se défendre : elles peuvent pourtant être l'effet d'amnésies retardées; une fois connues, cesamnésies peuvent jeter beaucoup de lumière sur l'état mental du prévenu et, par suite, sur sa responsabilité.

» On peut, dans ces cas, être en présence d'une décharge épileptique qui n'est pas complètement inconsciente : le prévenu possède alors un souvenir confus de tout ce qu'il a fait. C'est dans les cas de ce genre qu'on cite des accès épileptiques sansamnésie. Il faut ajouter que l'inculpé, en présence des preuves accumulées contre lui, finit par admettre la réalité d'un crime commis par lui inconsciemment; mais, dans des interrogatoires répétés, il se trompe sur les détails, les racontant d'une manière différente, selon qu'il croit y avoir intérêt; celui qui l'interroge, ignorant que le fait a été inconscient, croit à la tromperie. Rappelons-nous, enfin, que la mémoire peut être conservée encore dans l'épilepsie psychique pour les états que nous avons appelés l'état second épileptique. »

J'ai cru devoir entièrement traduire les conclusions du beau travail d'Ottolenghi parce que mes idées sont d'accord avec les siennes sur la signification médico-légale de l'amnésie. Je fais assurément des réserves, au point de vue psycho-pathologique, sur les expressions d'*inconscience* et de *conscience* qu'il emploie. Je regrette que ce délicat observateur n'ait pas fait porter son examen sur les relations entre l'amnésie et les troubles de la conscience. Il est difficile de pouvoir faire cette analyse avec les éléments qu'il fournit; je signalerai cependant l'observation VI (Ben...): le malade avait uneamnésie incomplète de certaines de ses fugues, savait qu'il avait erré dans la campagne, qu'il avait déserté, voyagé; mais, si j'en crois le texte d'Ottolenghi, ses tentatives de suicide paraissent frappées d'uneamnésie plus profonde. Cette différence est significative.

Kovalewsky signale l'existence de l'amnésie retardée; mais Féré ne paraît pas en avoir saisi l'importance. Peut-être, à l'époque où a paru son excellent traité, n'était-elle pas encore bien connue. Il aurait, cependant, il me semble, pu la remarquer si son attention s'y était portée. Son observation XXVII, en effet, l'aurait peut-être mis sur la voie de ce mode d'amnésie.

Le type le plus ordinaire de cette perte de souvenirs se présente sous la forme suivante : un épileptique commet des actes de violence; on l'arrête aussitôt; il reconnaît sa culpabilité, et cherche presque toujours à justifier ses actes par une prétendue agression de sa victime. D'autres fois, sans être arrêté, il manifeste par son attitude, notamment par les précautions qu'il prend, qu'il a conscience en apparence de sa faute. Ces cas sont les plus dangereux pour le malade et pour son expert.

Quelques jours, quelques heures après son aveu, l'épileptique est de nouveau soumis à un interrogatoire. Il prétend alors ignorer le crime qu'on lui impute.

Les magistrats peuvent quelquefois être tentés de considérer cet amnésique comme un simulateur et de le juger avec d'autant plus de sévérité qu'ils auront la conviction de sa fraude. Je ne saurais trop les mettre en garde contre une pareille impression. L'amnésie peut être réelle malgré les caractères à première vue suspects qu'elle peut présenter. Je me suis, d'ailleurs, expliqué en ces termes devant des magistrats :

« Il y a, cependant, dans l'amnésie épileptique, un caractère intéressant, inconstant, il est vrai, et peut-être même non spécifique, c'est l'amnésie retardée. Pour bien comprendre le problème difficile que soulève une pareille perte de mémoire, permettez-moi de vous en raconter un cas. Je l'emprunte à la littérature psychiatrique italienne¹.

« Un individu en tue un autre, d'un coup de couteau, dans

1. *R. sperim. di F.*, 1878, p. 470.

une auberge. Arrêté quelque temps après, il fait au préteur un récit circonstancié de son crime, et prétend, pour s'excuser, qu'il était en état de légitime défense. La justice ouvre une information, et l'inculpé, interrogé de nouveau, déclare n'avoir aucun souvenir de son crime.

» Comment expliquer cet aveu et ces dénégations contradictoires? La première idée qui se présente à l'esprit, c'est que le prévenu est un simulateur. Ou n'aurait eu, jadis, aucune hésitation à le considérer comme tel; mais de nombreusesamnésies de ce genre ont été constatées chez des malades qui n'avaient aucune raison pour les simuler, et leur réalité s'est bientôt affirmée. Il paraît certain que le souvenir des actes accomplis pendant l'accès peut être passagèrement conservé. On en fait une comparaison frappante avec le souvenir du rêve: il nous arrive fréquemment de nous rappeler plus ou moins nettement nos songes au moment où nous nous éveillons, pour les oublier complètement au bout de quelques instants. »

La notion de l'amnésie retardée n'est malheureusement pas encore généralement admise en France; je me suis longuement étendu déjà sur ce fait et j'y reviendrai encore à l'occasion de la simulation de l'amnésie.

L'amnésie retardée est en effet un phénomène psychologique peu connu des médecins légistes encore imbus des doctrines anciennes sur l'amnésie épileptique; elle peut les exposer aux plus dangereuses erreurs.

§ 6. PRESCRIPTION.

*L'épileptique ne peut être jugé tant que son amnésie dure.
Prescription criminelle. — Observation.*

Il y a quelques questions juridiques importantes à traiter dans le cas de certainesamnésies, notamment de l'amnésie rétrograde, desamnésies antérogrades ou desamnésies mixtes (rétro-antérogrades). C'est d'abord celle de la prescription. Les conditions pathologiques de l'amnésie épilep-

tique ne permettront sans doute qu'exceptionnellement à une pareille question de se poser. On peut admettre, cependant, qu'un acte délictueux ait été commis par l'épileptique dans des circonstances où sa responsabilité pénale puisse exister, et qu'ultérieurement il ait oublié l'infraction. Peut-il être jugé utilement? Non, évidemment, car la perte de ses souvenirs ne lui permet pas de se défendre utilement.

Cette question intéressante et nouvelle s'est posée devant le Tribunal de Bordeaux. L'amnésie du prévenu n'était pas d'origine épileptique, mais la solution est la même évidemment pour toutes les amnésies. J'ai exposé ce cas curieux à l'occasion d'un discours de rentrée récent :

« Un homme intelligent, occupant des fonctions électives dans sa commune, avait été dénoncé comme ayant commis une escroquerie et organisé une loterie sans autorisation; il protesta et promit de se justifier, mais n'en fit rien, et, quand la justice le fit interroger, il prétendit être malade et avoir complètement perdu la mémoire de sa vie antérieure; sa femme attribuait cette maladie à une insolation. L'amnésie était-elle vraie ou simulée? Telle était la question soumise aux experts.

» Question facile à résoudre au premier aspect des choses. Voilà un homme qui paraît avoir commis une escroquerie grave. Il est atteint d'insolation, dit sa famille, en juillet; postérieurement à cette date et jusqu'au 4 septembre tout au moins, on ne trouve pas trace d'amnésie; il est accusé dans les journaux et annonce qu'il rendra des comptes. Le 4 septembre, il est malade, et aux délégués du Conseil municipal qui l'interrogent, il répond qu'il est trop souffrant pour fournir des explications en ce moment; qu'il les donnera à la prochaine réunion du Conseil. Il n'y va pas. Le 31 décembre, le commissaire de police se rend chez lui pour l'interroger à son tour: il est, à ce moment, atteint d'amnésie complète, ne sait plus rien de sa vie passée, pas même son nom, et ne garde actuellement aucun souvenir. Pour employer les désignations médicales, c'est une amnésie

rétro-antérograde complète, retardée ou tardive, car elle s'est manifestée plusieurs mois après l'accident qui paraît l'avoir déterminée, au dire de ses proches.

» Les experts, MM. Pitres et Régis, ont indiqué les doutes sérieux que leur inspirait la sincérité du prévenu. Si son amnésie est due à l'insolation, elle s'est bien tardivement manifestée. La période de temps sur laquelle elle rétroagit est bien longue. Enfin, elle est singulièrement opportune. Tout en reconnaissant la probabilité d'une simulation, les savants médecins commis n'ont pu l'affirmer.

» Mais ils n'ont pas hésité à déclarer que l'amnésie, survenue postérieurement au fait délictueux, ne faisait pas disparaître la responsabilité du prévenu: « Qu'elle soit réelle » ou simulée, elle n'a commencé qu'au mois d'août 1900. » Durant l'organisation et le tirage de la tombola, par conséquent au temps de l'action, X... était entièrement sain » d'esprit et, par suite, pleinement responsable. Les accidents cérébraux éprouvés depuis par lui ne sauraient donc » rien modifier à cette responsabilité nettement établie et » ne peuvent, tout au plus, qu'interrompre le cours de la » justice.

» La question se résume donc à savoir si la perte du souvenir d'un acte antérieur dont on est responsable suspend ou non pendant sa durée les effets de cette responsabilité. »

» Les experts laissent aux magistrats le soin de décider cette question. Je crois qu'elle doit être résolue par l'affirmative. L'amnésique ne saurait être utilement jugé, quel que soit le degré de son amnésie. En effet, ou bien elle atteint une telle étendue qu'elle équivaut juridiquement à l'imbécillité, et alors la question est tranchée par les auteurs¹ comme par les décisions judiciaires dans le sens de la suspension de la responsabilité; ou bien elle est limitée, mais, dans ce cas encore, la même conclusion doit être adoptée, car le prévenu amnésique est hors d'état de présenter utilement sa défense.

1. Le Sellyer, *Traité de la criminalité*, ch. 1^{re}, p. 50; Cass., 6 juin 1839.

» On doit donc attendre sa guérison pour le poursuivre, sauf, bien entendu, le cas où il commettrait de nouveaux délits. Il y aurait alors à prendre contre lui des mesures de précaution : l'internement, par exemple.

» On peut se demander s'il prescrit. Les auteurs s'accordent à répondre affirmativement encore sur ce point. Je me range à leur opinion, car la prescription est d'ordre public en matière criminelle, et les exceptions qu'y admet la loi civile ne sauraient être invoquées en droit pénal. Question d'ailleurs facile à résoudre en pratique par la réalisation opportune d'actes interruptifs. »

Il n'y a pas, je crois, d'autre solution à donner quelle que soit la cause de l'amnésie.

§ 7. TÉMOIGNAGE DES ÉPILEPTIQUES AMNÉSIIQUES.

Épileptiques plaignants et témoins. — Dangers que présente leur amnésie. Fractures spontanées dans les accès épileptiques.

Une seconde question, plus intéressante encore peut-être, se pose à l'occasion de la valeur du témoignage de l'épileptique amnésique, qu'il soit plaignant ou témoin.

Cette question ne se pose, évidemment, que pour l'amnésie temporaire. Mais supposez un épileptique assailli par un individu et frappé. Les coups qu'il reçoit, sa frayeur, sa colère, peuvent déterminer un accès suivi d'amnésie rétrograde. Le malade ignorant les violences dont il a été victime, ou le vol commis à son préjudice, ou tout autre acte dommageable quelconque, ne se plaint pas; puis, l'amnésie rétrograde disparaissant, il retrouve ses souvenirs et porte plainte.

Il ne faudrait pas voir dans son silence une preuve de mauvaise foi; si le plaignant soutient avoir momentanément perdu le souvenir des faits allégués par lui, il faudra vérifier, à l'aide d'une expertise difficile d'ailleurs, le bien fondé de ses allégations. Ici encore, aucune règle ne me paraît pouvoir être formulée : c'est à l'expert d'établir sa conviction

sur des données sérieuses, et il lui appartient d'appliquer à chaque cas particulier la méthode qui convient.

J'en dirai autant de l'épileptique appelé en témoignage, en signalant d'ailleurs le danger que présentent les dépositions de ces malades sujets à tant d'illusions et d'erreurs. Une expertise ne sera pas nécessaire pour établir la bonne ou la mauvaise foi du témoin, car il ne saurait être question d'appliquer les pénalités des articles 361 et suivants, qui punissent les faux témoignages, à un épileptique, pas plus que d'apprécier la sincérité d'une réclamation tardive de dommages-intérêts. Mais, en admettant même que l'épileptique paraisse avoir recouvré les souvenirs qu'il aurait perdus et fasse une déposition très affirmative et en apparence sincère, les juges devront n'en faire état qu'avec une extrême prudence. Au surplus, les illusions et les hallucinations des épileptiques peuvent rendre leur témoignage extrêmement dangereux à cause de leur amnésie même, car ils cherchent à expliquer par l'intervention d'autrui les faits dont ils sont les seuls auteurs. Il en est particulièrement ainsi dans les mutilations volontaires ou les tentatives de suicide. Magnan¹ raconte l'histoire d'une dame qui, se trouvant un jour sur l'impériale d'un tramway, eut un vertige épileptique et se jeta, en passant pardessus le conducteur, entre les chevaux attelés à la voiture. Cette malade était persuadée qu'un de ses voisins l'avait poussée. Supposez qu'elle se fût trouvée seule avec quelqu'un, elle n'eût pas hésité à l'accuser avec d'autant plus de conviction et de sincérité qu'elle eût été de bonne foi. Son témoignage, si un expert habile et expérimenté n'avait pu déceler son amnésie, aurait pu entraîner une injuste condamnation. C'est là un danger qu'il convient de signaler; ce danger, qu'il ne faut cependant pas exagérer, est bien réel toutefois, car personne ne songe à faire examiner l'état mental d'un témoin ou d'un plaignant. Il n'est pas rare, justement en matière de

1. *Leçons cliniques sur l'épilepsie*, p. 35.

coups et blessures, qu'il n'y ait aucun témoin de la scène, et que le plaignant soit le seul à accuser le prévenu. La logique ordinaire commande aux magistrats de conclure que si deux personnes sont ensemble et que l'une d'elles porte des ecchymoses, c'est l'autre qui l'a frappée ou violentée.

Cette question présente encore un grand intérêt à un autre point de vue: des fractures spontanées peuvent se produire chez les épileptiques¹. Charras en cite quelques cas; l'une de ses observations concerne un malade qui se fractura le fémur par suite de la contraction violente des adducteurs et fléchisseurs de la cuisse. *Les autres épileptiques, ses camarades, accusèrent l'infirmier d'être l'auteur de la fracture, et la victime confirmait leurs déclarations.* L'autopsie démontra que le fémur du malade avait été brisé par la brusque et violente contracture de ses muscles au moment de l'accès. Dans un autre cas, un épileptique se brisa spontanément l'humérus: sa famille prétendit qu'il avait été frappé. Charras conclut en ces termes: « C'est surtout au point de vue de la médecine légale que le diagnostic des fractures spontanées présente de l'importance. Chaque jour, en effet, le médecin expert peut se trouver en présence d'une fracture dont la pathogénie est obscure et qui peut être précédée de circonstances analogues à celles que nous avons citées et suivies d'actions devant les tribunaux, dans lesquelles le sort d'un ou plusieurs inculpés dépend de l'appréciation médicale. Il sera bon, dans ces cas, de se souvenir que si les fractures spontanées sont peu fréquentes, elles ne sont point absolument rares chez les épileptiques, et qu'elles présentent certaines particularités qui permettent, le plus souvent, sinon d'affirmer le diagnostic, au moins de le rendre très probable et, pour le moins encore, de justifier un doute prudent qui, en toute justice, doit toujours profiter à l'accusé. »

1. Charras, *Des fractures spontanées pendant les accès épileptiques*, in *Ann. méd.-psych.*, 1899, II, p. 24.

Quant à l'amnésie antérograde progressive, elle me paraît de nature à rendre suspect le témoignage de tout épileptique qui en est atteint: ses récits n'ont aucune valeur et peuvent n'être que des réminiscences anciennes mal localisées dans le temps ou des illusions.

§ 8. SIMULATION.

Diagnostic de l'épilepsie. — Amnésie retardée. — Exécution dans l'accès d'un acte antérieurement projeté. — Explications qu'imagine l'épileptique amnésique. — Exemple de simulation. — Observation sur le rapport des experts.

Il reste une dernière question à examiner: celle de la simulation de l'amnésie.

Le premier devoir de l'expert doit être, évidemment, de s'assurer de la réalité de l'épilepsie alléguée. Il n'entre pas dans le cadre de mon travail d'examiner les signes auxquels le médecin devra reconnaître cette maladie. J'estime, comme Féré, qu'il ne doit pas exiger, pour affirmer son existence, la réunion de tous les symptômes classiques du mal comitial. Je pense qu'il doit se montrer moins rigoureux et établir sa conviction sur un ensemble de symptômes, non sur la totalité des signes habituels de l'épilepsie. Ce point dépend de son appréciation, de sa science, de son expérience: je ne crois pas qu'il soit possible de fixer des règles précises.

En ce qui concerne l'amnésie proprement dite, il devra s'assurer de sa réalité par un examen minutieux. Je dois ici faire observer qu'il y a plusieurs écueils à éviter.

Le premier est la possibilité d'une amnésie retardée. J'ai déjà discuté cette question et je n'ai pas à y revenir; je rappellerai, cependant, avec insistance, car j'attache une grande importance à cette considération, que dans son rapport l'expert devra, le cas échéant, s'expliquer sur la possibilité d'une amnésie retardée. Il serait imprudent d'affirmer la simulation parce que le prévenu revient sur des aveux

ou nie après avoir manifesté, par son attitude et les précautions prises peu de temps après le crime, qu'il avait conscience ou souvenance de son acte. Avec les progrès de la psychologie morbide, il n'est pas permis à l'expert de se prononcer sur la simulation dans de pareils cas sans avoir examiné l'hypothèse de l'amnésie retardée¹.

En second lieu, il ne faut pas supposer que l'amnésie est simulée parce que le prévenu a exécuté, au cours de son accès prétendu, des menaces proférées alors qu'il paraissait jouir de toutes ses facultés. Les observations à cet égard sont nombreuses, et l'on a un grand nombre d'exemples de l'accomplissement dans l'accès d'épilepsie psychique d'actes projetés à l'état normal. C'est, par exemple, une vengeance qu'accomplira le malade, ou une menace qu'il réalisera. Cette circonstance ne suffit pas à justifier l'affirmation de la simulation : il faut d'autres éléments de preuve.

En troisième lieu, il ne faut pas se laisser impressionner par les explications que l'épileptique donnera de son acte pour décider qu'il agit d'une manière consciente. J'ai cité, page 178, les excellentes indications de Delasiauve sur ce point.

Enfin, et c'est là un danger que l'expert doit toujours redouter; il peut exister des cas très frustes dans lesquels l'épilepsie ne se révèle que par un petit nombre de symptômes. Je crois qu'il faut alors, conformément aux règles du droit criminel et aux exigences de l'humanité, conclure en faveur de l'irresponsabilité pénale du prévenu; le doute s'interprète toujours en sa faveur.

Ces réserves faites, comment l'expert reconnaîtra-t-il que l'amnésie est réelle? Il est bien difficile de donner des indications sur ce point. Une longue et minutieuse observation

1. Voyez en ce sens Pardo, *I disturbi della memoria*, p. 202. « Il faut surtout prendre garde à l'épilepsie qui est la maladie le plus fréquemment en cause dans les soupçons de simulation, car il arrive que dans la période de temps immédiatement consécutive à l'accès épileptique, le souvenir complet des actes exécutés est conservé. Le malade conduit à ce moment devant un magistrat pourra en faire un récit exact : il les niera ensuite dans un interrogatoire ultérieur. Il ne faut pas pour cela conclure à l'existence de la simulation. »

est nécessaire, et c'est à l'ingéniosité de chaque médecin légiste qu'il convient de découvrir et d'employer les moyens propres à découvrir la fraude. Elle sera peut-être plus aisée à déceler si le sujet simule l'amnésie antérograde; elle sera, au contraire, bien difficile à reconnaître s'il feint l'amnésie lacunaire simple. Il faudra le faire parler, lui faire raconter à diverses reprises ce qu'il sait des choses faites par lui avant et après la période oubliée, voir s'il varie, surtout dans l'indication du point de départ de l'amnésie et de son terme. Un prévenu silencieux défilera toute analyse.

Dans ces cas, l'appréciation de l'expert doit être faite avec réserve; l'existence d'une épilepsie prouvée rendra toutefois vraisemblable la sincérité de l'amnésie. Je signalerai, au sujet de l'amnésie épileptique, un cas remarquable de simulation : il a fait l'objet d'une savante expertise de MM. Brouardel, Magnan et Garnier¹. L'observation faite par ces experts éminents est des plus instructives, et j'en recommande l'étude à ceux qui se trouveraient en présence d'une amnésie épileptique d'origine suspecte.

Cependant je me permettrai quelques critiques sur certains points de cette étude importante.

Le cas qui était soumis aux experts présentait des difficultés d'un ordre très délicat; en voici le résumé :

Un jeune homme tua sa fiancée dans un wagon du chemin de fer de ceinture. Un voyageur, assis dans un compartiment voisin, entendit les coups de feu et, plus tard, le bruit d'un corps jeté sur la voie au moment où le train passait sous un tunnel. Il surveilla la voiture dans laquelle ces incidents s'étaient produits et fit arrêter le jeune homme qui l'occupait. Celui-ci avait eu le temps de jeter rapidement son revolver. Après son arrestation, il protesta contre celle-ci, menaça les agents, puis se calma, donna son nom, avoua son crime. Il s'appelait D..., était âgé de vingt-deux ans et était employé de commerce; il était lié avec une jeune fille qu'il comptait épouser, mais il craignait que celle-ci ne rompît avec lui et avait de fréquentes discussions avec elle : « Depuis deux mois, dit-il, malgré moi, j'étais poussé à une détermination extrême; il fallait

1. *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1902, I, 193.

qu'elle disparût, ou moi, ou tous les deux; depuis quelques jours, la jalousie, la colère et je ne sais quoi hantaient mon cerveau au point de me rendre malade; ni lundi ni mardi, je n'ai pu me rendre à mon bureau. »

Lorsqu'il comparut devant le juge d'instruction, il prétendit avoir oublié son crime et ne put fournir aucune explication; il fut aussitôt soumis à l'examen d'experts, qui firent les constatations que je résume ci-dessous :

Le prévenu était bien conformé, intelligent, réservé et répondant avec prudence. Sa famille est bien portante; ses frères, âgés de dix-sept et dix-neuf ans, sont de bons comptables. Une tante avait souffert d'anémie cérébrale.

Dans la première maison de commerce où il a été employé, il a été noté comme peu sérieux et mal équilibré. Il avait des maux de tête et des éblouissements. Un autre patron le considérait comme distrait et trop occupé de sa personne; son chef actuel l'avait trouvé, au début, bon employé, mais avait constaté que, depuis quelques jours, il était préoccupé et distrait; il avait des maux de tête. Le 20 mai (lundi, avant-veille du crime), il prévint qu'il ne viendrait pas le lendemain.

Les renseignements recueillis d'autre part révélaient qu'il avait abandonné une fille dont il avait eu un enfant. Il se lia ensuite avec une demoiselle P... et voulait l'épouser. Sa famille y consentit. Il y avait entre la demoiselle P... et le prévenu des scènes fréquentes; la jeune fille était peut-être coquette et son fiancé certainement jaloux.

La santé du jeune D... ne paraît pas avoir été toujours très bonne; ses parents disent qu'il avait de fréquents maux de tête, que le médecin aurait attribués à un rhumatisme cranien. Il avait eu l'œil traumatisé.

Il ne paraissait pas excentrique, n'a jamais eu d'accès de délire ou d'inconscience, sauf dans deux circonstances où il aurait tenu des propos incohérents: une fois, il voulait faire du vin avec du jus de pommes de terre; une autre fois, il devait faire une promenade à la campagne avec sa famille. Ses parents n'étaient pas prêts. Il s'impatientait, quand il s'écria : « Eh bien ! moi, je pars en avant. Je vais prendre le train, car le ballon est là-haut qui m'attend. » Puis il grimpa l'escalier.

Il avait des éblouissements et des vertiges: il lui fallait quelquefois s'appuyer pour ne pas tomber; mais il n'a jamais eu de perte de connaissance. Il n'a jamais eu d'accès de noctambulisme, n'a pas uriné au lit, ne s'est pas mordu la langue, n'a pas taché son

oreiller de sang; pas de convulsion, pas de fugues. Il parlait en rêvant quand il était enfant; il lisait avec passion des romans.

Les experts ont observé le prévenu pendant cinq mois: son attitude ne varia pas. Il répondait toujours avec beaucoup de réserve et donna aux savants médecins qui l'examinaient l'impression d'avoir adopté un système de défense combiné. Il reconnaissait avoir dû assassiner sa fiancée puisqu'on le lui affirmait, mais il ne s'en souvenait pas. Il s'exprimait d'un ton monotone, mais était plus communicatif dès qu'il s'agissait de ses vertiges. Quant à sa fiancée, il en parlait sans émotion, racontait sa jalousie et s'étendait surtout sur la gravité des vertiges qu'il avait éprouvés dans la journée du lundi.

Les experts se sont demandé si le jeune D... était épileptique. Celui-ci présentait des vertiges et de l'amnésie; mais le médecin commis a attribué les premiers au traumatisme oculaire dont le jeune D... avait été victime et il a considéré l'amnésie comme simulée.

« D... n'a jamais été inconscient; il conserve le souvenir de ses malaises et pouvait même prendre des précautions pour en éviter les inconvénients, par exemple pour ne pas tomber. Il n'a jamais uriné au lit ni mordu sa langue. Les propos bizarres qu'il a proférés ne sont pas suffisants pour établir le diagnostic de l'épilepsie. Enfin, l'amnésie est simulée, car, lorsqu'un épileptique commet un acte dans l'inconscience, l'auteur ne prend aucune précaution pour l'exécuter et n'en a jamais, à aucun moment, le souvenir ».

Sur ces conclusions, le jeune D... a été condamné aux travaux forcés à perpétuité par la cour d'assises de la Seine.

Les conclusions des savants ont été confirmées par les faits, car l'amnésie de D... disparut à l'audience et il s'expliqua avec précision.

Je crois, cependant, devoir faire quelques réserves sur les théories auxquelles MM. Brouardel, Magnan et Garnier prêtent l'appui de leur autorité scientifique. Je ne puis partager leur sentiment sur l'amnésie épileptique. Si, disent-ils, D... avait tué M^{lle} P... sous l'empire d'un vertige comitial lui enlevant la conscience — et partant la mémoire — de son acte, à aucun moment il n'aurait été en mesure de s'en souvenir et de s'en expliquer.

Je pense qu'exprimée avec cette rigueur, l'opinion des experts est trop absolue. Elle est vraie si l'accès d'épilepsie psychique abolit la conscience personnelle, mais il y a des

cas, et ils sont nombreux, où elle subsiste, il y a des cas où le souvenir persiste tant que le trouble dure, pour disparaître avec lui : le malade interrogé dans l'état de trouble avoue et nie plus tard, quand il revient à l'état normal. Ces cas sont les plus graves pour l'expert. Je serais récompensé du labeur considérable que j'ai entrepris si mon travail avait pour résultat de faire pénétrer définitivement dans la médecine légale française la notion de l'amnésie épileptique retardée, qui n'est plus contestée en Allemagne et en Italie.

CONCLUSIONS

Je résumerai les résultats principaux de l'analyse que j'ai faite de l'amnésie épileptique dans les propositions suivantes :

1° L'amnésie épileptique se présente sous des aspects très divers; elle peut être simple, rétrograde, antérograde ou mixte; passagère ou permanente, périodique, complète ou incomplète : elle peut même ne pas exister.

2° Si l'amnésie peut faire soupçonner l'existence d'un trouble de la conscience d'origine épileptique, lorsqu'elle se rencontre, son absence ne permet pas d'affirmer qu'un pareil trouble n'a pas existé.

3° L'amnésie paraît varier en fonction de la notion de la participation personnelle du sujet à l'acte oublié : elle permet de supposer que la personnalité normale a d'autant moins participé à l'acte qu'elle en a moins gardé le souvenir.

4° Elle ne permet pas, au contraire, d'affirmer l'inconscience; elle ne laisse supposer qu'une altération de la conscience normale, qui peut être quantitative, — diminution ou anéantissement de la faculté de contrôler et de percevoir les impulsions —, ou qualitative, — variation de la personnalité.

5° Il en résulte que si l'expert doit, en général, déclarer que l'épileptique amnésique n'a pas joui d'une liberté suffisante pour être responsable pénalement de ses actes, il doit, dès qu'il s'agit de sa responsabilité civile ou de sa capacité, se livrer à une discussion approfondie des faits, et dire s'il y a eu disparition du pouvoir volontaire personnel ou simplement diminution de cette faculté. Dans le premier

cas, la responsabilité n'existe pas; elle peut exister en principe dans le second cas.

6° L'amnésie lacunaire simple et l'amnésie rétrograde peuvent, dans certains cas, contribuer à établir l'irresponsabilité d'un épileptique pour des actes déterminés, mais ne sauraient justifier, à elles seules, son interdiction. Il en est autrement de l'amnésie antérograde progressive : celle-ci a une gravité particulière et me paraît légitimer l'interdiction du malade.

7° En matière d'expertise, l'amnésie survenant après des aveux ou d'autres circonstances établissant que le coupable a conservé le souvenir de l'acte commis par lui ne saurait suffire à établir la simulation. L'expert, dans ces cas, doit toujours envisager et discuter la possibilité d'une amnésie retardée.

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL et COLMAN. Perforation de la base du crâne et amnésie rétro-antérograde. *Brit. med. Journ.*, 1895; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1896, I, 48.
- ABUNDO (G. D'). Contrib. allo studio delle amnesie post-convulsive e post-traumatiche. Napoli, 1893.
- A case of alleged loss of personal identity. *Proceedings Soc. f. Psych. Res.*, XV, 90.
- ADAMKIEWICZ. Le moi actif et le moi inactif. *Rev. de psych. clin. et thér.*, 1901; *Zeits. f. klin. Med.*, 1901. — Les cellules de l'écorce cérébrale et l'activité consciente. — Zur Mechanik des Gedächtnisses. *Zeits. f. klin. Med.*, 1901.
- ADLER. Ueber die Zusammenhänge mit acuten Infektionskrankheiten auftretenden Geistesstörungen. *A. Z. f. P.*, V, 53.
- ADRIANI. Anthropophagie bei einem Epileptiker. *A. Z. f. P.*, XXXI, 148.
- Affaire Yarrow (1°); l'Affaire Hanbury; l'Affaire Mac Naughten. *Med. leg. Journ.*, X.
- AGOSTINI. Toxicité de l'urine des épileptiques. *R. sperim. d. F.*, XXII, 267. — Toxicité du suc gastrique chez les épileptiques. *R. d. patol. nervosa*, 1896. — Sull' importanza delle auto-intossicazioni nelle neuropatie e psicopatie, etc. *Atti del X° Congresso freniatrico*, 1901. — Variations de la sensibilité générale, spéciale et réflexe chez les épileptiques dans la période interparoxystique et après l'accès. *R. sperim. d. F.*, 1890; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1891, I.
- AGRICOLE. Équivalents délirants des accès épileptiques. Thèse de Paris, 1899.
- ALBERS. Synoptische Darstellung der neuen Schriften ueber Epilepsie. *A. Z. f. P.*, XIX, 545.
- ALGERI. Epilessia larvata. *R. sperim. d. F.*, 1889, 139.
- Aliénés (Loi de 1888 sur les) en face des délinquants dits irresponsables. Charpentier, Ballet, Collin. Soc. méd.-psych., 30 déc. 1895; *Archiv. de neurol.*, 1896, I.
- Aliénés épileptiques criminels. *Archiv. de neurol.*, 1900, I, 180 et suiv.
- Aliénés méconnus et condamnés. Rapport de Taty; discussion Granjux, Giraud, Rey, Mabilie, Drouineau, Régis, Bourneville. Congrès de Marseille. Compte rendu in *Archiv. de neurol.*, 1899.
- ALLAMAN. Les aliénés criminels. Thèse de Paris, 1891.

- ALLEN. Épilepsie sénile. *Med. News*, 1898; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, II.
- ALLISON (A.). Nocturnal insanity. Anal. in *A. Z. f. P.*, XXVI, 618. — Medico-legal notes. Modified responsibility. *Amer. Journ. of insan.*, 1898.
- ALLSON. Folie et homicide. *Amer. Journ. of insan.*, 1899; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1900, I.
- ALT. Das Symptom der Personenverwechslung bei Geisteskranken. *A. Z. f. P.*, t. XLIV, p. 50.
- ALTHAUS. Ueber einige post-epileptische Phaenomene. *Med. Times*, 1884. (Formes: *aiguës*, périodicité, identité des accès, amnésie; *chroniques*, débil. ment., artic. defect., dysmn. ou amn., tend. à violences). — Epileptic automatism. *Brit. med. Journ.*, 1886, 294; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1886, II.
- ALTMANN. Traum statt Wirklichkeit. *A. f. K. A.*, I, 335.
- ALZHEIMER. Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Epilepsie. *Monats. f. Psychiat. und. Neurol.*, 1898. — Ueber rückschreitende Amnesie bei der Epilepsie. *A. Z. f. P.*, 1897, 484.
- Amnesia. *R. d. st. P.*, 1895, 140.
- Amnésie périodique (Cas d'). *Amer. Journ. of med. sciences*, 1845. (Cas semblable à celui d'Azam: double personnalité. C'est la plus ancienne observation que j'aie vue. Elle ne m'a pas paru connue.)
- ANASTAY. Quelques observations sur l'association inconsciente des mots, des idées et des actes. Congrès de psychol., Paris, 1900.
- ANGELIN. La dissociation psychologique. *Rev. des Quest. scient.*, 1900-1901.
- ANDENAEREN (Van). Contribution à la psycho-pathologie du moi. *Bull. Soc. méd. ment. de Belgique*, 1898.
- ANDREWS. Studies of the dream consciousness. *Amer. Journ. of Psych.*, 1900.
- ANGERIO. Accès convulsifs épileptiques et exagération de la putréfaction intestinale. *R. clin. e terap.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, II.
- ANGIOLELLA. L'impulsivité dans le caractère et les psychoses. Étude clinique. *Il manicomio moderno*, 1898; anal. in *Med. Psych.*, 1901.
- ANGLADE. Centres nerveux d'épileptiques. Soc. de neurol., 17 avril 1902; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I.
- ANJEL. Ueber eigenthümliche Anfaelle perverser Sexualerregung. *Arch. f. P.*, XV, 395. — Beitrag zur Capitel ueber Erinnerungstäuschungen (paramnésies, déjà vu). *Arch. f. P.*, 1877-1878, VIII. — Équivalents sexuels. *A. Z. f. P.*, 1885, Litt. 23.
- ANTONELLI. L'amblyopie transitoire (bibliographie sur la migraine). *Archiv. de neurol.*, 1892, II.
- ANTONINI. Contribution à la psycho-pathologie de l'homicide épileptique. *Gaz. med. di Torino*, 2 fév. 1901, anal. in *Rev. neurol.*, 1901.
- ARAMBURU Y ZULOAGA (De). La nueva ciencia penale. Exposicion y critica, 1887.

- ARCANGELIS (De). Stigmates épileptoïdes chez les criminels aliénés. *R. sperim. d. F.* 1897, indiqué; *Archiv. de neurol.*, 1898, II.
- ARDIGÒ. L'unita della coscienza. Padoue, 1897.
- ARDIN DELTEIL. Épilepsie larvée. *Progr. méd.*, 15, 24 déc. 1900; 5 janv. 1901. — Les équivalents physiques de l'épilepsie. *Nouv. Montp. méd.*, 1900.
- ARMSTRONG. Consciousness and the unconscious. *Psychol. Rev.*, 1898.
- ARNAUD. Sur la théorie de l'obsession. Congrès de Limoges. *Archiv. de neurol.*, 1901, II. — Fausse mémoire. Soc. méd. psych., 24 fév. 1896, in *Archiv. de neurol.*, 1896, I, 295.
- ARNDT. — Lehrbuch der Psychiatrie für Aertzte und Studirende, 1883. — Ueber den Melancholischen Angstanfall, *A. Z. f. P.*, XXX, 88.
- ARNOZAN. Amnésie rétrograde à la suite d'émotion morale. *Bull. Soc. méd. et chir. de Bordeaux*, 1888, 588-592.
- ARTHAUD. *Gaz. de Lyon*, 1867.
- ASCHAFFENBURG. Ueber Ideenflucht. *Arch. f. P.*, XXVI, 597. — Ueber gewisse Formen der Epilepsie. *Arch. f. P.*, XXVIII, 292.
- Un assassin de seize ans. *Archiv. de neurol.*, 1899, I, 175. (Cour d'assises de la Marne, 25 nov. 1898, affaire Justin.)
- AUBRY. De l'homicide commis par la femme. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1891.
- AUDIFFRENT. Folie, aliénation mentale et criminalité. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1899.
- AUDRY. Fureur maniaque chez un épileptique. *Archiv. de neurol.*, 1890, I.
- AUJALEU. Considérations sur les manifestations hypochondriaques dans le cours de l'épilepsie. Thèse de Toulouse, 1901.
- AUSSOLEIL. Quelques observations d'épilepsie larvée. Thèse de Montpellier, 1890.
- L'automatisme ambulatoire au point de vue médico-légal (Discussion Soc. méd. lég., 11 mars 1889). *Bull. méd.*, 1889.
- Automatismo psicologico. *R. d. st. P.*, 1897, 24, 85, 307, 407; 1895, 358; 1896, 278, 211, 403.
- AUZOUY. L'épilepsie larvée devant les tribunaux. Anal. in *A. Z. f. P.*, XXXIII, 75.
- AZAM. De l'amnésie rétrograde d'origine traumatique. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1880, I, 219-222. — Amnésie périodique ou dédoublement de la personnalité. *Ann. méd. psych.*, 1876. — Hypnotisme et double conscience. — Le caractère dans la santé et la maladie. — Entre la raison et la folie. Les toqués. — Paris, Alcan.
- AXENFELD et HUCHARD. Traité des névroses. Paris, 1883.
- BABILÉE. Des troubles de la mémoire dans l'alcoolisme et plus particulièrement de l'amnésie alcoolique. Thèse de Paris, 1896.
- BACA et VERGARA. Studi di antropologia criminale, 1894.
- BAHR. Unfall und Epilepsie. *Monats. f. Unfallheilkunde*, 1900.
- BAILLARGER. Recherches sur les maladies mentales. Paris, Masson, 1890; 2 vol. — Sur les hallucinations psycho-sensorielles. De l'influence de

- l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations. *Ann. méd. psych.*, 1860, 1861, t. V et VII.
- BAILLON. Thèse de Paris, 1877.
- BAIN. Les sens et l'intelligence. — L'esprit et le corps. — Les émotions et la volonté. Paris, Alcan.
- BAKER. Observations de folie incendiaire avec commentaires. *Journ. of ment. sciences*, 1899, anal. in *Archiv. de neurol.*, 1892, II. — Epilepsy and Crime. *Journ. of ment. sciences*, 1888; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1891, II. — Epilepsy and Crime. *Journ. of ment. sciences*, 1901; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I.
- BALL. Note sur un cas d'épilepsie avec conscience, *L'Encéphale*, 1886. — La folie érotique, 1888. — Leçons sur les maladies mentales. Paris, 1880. — Cliniques de l'asile Sainte-Anne.
- BALLET (G.). Des accidents épileptiformes dans l'hystérie (prix Civrieux, Académie de médecine; n'a pas été publié). — Les mesures législatives contre les délinquants dits irresponsables. *Ann. méd. psych.*, 1895, II. — Délire toxique avec crises épileptiformes causé par le sulfate de cinchonidine (Soc. de neurol., 6 juill. 1899). *Archiv. de neurol.*, 1899, II. — Épilepsie et suggestion. *Bull. méd.*, 1891. — Psychoses et affections nerveuses. Paris, Doin.
- BALLET (G.) et CRISPIN. Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle. *Archiv. de neurol.*, 1884, 2.
- BANCROFT. Homicide subconscient et suicide; leur physiologie psychologique. *Amer. Journ. of insan.*, 1898 (admet variat. personnalité). — L'aliénation mentale pour le juge et pour le médecin. *Amer. Journ. of insan.*, 1900; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I.
- BANNISTER. Les états de conscience dans l'attaque épileptique et ses équivalents. *Amer. Journ. of insan.*, 1897.
- BARBOUE. A case of amnesia. *Pediatrics*. New-York, 1900, p. 399-402, 404-405.
- BARET. État de la mémoire dans les vésanies. Thèse de Paris, 1887.
- BARKER. Validité de la doctrine du neurone. *Amer. Journ. of insan.*, 1898; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1899, I.
- BARKWORTH. Duplex Personality. An essay on the analogy between hypnotic phenomena and certain experiences of the normal consciousness. *Proceedings Soc. f. psych. Res.*, VI, 84. — Some recent experiences in automatic writing. *Proceedings Soc. f. psych. Res.*, VII, 23.
- BARONCINI. Un caso di amnesia retroattiva. *R. sperim. d. F.*, 1892, p. 599-612.
- BARBERIS. Furore epilettico. *Arch. d. psich.*, 1901.
- BARTHEL. Beitrag zur Pathologie des Gedächtnisses. Thèse de Munich, 1894.
- BARY. Contribution à la question des équivalents de la migraine. *Neurol. Centralbl.*, 1895. Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1895, I, 368.
- BASTIAN (H. C.). A clinical lecture on some cases of aphasia, aphemia and amnesia. *Clin. Journ.*, London, 1893, II, 33-42. — On a case of

- amnesia and other speech defects of 18 years duration. *Med. chir. Trans.*, London, 1897, 61-86; *Proceedings Roy. med. and chir. Soc.*, London, 1896-1897, IX, 18-23. — Psychologie comparée. Anal. in *A. Z. f. P.*, XXVII, 386.
- BATHIS. A case of temporary complete amnesia associated with epilepsy. *N.-Y. med. Record*, 1890, 405, 407.
- BAUER. L'analyse d'un crime. *The Saint-Louis med. and surg. Journ.*, 1895; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1896, I.
- BAUMER. Dissertatio de memoria ejusque labe et præsidii. Halle, 1760.
- BAUMSTOCK. Ueber Epilepsia procursiva. Thèse de Fribourg-en-B., 1898.
- BAZERQUE (J.). Essai de psycho-pathologie sur l'amnésie hystérique et épileptique. Thèse de Toulouse, 1900.
- BECHTEREW. Recherches sur la genèse des attaques d'épilepsie. *Neurol. Centralbl.*, 1895; anal. in *Ann. méd. psych.*, 1899. — Contribution à l'étude de la circulation du sang dans l'encéphale pendant les attaques d'épilepsie, etc. *Neurol. Centralbl.*, 1891; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1893. — De l'influence suggestive des hallucinations de l'ouïe. *Centralbl. f. Nerv.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, II. — De la provocation artificielle des hallucinations sensorielles, etc. *Centralbl. f. Nerv.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, II. — Ueber periodische Anfaelle retroactiver Amnesie. *Monats. f. Psychiat. und Neurol.*; anal. in *Rev. neurol.*, 1902. Unaufhaltsames Lachen und Weinen bei Hirnaffectationen. *Archiv f. Psych.*, XXVI, 791. — L'automatisme considéré comme une des manifestations de la syphilis cérébrale. *Rev. neurol.*, 1897. — Sensations obsédantes et erreurs sensorielles obsédantes. *Obozr. Psych.*; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1901, I. — Accès périodiques d'amnésie rétroactive. *Obozr. Psych.*, 1900; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1901, I. — Accès épileptiques ou épileptoïdes survenant sous forme d'anxiété. *Obozr. Psych.*, 1898; *Neurol. Centralbl.*, 1898. — Ueber Zwangsverbrechen. *Neurol. Centralbl.*, 1901. — Ueber Anfaelle von Zwangslachen begleitet von tonischen Kraempfen und Zucken im linken Arm. *Deutsch. med. Woch.*, 1901.
- BECKER. Criminal responsibility. *Alien. and neurol.*, 1898.
- BEHR. Bemerkungen ueber Erinnerungsaelschungen und pathologische Traumzustaende. *A. Z. f. P.*, 1899.
- BELL (John). On a form of a loss of memory occasionally following cranial injuries. *Edimb. med. Journ.*, 1883, 681.
- BELLAMY. Hallucinations érotiques. Thèse de Bordeaux, 1900.
- BENEDIKT. Sur la folie morale et ses rapports avec la criminologie. *Journ. of ment. sciences*, 1894; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1896, I, 26. — Ueber die Psychologie der Verbrechen. *A. Z. f. P.*, XXXIII, 193.
- BENINI. La memoria e la durata dei sogni. *R. ital. d. Filos.*, 1898.
- BENOIT. Contribution à l'étude des amnésies traumatiques au point de vue clinique et médico-légal. Lyon, Storck, 1899.
- BENOIT et CARLE. Rapport médico-légal. Assassinat et mutilations. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1886, 144.

- BENTHALL. Memory. *Quart. med. Journ.*, 1898.
- BENTLEY. The memory image and its qualitative fidelity. *Amer. Journ. of psychol.*, 1899.
- BÉRARD. La responsabilité morale et la loi pénale. *Archiv. d'anthropol., crim.*, 1892, 153.
- BERBEZ. Obsession avec conscience, aberration du sens génital. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1890.
- BERGER (Ch.). Des fugues dans la paralysie générale. *Archiv. clin. de Bordeaux*, 1895.
- BERGER (H.). Ueber einen Fall von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen bei einem 10-jährigen Kinde. *Arch. f. P.*, XVIII, 872.
- BERGER. Klinische Beiträge zur Lehre von der Epilepsie. *Zeitschr. f. prakt. Mediz.*, 1878.
- BERGER (O.). Zur Pathologie der epileptoiden Zustände. Thèse de Berlin, 1867. — Die Grübelsucht ein psychopathisches Symptom. *Arch. f. P.*, VI, 217. — Grübelsucht und Zwangsvorstellungen. *Arch. f. P.*, VIII, 616.
- BÉRILLON. Auto-mutilations survenant sous l'influence de rêves chez un hystéro-épileptique. Soc. d'hypnot., 19 déc. 1899. *Archiv. de neurol.*, 1900, I. — La dualité cérébrale.
- BERGSON. Matière et mémoire. Paris, Alcan. — Essai sur les données immédiates de la conscience. Paris, Alcan. — Le rêve. *Rev. scient.*, 1901.
- BERKHAN. Ein Fall von Psychose mit halbjähriger Lethargie. *A. Z. f. P.*, t. L, 526.
- BERKLEY. Manie, double conscience, suite d'excès alcooliques. *Amer. Journ. of insan.*; anal. in *Ann. med. psychol.*, 1900.
- BERNARD LEROY. L'illusion de la fausse reconnaissance. — Sur l'illusion dite de la dépersonnalisation. Congrès de psych. 1900, Paris.
- BERNARD LEROY et TOBOLOWSKA. Sur le mécanisme intellectuel du rêve. *Rev. phil.*, 1901.
- BERNHARD. Zwei Fälle von Delirium acutum. *A. Z. f. P.*, t. XL, 269.
- BERNHARDT. — Retrograde Amnesie nach Wiederbelebung Erhängter. *Arch. f. P.*, XXX, 998.
- BERNHEIM. De l'amnésie rétroactive dans le sommeil provoqué. *Rev. de l'hypnot.* Paris, 1889-1890, IV, 12-14.
- BERNSTEIN. Sur les impulsions irrésistibles. Soc. de neurol. de Moscou, 8 mai 1898; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, II.
- BERRE. Ueber das Bewusstsein der Halluzinirenden. *Jahrbüch. f. Psych.*, XVI, 1897.
- BERTHIER. Amnésie syphilitique (recueillie par M. Fortin). *Gaz. des hôp.*; Paris, 1868, 346.
- BERZÉ. Unbewusste Handlungen. *Arch. f. K. A.*, I, 39.
- BESSER. Ueber die Vorstellungen. *A. Z. f. P.* XXXVIII, 109.
- BÉTOULIÈRES. Psychologie de l'expertise médico-légale. Thèse de Bordeaux, 1899.

- BEYER. Contribution à la pathologie de la confusion mentale hallucinatoire aiguë. Congrès de la Soc. psych. de l'All. d. S.-O., 1893. *Archiv. de neurol.*, 1895, 230.
- BIANCHI. Trattato di psichiatria. Naples.
- BIANCHI et PICCININO. Nouvelle contribution à la doctrine de l'origine infectieuse du délire aigu. *Ann. di neurol.*, 1894; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1895, II.
- BIERVLIET (Van). La mémoire.
- BIGHAM. Memory. *Psychol. Rev.*, I, 1894.
- BILL. Les rapports de l'hypnotisme et du subconscient. *N.-Y. med. Journ.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1901, I.
- BILLOD. *Ann. méd. psychol.*, 1858. — Épilepsie larvée. *Ann. hyg. et méd. lég.*, 1875, XLIV, 408. — Les maladies mentales et nerveuses, 2 vol.
- BILLOUX. Quelques considérations sur le vertige épileptique. *Anal. in A. Z. f. P.*, XXIV, 805.
- BINET. Les altérations de la personnalité. — L'année psychologique, 1894 et suiv. — Double consciousness. Chicago, 1891.
- BINET et FÉRÉ. La polarisation psychique. *Rev. philos.*, 1885. — Le magnétisme animal.
- BINET SANGLÉ. L'anthropologie surnormale. *Chronique méd.*, 1898.
- BINSWANGER. Simulation von Psychose. *Arch. f. P.*, XIV, 169. — Experimentelle Untersuchungen zur Pathogenese des epileptischen Anfalles. *A. Z. f. P.*, XLVI, 519. — Ueber einen Fall von totaler retrograder Amnesie. *Ann. Neurol. Centralbl.*, 1902, 817.
- BINZ. Ueber den Traum. Bonn, 1878; anal. in *Ps. St.*, 1878, 561.
- BISCHOFF. Beitrag zur Lehre des amnestischen Sprachstörungen nebst Bemerkungen ueber Sprachstörungen bei Epilepsie. *Jahrbüch. f. P.*, 1897.
- BISHOP (E. R.). On case of annesia. *Amer. Journ. of insan.* New-York, 1897, 534-537.
- BLACHIAN. Nothzuchtsdelicte im Epileptischen Daemmerzustand. *Fr. Bl. f. Gericht. med.*, 1901.
- BLOCQ. L'amnésie. *Gaz. hebd. de méd.* Paris, 1893, 86-90.
- BLOCQ et OLANOFF. Maladies nerveuses. Séméiologie et diagnostic. Paris, Masson.
- BOEDEKER. Ueber einen Fall von Retro- und Anterograder Amnesie nach Erhängungsversuch. *Neurol. Centralbl.*, 1895, 517; Berlin Gesellsch. f. P. and N., 13 mai 1895; anal. in *Arch. f. P.*, XXIX, 647.
- BOERHAVE. Prælectiones Academicæ in Institut. medic.
- BOETEAU. Automatismes somnambulique avec dédoublement de la personnalité. *Ann. méd. psych.*, 1892.
- BOGARDUS. The evolution of consciousness. *Metaph. Magaz.*, 1899.
- BOHN. Ein Fall von doppelten Bewusstsein. *Ps. St.*, 1900.
- BOISSIER et LACHAUX. Contribution à l'étude clinique de la kleptomanie. *Ann. méd. psych.*, 1894.
- BOMBARDA. Un cas de suicide chez un épileptique. *A Medicina contem-*

- poranea; anal. in *Arch. anthropol., crim.*, 1895, 121. — Responsabilité criminelle. *Rev. de psych. clin.*, 1899. — Impulsions épileptiques. *A Medec. contemp.* Lisbonne, 1893. — Les nuits des épileptiques. *Rev. portug. de med. e cir. pract.*, 1898. — Contribution à l'étude des actes purement automatiques chez les aliénés. *Rev. neurol.*, 1893. — La conscience dans les crises épileptiques. *Rev. neurol.*, 1894.
- BONATTI (B.). Sull'amnesia retrograda negli epilettici. Parme, 1900.
- BONDON. Étude de l'amnésie dans la paralysie générale. Thèse de Paris, 1886.
- BONFIGHI. Omicidio epilettico. *R. sperim. d. F.*, 1878, 470.
- BONHŒFFER. Ein Beitrag zur Kenntniss der epileptischen Bewusstseins stoerungen mit erhaltener Erinnerung. *Centralbl. f. Nerv. und Psych.*, 1900.
- BONJOUR. Diagnostic différentiel des crises hystériques et des crises épileptiques. *Rev. méd. de la Suisse Rom.*, 1896; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, II.
- BONNET. De la folie transitoire homicide. Anal. in *A. Z. f. P.*, XXIV, 195.
- BORDONI. Sull' Epilessia emicranica. *Policlinico*, 1897.
- BORISCHPOLSKI. État de la circulation cérébrale pendant les accès d'épilepsie.
- BOROWIKOW. Épilepsie procursive. *Obozr. Psych.*, 1899; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1901, I.
- BORY. A propos des équivalents de la migraine. *Neurol. Centralbl.*, 1895; anal. in *Ann. méd. psych.*, 1899, I.
- BÖTTGER. Ein Fall von mania transitoria. *A. Z. f. P.*, XXIX, 95.
- BOUCHALOW. Étude sur les causes de distinction des sensations (russe). *Archiv. de Kovalewsky*, 1888.
- BOUCHAUD. Un cas de migraine ophtalmoplégique. *Presse méd.*, 1897.
- BOURDIN. De l'impulsion. Anal. in *Ann. méd. psych.*, 1896, I.
- BOURDON. Paramnésies. *Rev. phil.*, 1893, II, 629.
- BOURNEVILLE. Des hémorragies de la peau et des muqueuses pendant et après les accès d'épilepsie et de leur analogie avec les stigmates extatiques. Congrès de Limoges. Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1901, II. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.
- BOURNEVILLE et SOLLIER. Hystéro-épilepsie chez les jeunes garçons. *Archiv. de neurol.*, 1890, I, 98.
- BOURNEVILLE et BRICON. Épilepsie procursive. *Archiv. de neurol.*, mai 1887.
- BOURRU et BUROT. Les variations de la personnalité. Paris, 1888.
- BOUTALTOW. Amnésie après une tentative de pendaison. *Rev. Belge*, 1890, 488.
- BRA. Du parasite trouvé dans le sang des épileptiques. *Rev. neurol.*, 1902, 447.
- BRACH. Einfluss der Epilepsie auf die Geisteskraefte. Cöln, 1841.

- BRACKMANN. Migraene und Psychose. *A. Z. f. P.*, 1897, 554.
- BRADLEY. Some remarks on memory and inference. *Mind*, 1899.
- BRAINERD. Le critérium de la responsabilité dans la folie. *Alien. and neurol.*, 1894; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1895, II, 58.
- BRANDAU. Einige Bemerkungen ueber das Verhaeltniss der gerichtsaerztlichen Thaetigkeit zur richterlichen sowie ueber Zurechnungsfaehigkeit und deren Princip. *A. Z. f. P.*, 530.
- BRAUN. Ein Fall von acuter Manie. *A. Z. f. P.*, XXV, 777.
- BREGMANN (L. E.). Ueber das Automatismes ambulatoire. Anal. in *A. Z. f. P.*, 1901, 214.
- BRESCON. Traité de l'épilepsie. Bordeaux, 1742.
- BRIAND. Troubles de la mémoire dans l'intoxication oxycarbonique. Congrès internat. de méd. mentale, Paris, 1889. *Archiv. de neurol.*, 1889.
- BRIAND et CHAUDÉ. Manuel de médecine légale.
- BRIERRE DE BOISMONT. Des hallucinations. — Du suicide et de la folie suicide.
- BRILLOUIN. Réflexions et questions d'un physicien sur le système nerveux. *Rev. gén. des sciences*, 1900
- BRISAUD. Leçons sur les maladies nerveuses.
- BROADBENT. On a particular case of amnesia. Loss of nouns. *Med. chir. Transact.*, London, 1884, LXVII, 249, 264. — On a case of amnesia with post mortem examination. *Id.*, 1878, LXI, 147, 158. *Medical Times and Gazette*, 9 mars 1877, 65. *Lancet*, 1878, 312, n° du 2 mars. — De l'épilepsie. *Brit. med. Journ.*, 1902; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, II.
- BROC. Gerichtsaerztliches Gutachten ueber den Geisteszustand eines der Mordversuch Angeklagten; anal. par Krafft-Ebbing, in *A. Z. f. P.*, XXXVII.
- BROR GADELIUS. Cas de stupeur inusité avec nourriture artificielle pendant neuf ans. Amnésie totale. Guérison. *Hygiea*, 1894.
- BROUARDEL. Traité de médecine légale (tr. d'Hoffmann). — La responsabilité médicale. Paris. — Les exhibitionnistes. *Gaz. des hôp.*, 14 mai 1877.
- BROWN. Manifestations larvées de l'épilepsie. *Archiv. de neurol.*, 1899, II, 312. — On epileptic equivalents. *Med. Record*, 1899.
- BRUCE (Lewis). A case of cerebral duality. *Brain*, 1895, 54. — Double action of the brain. *Brain*, 1896.
- BRUNET. Idiotie épileptique, etc. *Archiv. de neurol.*, 1900, II. — Guérison d'un cas d'épilepsie héréditaire par une attaque d'hémiplégie. *Archiv. de neurol.*, 1900, I.
- BUCCHOLZ. Ueber die chronische Paranoia bei epileptischen Individuen. Thèse de Marbourg, 1895.
- BUCKELL et TUKE (H.). A manual of psychological medicine. London, 1879.
- BUCKLER. Remarques sur les contrats et dommages faits par des aliénés

- et leurs rapports particuliers avec la loi de Maryland. *Amer. Journ. of insan.*, 1901; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I.
- BULL. Epileptoïde Tilstande. *Norsk. Magaz. f. Lagevidenskab.*, 1879.
- BULLATY. Das Bewusstseinsproblem. *Arch. f. System. Philos.*, 1900.
- BUN (Th. W.). Un cas d'anesthésie psychique. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1898.
- BURGESS. Deux cas de manie éphémère sans complication d'épilepsie, etc. Soc. méd. psych. de Québec. *Ann. méd. psych.*, 1900.
- BULLARD. The classification of epileptics. *Bost. med. and surg. Journ.*, 1899.
- BULLEN (St-J.). Revue de l'influence des facteurs réflexes et toxiques sur la production de la folie et de l'épilepsie. *Journ. of ment. sciences*, 1895; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1895, I, 224.
- BURGL. Eine Reise in die Schweiz im Epileptischen Dämmerzustande und die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Epileptiker vor dem Strafrichter. *M. M. W.*, 1900. — Poriomanie épileptique. Suggestions post-épileptiques. *Münch. med. Woch.*, 1900, p. 1270.
- BURLUREAUX. V^o Épilepsie. *Dict. encycl. des sciences méd.*
- BURNHAM. Memory. *Amer. Journ. of psych.*, 1889.
- BUTAKOFF. Perte de la mémoire après une tentative de suicide par strangulation. *Wjestnik Klin. e Sudeb. psichiat. e nevropatholog.* Saint-Pétersbourg, 1890, VII, pt. 2, 135-152.
- BUTTENBERG. Die Verschiedenartigen stuporosen Zustände. Thèse Iéna, 1886.
- BUTTNER. Ueber Epilepsia procursiva und die Bedeutung des Laufphänomens. *A. Z. f. P.*, 1891, XLVII, p. 549.
- BUTTS. Meurtres d'enfants par leurs parents atteints de folie. *Med. leg. Journ.* New-York, 1885; anal. in *Archiv. d'antropol. crim.*, 1887.
- BYCHOWSKY. Contribution à la pathogénie de l'épilepsie. *Neurol. Centralbl.*, 1900; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, II.
- Épilepsie. *Berlin. klin. Wochens.*, 1877, n^o 45.
- Épileptiques (Cas). *Archiv. de neurol.*, 1902, II, 75.
- CABADÉ. Un cas d'automatisme ambulateur comitial. *Archiv. clin. de Bordeaux*, 1895.
- CABANIS. Influence des maladies sur les idées.
- CABITTO. La toxicité de la sueur des épileptiques. *R. sperim. d. F.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, II.
- CACERRIÉ. Essai sur les amnésies toxiques. Thèse de Paris, 1887.
- CAILLAU. Épilepsie procursive. *Journal de santé et d'histoire naturelle.* Bordeaux, 1797.
- CAJAL (RAMÓN Y). Algunas conjeturas sobre el mecanismo anatómico de la ideación, asociación y atención. Madrid, 1895.
- CALKINS. Short studies in memory and in association. *Psych. Rev.*, V, 1898.
- CALMEIL. V^o Amnésie. *Dictionnaire en trente volumes*, 1833.
- CALMON DU PIN E ALMEIDA. Degenerados criminosos. Estudo. Bahia, 1898.

- CAMUSET. Observations, chez deux dégénérés, d'impulsions conscientes à des actes violents vis-à-vis d'eux-mêmes. Congrès internat. de méd. ment., Paris, 1889; *Arch. de neurol.*, 1889, II. — Contribution à l'étude médico-légale de la pyromanie. *Ann. méd. psych.*, 1893.
- CANCELLERIERI. Dissert. intorno agli dotati di gran memoria ed a quelli divenuti smemorati. Roma, 1815.
- CARPENTER (W.). Principles of mental physiology. London, 1877.
- CARRIER. Contribution à l'étude des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés au point de vue médico-légal. Thèse de Paris, 1899. — Leçons cliniques sur l'épilepsie. Lyon, 1883.
- CARRIER (A.), CARRIER (G.) et MARTIN. Du délire aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique. Congrès de Limoges. Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1901, II.
- CARUS. Identité et continuité du moi. Congrès de psychol. Paris, 1900.
- CARY et ULMAN. Psychical form of epileptic equivalents. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1901.
- Cas du Dr Beach (le). *Med.-leg. Journ.*, 1885; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1885, II.
- Cas de Mary Lurancy Vennum. *Relig. philos. Journ.*, 1879.
- Caso di psicosi degenerativa epilettica a forma larvata con eccitamento alcoolico e impulso omicida. *R. sperim. d. F.*, 1900, 548.
- CAVALIER. Sur la fureur épileptique. Thèse de Montpellier, 1850.
- CENI. Nuove proprietà tossiche e terapeutiche del siero di sangue degli epilettici. *R. sperim. d. F.*, 1901.
- CHABANEIX. Physiologie cérébrale. Le subconscient chez les artistes, les savants et les écrivains. Thèse de Bordeaux, 1897.
- CHAMBARD. De la zone mitoyenne médico-judiciaire. Bordeaux, 1891. — Assassinat commis par un épileptique. *Ann. d'hygiène et de méd. lég.*, 1892, XXVII.
- CHANNING. Medical expert testimony in the Kelley murder trial. *Amer. Journ. of insan.*, 1898.
- CHARCOT. Accès d'automatisme ambulateur de nature comitiale. *Bull. méd.*, 1889. — Migraine ophtalmique et aphasie. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1895. — Sur un cas d'amnésie rétro-antérograde probablement d'origine hystérique. *Rev. de Méd.*, Paris, 1892, XII, 81-96. — Contribution à l'étude clinique de la migraine ophtalmoplégique. *Rev. neurol.*, 1897. — Ueber Epilepsie. Hysterie und Morphiomanie. *Wien. med. Woch.*, 1890. — Leçons du mardi. Paris, 2 vol. — Leçons sur les maladies nerveuses. — Un cas d'amnésie rétrograde et antérograde. *Rev. de l'hypnot. expér.*, VI, 334.
- CHARRON. Des fractures spontanées pendant les accès épileptiques. *Ann. méd. psych.*, 1899, II.
- CHARTIER. Sur la mémoire. *Rev. de métaph. et de morale*, 1899.
- CHASLIN. Quelques livres récents sur l'épilepsie. *Ann. méd. psych.*, 1902. — La confusion mentale primitive. Paris, 1895. — Du rôle du rêve dans l'évolution du délire.

- CHATELAIN. Troubles mentaux chez les épileptiques. *Ann. méd. psych.*, 1890.
- CHAULET. Tentative de suicide et de parricide (affaire R...; rapport médico-légal). *Ann. d'hygiène et de méd. lég.*, 1895, II.
- CHEVALIER. Das Entstehen und Werden des Selbstbewusstseins. Prag, 1900.
- CHRISTIAN. Épilepsie, folie épileptique. Paris, 1890. — Contre l'épilepsie larvée. Compte rendu du Congrès de méd. ment. Paris, 1878. —
- CHRISTOPH. Ueber Geistesstörung als Ehescheidungsgrund vom juristisch-psychiatrischen Standpunkte. *A. Z. f. P.*, XLII, 391.
- CHVOSTEK. Contribution à la théorie des hallucinations. *Jahrb. f. Ps.*, XI; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1894, I.
- CLAPARÈDE. Revue générale sur l'agnosie. Cécité psychique. — L'association des idées. Paris, 1902. — La psychologie dans ses rapports avec la médecine. *Rev. méd. de la Suisse Rom.*, 1901.
- CLARK. Le phocomelus de l'humérus dans l'épilepsie comme stigmate de dégénérescence. *N.-Y. med. Journ.*, 1899; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1900, I. — Le mal de tête dans l'épilepsie. *N.-Y. med. Journ.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1900, I. — Étude sur les troubles de la conscience dans l'épilepsie. *N.-Y. med. Journ.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1900, I. — Sur la nécessité d'étudier de près l'épilepsie. *N.-Y. med. Journ.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1900, I. — Sur la parole des épileptiques. *Journ. of ment. sciences*, 1900; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1901, II. — Notes sur l'aura épileptique avec relation de quelques formes rares (larmes et abatement). *Amer. Journ. of insan.*, 1897, LIV, 93. — Crime and responsibility. *Amer. Journ. of insan.*, 1891; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1892, II. — Questions générales d'auto-intoxication. *Amer. Journ. of insan.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, I.
- CLARKE. Considérations générales sur l'auto-infection. *Amer. Journ. of insan.*, 1897. — Hérité et crime chez les délinquants épileptiques. Anal. par Krafft Ebbing, in *A. Z. f. P.*, XXXVII.
- CLARKE (P.). Revue critique semestrielle des travaux parus sur l'épilepsie. *Amer. Journ. of insan.*, 1900; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I.
- CLAUS. Fall von simulirter Geistesstörung. *A. Z. f. P.*, XXXIII, 153.
- CLEVELAND. L'épilepsie dans ses rapports avec la folie. *Cincinnati Lancet*, 1880; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1880-81.
- CODELUPPI. Un cas d'imbécillité morale, de criminalité congénitale et d'épilepsie. *La Scuola positiv. nella giurisprudenza penale*, 1897. — Il Misdea di spezia, contributo allo studio del delinquente soldato. *Riforma med.*, 1900. — Uxoricide et parricide imputés à un épileptique. *Anomalo*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, II.
- COGNETTI DE MARTIIS. Il marinaio epilettico e la delinquenza militare, 1896.
- COLEGROVE. Memory et inductive study. New-York, 1901.

- COLLEVILE. Sur un cas de crises comitiales ambulatoires. *Ann. méd. du N.-E.*
- COLOLIAN. Toxicité du sang dans l'épilepsie. *Ann. de neurol.*, 1899, I.
- COLSENET. La vie inconsciente de l'esprit. *Rev. philos.*, 1881, I.
- COMAR. Sur les rapports de la cenesthésie cérébrale avec l'amnésie hystérique. *Rev. neurol.* Paris, 1900, n. 5. VIII, 548-553.
- COMBE et LAPRÉE. Rapport médico-légal sur l'état mental d'un prévenu. Anal. par Krafft Ebbing, in *A. Z. f. P.*, XXXVII.
- COMBES. Meurtre et violences, folie épileptique. Anal. par Krafft Ebbing, in *A. Z. f. P.*, XXXVIII.
- COPPELETTI. Contributo allo studio dell' epilessia psichica. *Acad. med. chir. de Ferrare*, 1900.
- CORNING. Recherches expérimentales sur l'état mental dans le vertige, etc. *N.-Y. med. Journ.*, 1895; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1896, I. — Changed personality : a study on the relation of the emotions and memory. *Med. Record*, 1898.
- CORRE. Les criminels. Caractères physiques et psychologiques. Paris, 1889.
- COSSY. Recherches sur le délire aigu des épileptiques. Paris, 1854.
- COSTE. L'inconscient. Étude sur l'hypnotisme.
- COSTON. Délire aigu. *Med. News*, 1898; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1899, I.
- COTARD. Origine psycho-motrice du délire. Congrès de méd. ment. Paris, 1889. *Archiv. de neurol.*, II.
- COURTENAY. Psychic epilepsy with the report of a case. *Med. News*, 1901.
- COUTAGNE. Précis de médecine légale.
- COWLES. Epilepsy with retrograde amnesia. A medico-legal study. *Amer. Journ. of insan.*, avril 1900. LVI, 593-614. — A case of epilepsy with retrograde amnesia. *Amer. Journ. of insan.*, 1900.
- CRAMER. Ueber eine bestimmte Gruppe von Sinnestaeuschungen bei primaeren Stimmungsanomalien. *A. Z. f. P.*, t. XLVII, 219, 433, 682. — Epilepsia cursoria seu rotatoria. *Zeits. f. Heilk.*, 1890. — Die Behandlung der Grenzzustaende in foro nebst einigen Bemerkungen ueber die geminderte Zurechnungs faehigkeit. *Berl. klin. Wochens.*, 1900.
- CRICHTON BROWNE. Mania ephemera, anal. in *A. Z. f. P.*, XXII, 131. — An enquiry into the nature and origin of mental derangement.
- CRISTIANI. Équivalents musicaux des accès épileptiques. *R. quind. d. psicol. psich. e neurop.*, 1897. — Sur un phénomène d'automatisme chez les aliénés qui rechutent. *R. sperim. d. F.*, 1894, XX.
- CROOKSHANK. Clinical facts. — Postepileptic hysteria. *Journ. of ment. sciences*, 1898.
- CROTHERS. Troubles de la conscience chez les alcooliques. *Journ. of nerv. and ment dis.*, 1886, an *A. Z. f. P.*, 1888, 241.
- CROUZON. Le phénomène des orteils dans l'épilepsie. Soc. de neurol., 8 nov. 1900. *Archiv. de neurol.*, 1900, II.
- CULLERRE. L'odyssée d'un simulateur. — Nervosisme et névroses. — Les frontières de la folie.

- DAGONET. Manie périodique ayant duré vingt-trois ans, etc.; guérison après trente-sept ans de maladie par le bromure de potassium. *Bull. Soc. méd. ment. de Belgique*, 1893. — Traité des maladies mentales. — Observations sur les délires associés et sur les transformations du délire. *Ann. méd. psych.*, 1895.
- DAHLMAN. Philosophie des Sichselbst. Chicago, 1900.
- DAILEY. Mollie Fancher, the Brooklyn enigma. Brooklyn, New-York. Anal. in *Proceedings of Soc. f. Ps. Res.*, XIV, 396.
- DANA (C. L.). The study of a case of amnesia or double consciousness. *Psych. Rev.* New-York and London, 1894, I, 570, 580.
- DANILLO. Ueber die vor Gericht stehenden Geisteskranken sow. Verbrecher wie auch Personen deren Geistesfaehigkeiten untersucht und constatirt werden sollen. *A. Z. f. P.*, t. XLIV, 272.
- DALLEMAGNE. Pathologie de la volonté. Paris, Masson, s. d. — La volonté dans ses rapports avec la responsabilité pénale, 1899.
- DANTEC (F. LE). Théorie nouvelle de la vie. — Le déterminisme biologique et la personnalité consciente.
- DARNAL. Dégénérescence et responsabilité pénale. Thèse de Paris, 1896.
- DAVEY. Life insurance and suicide. Anal. in *A. Z. f. P.*, XXIV, 376.
- DAVIES (J. P.). Remarkable case of sudden loss of memory. *Amer. Journ. of insan.* Utica, New-York, 1886-1887, XLIII, 460, 472.
- DAWSON. Un cas d'ecchymoses accompagnant de l'excitation délirante. *Journ. of ment. sciences*, 1895; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1896, I.
- DECOOPMAN. Épilepsie et amnésie. Thèse de Lille, 1898.
- DEITERS. Beitrage zur Klinik der Seelenstörungen der Epilepsie. *A. Z. f. P.*, 1899, LVI.
- DELACROIX. Observation d'une forme spéciale d'amnésie. *Union méd. et scient. du N.-Est.* Reims, 1879, III, 302.
- DELASIAUVE. Traité de l'épilepsie. Paris, 1854.
- DELBŒUF. Théorie générale de la sensibilité. — La mémoire chez les hypnotisés. *Rev. phil.*, 1886, I, 441. — Le sommeil et les rêves, 1885.
- DELBREIL. De l'épilepsie procrursive. Thèse de Lille, 1889.
- DÉNOMMÉ. Des impulsions morbides à la déambulation au point de vue médico-légal. Thèse de Lyon, 1893.
- DERODE. Les aliénés et le droit civil. *Bull. Soc. méd. ment. de Belgique*, 1894. — Note médico-légale à propos d'un incendiaire. *Bull. Soc. méd. ment. de Belgique*, 1893.
- DESSOIR (Max). Das doppel Ich.
- DESWARTE. De l'origine épileptique de l'automatisme ambulatoire. *Progrès méd.*, 1895.
- DEVENTER (Van). De la pluralité des types de criminels. *Bull. Soc. méd. ment. de Belgique*, 1895.
- DICHAS. Étude de la mémoire dans ses rapports avec le sommeil hypnotique. Thèse de Bordeaux, 1887.
- DICKSON. Case of amnesia. *Amer. Journ. of sciences.* Philadelphie, 1830, VII, 359, 361.

- DIDE. La confusion mentale post-épileptique et post-éclapmtique. *Trib. méd.*, 1898, 324.
- DIDE et SACQUEPÉE. Note préliminaire sur la toxicité du liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie. Soc. de neurol., 18 avril 1901; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1901, I.
- DIEHL. Ein Fall von Erhaltenem Bewuesstsein im epileptischen Anfalle. *Münch. med. Wochens.*, 1901.
- DIETRICH. L'enfant criminel-né. *Centralbl. f. Nerv.*, 1894.
- DILLER (Th.). Report of a case of transitory frenzy. *Alien. and neurol.*, 1892, 339, 342. — Sensory and psychic epilepsy. *N.-Y. med. Journ.*, 1894.
- DI MATTOS. La pazzia in rapporto al delitto e alla medicina legale (traduit du portugais), 1890.
- DIMITRIEFF (M^{lle}). Impulsions pures et impulsions associées au point de vue de la responsabilité morale. Thèse de Montpellier, 1900.
- DINGLEY (E. A.). On a case of amnesia. *Brain.* London, 1885-1886, VIII, 492, 501.
- DINTER. Troubles intellectuels d'origine épileptique. Congrès des alién. de l'Allem. orient. Rybnik, 1891; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1892, II. — Ueber epileptische Seelenstoerung. *A. Z. f. P.*, XLVIII, 403.
- Dipsomanie. *Archiv. de neurol.*, 1898, II, 527.
- DOBROTVORSKY. Assassinat par une mère de son enfant illégitime dans un accès hystéro-épileptique. *Quest. de méd. neuro-psych.* (russe), 1900; anal. in *Rev. neurol.*, 1900. — Cas d'amnésie prolongée. *Vratch*, Saint-Pétersbourg, 1896, n° 19, p. 500; anal. in *Rev. neurol.*, 30 sept. 1896. — Malade avec amnésie pendant toute la durée de sa maladie. *Oboz. Psych.*, Saint-Pétersbourg, 1896, 388. — Cas d'automatisme alcoolique extrêmement prolongé. *Oboz. Psych.*, 1899.
- DONATH. Zur Kenntniss der Anancasmus (psychische Zwangszustaende). *Arch. f. P.*, XXIX, 211. — Der epileptische Wandertrieb. Anal. in *A. Z. f. P.*, Litt. 1901, 213.
- DONATI. Un cas de vagabondage mystique. *R. sperim. d. F.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, II.
- DORNBLÜTH. Zur Lehre von der Geistesstörung der Entarteten. *A. Z. f. P.*, L, 681.
- DORTEL. L'anthropologie criminelle et la responsabilité médico-légale. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1891, 333.
- DOUTREBENTE. Manie rémittente à double forme. — Épilepsie larvée. *Ann. méd. psychol.*, 1886, II.
- DRAGO. I criminali nati (traduit de l'espagnol), 1890.
- DRAPER. Illusions subjectives ou signification de certains symptômes dans les maladies mentales. *Amer. Journ. of insan.*, 1890; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1892, I. — Cas de phénomènes sensoriels morbides remarquables, d'un caractère explosif ou épileptique, etc. *Journ. of ment. sciences*, 1895; anal. in *Ann. méd. psychol.*, 1898, II.
- DRAYTON. Alternative personalities. *Med.-leg. Journ.*, 1898.
- DREW. Sur les troubles de la mémoire. *Med. Record*, 7 nov. 1896.

- DREWRY. Duplex personality. Report of a case. *Med. leg. Journ.*, 1896.
- DRILL. Les enfants criminels. — La psychologie de la criminalité. Moscou, 1888. Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1889, II.
- DUBOURDIEU. La dromomanie des dégénérés. Thèse de Bordeaux, 1894.
- DUBUISSON. De l'évolution des opinions en matière de responsabilité. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1887, 101. — Théorie de la responsabilité. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1888, 32. — Du principe délimitateur de la criminalité et de l'aliénation mentale. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1892, 121. — Les voleuses des grands magasins. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1901, I, 341.
- DUCOSTÉ. Songes d'attaques des épileptiques. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1899. — L'épilepsie consciente et mnésique. Thèse Bordeaux, 1899.
- DUFOUR. Considérations cliniques sur l'avenir des convulsifs infantiles. Soc. de neurol., 6 juill. 1899. *Archiv. de neurol.*, 1899, II. — Rapports médico-légaux. *Ann. méd. psychol.*, 1880.
- DUGAS. Dépersonnalisation et fausse mémoire; un cas de dépersonnalisation. *Rev. philos.*, 1898. — La mémoire brute et la mémoire organisée. *Rev. philos.*, 1894, II. — Sur la fausse mémoire. *Rev. philos.*, 1894, I, 34. — La perte de la mémoire et la perte de la conscience. *Rev. philos.*, 1899.
- DUKOFF. Le crime et la folie. *Westn. psychiat.*, 1885, II.
- DUMAZ. Les incendiaires en Savoie au point de vue médico-légal. *Ann. méd. psych.*, 1894.
- DUNCAN. The personal responsibility of the insane; anal. in *A. Z. f. P.*, XXIV, 78.
- DUPRAT. L'instabilité mentale. Paris, 1899. — Les données de la psychopathologie. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1893.
- DUPRÉ et DEVAUX. Rires et pleurs spasmodiques par ramollissement nucléo-capsulaire antérieur. Soc. de neurol., 4 juill. 1901. *Archiv. de neurol.*, 1901, II.
- DURAND. Les auras dans l'épilepsie. Thèse de Paris, 1896. — Psychologie et morale de la subconscience. Congrès internat. de neurol., 1897.
- DUVAL. Amnésie profonde causée et entretenue chez une jeune dame par une vie d'entraînement. Guérison rapide sous l'influence de l'hydrothérapie. *Méd. contemp.* Paris, 1897, XIX, 13-15.
- EASTERBROOK. Une attaque d'épilepsie suivie d'une attaque de chorée, etc. *Journ. of ment. sciences*, 1900; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1901, II.
- EBBINGHAUS. Ueber das Gedächtniss. Leipsick, 1885.
- EDEL. Gutachten betreffs einer Lebensversicherung. *A. Z. f. P.*, XXXV, 368.
- EDGREY. Amnésie. Aphasie musicale. *Hygiea*, 1894.
- EGGER. Le souvenir dans le rêve. *Rev. philos.*, 1898. — Un cas d'amnésie rétrograde. *Rev. de l'hypnot. exper.*, VI, 62.
- EGGER (V.) et LE REBOULLET (L.). Étude psychologique et physiologique de l'amnésie dans certaines névroses. *Gaz. hebd. de méd.* Paris, 2^e s., XIV, 357, 374.

- ELLINGER. — Gutachten über den Seelenzustand eines Brandstifters. *A. Z. f. P.*, VIII, 592. — Gutachten und Faelle. *A. Z. f. P.*, XI, 126, 221, 462.
- ELLIOTSON. Instances of double states of consciousness independent of mesmerism. *Zoist.*, IV, 158, 185.
- ELLIS. L'amok des Malais. *Journ. of ment. sciences*, 1893; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1894.
- ELLIS (H.). The criminal, London, 1890. — Verbrecher und Verbrechen. — L'étude du criminel. *Journ. of ment. sciences*, 1890; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1894, I.
- EMMINGHAUS. Ueber das epileptisches Irresein. Thèse d'Iéna, 1870. — Ueber epileptische Schweisse. *Archiv f. P.*, IV, 574. — Selbstmord und Lebensversicherung. Anal. in *A. Z. f. P.*, XXXV, 74.
- ENGELKEN. Zwei Faelle von Epilepsie. *A. Z. f. P.*, XXXIV, 675.
- Épilepsie simulée. *Ann. d'hygiène et de méd. lég.*, 1^{re} s., XXV, 117; XXX, 371; 2^e s., XXIX, 344; XLIII, 196; L, 445.
- Épileptiques (Actes commis par les). *Ann. d'hygiène et de méd. lég.*, XLIII, 220, 412. — Responsabilité. *Ann. d'hygiène et de méd. lég.*, XLIV, 401; XLV, 333, 364; XLVI, 334; XLIX, 181.
- ERLENMEYER. Ueber abnorme Sensationen. *A. Z. f. P.*, X, 217.
- ERLER. Hysterisches und hystero-epileptisches Irresein. *A. Z. f. P.*, XXXV, 16.
- ERMACORA. Percezione sensoria subcosciente. Paramnesia. Teoria della coscienza, in *La Telepatia. R. d. st. P.*, 1895, 1896. — Memoria subcosciente, in *La Telepatia. R. d. st. P.*, 172, 243, 278.
- ERSKRIDGE (F.). Retroanterograde amnesia with report of two cases. *Alien. and neurol.* Saint-Louis, 1892, XIII, 501, 537.
- ESQUIROL. Traité des maladies mentales, 1838, I, 280.
- ESTENSE. Amnésie rétro-antérograde émotive. *Reform. med.*, 1893, 1894.
- ETCHEVERRIA. On epileptic violence. *Journ. of ment. sciences*, 1885, anal. in *Archiv. de neurol.*, 1888, II. — La folie épileptique. Compte rendu du Congrès de méd. mentale, Paris, 1878. — On nocturnal epilepsy and its relation to somnambulism. *Journ. of ment. sciences*, 1879. — On epileptic insanity. *Amer. Journ. of insan.*, 1873. — Expertises mentales. Voyez discussion à la Soc. méd.-psychol., 26 nov. 1900, *Ann. med. psych.*, 1901.
- FABREGUETTE. La responsabilité des criminels. Paris, 1892.
- FALK. Ueber einige Anklagen wegen Sittlichkeitsverbrechen. *A. Z. f. P.*, XLI, 119. — Casuistische Mittheilung. *A. Z. f. P.*, XLVII, 421.
- FALLISON. La folie chez les criminels. *Amer. Journ. of insan.*, 1894; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1895, I.
- FALLOT et ROBIOLIS. Un cas de criminalité remarquablement précoce. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1896, 375.
- FALRET. Obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives). Congrès internat. de méd. ment. Paris, 1889. *Archiv. de neurol.*,

- 1889, II. (Voyez observ. de Charpentier). — V° Amnésie. *Dictionnaire de Dechambre*. — Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. — De l'état mental des épileptiques. *Archiv. gén. de méd.*, 1860. — Les aliénés criminels. Soc. méd. psych., 24 juin 1895. *Archiv. de neurol.*, 1895, II, 170.
- FAREZ. Fausse angine de poitrine consécutive à un rêve subconscient (hystérique). Congrès de Marseille, 1899; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1899, I.
- FARNARIER. Psychoses hallucinatoires aiguës. Thèse de Paris, 1899.
- FAURE (M.). Sur les lésions cellulaires corticales observées dans six cas de troubles mentaux toxi-infectieux. *Rev. neurol.*, 1899.
- FAVRE. De l'amnésie et en particulier de l'amnésie temporaire à la suite des tentatives de suicide par pendaison. Thèse de Bordeaux, 1895.
- FEITH. Epileptische Geisteskrankheit; chronische Periencephalitis. *A. Z. f. P.*, XXIII, 354.
- Affaire Feldmann (histoire d'une interdiction). *A. Z. f. P.*, 1893, L; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1895, I, 76, 401; 1895, II, 263 (Hitzig).
- FELI. Fracture spontanée durante gli accessi epilettici.
- FENAYROU. Cas de confusion mentale post-opératoire. *Archiv. de neurol.*
- FÉRAY. Séméiologie des hallucinations de la vue dans les psychoses. Thèse de Bordeaux, 1896-1897.
- FÉRÉ (Ch.). Contribution à l'étude de la migraine ophtalmique. *Rev. de méd.*, 1881. — L'épilepsie et les tics. *Journ. de neurol.*, 1900. — L'épilepsie et les épileptiques, ch. XIV. — Hysteria, epilepsy and the spasmodic neuroses. New-York, 1897. — Notes sur des attaques frustes d'épilepsie constituées par les derniers phénomènes de la grande attaque. *Journ. de neurol.*, 1899. — Note pour servir à l'histoire des actes impulsifs des épileptiques. *Rev. de méd.*, 1885. — L'alternance de l'activité des hémisphères cérébraux. *Ann. psych.*, 1902. — Hungry evil in epileptics. *Alien. and neurol.*, 1900. — Le mérycisme épileptique. *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1900. — Les accidents de l'attaque d'épilepsie liés à la contraction musculaire. *Rev. de chir.*, 1900. — Impulsions inconscientes chez un neurasthénique. *Belg. méd.*, 1898. — Note sur la narcolepsie épileptique. *Rev. de méd.*, 1898. — La fausse réminiscence dans l'aura de la migraine. *Journ. de neurol.*, 1898. — Note sur un cas de mélanodermie récurrente chez un épileptique apathique. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1897. — Note sur quelques réflexes cutanés chez les épileptiques. Soc. de biolog., 2 oct. 1897. — Note sur le réflexe pharyngien chez les épileptiques. Soc. de biolog., 13 novembre 1897. — Sur les chocs céphalalgiques chez les épileptiques. *Rev. neurol.*, 1898, 607. — Note sur une amnésie consécutive à des idées obsédantes. *Rev. neurol.*, 1893. — La faim-vale épileptique. *Rev. de méd.*, 1899. — L'épilepsie choréique. *Méd. mod.*, 1899. — Priapisme épileptique. *Méd. mod.*, 1899. — Pelade post-épileptique. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1895. — Dégénérescence et Criminalité. Paris, 1888. — Pathologie des émotions. — Note sur l'amnésie consécutive aux émo-

- tions. *Belg. méd.*, 1898, II, 1^{re} s., I. *Rev. neurol.*, 28 fév. 1899, 146. — Amnésie rétroactive consécutive à un excès de travail physique. Compte rendu de la Soc. de biolog. Paris, 1897, 153-155. — Note sur une amnésie consécutive à des idées obsédantes. *Rev. neurol.*, Paris, 1893, I, 653. — Les rêves d'accès chez les épileptiques. *Méd. mod.*, 1897.
- FÉRÉ et BRÉDA. Tentative de suicide par pendaison. Amnésie rétroactive. Modification du délire. *Archiv. de neurol.*, 1886, II, 377.
- FERENCZI. Ueber das Verhalten des Kniephaenomens waehrend der epileptischen Anfaelle. *Orvosi. Hetilap*, 1901; anal. in *Neurol. Centralbl.*, 1902.
- FERRAMINI. Auto-intossicazioni ed epilessia. *Ann. di neurol.*, 1898.
- FERRARI. Un caso di amnesia parziale continua. *R. sperim. d. F.*, 1894, XX, 514, 517.
- FERRARINI. Epilepsie autotoxique d'origine hépatique.
- FERRÉ (H.). Essai sur l'amnésie traumatique isolée. Thèse de Paris, 1881.
- FERRERO. Les lois psychologiques du symbolisme.
- FERRI. Sur la valeur relative des conditions individuelles, physiques, sociales, qui déterminent le crime. Congrès d'anthropol. crim. de Paris, 1899; anal. in *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1889, 345. — Sociologia criminale, 1900. — L'omicidio suicidio. Responsabilità giuridica, 1885. — L'omicidio nell' antropologia criminale. — Socialismo e criminalità.
- FÈVRE. Le mariage des épileptiques. Thèse de Paris, 1899.
- FICHAUX. Épilepsie larvée à forme gastrique. Thèse de Lille, 1897-1898.
- FINGERUS. Dissert. medica de singulari memoria imbecillitate ex febre maligna, 1791.
- FINKELNBURG. Ueber Phrenasthenie. *A. Z. f. P.*, XLV, 566.
- FINLAY. Clinical observations on epileptic insanity. Glasgow, 1888.
- FINZI. Caso di una perdita periodica di memoria. Rendic. Ac. med. chir. di Ferrara, 1846-1849, 171. — Die normalen Schwankungen der Seelenthaetigkeit. *Zeits. f. kl. Med.*, 1901. — Recherches expérimentales sur l'origine de quelques erreurs de la mémoire. *R. d. patol. nerv.*, 1899; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1900, I. — Breve compendio di psichiatria. Milan, 1899. — Sul simptoma desorientamento. *R. d. patol. nerv.*, 1899.
- FISCHER (Fr.). Epileptische Schlafzustände. *Arch. f. P.*, VIII, 200. — Zur Lehre vom epileptischen Irresein. *Arch. f. P.*, XV, 741.
- FISCHER (E. D.). Mental derangement in multiple neuritis. *Alien. and neurol.*, 1892, 489, 494.
- FISHER. Sensory disturbances in epilepsy and hysteria. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1899.
- FLATAU, JACOBSON et MENDEL. Compendium.
- FLECHSIG. Die Localisation der geistigen Vorgänge. — Ueber die Associationszentren des menschlichen Gehirns. — Gehirn und Seele.
- FLEMMING. Ein Votum in Sachen der Verminderten Zurechnungsfähigkeit. *A. Z. f. P.*, XXII, 97. — Ueber verminderte Zurechnungsfähigkeit. *A. Z. f. P.*, XXII, 348. — Das Verhaeltniss geisteskranker Selbstmoerder zu den Lebensversicherung. *A. Z. f. P.*, XXIV, 711. — Ueber Schwin-

- de angst, *A. Z. f. P.*, XXIX, 112. — Psychosen und Neurosen, *A. Z. f. P.*, XXXIII, 860.
- FLEURY (DE). — Introduction à la médecine de l'esprit. Quelques phénomènes d'excitation et de dépression mentale chez les épileptiques. Soc. de neurol.; anal. in *Rev. neurol.*, 1900, 60. — Deux cas d'épilepsie sensorielle (auditive). Soc. de neurol., 1^{er} fév. 1900; anal. in *Rev. neurol.*, 1900, 157. — L'attaque d'épilepsie, *Rev. méd.*, 1900. — Dynamisme comparé des hémisphères cérébraux chez l'homme; anal. in *A. Z. f. P.*, XXXI, 277. — Recherches cliniques sur l'épilepsie et son traitement. Paris, 1900. — L'âme du criminel. Paris, 1898.
- FLINT. Sur le rôle futur du médecin dans le traitement scientifique du crime et des criminels. *N.-Y. med. Journ.*, 1895; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1896, I.
- FLORIAN e CAVAGLIERI. I vagabondi (2 vol.).
- FLOURNOY. Des Indes à la planète Mars.
- FONSEGRIVE. Le libre arbitre.
- FONTANELLES. De la folie morale. — Des degrés dans la responsabilité morale. Toulouse, 1902.
- FONTANILLE. Aliénation mentale et criminalité. Discours de rentrée. Grenoble, 1902.
- FORBES-WINSLOW. On the obscure diseases of the brain and disorders of the mind. — Medico-legal testimony, etc.; anal. in *A. Z. f. P.*, XIV, 463, 632. — La notion légale de la responsabilité; anal. in *A. Z. f. P.*, XVII, 745.
- FOREL. Das Gedächtniss und seine Abnormitäten. — Gehirn und Seele.
- FORNI. Emiprosopalgia epileptiforme. *Bol. del Polin. gen. d. Torino*, 1898; anal. in *Rev. neurol.*, 1898.
- FOUILLÉE. Évolution des idées-forces. — Psychologie des idées-forces.
- FOURQUET. Les vagabonds criminels. *Rev. des Deux-Mondes*, 1899, CLII.
- FOURNIER. L'onirocritie comitiale. Thèse de Bordeaux, 1899. — La syphilis du cerveau. Paris, 1879. — De l'épilepsie syphilitique. Paris, 1876. — Épilepsie para syphilitique. *Rev. neurol.*, 1893.
- FOURNIER, KOHNE, GILLES DE LA TOURETTE. Rapport médico-légal sur un déserteur atteint d'automatisme ambulatoire. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1895.
- FOVILLE et ROUSSELIN. Rapport médico-légal sur un épileptique inculpé d'abus de confiance et de faux. *Ann. d'hygiène et de méd. lég.*, 1883.
- FOVILLE (A.). Considérations physiologiques sur l'accès d'épilepsie. Thèse de Paris, 1857.
- FOX. On certain epileptic phenomena. *Saint-George Hospit. Report*, II.
- FRANCOTTE. Névroses convulsives et affaiblissement intellectuel. *Bull. Soc. méd. ment. de Belgique*, 1892. — Des hallucinations dites psychiques. *Bull. Soc. méd. ment. de Belgique*, 1898.
- FRANK (Peter). De curandis hominum morbis. Vienne, 1821.
- FRAENKEL. Verbrechen in bewusstlosem Zustande. *A. Z. f. P.*, XL,

244. Voyez *Archiv. de neurol.*, 1883. — Ueber Degenerationserscheinungen bei Psychosen. *A. Z. f. P.*, XLII, 76. — Die forensische Seite zweier Faelle von Geistesstörung. *A. Z. f. P.*, XXXIV, 620.
- FREUD. Ueber Deckerinnerungen. *Monats. f. Psychiat. und Neurol.*, 1899. — Die Traumdeutung. Leipzig, 1900. — Ueber den Traum. Wiesb., 1901. — Zwei Faelle von Schwerer genereller Gedächtnisschwäche. *A. Z. f. P.*, XLIV, 658. — Einige Grenzfaelle zwischen Aphasie und Seelenblindheit. *A. Z. f. P.*, XLIV, 661. — Klinische Beiträge zur Kenntniss der generellen Gedächtnisschwäche. *Arch. f. P.*, 1889. — Des paralysies psychiques. *Neurol. Centralbl.*, 1895; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1896, I. — Pathologie des Gedächtnisses. *Arch. f. P.*, XX, 441.
- FREUSBERG. Ueber das Irresein der Vagabunden. *A. Z. f. P.*, XLI, 684. — Ueber motorische Symptome bei einfachen Psychosen. *A. Z. f. P.*, XLII, 352.
- FRIDERICI JEAN ARNOULD. De memoriae læsione seu oblivione. Thèse d'Iéna, 1668.
- FRIEDMANN. Contribution à la connaissance et à l'intelligence des délires bénins et à courte évolution. *Neurol. Centralbl.*, 1895; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1896, I. — Ueber sogenannte Bewusstseinsstörungen in Psychischen Krankheiten. *A. Z. f. P.*, XLI, 636. — Ueber die Grundlage der Zwangsvorstellungen. *Psych. Wochens.*, 1901.
- FRISTCH. Contributions casuistiques à l'étude de la folie impulsive. *Jahrb. f. Psych.*, VII; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1890, II.
- FROMENT. Étude médico-légale sur la simulation des maladies mentales. Paris, Masson.
- FROMMAN. De fascinatione.
- FUCHS. Observation sur la localisation des illusions hypnagogiques. *Neurol. Centralbl.*, 1888; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1890, II. — Un cas de sensations auditives et visuelles subjectives. Auto-observation. *Neurol. Centralbl.*, 1893; in *Archiv. de neurol.*, 1894, II.
- FUNAIOLI. Stati epilettici e frenosi epilettiche. *Clinica moderna*. Firenze, 1897.
- FUERSTNER. De la faiblesse irritable d'origine psycho-motrice. Congrès des neurol. allem. du S.-O. Baden, 1892; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1893, I, 277. — Sur la pathologie de certains accès convulsifs. Congrès de la Soc. psych. de l'Allem. du S.-O.; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1897, I. — Zur epileptischen Geistesstörung. *Arch. f. P.*, XIII, 715. Voyez *Archiv. de neurol.*, 1883, I, 259. — Einige Erscheinungen nach Epilepsieanfaellen. *A. Z. f. P.*, XVII, 518. — Simulation von Psychose. *Arch. f. P.*, XIX, 601. — Ueber delirium acutum. *A. Z. f. P.*, XXXVIII, 90. — Kopfverletzungen und Psychosen. *A. Z. f. P.*, 682. — Ueber Psychosen bei Erkrankungen des Gehörorgans. *A. Z. f. P.*, XL, 274.
- GALANTE et SAVINI. Sulla eliminazione degli eteri solforici per le urine negli epilettici e nei sitofobi. *Ann. d. neurol.*, 1899.
- GALE. A case of alleged loss of personal identity. *Psych. Stud.*, 1900.

- GANSER. Sur les conceptions délirantes. Congrès de psych. de Dresde; séance du 23 mai 1894. *A. Z. f. P.*, 1894; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1867, I.
- GARDINER. Review of recent literature on memory, attention and association. *Psych. Rev.*, II, 1895.
- GARIMOND. Contribution à l'étude de l'épilepsie dans ses rapports avec la médecine légale. *Ann. méd. psych.*, 1878, I.
- GARNIER (P.). Sur les fugues épileptiques. *Semaine médicale*, 7 août 1895. Congrès de Bordeaux. — Suicides multiples. Responsabilité du survivant. Soc. méd. psychol., 27 oct. 1890. *Archiv. de neurol.*, 1891, I. — Observation d'un exhibitionniste probablement épileptique. Soc. méd. psychol., 27 nov. 1893. *Archiv. de neurol.* 1894, I. — Les aliénés et la magistrature. Soc. méd. psychol., 31 déc. 1894. *Archiv. de neurol.*, 1895, I. — Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal. XIII^e Congrès internat. de méd. *Archiv. de neurol.*, 1900, II. — L'anxiété impulsive au point de vue médico-légal. — L'automatisme somnambulique devant les tribunaux. *Rev. de l'hypnot. exp. et théor.*, I, 375.
- GARNIER et DUPRÉ. Transformation de la personnalité. Puérilisme mental paroxystique. *Presse méd.*, 1901.
- GARNIER (S.). Quelques réflexions sur les expertises à propos de l'examen médico-légal du meurtrier C... *Ann. méd. psych.*, 1899, I. — Délire épileptique avec idées de persécution et délire mystique passager chez un épileptique. *Gaz. hebdom.*, 1880. — L'article 1384 du Code civil et la responsabilité des directeurs médecins d'asiles d'aliénés. *Ann. méd. psych.*, 1899, II. — Un cas d'épilepsie alléguée et simulée. *Ann. méd. psych.*, 1894, II.
- GAROFALO. La criminologie. Lorsqu'un individu a été reconnu coupable, peut-on établir par l'anthropologie criminelle la classe de criminels à laquelle il appartient? Congrès d'anthropol. crim., Paris, 1889; anal. in *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1889, 350.
- GAUPP. Die Dipsomanie. Eine klinische Studie. Iéna, Fischer, 1901. —
- GAUSTER. Krank oder boshaft und zornmüthig? *A. Z. f. P.*, XXXIII, 838.
- GÉHIN. Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire ou vagabondage impulsif. Thèse de Bordeaux, 1892.
- GEHUCHTEN (Van). La doctrine des neurones et les théories nouvelles sur les connexions des éléments nerveux. *Journ. de neurol.*, 1899.
- GÉLINEAU. Traité des épilepsies. Paris, 1901. — De l'inhibition des accès d'épilepsie. Soc. d'hypnot., 21 oct. 1895. *Rev. de l'hypnot.*, X, 243.
- GEORGE. Considérations sur les exhibitionnistes impulsifs. Thèse de Paris, 1899.
- GERDY. Physiologie philosophique des sensations et de l'intelligence, 1846.
- GERSTACKER. Ein Fall von psychischer Epilepsie. *A. Z. f. P.*, 1889, XLV, 364.
- GEYSEN. De la mort inopinée ou rapide chez les épileptiques. Thèse de Lyon, 1896.

- GIACCHI e RITTATORE. Homicide épileptique sans amnésie. *R. sperim. di F.*, IX.
- GIACCHI (O.). Satyriasis récurrent chez un alcoolique (épileptique) et hystérie dans un cas de folie morale. Examen médico-légal. *R. quind. d. psicol. psych. e neurop.*, 1897.
- GIANNI. Rapports de la folie morale avec l'épilepsie. *R. quind. d. psicol. psych. e neurop.*, 1899.
- GISSLER (C. M.). Die Grundthatsachen des Traumzustandes. Anal. in *A. Z. f. P.*, 1901. Litt. 164.
- GILBERT (A.). A case of multiple personality. *Med. Record*, 1902. — The psychic half. *Med. Record*, 1901.
- GILLES DE LA TOURETTE. L'automatisme ambulatoire au point de vue médico-légal. Soc. de méd. lég., 11 mars 1861. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1889, 384.
- GIRAUD. Revue de médecine légale. Délires transitoires. *Ann. méd. psych.*, 1899, I. — La responsabilité civile des aliénés. *Ann. méd. psych.*, 1899, II.
- GLASER. Zurechnungsfähigkeit, Willensfreiheit, Gewissen und Strafe, etc. *NAUICK. Ueber die Entwicklung von Geisteskrankheiten aus Epilepsie. Archiv. f. P.*, vol. XII. *Archiv. de neurol.*, 1883.
- GOCK. Beobachtungen ueber epileptisches Irresein. *A. Z. f. P.*, XLIII, 281 (1887).
- GOLDBAUM. Ueber Epilepsia procursiva. *Gazeta lekarska*, 1901. Anal. in *Neurol. Centralbl.*, 1902, 822.
- GOLDMAN (M^{lle}). Confusion mentale survenant au cours de l'hystérie. Thèse de Paris, 1899.
- GOMBAULT. La confusion mentale. Thèse de Paris, 1898.
- GONZALES e VEGAS. Amnesia verbale, sordita e cecita verbale, accessi epileptiformi. Congrès. d. scienz. fren. Milano, 1890, VI, 67, 73.
- GOTTLOB. Témoignage des épileptiques. *A. Z. f. P.*, LIII.
- GOUJON. La conscience psychologique de l'animal. *Rev. des sciences eccl.*, 1899.
- GOWERS. Lectures on epilepsy. *Lancet*, 1880. — Epilepsy and other chronic convulsive diseases. London, 1881.
- GRANDJEAN. Automatisme comitial ambulatoire. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1891.
- GRASHEY. Ueber geminderte Zurechnungsfähigkeit. *A. Z. f. P.*, t. XLV, 534. — Zur Theorie der Zwangsvorstellungen. *A. Z. f. P.*, L, 1063.
- GRASSET. Leçons sur l'hystéro-traumatisme. Paris, 1888. — Les centres de l'équilibration et le polygone de l'automatisme supérieur. *Rev. scient.*, 1901, 428. — Cliniques, 4 vol.
- GRAY. The correlation and interconvertibility of migraine and epilepsy. *The Pathologist*. Brooklyn, 1881.
- GRECO (DEL). Les diverses formes de la confusion mentale. *Manicomio moderno*, 1897-1898. — Sur les délinquants aliénés. *R. sperim. di F.*, 1900; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I.

- GREIDENBERG. Observations psychiatriques médico-légales. Alcoolisme chronique. Épilepsie psychique. Tentative d'homicide pendant un équivalent. *Quest. de méd. neuro-psych.* (russe), 1899, 489; anal. in *Rev. neurol.*, 1900, 613. — Expertises médico-légales. *Wjestn. Psych.*, 1889; anal. in *A. Z. f. P.*, Litt. 190.
- GRIESINGER. Ueber einige epileptoide Zustände. *Arch. f. P.*, I, 320. — Ein wenig bekannter psychopathischer Zustand. *Arch. f. P.*, I, 626.
- GRILLI. Un cas de désertion impulsive. *Lo Sperimentale*, sept. 1890.
- GRIMALDI. Deux personnalités de sexes différents chez un aliéné. *Manic. modern.*, 1894; anal. in *A. Z. f. P.*, 1895, Litt. 116.
- GROIGNEC (LE). Des impulsions et en particulier des obsessions impulsives. Thèse de Bordeaux, 1897-1898.
- GROSS (H.). Traum statt Wirklichkeit. *Arch. f. K. A.*, I, 261. — Reflex-toïde Handlungen. *Archiv. f. K. A.*, II, 140; III, 350; VII, 155.
- GRUNEWALD. Kurze Mittheilung ueber ein Fall von zweifelhafter Geistesstörung. *A. Z. f. P.*, XL, 615, 826.
- GUDDEN. Amnésique (aphasie transitoire). *Neurol. Centralbl.*, 1900; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I.
- GUIBERT. Condamnation à mort d'un dégénéré impulsif. Discussion, Magnan-Vallon-Charpentier. Soc. méd. psychol., 28 juin 1897. *Archiv. de neurol.*, 1897, II.
- GUILLERMIN. Sur la manie épileptique. Thèse de Paris, 1857.
- GUILLON (Albert). Les maladies de la mémoire. Essai sur les hypermnésies. Thèse de Bordeaux, 1897.
- GUILLOT. Étude de psychologie judiciaire. Soc. de méd. lég., 9 mars 1891. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1861, 338.
- GUMPERTZ. Ueber doppeltes Bewusstsein. *Berlin. klin. Wochens.*, n° 45, 1901.
- GÜNTZ. Die Geisteskrankheiten, 1890. — Eine eigenthümliche motorische Stoerung. *A. Z. f. P.*, XIX, 312.
- GURNEY (Ed.). Hallucinations. *Proceedings Soc. f. Ps. Res.*, III, 151. — Peculiarities of certain post hypnotic states. *Proceedings Soc. f. Ps. Res.*, IV, 268.
- GUYE. Ueber Aproxexia. *D. M. W.*, 1897.
- GUYOT. Variations de l'état mental et responsabilité. Thèse de Bordeaux, 1896-1897. — Automatismes ambulatoire. *Rev. méd. de l'Est*, 1891.
- GYEL. L'être subconscient. Paris, 1899.
- HADDEN. Des mouvements de salut et des secousses de la tête souvent associés au nystagmus chez les enfants. *Lancet*, 1890. Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1891, I.
- HAGEN. Zur Theorie der Hallucinationen. *A. Z. f. P.*, XXV, I. — Chorsinsky. Eine gerichtlichpsychologische Studie. *A. Z. f. P.*, XXIX, 492.
- HAHN. Doppelempfindungen. *Ps. St.*, 1900. — Ein Fall von acuter Geisteskrankheit im Kindesalter. *A. Z. f. P.*, XLVIII, 398. — Ein Fall von acuter Verwirrtheit. *A. Z. f. P.*, *Id.*, 399.

- HAIG. Présence de l'acide urique dans l'urine des épileptiques. *Brain*, 1896.
- HAJOS. (L.). Ueber hysterischen Amnesien. *Jahrb. f. Psych.* Wien und Leipsick, 1896-1897, XV, 296, 309. *Neurol. Centralbl.*, 1897.
- HALLAGER. Les troubles psychiques dits équivalents d'un accès d'épilepsie. *A. Z. f. P.*, XLII, 281.
- Hallucinations. Congrès de Nancy, 1896. Ballet, Pitres, Séglas, Régis, Garnier, etc. *Archiv. de neurol.*, 1896, II, 207.
- HAMILTON MAC LANE. Sur les rapports de l'épilepsie nocturne avec la rétro-éjaculation. *N.-Y. med. Journ.*, 1898; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1900, I.
- HAMILTON (F. H.). Effect of the loss of consciousness upon the memory of preceding events. *Sanitarian*, New-York, 1876, IV, 49-59.
- HAMMOND. A treatise of the diseases of the nervous system. New-York, 1876. — *Centralbl. f. Nerv.*, 1878. — Traité des maladies du système nerveux. Trad. Labadie-Lagrave. Paris, 1879. — On thalamic epilepsy. *Archiv. of medic.*, 1880.
- HAMON. La responsabilité. Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, II. — La responsabilité. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1895, 601.
- HARLESS. Die elementaren Functionen der creatürlichen Seele. *A. Z. f. P.*, XXI, 179.
- HARTENBERG. Conception psychologique de la névrose d'angoisse. Congrès de psychol., 1900, *Ann. des sciences psych.*, 1900, 280. — La névrose d'angoisse. *Rev. de méd.*, 1901. — Sur la névrose d'angoisse. XIII^e Congrès internat. de méd. *Archiv. de neurol.*, 1900, II.
- HARTMANN. Philosophie des Unbewussten, 2 vol. — Zum Begriff des Unbewussten. *Archiv. f. Syst. Phil.*, 1900.
- HASKOVEC. Épilepsie, crime impulsif et souvenir conservé. Soc. des méd. tchèques de Prague, 13 nov. 1898; anal. in *Rev. neurol.*, 1898.
- HASSE. Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit. *A. Z. f. P.*, XLVI, 336. — Referat ueber die Gutachten englischer Aerzte ueber die Zurechnungsfähigkeit der George Victor Townley. *A. Z. f. P.*, XXIII, 567.
- HAUSHALTER. Du délire épileptique. Thèse de Strasbourg, 1853.
- HAVELOCK. A case of recurrent mania. *Journ. of ment. sciences*, 1896.
- HAY. Notes sur un cas d'épilepsie avec aphasie. *Journ. of ment. sciences*, 1895, anal. in *Archiv. de neurol.*, 1895, II.
- HAYN. Wahrnehmen rascher Vorgaenge. *Arch. f. K. A.*, I, 93.
- HEBOLD. Ueber die Rolle des Automatismus in der Epilepsie. *Deutsche med. Wochens.*, 1901.
- HEBOLD und BRATZ. Die Rolle der Autointoxication in der Epilepsie. *Deutsche med. Wochens.*, 1901.
- HEIMANN. Zur Casuistik der Verbrecherpsychosen. *A. Z. f. P.*, XXI.
- HELMING. Ueber epileptische Amnesie. Halle, 1863.
- HENNOCQ. De l'épilepsie avec conscience. Thèse de Lille, 1894.
- HENROT (H.). Amnésie passagère. *Union méd. du N.-E.*, Reims, 1879, III, 248.

- HENRY (J. N.). A case of pure psychical epilepsy. *Journ. ment. and nerv. dis.*, juin 1900.
- HÉRICOURT. L'activité inconsciente de l'esprit. *Rev. scient.*, 31 août 1889.
- HERING. Ueber das Gedächtniss. Wien, 1870.
- HERMANN. Cocain-Epilepsie. *Deuts. med. Woch.*, 1890. — De l'automatisme post-paroxystique passager remplaçant le sommeil post-épileptique ou équivalent psychique du sommeil post-épileptique. *Obozr. Psych.*, 1900. *Archiv. de neurol.*, 1902, II.
- HERPIN. Des accès incomplets d'épilepsie. Thèse de Paris, 1867.
- HERTER. Notes on the toxic properties of the blood in epilepsy. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1899.
- HERTZ. Zur pathologischen Anatomie des Sinnestauschungen. *A. Z. f. P.*, XLI, 684.
- HERZEN. On physical conditions of consciousness. *Journ. of ment. sciences*; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1886, I, 238. — Le cerveau et l'activité cérébrale. Paris, J.-B. Baillière, 1887.
- HERZOG (B.). Zur Lehre von der Infectiosität der Neurosen. *Archiv. f. P.*, XXI, 271.
- HEVEROCH. États délirants dans l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie, l'hémicranie, etc. Soc. des méd. tchèques de Prague, 19 nov. 1897. *Rev. neurol.*, 1898. — Paraplégie post-épileptique transitoire. Soc. de neurol., 13 mars 1902, *Archiv. de neurol.*, 1902, I.
- HIGIER. Paralysies de nature épileptique à forme paroxystique, etc. *Neurol. Centralbl.*, 1897.
- HINSHELWOOD. Word-blindness and visual memory. *Lancet*, 1895.
- HIRSCH. Étude sur le délire. *N.-Y. med. Journ.*, 1899. Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I.
- HITCHCOCK. A study in mental responsibility. *Amer. Journ. of insan.*, 1900.
- HOCHE. Contribution à la question de l'appréciation médico-légale des délits sexuels. *Neurol. Centralbl.*, 1896. — Richter und Sachsverstaendige. *Neurol. Centralbl.*, 1902, 290. — Les formes atténuées de la folie périodique. *Alien. and neurol.*, 1898. Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1899, I.
- HOCHHAUS. De la calcification des vaisseaux de l'encéphale comme cause d'épilepsie. *Neurol. Centralbl.*, 1898; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1900, I.
- HODGSON (R.). A case of double consciousness. *Proceedings Soc. f. Ps. Res.*, VII, 221.
- HOESTERMAN. Ueber Zwangsvorstellungen. *A. Z. f. P.*, XLI, 1. Voyez discuss., séance du 8 nov. 1883, Soc. psychiatr. de la prov. du Rhin; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1885, II. — Ueber Zwangsvorstellungen. *A. Z. f. P.*, XLI, 19, 686. — Ueber Cocaïnismus. *A. Z. f. P.*, XLV, 256.
- HOFFMANN. Beobachtungen und Erfahrungen ueber Seelenstoerung und Epilepsie. *A. Z. f. P.*, XVI, 789.

- HOLLANDER. The mental functions of the brain. London, 1901. — The present state of mental science. *Journ. of ment. sciences.*, 1901. — Beitrag zur Lehre von der transitorischen Geistesstoerungen, *Jahrb. f. Psych.*, VI, 1; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1887, II.
- Holzapfel'sche Mordprozess (der). Falk. *Arch. f. Ps.*, V, 235, 307; Ideler. *Arch. f. Ps.*, V, 311; Westphal. *Arch. f. Ps.*, VI, 606; VII, 636; Delbrueck. *Arch. f. Ps.*, VI, 862.
- HOMEN. Contribution à l'étude des zones épileptogènes. *Centralbl. f. Nerv.*, 1886; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1890, II.
- HOPPE (J.). Les pseudo-hallucinations et les considérations critiques et cliniques de V. Kandinsky sur les hallucinations sensorielles. *Jahrb. f. Psych.*, VII.
- HOPPE. Der Teufels und Geisterglaube und die psychologische Erklarung des Besessenseins. *A. Z. f. P.*, XLV, 277. — Die Verbindungen der Vorstellungen nach Prof. Wundt. Kritik und in der Psychologie wieder aufgefundenene Seele. *A. Z. f. P.*, XLVI, 119. — Der Entoptische Inhalt des Auges und das Entoptische Sehfeld beim hallucinatorischen Sehen. *A. Z. f. P.*, XLIII, 438. — Einiges ueber die Theorie der Hallucinationen. *A. Z. f. P.*, XLIV, 318. — Die vor-, mit- und nachsprechenden Stimmen und Max Salomon's Abhandlung ueber das Doppeldenken. *A. Z. f. P.*, XLIV, 445. — Die Personenverwechslung mit Beziehung auf die Seelenblindheit. *A. Z. f. P.*, XLIV, 626. — Das Bewusstsein und die Bewusstlosigkeit. Psychologische Erklarung. *A. Z. f. P.*, XLIV, 415. — Die Zurechnungsfähigkeit. *A. Z. f. P.*, XXXV, 66.
- HOERING. Thèse de Tubingue, 1859.
- HOSPITAL. Les degrés de responsabilité. *Ann. méd. psych.*, 1899, II. — Observation de folie érotique avec autopsie. *Ann. méd. psych.*, 1891, I.
- HOTZEN. Gutachten ueber den Geisteszustand einer Diebin. — Diebstahle. Zweifelhafte Geisteszustand. Anal. par Krafft Elbing. *A. Z. f. P.*, XXXVII.
- HOEVEL. Ueber post-typhose Dementia acuta combinirt mit Polyneuritis. *Arch. f. P.*, 1892.
- HOWARD. The philosophy of insanity, crime and responsibility. Montreal, 1882.
- HUBER. Das Gedächtniss. *A. Z. f. P.*, XXXV, 572.
- HUGHES. La folie dans ses rapports avec la loi. La castration chez les criminels. *Alien. and neurol.*, 1894; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1895, I. — Psychical Borderlandstates. *Alien. and neurol.*, 1883; anal. in *A. Z. f. P.*, 1885. Litt. 50.
- HUN (T.). A case of amnesia. *Amer. Journ. of insan.* Utica, 1850-51, VII, 358-363.
- HUNT. The relation of the State to the epileptic. *N.-W. Lancet*, 1897. *Archiv. de neurol.*, 1897, II.
- HÜPPERT. Ueber das Vorkommen von Doppelvorstellungen. *Archiv. f. P.*, 1892. — Doppelwahrnehmung und Doppeldenken. *A. Z. f. P.*, XXVI, 529.

- HYSDOP. On double consciousness. *Brit. med. Journ.*, 1899.
- HURD (A. W.). Clinical aspects of auto-intoxication. *Amer. Journ. of insan.*, 1897.
- HYERSTROM (E.). Ueber die epileptoïde Geistesstörung. *Anal. in A. Z. f. P.*, 1885, 70.
- HYSLOP. A further record of observations of certain trance phenomena. *Proceedings Soc. f. ps. Res.*, XVI. Voyez not. p. 154, 635, 152, 177, 240, 249, 262, 270, 276.
- Hystero-Epilepsie der Knaben. *Anal. in A. Z. f. P.*, 1884, Litt. 232.
- IDELER. Epileptisches Irresein. — Anklage wegen betrüglichen Bankrottes. *A. Z. f. P.*, 1887, 508.
- IDELER senior. Lehrbuch der Gerichtlichen Psychologie. *A. Z. f. P.*, XV, 546.
- IDELER junior. Fall von Epileptoid. *A. Z. f. P.*, XXIX, 456.
- ILBERG. Le délire systématique hallucinatoire d'origine toxique.
- Impulsions épileptiques. Parant, Voisin, Verrier, Vallon, de Belleval, Régis, Garnier, Charpentier, Tissier, Larroussinie, Pitres, Dourebente, Pailhas. Congrès de Bordeaux, 1895.
- INGELS. Cas d'épilepsie remarquable par la conservation de l'intelligence et de la sensibilité pendant les accès. *Bull. Soc. de méd. de Gand*, 1860.
- ISCOVESCO. Sur trois cas d'impulsion chez des dégénérés. *Ann. med. psych.*, 1898, II.
- JACKSON (H.). Case of amnesia. *Amer. Journ. of med. sciences*, Philadelphia, 1828, III, 272-274. — *Med. Press and Circular*, 1874. — Relation des divers centres nerveux entre eux et avec le reste du corps. *Brit. med. Journ.*, 1898; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, II. — Des troubles intellectuels momentanés qui suivent l'accès épileptique. *Rev. scient.*, 19 fév. 1875. — Ueber Bewusstsein und Faelle sogen. Doppelbewusstseins. *A. Z. f. P.*, XXVI, 582.
- JACKSON (Hughlings) et COLMAN. Case of epilepsy with tasting movements and dreamy state. *Brain*, 1898.
- JACKSON (Hughlings) et STEWARD. Epileptic attacks with a warning of a crude sensation of smell and dreamy state. *Brain*, 1899.
- JAMES (W.). Consciousness under Nitrous oxide. *Psychol. Rev.*, 1898. — Presidential address. *Proceedings of Soc. f. ps. Res.*, XII, 1. — Principles of psychology, 2 vol.
- JANET (P.). L'hystérie et l'hypnotisme d'après la théorie de la double personnalité. *Rev. scient.*, 19 mai 1888. Voyez crit. de Myers. *Proceedings of Soc. f. ps. Res.*, VI, 216. — Les actes inconscients et la mémoire pendant le sommeil provoqué. *Rev. phil.*, 1888, I, 238. — Amnésie continue. *Rev. gén. des sciences*, 1893, 167. — Névroses et idées fixes, 2 vol. — L'automatisme psychologique, 1 vol. — L'état mental des hystériques, 2 vol. — La psychasthénie. — L'amnésie hystérique. *Archiv. de neurol.*, 1892, II.
- JANNIN. De l'épilepsie larvée. Thèse de Paris, 1875.

- JANKOWSKY. Ueber Gedächtnissfaelschung. *Ps. St.*, 1885, 61. — Ueber die Entscheidung zwischen Gedächtnissfaelschung, Hallucination und Wirklichkeit. *Ps. St.*, 1885, 97.
- JASTROW. A statistical study of memory and association. *Educational Rev.*, New-York, 1891.
- JEHN. Die klinischen Auesserungen der Reactionszustaende acuter Delirien. *A. Z. f. P.*, XXXVI, 676; XXXVII, 27.
- JELGERSMA (G.). Een geral van algemeene Amnesie. *Nederland. Tijdsch.*, Amsterdam, 1891. 2 R., XXVII, 315, 322.
- JENDRITZO. Die Sachsverstaendigen in dem gerichtlichen Process wegen Geisteskrankheit. *A. Z. f. P.*, XV, 66.
- JENSEN. Ueber Delirium acutum. *A. Z. f. P.*, XI, 616. — Ueber Doppelwahrnehmungen in der Gesunden wie in der Kranken Psychologie. *A. Z. f. P.*, 1868.
- JENTSCH. Pathologie et Criminalité. *Centralbl. f. Nerv.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1899, II.
- JESSEN (P.). Versuch einer wissenschaftlichen Begründung der Psychologie. *Anal. in A. Z. f. P.*, XIII, 641.
- JESSEN (P.) et JESSEN (W.). Thesen zur gerichtlichen Psychiatrie. *Anal. in A. Z. f. P.*, XXI, Anhang 12, XXII, 335. — Ueber doppeltes Bewusstsein, XXII, 403.
- JESSEN (W.). Zur psychisch gerichtlichen Medizin. *A. Z. f. P.*, XI, 204. — Ueber psychische Untersuchungsmethoden. *A. Z. f. P.*, XII, 618. — Ueber Zurechnungsfähigkeit. *A. Z. f. P.*, XXVII, 114.
- JOFFROY. De l'aptitude convulsive. — Des rapports de l'alcoolisme et de l'absinthisme avec l'épilepsie. *Gaz. hebdom.*, 1900. — Amnésie rétro-antérograde consécutive à une tentative de pendaison. *Soc. de neurol.*, 5 avril 1900, *Archiv. de neurol.*, 1900, I. — La conscience chez les épileptiques. *Ann. méd. psych.*, 1894.
- JOLLY. Neurologie und Psychiatrie. *Arch. f. Ps.*, 1900. — Die Krankheiten des Nervensystems, 1900. — Ueber geminderte Zurechnungsfähigkeit. *A. Z. f. P.*, XLIV, 461-503.
- JOLLY et ROLLER. La dipsomanie dans ses rapports avec la responsabilité. Congrès des aliénistes allem. Weimar, 1891. *Archiv. de neurol.*, 1892, II.
- JOLY. Le crime. Étude sociale. Paris, Cerf.
- JONG (DE). Sur les obsessions. Congrès de Moscou. *Archiv. de neurol.*, 1897, II. — Quelques observations sur la valeur médicale de la psychothérapie. *Rev. de l'hypn. exp.*, VI (épilepsie, p. 83).
- JOUKOWSKI. Altération du cerveau dans le délire aigu (russe). *Obozr. Psych.*, 1898; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1901, I.
- KAEMPFEN. Observation sur un cas de perte de mémoire. *Mém. acad. de méd. de Paris*, 1835, IV, 489, 494.
- KAHLBAUM. Ueber eine klinische Form des moral. Irreseins. *A. Z. f. P.*, XLI, 711. — Die Sinnesdelirien. *A. Z. f. P.*, XXIII, 1.
- KANDINSKY. Considérations critiques et cliniques dans le domaine des hallucinations. *Centralbl. f. Nerv.*, 1884; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1885, II.

- KATZOWSKY. Connexion entre les rêves et les idées délirantes. *Obozr. Psych.*, 1900; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I.
- KELLOG. De l'étendue de la spécialité psychiatrique. *Amer. Journ. of insan.*, 1898; anal. in *Ann. méd. psych.*, 1902.
- KAZOWSKY. Zur Frage nach dem Zusammenhange von Trauemen und Wahnvorstellungen. *Neurol. Centralbl.*, 1908.
- KELLE. Du sommeil et de ses accidents en général et en particulier chez les épileptiques et chez les hystériques. Thèse de Paris, 1900.
- KELLNER. Ein Fall von impulsiven Irresein. *A. Z. f. P.*, XLVII, 449. — Ueber transitorische postepileptische Geistesstörungen. *A. Z. f. P.*, 1901, 863.
- KELP. War der Schlossergeselle M... ein Simulant. *A. Z. f. P.*, XXXIII, 633. — Obergutachten ueber eine Brandstifterin. *A. Z. f. P.*, XXXIV, 615. — Ueber die Zurechnungsfähigkeit der F... *A. Z. f. P.*, XXXV, 215. — Gutachten ueber den Geisteszustand des Fusilienx. *A. Z. f. P.*, XXXVI, 395. — Gutacht. über den Geistes zust. der Louise K... wegen Brandstiftung. *A. Z. f. P.*, XXXVI, 716.
- KERN. Die epileptische Geisteszustände mit Bezug auf die Strafrechtspflege. *A. Z. f. P.*, 1896, 1105. — Amnésie retardée. Discuss. Kraepelin, Siemerling, Thomsen.
- KIERNAN. Le témoignage des aliénés. *Alien. and neurol.*, 1897. — De l'évidence de l'état sain de l'esprit dans les affaires criminelles. *Alien. and neurol.*, 1895; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1896, I. — L'épilepsie dans ses rapports avec la médecine légale. *Alien. and neurol.*, 1884. — La folie épileptique. *Amer. Journ. of insan.*, 1896.
- KIPPING. Simulation oder Geistesstörung. Thèse Iéna, 1868.
- KIRCHHOFF. Lehrbuch der Psychiatrie, 1892. — Simulation. *Archiv. neurol.*, 1884, 2. *A. Z. f. P.*, 39, 6. — Considérations sur le siège topographique des désordres psychiques. *Rev. de psychol. clin.*, 1899.
- KIRKENDALL. Épilepsie et surmenage oculaire. *N.-Y. med. Journ.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1900, I.
- KIRKPATRICK. Memory and Association. *Psychol. Rev.*, 1898.
- KIRN. Epilepsie mit Schwerer Seelenstörung. *A. Z. f. P.*, XXVI, 146. — Die periodischen Psychosen. *A. Z. f. P.*, XXXVI, 112. — Die epileptische Geistesstörung in Bezug auf. der Strafrechtspflege. *A. Z. f. P.*, 1896. — Zur Frage der Geminderten Zurechnungsfähigkeit. XLVI, 54. — Geistesstörung und Verbrechen, 1892.
- KLINK. Obnubilation crépusculaire avec amnésie consécutive à une commotion cérébrale légère. *Neurol. Centralbl.*, 1900; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I.
- KLIPPEL et LOPEZ. Du rêve et du délire qui lui fait suite dans les infections aiguës. *Rev. de psych.*, 1900.
- KLÜTHE. Agraphie im Vorlaeuferstadium des epileptischen Anfalles. *Arch. f. P.*, X, 257.
- KNECHT. Ungewöhnliche lange Dauer eines epileptischen Daemmerzustandes. *A. Z. f. P.*, 1885, 135.

- KNOEVENAGEL. Epileptiforme Anfaelle im acuten Gelenkrheumatismus. Anal. in *A. Z. f. P.*, XXXVII, sup. 73.
- KOCH. Leitfaden der Psychiatrie, 1888. — Ein Wort ueber das Bewusstsein. *A. Z. f. P.*, XXXV et suiv. — Die Variabilitaet der Wahnvorstellungen und Sinnestauschungen. *A. Z. f. P.*, XLII, 61.
- KOELLE. Ueber die Variabilitaet der Wahnvorstellungen und Sinnestauschungen. *A. Z. f. P.*, XLIX, 186.
- KONSTANTINOWSKY. Phénomènes psychiques avec le caractère d'irrésistibilité. Congrès de Moscou. *Archiv. de neurol.*, 1897, II.
- KOEPPE. Ueber Reflexepilepsie. *A. Z. f. P.*, XXVIII, 660. — Ueber Reflexpsychosen. *A. Z. f. P.*, XXXI, 616; XXXIV, 259.
- KORSAKOFF. Maladies affectant la mémoire. Moscou, 1890. — Étude méd.-psychol. sur une forme des maladies de la mémoire. *Rev. phil.*, 1889, vol. XI. — Erinnerungstauschungen (Pseudoreminiscenz) bei polyneuritischer Psychose. *A. Z. f. P.*, 1890, V, 47, 393. — Quelques cas de cérébropathie spéciale dans la polynévrite. — *Jeschenedelnaja Klinich leskaya Gaseta*, 1890, 5, 6, 7. — Un trouble mental dans l'alcoolisme. Ses rapports avec les troubles psychiques de la polynévrite non alcoolique. *Westnik Psychiatr.*, 1887, IV.
- KORSAKOFF et SERBSKI. Ein Fall von polyneuritischer Psychose mit Autopsie. *Arch. f. P.*, 1892, V, 23.
- KORSAKOW. Lehrbuch der Psychiatrie, 1893.
- KOSKAM. Épilepsie et Volonté. Liège, 1898.
- KOWALEVSKY. Épilepsie et Migraine. *Messenger méd. russe.*, 1899, I. — L'épilepsie au point de vue clinique et médico-légal. *Ann. méd. psych.*, 1898, I. — Épilepsie : traitement, assistance. *Médecine légale*, Paris, 1901. — Perversion de l'instinct sexuel chez les épileptiques. *Jahrb. f. Psych.*, VII.
- KRAEPELIN. Experimentelle Studien ueber Associationen. *A. Z. f. P.*, XL, 829. — Ueber psychische Functionstörungen. *A. Z. f. P.*, XLVI, 522. — Ueber Erinnerungsaelschungen. *Arch. f. P.*, 1896 et 1897. Psychiatrie, 2 vol., 1899, 6^e éd.
- KRAFFT EBBING. Lehrbuch der Psychiatrie. — États d'affaiblissement psychique congénitaux en médecine légale criminelle. *Jahrb. f. Psych.*; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1882, II, 274; 1885, II, 102; 1890, II, 253. — Résumé du rapport sur les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal. XIII^e Congrès internat. *Archiv. de neurol.*, 1900, II. — La migraine et ses relations avec l'épilepsie et l'hystérie. *Alien. and neurol.*, 1899; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I. — Zur Lehre von der Epilepsia larvata. *A. Z. f. P.*, XXIV, 464. — Hemicrania and its relation to epilepsy and hysteria. *Alien. and neurol.*, 1899. — Desertion. Zweifelhafter Geisteszustand. *Fr. Bl.*, 1883. — Ueber epileptoïde Dämmer und Traumzustände. *A. Z. f. P.*, XXXIII. — Parjure, hystérie, amnésie et irresponsabilité. *Jahrb. f. Psych. und Neurol.*, 1895; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1895, II. — Zur Lehre von der Epilepsia larvata, anal. in *A. Z. f. P.*, XXIV, 464. — Ein Fall von Mania transi-

- toria. *A. Z. f. P.*, XXVIII, 119. — Ueber Verbrechen und Wahnsinn. *A. Z. f. P.*, XXIX, 359. — Ueber Geisterstörung durch Zwangsvorstellungen. *A. Z. f. P.*, XXXV, 313. — Mord. Zweifelhafter Geisteszustand. *A. Z. f. P.*, XXXVI, 77. — Todschatz im Affekt. Zweifelhafter Geisteszustand, etc. *A. Z. f. P.*, XXXVII, 40. — Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie. Stuttgart, 1875. — Lehrbuch der Psychiatrie. — Amnésie rétrograde généralisée. — Des délires typiques chez les épileptiques. — Folie périodique sous forme de délire dans l'épilepsie. — Psychoses de l'épilepsie. *Arbeit. aus dem Gesamtgebiet, etc.*, III. — Médecine légale des aliénés. traduct. Rémond. Paris, Doin, 1900.
- KRASNICKI (V.). Ein Beitrag zum Kapitel « Hallucinationen ». *Ps. St.*, 1898, 369.
- KRAINSKY. Pathogénie et traitement de l'épilepsie. Bruxelles, 1901.
- KRAU. Ein Fall von epileptischem Wandertriebe. *Psych. Wochens.*, 1900.
- KRAUSS. Die Psychologie der Verbrechens. Tubingue, 1884. Anal. in *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1886. — Katarina Eberhard die Brandstifterin von Neubulach. *A. Z. f. P.*, XVI, 724.
- KREIGER. Retro-antérograde amnesia probably of hysterical origin. *Cincinnati Lancet Clinic*, 1894, 515-517.
- KRELL. Ueber Simulation und Dissimulation von Geistesstörungen. *A. Z. f. P.*, 1899, 459.
- KRIES (Von). Ueber die materiellen Grundlagen der Bewusstseinserscheinungen. Tubingue, 1901.
- KUSSMAUL und TENNER. Fallsuchtartige Zuckungen bei der Verblutung sowie Fallsucht ueberhaupt. *A. Z. f. P.*, XVI, 371.
- LABBAT DE LAMBERT. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de l'épilepsie. Thèse de Paris, 1896.
- LACASSAGNE. L'affaire du Père Bérard. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1890, 407. — Les médecins experts et les erreurs judiciaires. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1895, 5. — Précis de médecine judiciaire. — Vade-mecum du médecin expert.
- LACASSAGNE et SAINT-MARTIN. Des résultats positifs et indiscutables que l'anthropologie criminelle peut obtenir dans l'élaboration des lois. *Journ. de neurol.*, 1901.
- LADAME. Relation de l'affaire Lombardi. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1886-1887. — De l'épilepsie procursive. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1889.
- LAEHR. Fall von Sittlichkeitsverbrechen vor dem Schwurgerichte. *A. Z. f. P.*, XLI, 120, 317. — Fall von unregelmässig intermitterenden motorischer und sensorischer Centralneurose. *A. Z. f. P.*, XXV, 852. — Ueber die Knochenbrüchigkeit bei psychisch. Kranken. *A. Z. f. P.*, XXXVII, 72.
- LAFARGUE et BULARD. *Bordeaux méd.*, 1875.
- LAIGNEL LAVASTINE. Troubles mentaux toxi-infectieux. Congrès de Limoges. Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1901, II.
- LALANDE. Les paramnésies. *Rev. philos.*, 1893.

- LALANNE. Les exhibitionnistes. Thèse de Paris, 1896.
- LAMBRANZI. L'auto-intoxication dans l'étiologie des névroses et des psychoses. Note historico-critique. *Il Manicomio moderno*, 1898; anal. in *Ann. méd. psych.*, 1901. — Stati di emicrania in epilettici. *Riform. med.*, 1900.
- LANDER und RICHTER. Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen nach Beobachtungen in der Irrenanstalt Daldorf. Berlin, 1886, notamment ch. III, obs. 6-7.
- LANDENBERGER. Gutachten ueber den Geisteszustand eines Moerders. Anal. par Krafft Ebbing. *A. Z. f. P.*, XXXVIII (supplément).
- LANGE. Uregelmeessige epileptiske Tilfeelde. *Hosp. Tid. R.*, V. — Beitrage zur Theorie der sinnlichen Aufmerksamkeit und der aktiven Apperception. *Ph. St.*, IV.
- LANGWIESER. Zur physiologischen Erklarung des Bewusstseins. *A. Z. f. P.*, 1885, XLI, 1.
- LANGREUTER. Gutachten ueber eine Epileptische. *A. Z. f. P.*, XL, 615.
- LANNOIS et MAYET. L'état de conscience dans l'épilepsie convulsive. *Rev. neurol.*, 1899.
- LANNOIS. Phénomènes de rétropulsion dans la forme d'épilepsie procurative. *Rev. neurol.*, 1899; anal. in *Rev. de l'hypnot.*, 1899. — Un cas d'amnésie généralisée avec conservation de la mémoire des chiffres. *Lyon méd.*, LXXXVIII, 114-119.
- LAPIE. Paramnésies. *Rev. philos.*, 1894, I, 269.
- LASÈGUE. Pathogénie de l'épilepsie. *Étud. clin.*, I. — Des délires transitoires. Congrès de méd. ment. de Paris, 1878. — Les exhibitionnistes. *Étud. méd.*
- LASÈGUE, BROUARDEL et MOTET. L'affaire Menesclou. Anal. par Krafft Ebbing. *A. Z. f. P.*, XXXVIII.
- LASS. Automatismes ambulatoire. *Obozr. Psych.*, 1900; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I.
- LASSON (Adolf.). Das Gedächtniss. Berlin, 1894.
- LAUFENAUER. Hystero-Epilepsie bei Knaben. *Centralbl. f. Nerv.*, 1887.
- LAUPTS. Les phénomènes de la distraction cérébrale et les états dits de dédoublement de la personnalité. *Ann. méd. psych.*, 1898, II.
- LAURENT (E.) Note sur les pertes de substance de la langue par morsure chez les épileptiques, importance au point de vue médico-légal. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1893, 170. — Simulation. *Ann. méd. psych.*, 1888.
- LAURENT (L.). Des états seconds. Thèse de Bordeaux, 1892.
- LAZARUS. Die Lehre von der Sinnestauschungen. *A. Z. f. P.*, XXV, 250.
- LEARCY. Quelques hésitations légales et médicales touchant la folie. *Amer. Journ. of insan.*, 1899; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I.
- LEGRAND DU SAULLE. État mental des diabétiques. *Gaz. des hôp.*, 1884. Études médico-légales sur l'épilepsie, 1877. — Les maladies de la mémoire. Troubles morbides multiples. Conditions pathogéniques et étiologiques. Valeur diagnostique et pronostique. *Gaz. des hôp.* Paris, 1884, LVII, 1105, 1129, 1153, 1177, 1193. — Cas insolite de névrose

- convulsive. Soc. méd. psych., 29 oct. 1883, et discuss. Ballet, Féré. *Archiv. de neurol.*, 1884, I. — *Ann. d'hygiène*, 1875. — La folie devant les tribunaux. — Vertiges épileptiques, assassinat, acquittement (mémoire conservée). *Archiv. de neurol.*, 1883, I, 161.
- LEGRAND DU SAULLE, BERRYER et POUCHET. Traité de médecine légale, Paris, 1886.
- LEGRAIN. Les aliénés et la magistrature. Soc. méd. psych., 25 fév. 1895. *Archiv. de neurol.*, 1895, I. — Du délire chez les dégénérés. Observations prises à l'asile Sainte-Anne, 1885-1886.
- LEIBNIZ. Œuvres.
- LEIDENDORF. — Ueber die sogenannten psychisch. epileptischen Aequivalente. *Wien. med. Wochens.*, 1877, n° 5.
- LEIDESDORF. Epilept. Geistesstoerungen in forensischer Beziehung. *Wien. med. Wochens.*, 1881.
- LEMAITRE. Deux cas de personnification. *Archiv. psych. de la Suisse Romande*, 1901.
- LE MESLE. Les irresponsables devant la loi. Thèse de Paris, 1896. — Évolution de l'idée de responsabilité. *Rev. de l'hypnot.*, X, 300. — De la nécessité de l'examen psycho-moral de tous les inculpés. Soc. d'hypn., 15 juin 1895. *Rev. de l'hypnot.*, XI, 108.
- LEMOINE. De l'épilepsie avec conscience. *Bull. Soc. de méd. ment.*, 1898.
- LEMOINE et DELBREIL. Épilepsie procursive. *Bull. Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1891.
- LEMOS (MAGALHAES). — L'épilepsie sensitive et la *dementia* paralytique. Berlin, 1891.
- LEO. Zwei gerichtsaerztliche Gutachten. *A. Z. f. P.*, XXXVIII, 109. — Zwei gerichtsaerztliche Gutachten ueber zweifelhafte Geisteszustandes. *A. Z. f. P.*, XLVI, 57.
- LEPPMANN. Inconscience. Considérations médico-légales. *Centralbl. f. Nerv.*, 1889; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1891, I.
- LEROY. Épileptique exhibitionniste. *Ann. d'hygiène et de méd. lég.*, XLIII, 1901, 46.
- LEROY (B.). Essai sur l'illusion de la fausse reconnaissance chez les aliénés et les sujets normaux. Thèse de Paris, 1898. — Sur l'illusion dite dépersonnalisation. *Rev. philos.*, 1898.
- LIÉBEAULT. Le sommeil provoqué et les états analogues.
- LIÉGEY. Quelques cas d'amnésie. *Journ. de méd. et pharm. de l'Algérie*, 1888, XIII, 232; 1889, XIV, 10, 281.
- LIMAN. Drei Gutachten ueber zweifelhafter Geisteszustaende. Anal. par Krafft Ebbing. *A. Z. f. P.*, XXXVII. — Gutachten ueber zweifelhafter Geisteszustaende. *A. Z. f. P.*, XXXVIII. — Epilept. Fall von transitorischer Geistesstoerung. *Arch. f. P.*, III, 501.
- LIPPMANN. Simulation von Geistesstoerung umgrenzt von Stoerungsanfall und Rueckfall. *A. Z. f. P.*, 1892, XLVIII, 530.
- LIPPS. Das Selbstbewusstsein. *Lowenfeld und Kurella. Grenzfr. der Nerven und Seelenlebens*, IX, VIII.

- LISSAUER. Drei Faelle von Gedächtnisschwache bei Alkoholisten. *A. Z. f. P.*, 1888, 657.
- LIVI (C.). Dello furto morboso o della cleptomania. Anal. in *A. Z. f. P.*, XXIV, 821.
- LOEB. Einleitung in die vergleichende Gehirnphysiologie und vergleichende Psychologie mit besonderer Berücksichtigung der wirbellosen Thiere. Leipzig, 1899.
- LOHMUELLER. Ueber epileptische Amnesie. Thèse de Munich, 1898.
- LOHSING. Zur Kriminalpsychologie der Gemüthsdepression. *A. f. K.*, V, 255.
- LOMBROSO, MARRO, FERRI. Rapports au Congrès d'anthropologie criminelle de Rome. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1886.
- LOMBROSO. L'uomo delinquente, 3 vol. — L'anthropologie criminelle, Paris, Alcan. — Les conquêtes récentes de la psychiatrie. Torino, 1898. — Lezioni di medicina legale. Torino, 1900. — Le più recenti scoperte ed applicazioni della psichiatria ed antropologia criminale, 1893. — Note sur l'épilepsie criminelle. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1887.
- LONGARD. Ueber einen interessanten Criminalfall (amnésie simulée). *A. Z. f. P.*, 1895, 951.
- LOPATIN. De la vie mentale inconsciente. *Vopros. Philos.* (russe), 1900.
- LOPEZ. Le rêve toxique et toxi-infectieux. Thèse de Paris, 1899. — La epilepsia en los hechos criminosos. *Rev. de medic. y cirurg. de la Habana*, 1900.
- LORENT. Obergutachten des Gesundheits Rathes in Bremen ueber den Geisteszustand des der Toedtung angeschuldigten J... Anal. in *A. Z. f. P.*, XXIX, 636. — Gutachten ueber den Geisteszustand eines den behandelnden Arzt durch einen Schuss verletzenden Kranken. *A. Z. f. P.*, XXXIII, 582.
- LE LORRAIN. Sur la paramnésie. *Rev. philos.*, 1894, I, 351.
- LOTZ. Simulation von Geisteskrankheit bei einem Schwere Verbrecher. *A. Z. f. P.*, XLV, 472. — Ein Fall von Mania transitoria. *A. Z. f. P.*, XXV, 552.
- LOUYER WILLERMAY. Mot « Mémoire » du Dictionnaire de médecine Panckoucke, 1819. — Essai sur les maladies de la mémoire. *Mém. Soc. de méd. de Paris*, 1817, I.
- LOEWENFELD. Beitrag zur Lehre von den psychischen Zwangszuständen. *Arch. f. P.*, XXX, 679. — Ueber einen Fall von pathologischen Wandlertrieb. *Centralbl. f. Nerv. und Ps.*, 1901. — Beitrag zur Casuistik der transitorischen Geistesstoerungen. *Neurol. Centralbl.*, 1882; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1883, I.
- LUCAS. A loucura perante a lei penal. Anal. in *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1888, 529.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Sur l'automatisme ambulatoire. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1895.
- LUCCHESI. Epilessia psichica tardiva negli alienati. *Manicomio*, 1899.
- LUDEMANN. Individualitaet und Persönlichkeit.

- LUEHRMANN. Ueber Krampfe und Amnesie nach wiederleb. Erhaengter. *A. Z. f. P.*, LII, 185. — Ueber amnesie. *A. Z. f. P.*, LVI, 1899.
- LUNIER. Du vol aux étalages. *Ann. méd. psych.*, 1880, II.
- LUPTON (H.). Loss of memory and of sense of personal identity. *Lancet*, 1900, II, 135.
- LUTH. Die Spaetepilepsie. *A. Z. f. P.*, 1899, 522.
- LUTZENBERGER. Les absences psychiques chez les hystériques. *Rev. mens. de psych.*, 1901; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1901, II.
- LUYS. Études sur le dédoublement des opérations cérébrales et sur le rôle isolé de chaque hémisphère dans les phénomènes de la pathologie mentale. *Encéphale*, 1888. — Les fonctions du cerveau.
- LWOF. Études sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau (amnésies partielles). Thèse de Paris, 1890.
- MAACK. Troubles amnésiques de l'écriture. *Centralbl. f. Nerv.*, 1896, anal. in *Archiv. de neurol.*, 1897, I.
- MABILLE. Kleptomane amnésique. Soc. de méd. lég., 13 fév. 1888. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1888, 193. — Quelques faits médico-légaux. *Archiv. de neurol.*, 1889, I. — Hallucinations religieuses et délire religieux transitoire dans l'épilepsie. *Ann. méd. psych.*, 1899, I. — Délires transitoires dans l'épilepsie.
- MABILLE et RAMADIER. Déroulement spontané ou provoqué d'états successifs de personnalité chez un hystéro-épileptique. *Rev. de l'hypn. exp. et théor.*, II, 42.
- MAC ALISTER. Remarks on 250 cases of epilepsy. *N.-Y. med. Journ.*, 1894.
- MAC CARTHY. Epileptic ambulatory automatism. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1900.
- MAC CONNELL. Transient paralysis as an epileptic equivalent. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1899.
- MAC DONALD. Le criminel type dans quelques formes de la criminalité. Lyon, Storck. — L'éthique appliquée à la criminologie. *Journ. of ment. sciences*, 1891; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1894, I. — Preuve juridique et preuve scientifique de la folie dans les affaires criminelles. *Amer. Journ. of insan.*, 1899; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I. — Épilepsie simulée. Meurtre de son épouse. État mental douteux. Anal. par Krafft Ebbing. *A. Z. f. P.*, XXXVIII.
- MAC LANE HAMILTON. On cortical sensory discharging lesions, sensory epilepsy. *N.-Y. med. Journ.*, 1882. (Voyez Hamilton.)
- MAEWSKY. Le cerveau d'un épileptique mort à l'état épileptique. Anal. in *Rev. neurol.*, 1898, 386.
- Magistrature et les aliénés (La). Soc. méd. psychol. Garnier, Legrain, etc. *Archiv. de neurol.*, 1895, I, 221, 226, 396; 1896, I, 79.
- MAGALHAES (de). Estudos sobre physiologia e pathologia da memoria. Porto, 1883.
- MAGNAN. De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné. *Archiv. de neurol.*, 1880, 49. — Leçons cliniques sur l'épilepsie. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, I, 85; I, 56-57. — Des délires systématisés dans les différentes psychoses. *Archiv. de neurol.*, 1894, II.
- MAIRET. De l'épilepsie procursive. *Rev. de méd.*, 1889.
- MAIRET et VIRES. Un stigmate permanent de l'épilepsie. Acad. de méd., séance du 26 janv. 1899.
- MALMSTEN. Les maladies simulées. Anal. par Krafft Ebbing. *A. Z. f. P.*, XXXVIII (supplément).
- MANDALARI. La degenerazione nella pazzia e nella criminalità, 1901.
- MANN. Le procès Laros au point de vue psychologique. *The Journ. of psych. med. and ment. pathology*, VI; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1882, I.
- MANNING. Quelques cas tirés de la pratique des maladies mentales. *Journ. of ment. sciences*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1901, I.
- MARANDON DE MONTYEL. Traitement du délire épileptique par l'alitement. *Rev. de méd.*, 1902. — Le cas de Pierre-Marie Hervé. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1899, 14. — Contribution à l'étude clinique des rapports de la criminalité et de la dégénérescence. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1892, 264. — Des incendies multiples à mobiles futiles au point de vue médico-légal. *Archiv. de neurol.*, 1885, II, 322. — Du diagnostic médico-légal de la pyromanie par l'examen indirect. *Archiv. de neurol.*, 1887, I, 19. — *Ann. d'hygiène et de méd. lég.*, juin 1889. — Impaludisme et épilepsie. *Rev. de méd.*, 1899.
- MARCHAUD. Anatomie pathologique et pathogénie de l'épilepsie. *Rev. de psych.*, 1902.
- MARCHESINI. Il simbolismo nella conoscenza. *R. d. Filos.*, 1900.
- MARILLIER. Sur le rôle de la pathologie mentale dans les recherches psychologiques. *Riv. philos.*, 1893, II.
- MARRO. Contribution à l'étude des délires hypnagogiques. *Ann. d. F.*, 1897. — I caratteri dei delinquenti, 1877.
- MARSHALL. Consciousness, selfconsciousness and the self. *Mind*, 1901.
- MARSHALL. A case of amnesia. Discuss. *Pediatrics*. New-York, 1900, 403-404.
- MARTI Y JULIA. L'impulsivité morbide. Congrès de Moscou. *Archiv. de neurol.*, 1897. — Concepto de la personalidad. *R. d. Cienc. med.*, Barcelone, 1899.
- MARTIN. Des rapports de l'œil avec l'épilepsie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1893.
- MATHIEU. Essai sur les indications séméiologiques qu'on peut tirer de la forme des écrits des épileptiques. Lyon, Storck, 1889. — Étude du vertige et en particulier du vertige épileptique.
- MATHIS. Un cas de migraine ophtalmique. *Rev. de méd.*, 1901.
- MATTOS (DE). Alienados nos Tribunaes. Lisbonne, 1902.
- MAUDSLEY. Pathology of mind. — Conditions psychologiques de la conscience. *Mind*, 1887. — The double brain. *Mind*, 1889. — Responsabilité criminelle dans ses rapports avec l'aliénation mentale. *Journ. of ment.*

- sciences, 1896; anal. in *Ann. méd. psych.*, 1899, I. — Quelques remarques sur le crime et les criminels. *Journ. of ment. sciences*, 1888; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1891, II. — Die Zurechnungsfähigkeit der Geisteskranken. Anal. in *A. Z. f. P.*, XXXII, 677. — Le crime et la folie.
- MAUPATÉ. Considérations cliniques sur l'étiologie et la nature de l'épilepsie tardive chez l'homme. *Ann. méd. psych.*, 1895, II.
- MAURY. Le sommeil et les rêves.
- MAUS. De la justice pénale. Paris, Alcan.
- MAXWELL. L'amnésie au point de vue de la médecine judiciaire. Discours de rentrée. Bordeaux, 1902.
- MAYER. Seize observations de demi-somniation. *Jahrb. f. Psychiat.*, XI. — Die Sinnestauschungen, Hallucinationen und Illusionen: *A. Z. f. P.*, XXVII, 103.
- MAYET et LANNOIS. Albuminurie post-épileptique. *Soc. des sciences méd. de Lyon*, 1900.
- MAYSER. Zum sogenannten hallucinatorischen Wahnsinn. *A. Z. f. P.*, XLII, 114.
- MEIROWITZ (P.). Disturbance of memory. *Postgraduate*, New-York, 1901, XVI, 67, 69.
- Mémoires de l'Académie des sciences, 1705, 1719, 1754.
- MENDEL. Voyez *Deutsche Zeitsch. f. prakt. Ärzte*, 1877. — Jackson's che Epilepsie und Psychose. *A. Z. f. P.*, XLIII, 297; XLIV, 1. — Ueber geminderte Zurechnungsfähigkeit. *A. Z. f. P.*, XLV, 524. — Zurechnungsfähigkeit und Verbrecherthum. *A. Z. f. P.*, XLVIII, 430. Voyez *Archiv. de neurol.*, 1892, II. — Preepileptische Psychosen. *Arch. f. P.*, XVI, 282. — Ueber Zwangsvorstellungen. *Arch. f. P.*, XXX, 653. — Ueber Anfaelle von Einschlaffen. *Deuts. med. Wochens.*, 1880, II, 266. — Le médecin expert et l'exclusion du libre arbitre formulée dans le § 51 du Code pénal allemand. Congrès des aliénist. allem., Bade, sept. 1885. Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1887, I, 114. — Preepileptisches Irresein. *Soc. de psych. de Berlin*, 10 oct. 1884. Discuss. Lewin-Liman.
- MERCIER (Ch.). On criminal irresponsibility. *Journ. of ment. sciences*, 1900. — Châtiment. *Journ. of ment. sciences*, 1901; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I. — Psychology normal and morbid. London, 1900.
- MERCKLEN. Simulation von Gedächtnisschwache. *Vierteljahrsschrift f. G. m. und Sanitaetswesen*, 1895.
- MERCKLIN. Zur Symptomatologie der Epilepsia minor. *Arch. f. P.*, XVI, 464.
- MESCHSDE. Délire religieux et épilepsie dans un cas de sclérose cérébelleuse. *Virchow's Archiv*, 1880; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1880, I.
- MESNARD. Céphalalgies épileptiques, etc. *Ann. Polic. de Bordeaux*, 1900, 10, 27, 103.
- MESNET. De l'automatisme de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique. Considérations médico-légales. Paris, 1874. — Des vertiges avec délire. Paris, 1883.
- MEURICE. Les fugues chez les enfants. Thèse de Paris, 1899.

- MEYER (L.). Gerichtliches Gutachten ueber eine zwolfjaehrige Brandstifterin. *A. Z. f. P.*, XIV, 227. — Gerichtliches Gutachten ueber den Geisteszustand deswegen versuchten Todtschlages angeklagten Sander. *A. Z. f. P.*, XIX, 293. — Zwei Superarbitrien ueber eine Dissimulation und eine Simulation. *A. Z. f. P.*, XXIV, 295.
- MEYNERT. Psychiatrie. 1884.
- MEYSSAN. Les psychoses traumatiques. Thèse de Bordeaux, 1899.
- MICHEA. Du délire des sensations.
- MINGAZZINI. Sur les rapports de la migraine ophtalmique et des états psycho-pathiques transitoires. *R. sperim. d. F.*, 1893; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1894, I. — Sur les phénomènes circumcursifs et rotatoires de l'épilepsie. *R. sperim. d. F.*, 1895, XX.
- MINIER. De l'épilepsie consciente et mnésique. *Ann. méd. psych.*, 1900.
- MIRAGLIA. L'affaire Misdea. Communication faite par M. Motet à la Soc. méd. psych., 23 fév. 1885, *Archiv. de neurol.*, 1885, I.
- MIRALLIÉ. Épilepsie et localisations cérébrales. Anal. in *Rev. neurol.*, 1902.
- MITCHELL (J. K.). Migraine avec hallucination visuelle. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1897.
- MORBIUS. Ueber periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslaehmung. *Arch. f. P.*, XV, 844.
- MOELI. Ueber psychische Schwache in ihrer verschiedenen Formen. (XI^e Congrès de l'Associat. des fonction. médic. de Prusse.) Sonderabdruck aus dem *Bericht ueber d. XI. Hauptversammlung d. Preuss. med. Beamt. Vereins*, 1894. — Sur un cas d'amnésie. *Soc. psych. de Berlin*, 1897. *A. Z. f. P.*, LIV, Litt. 1897. — Ueber die vorübergehenden Zustaende abnormen Bewusstseins in Folge von Alcoholvergiftung und ueber deren forensischer Bedeutung. *A. Z. f. P.*, 1900, 169.
- MONKEMOLLER. Combinirte Psychosen. *A. Z. f. P.*, LVIII, 639.
- MONROE. Imagery in dreams. Congrès psych. de Paris, 1900.
- MOOR (DE) et DUCHATEAU. Rapport médico-légal sur un cas d'épilepsie psychique (amnésie). *Bull. Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1899. *Journ. de neurol.*, 1899, 313.
- MORACHE. Le Mariage. Paris, 1902. — La Responsabilité de la femme autre que celle de l'homme. *Revue*, 1901, 580. — La Responsabilité criminelle au XX^e siècle et la loi de Pardon. *Rev. scient.*, 1901. — L'expertise et le choix des experts. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1900.
- MORCHEN. Ueber Daemmerzustaende. Ein Beitrag zur Kenntniss der pathologischen Bewusstseinsveränderungen. Marburg, 1901.
- MOREAU. Psychologie morbide. — Suicides et crimes étranges. Paris, 1899. — Revue de médecine légale. *Ann. méd. psych.*, 1895, I. — Des attentats commis par les enfants. *Soc. de méd. lég.*, 8 juin 1891. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1891, 446.
- MOREL. D'une forme de délire, suite d'une excitation nerveuse se rattachant à une variété non encore décrite d'épilepsie. *Gaz. hebd. méd. et chir.*, 1860. — Du délire émotif.

- MORGAGNI. Epistole, 62, n° 5.
- MORROSON. Réflexions sur la théorie de la responsabilité. *Journ. of ment. sciences*, 1889. Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1892, II.
- MORSELLI. Manuale di semeiotica delle malattie mentali, 1896. — Les troubles de la conscience en rapport avec les dysmnésies. Florence, 1895. — Esposizione accessuale degli organi genitali (esibizionismo) como equivalente epilettoide. *Boll. dell' Accademia medic. di Genova*, 1894.
- MORTON PRINCE. The development and genealogy of the Misses Beauchamp; a preliminary report of a case of multiple personality. *Proceedings of Soc. f. Ps. Res.*, XV, 466.
- MOTET. Les aliénés devant la loi. — Contre l'épilepsie larvée de Morel. Discuss. à la Soc. de méd. lég. *Ann. d'hygiène et de méd. lég.*, 1875, XLIV, 424. — Pyromane épileptique. *Ann. méd. psych.* (avant 1895). — De l'amnésie temporaire. *Courrier méd.*, 1879, XXIX, 185-193. *Union méd.*, Paris, 1879, XXVII, 3^e s., 950-951.
- MOTTI. Épileptique ou simulateur et criminel. *Il Morgagni*, 1895.
- MOUNDIE. Du délire hypochondriaque chez les épileptiques. Thèse de Paris, 1895.
- MOURATOFF. Théorie de l'épilepsie. *Vratch.*, 1899. — Contribution à la théorie de l'épilepsie. Soc. de neurop. de Moscou, 24 sept. 1899; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1900, I. — Contribution à l'étude de la folie épileptique. *Vratch.*, 1900, 478. Soc. de neurop. de Moscou, 24 fév. 1900; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1601, I.
- MOURLY VOLD. Expériences sur les rêves et en particulier sur les rêves d'origine musculaire ou optique. Soc. d'hypnot., 25 juillet 1895, *Rev. de l'hypnot.*, X, 202.
- MOYE. Les expertises médicales devant les Tribunaux civils. Thèse de Bordeaux, 1897.
- MUELLER. Bewusstsein und Bewusstseinsstörung. *Fr. Bl.*, XXXIX. — Die Mechanik der Blutcirculation im Inneren des Schaedels in ihren Beziehungen zur Ausbildung der Psychosen. *A. Z. f. P.*, XVII, 32. — Ueber Bewusstseins Schwankungen. *A. Z. f. P.*, XXXIII, 728. — Ueber Psychalgieen. *A. Z. f. P.*, XXXVI, 33.
- MUENSTERBERG. Memory. *Psych. Rev.*, I, 1894.
- MURALT. Zur Frage der epileptischen Amnesie. *Zeits. f. pad. Psych.*, 1900.
- MYERS. Recent experiments in normal motor automatism. *Proceedings Soc. f. Ps. Res.*, XII, 316. — Automatic writing. *Proceedings Soc. f. Ps. Res.*, II, 217; III, 1; IV, 209; V, 522. — Human personality in the light of hypnotic suggestion. *Proceedings Soc. of Ps. Res.*, IV, 1. — Multiplex personality. *Proceedings Soc. of Ps. Res.*, IV, 416. — Das Doppel Ich. (Critique de l'étude de Max Dessoir). *Proceedings Soc. f. Ps. Res.*, VI, 207. — The subliminal consciousness. *Proceedings Soc. f. Ps. Res.*, VII, 298; VIII, 333, 436; IX, 1; XI, 334, 408. — Sur le personnalités multiples. Voyez *Journ. of the Soc. f. Ps. Res.*, II, 224, etc. — Human personality. 2 vol., London, 1903.

- NAECKE. Die Doppelmoerderin K. B. forensisch-psychiatrisch beleuchtet. *A. Z. f. P.*, XLVII, 257. — Contribution à la méthodologie d'une anthropologie criminelle scientifique. *Centralbl. f. Nerv.*, 1893. — État d'obnubilation avec amnésie à la suite d'un coup porté sur la face. *Centralbl. f. Nerv.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, II. — Kriminalistische Bedeutung der Traeume. *A. f. K. A.*, V, 114. — Contribution à l'anthropologie et à la biologie des criminelles aliénées. Soc. psych. de Berlin, 15 déc. 1898; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1891, II. — Richter und Sachsverstaendiger. *Neurol. Centralbl.*, 1902, 386.
- NAEF (M.). Ein Fall von temporaerer totaler, theilweise retrograder Amnesie. (Durch Suggestion geheilt.) *Zeits. f. Hypnot.* Leipzig, 1897, VI, 321, 354.
- NAGY. Observation d'obnubilation post-épileptique chez un enfant. *Centralbl. f. Nerv.*, 1893.
- NAOUMOFF. Sur les états psychiques douteux devant les tribunaux (russe). *Neurol. Vestnik*, 1893.
- NARBOUTE. Théorie histologique du sommeil. *Vratch.*, 1899.
- NAUNYN. Sur l'épilepsie sénile et le symptôme de Griesinger dû à la thrombose basilaire. *Journ. de neurol.*, 1895.
- NEISSER. Psychische Elementarstoerung als Grund der Unzurechnungsfahigkeit. *Arch. f. P.*, XXVI, 534.
- NEUMANN. Zur Casuistik gerichtlichzweifelhafter Geisteszustaende. *A. Z. f. P.*, XLVII, 369. — Voyez. *A. Z. f. P.*, XXXIX, 5; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1884, 2.
- NEWBOLD. Subconscious reasoning. *Proceedings Soc. f. Ps. Res.*, XII, 11.
- NICHOLS. Psychology and physiology. *Amer. Journ. of insan.*, 1897.
- NICHOLSON. Crime, criminalité et aliénés criminels. *Journ. of ment. sciences*, 1899; anal. in *Ann. méd. psych.*, 1899.
- NOBLE. Stupeur mentale intermittente. *Amer. Journ. of insan.*, 1899; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1899, II.
- NODET. Les agnoscies. La cécité psychique en particulier. Paris, 1899.
- NOGUÈS. Trois cas d'épilepsie procursive. *Bull. Soc. de méd. de Toulouse*, 1895.
- NOIZEWSKY. Hypothèse sur la genèse des empreintes mnémoniques des impressions visuelles et des mouvements réflexes. *Centralbl. f. Nerv.*, 1891; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1893, I.
- NOELLNER. Criminalpsychologische Denkwuerdigkeiten. Anal. in *A. Z. f. P.*, XVI, 374.
- NOOT. Les similitudes entre la folie épileptique et la folie alcoolique. *Journ. of ment. sciences*, 1898; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1900, I. — La responsabilité des aliénés. *Journ. of ment. sciences*, 1899; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1900, II.
- NORMAN (C.). Deux cas de folie larvée. *Journ. of ment. sciences*, 1886; anal. in *Archiv. de neurol.*, I, 1890, 119.
- NORWOOD EAST. Insensibilité physique et morale chez les criminels. *Journ. of ment. sciences*, 1901; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I.

- NOTHNAGEL. Epilepsie in Ziem's Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, 1875.
- NOVELLO (G.). Contribution à la casuistique des dédoublements de la conscience. *Il Manicomio*, 1895; cité in *Archiv. de neurol.*, 1896, I.
- OBERSTEINER. Zur Theorie des Schlafes. *A. Z. f. P.*, XXIX, 224. — Contribution à la question de la transmissibilité héréditaire d'états pathologiques acquis. *Neurol. Centralbl.*, 1900; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I.
- OEBECKE. Zur Charakteristik der epileptischen Geistesstörung. *A. Z. f. P.*, XXXVI, 702.
- OGLE. Case of epilepsy. *Lancet*, mai 1874.
- OLAP (G. D'). Partielle Bewusstlosigkeit mit totaler Amnesie. IV^e Congrès intern. de psych. Compte rendu, 579, 584.
- OLIVER. L'attaque épileptique. *Brain*, oct. 1888.
- OLIVIER (J. E.) et HARVEY (F. L.). Cases of amnesia. *Scienc. N. Y.*, 1887, X, 274.
- ONANOFF. Perception inconsciente. *Archiv. de neurol.*, 1890, I, 364.
- ORCHANSKY. Ueber Bewusstseinsstörungen und deren Beziehung zur Verruecktheit und Dementia. *Arch. f. P.*, XX, 309.
- OSBORNE. Les états crépusculaires au point de vue médico-légal. *Med. leg. Journ.*, 1893, XI, 2. — Responsabilité des épileptiques. *Med. leg. Journ.*, 1892; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1895, I.
- OTTO. Hermann Lotze ueber das Unbewusste. Thèse de Erlangen, 1900.
- OTTOLINGHI. Epilessie psichice. — *R. sperim. d. F.*, 1890-1891. — Le champ visuel des épileptiques en dehors de l'accès et des criminels congénitaux. *Centralbl. f. Nerv.*, 1890. Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1892, II. — La suggestione e le facolta psichice occulte in rapporto alla pratica legale e medico forense. Torino, 1900.
- P... Liberté, discernement, responsabilité. *Centralbl. Nerv.*, 1893 Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1895, I.
- PACE et MIRAGLIA. Mania transitoria. *Alien. and neurol.*, 1893.
- PACETTI. Forme spéciale d'aura chez une épileptique. *R. quind. d. psicol., psichiat. e neurop.*, 1897.
- PACOTTE et RAYNAUD. Rapport médico-légal sur un cas de perversion du sens génital. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1895, 435.
- PACTET et COLIN. Les aliénés devant la justice. Paris, Masson, 1902.
- PAILHAS. Existence du libre arbitre. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1897. — Dégénérescence hybride de criminalité et de folie non délirante. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1903.
- PAL. Ueber multiple Neuritis. Wien, 1891.
- PARANT. Irresponsabilité des aliénés d'après la loi française. *Amer. Journ. of insan.*, 1893.
- PARANT (V.). La raison dans la folie. Paris, 1888. — Les impulsions irrésistibles des épileptiques. Paris-Toulouse, 1896.
- PARDO. Episodio paranoicale prodromico di attacco epilettico. *R. d. psic.*

- psich.*, 1898. — I disturbi della memoria e loro importanza medico-legale. Roma, 1899.
- PARIS. Épilepsie, somnambulisme et accès de catalepsie. *Archiv. de neurol.*, 1889.
- PARIZOT. Phobie épileptoïde. Congrès de Limoges, 1901.
- PARRY. Unpublished writings (collection of), London, 1825.
- PASCAL. De la dualité des véhicules de conscience (théos.). Congrès de psychol. Paris, 1900.
- PATRICK. Conceptions impératives. *N.-Y. med. Journ.*, 1901; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1903. — Some peculiarities of the secondary personality. *The Psychol. Review*, 1898. — Some peculiarities of the secondary personality. Univers. of Iowa. *Stud. in Psychol.*, 1899.
- PATTERSON. Criminal responsibility as related to insanity. *Med. Detr.*, 1899; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, I.
- PAU DE SAINT-MARTIN. Les images cérébrales et l'activité mentale. Soc. d'hypn., 19 juin 1900; *Archiv. de neurol.*, 1900, II, 170.
- PAUL. Epilepsy. *Boston med. and surg. Journ.*, 1900.
- PAUL MAX. Beitrage zur Frage der retrograden Amnesie. Thèse de Munich, 1899.
- PAULY. Das Delirium acutum maniacale. Anal. par Pelmann, in *A. Z. f. P.*, XXVII, 107.
- PEIXOTO. Epilepsia e crime. Bahia, 1897.
- PELMAN. De l'état de la mémoire dans la folie. *Journ. de psychiat.*, 1864. — Zurechnungsfahigkeit und Verbrecherthum. Anal. in *A. Z. f. P.*, XLVIII, 428. — Ueber das Verhalten des Gedachtnisses bei den Verschiedenen Formen des Irreseins. *A. Z. f. P.*, 1864, XXI, 63, 121. — Contribution casuistique à l'étude de la manie transitoire. Soc. psych. de la province du Rhin, séance du 19 juin 1884; discuss. Nasse, Ripping.
- PELLI. L'epilessia dal punto di vista clinico e medico-legale. *R. sperim. d. F.*, 1899.
- PENTA. Contribution à l'étude clinique et médico-légale de la folie épileptique. *R. mens. d. psych. forense*, III, 7, 8.
- PERASSI. Casi di amnesia parziale con afasia consecutiva a ferita del cranio al disopra della bozza frontale sinistra. *Giorn. d. Reale Accad. de med. di Torino*, 1870, 33, IX, 164-166.
- PERRIER (Ch.). Les criminels. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1898, 524.
- Personal identity (A case of alleged loss of). *Proceedings Soc. f. Ps. Res.*, vol. XV, 90-97.
- Personalità. — Frazionamento. *R. d. st. Ps.*, 1897, XXIV, 307. — Alterazioni. *R. d. stud. Psich.*, 1898, XXXV, 136.
- PETERSON. Notes upon homonymous hemiopic hallucinations. *N.-Y. med. Journ.*, 1890 et 1891. — New paths in psychiatrie. *Philadelphia med. Journ.*, 1898.
- PETIT. D'une classe de délinquants intermédiaires aux aliénés et aux criminels. Thèse de Paris, 1899. — Note sur un cas de délire épileptique. *Archiv. de neurol.*, 1902, 121.

- PHELPS. Five cases of prolonged amnesia. *Northwest. Lancet*, Saint-Paul, U.S., 1894, XIV, 221, 223.
- PHILIPPE. La conscience dans l'anesthésie chirurgicale. *Rev. philos.*, 1899, XLVII.
- PIAT. La personne humaine. Alcan.
- PICHON. Contribution à l'étude des délires oniriques ou délires de rêve. Délires infectieux et toxiques. Thèse de Bordeaux, 1896. — Les maladies de l'esprit. Paris, 1898.
- PICK. Zur Pathologie der Gedächtnisses. *Arch. f. P.*, XVII, 83. — Vom Bewusstsein in Zustaenden sogenannter Bewusstlosigkeit. *Arch. f. P.*, XV, 202. — Ueber die sogenannte Re-Evolution (Hughlings-Jackson) nach epileptischen Anfaellen nebst Bemerkungen ueber transitorische Worttaubeit. *Arch. f. P.*, XXII, 755. — Ueber eine neuartige Form von Paramnesie. *Jahrb. f. Psych. und Neur.*, 1901. — Zur Klinik der epileptischen Bewusstseinsstoerungen. *Z. f. H.*, X, 4; *Schmidt's Jahrb.*, 1890. — Beitrage aus der psychiatrischen Klinik zu Prag. *Jahrb. f. Psych.*, VIII; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1890, II. — Zur Casuistik des Erinnerungstauschungen. *Arch. f. P.*, VI, 586. — Beitrag zur Lehre von den Neuronen. *Arch. f. P.*, VII, 202. — Beitrage zur Klinik der Geisteskrankheiten. *Arch. f. P.*, XI, 1. — Ueber allg. Gedächtnisschwaeche als Folge Herderkr. mit einem Beitrage zur Lehre von der topischen Diagnostik der Schluegel-Laesionen. Anal. in *Rev. philos.*, 1894, I. — Ueber die Beziehung des epileptischen Anfalles zum Schlafe. *Wien. med. Wochens.*, 1899. — Ueber eine neuartige Form von Paramnesie. *Jahrb. f. Psych. und Neur.* Leipzig und Wien, 1901, XX, I, 35. — Symptomatologisches zur Epilepsie. *Prager med. Wochens.*, 1901. — Études cliniques sur le rêve pathologique. *Journ. of ment. sciences*, 1901; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, II.
- PICQUI (L.). Que doit-on entendre par psychose post-épileptique? *Bull. méd.*, 1898.
- PIERACINI. Contribution à l'étude des hallucinations verbales psychomotrices. *Il Manicomio*, 1893.
- PIERCE and PODMORE. Subliminal self or unconscious cerebation. *Proceedings of Soc. f. Ps. Res.*, 307.
- PIÉRON. Sur l'interprétation des faits de rapidité anormale dans le processus d'évocation des images. Congrès de Psych., 1900; *Ann. des sciences psych.*, 1900, 295.
- PIERRET. Les états convulsifs en général. *Progrès méd.*, 1896.
- PIGEOLET. Histoire d'un cas d'amnésie survenue subitement pendant la convalescence d'une affection exanthématique. *Journ. de méd., chir. et pharm.*, Bruxelles, 1846, IV, 137, 142.
- PILCZ. Quelques contributions à la psychologie du sommeil chez les sains d'esprit et les aliénés. *Ann. méd. psych.*, 1899, I. — Ueber periodische Geistesstoerungen. Iéna, 1901.
- PITRES. Études sur quelques équivalents cliniques de l'épilepsie partielle

- ou jacksonienne. *Rev. de méd.*, 1888. — Leçons sur l'hystérie, 2 vol., Paris, 1891. — L'aphasie amnésique. Paris, 1898.
- PITRES et RÉGIS. Séméiologie des obsessions et idées fixes. Congrès de Moscou. *Archiv. de neurol.*, 1897, II. — Obsessions et impulsions. Paris, Doin, 1902.
- PIVION. Études sur les troubles de l'intelligence, de la motilité et de la sensibilité chez les épileptiques. Thèse de Paris, 1876.
- PLACZEK. Idiopathische passagere Bewusstseinstäubungen. *Berlin. klin. Wochens.*, 1900.
- PLANIS CAMPY (DE). Œuvres médicales.
- PLATNER. De vi corporis in memoriam. Leipzig, 1867.
- PLINE L'ANCIEN. Liv. VII, ch. XXIV.
- POHL. Sur la folie impulsive. *Jahrb. f. Psych.*, V; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1883, 407.
- POL (H.). Een viervondige moord gepleegd in een epileptischen dromtoestand. *Psychiat. en Neurol.*, Bladen, 1900; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902.
- POLLACK. Ein Fall reflectoïden Handelns. *Arch. f. Kr. Ant.*, VIII, 198.
- PONTAPPIDAN (K.). Amnésie rétrograde après pendaison. *Hosp. Tid.*, Copenhagen, 1896, 1192, 1200.
- POWELL. Impulsion inconsciente au suicide et à l'homicide. *Journ. of ment. sciences*, 1887; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1890, I.
- PRENANT. Les théories du système nerveux. *Rev. gén. des sciences*, 1900.
- PREOBAGINSKY et SARYTCHEFF. Épilepsie et folie morale. Anal. in *Rev. neurol.*, 1899, 842.
- PRIBAT. De l'exhibition chez les épileptiques. Thèse de Paris, 1894.
- PROAL. Le déterminisme et la criminalité. — Responsabilité légale des aliénés. *Ann. méd. psych.*, 1890, II. — Le crime et la peine. — La criminalité politique. — Le crime et le suicide passionnels. — Napoléon I^{er} était-il épileptique? *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1902.
- PUPIN. Le neurone et les hypothèses histologiques de son mode de fonctionnement. Thèse de Paris, 1896.
- RABL-RUECKARDT. Sind die Ganglienzellen Amaeboïde? Eine Hypothese zur Mechanik psychischer Vorgänge. *N. C.*, 1890.
- RACKFORD. Migraine, *Journ. of Amer. med. sciences*, 1898.
- RAD (Von). Casuistisches Beitrag zur Frage ueber die Zeugnissfaehigkeit der Epileptikerr. *Friedr. Blaett.*, 1900.
- RADESTOCK. Ueber Hallucination, Illusion Erinnerungstauschungen, etc. Anal. in *Psychische Studien*, 1884, 488; 1885, 150.
- RAMAER. Mordversuch. Gutachten ueber den Gusteszustand Dely-Mehemmeds. Anal. par Krafft Ebbing, in *A. Z. f. P.*, XXXVIII.
- RAMBAUT. Un cas d'impulsion homicide délirante. *Journ. of ment. sciences*, 1899; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1901, I.
- RAMSDEN WOOD. A case of acute mania, etc. *Journ. of ment. sciences*, oct. 1884.
- RAYMOND. Clinique des maladies mentales. — Clinique des maladies du

- système nerveux, 2^e série. — Migraine ophtalmique et amnésie épileptique. *Bull. méd.*, 1896.
- RAYMOND et JANET. Note sur l'hystérie droite et sur l'hystérie gauche. *Rev. neurol.*, 1899.
- RAYNAUD. Phantagénie physiologique. Congrès de Limoges. *Archiv. de neurol.*, 1901, II.
- RÉGIS. Kleptomanie et hypnothérapie. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 20 mars 1896. Discuss. Larroussinie, Tissié, Armaignac. *Rev. de l'hypnot.*, X, 321, 347. — La psychose d'insolation. Congrès de Limoges. *Archiv. de neurol.*, 1901, II. — Auto-intoxication et délire. *Archiv. clin. de Bordeaux*, 1899. — Hallucinations oniriques des dégénérés. Congrès de Clermont, 1894. *Archiv. de neurol.*, 1894, II. — Automatisme ambulatoire hystérique. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1893. — Note sur l'amnésie rétrograde après les tentatives de suicide par pendaison. *Archiv. clin. de Bordeaux*, 1894, III, 515-521. — Psychoses dans la polynévrte. *Bull. Soc. de méd. ment. de Belgique*, déc. 1894. — Les psychoses d'auto-intoxication. *Archiv. de neurol.* — Insolation et psychose. *Le Caducée*, 6 nov. 1901. — Le délire onirique des intoxications. *Journ. de méd.*, 1901. — Aphasie transitoire neurasthénique. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1893.
- RÉGIS et CORIVEAUD. Aliéné ou criminel. Bordeaux.
- RÉGIS et CHEVALIER LAFAYE. Auto-intoxications et maladies mentales. Rapport et discussion. Congrès de La Rochelle. *Archiv. de neurol.*, 1893, II.
- REHIN. Cas de délire épileptique sans amnésie. *A. Z. f. P.*, 1887, 289.
- REHMKE. Die Bewusstseinsfrage in der Psychologie. *Zeits. f. Philos.*, 1897.
- REICH. Der Epilepsismus aus dem Gesichtspunkt der Medicin. *A. Z. f. P.*, XLIV, 595.
- REINHARD. Changement périodique de couleur des cheveux chez un épileptique. *Boston med. and surg. Journ.*, CX; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1890, I, 115.
- RENAUT. Le neurone et la mémoire cellulaire. Discuss. à l'Université de Lyon, 1898. *Ann. des sciences psych.*, 1899, 262.
- Responsabilité. Atténuation. Voyez Congrès des méd. aliénistes allem. à Bonn, 1888 (Discuss.). Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1889, II, 456.
- REYNOLDS. Epilepsy.
- RIAUT. Les irresponsables devant la justice.
- RIBOT. Les états affectifs de la mémoire. *Rev. neurol.*, 1894. — Les maladies de la mémoire. — Les maladies de la volonté. — Les maladies de la personnalité. — Psychologie de l'attention.
- RICHARZ. Ueber psychische Untersuchungsmethode. Anal. in *A. Z. f. P.*, XIII, 256.
- RICHET (Ch.). De la mémoire élémentaire. *Rev. philos.*, 1881, I. — Origine et modalités de la mémoire. *Rev. philos.*, 1886, I, 560. — L'homme et l'intelligence. — Essai de psychologie générale. — Dictionnaire de

- physiologie. — La mémoire et la personnalité dans le somnambulisme. *Rev. philos.*, 1882. — Inconscience de certains mouvements et en particulier de l'écriture automatique. Congrès internat. de psychol. Paris, 1889.
- RICHER (P.). Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie. Paris, 1881.
- RICHTER. Dissertatio de natura, laebe et praesidiis memoriae humanae. Gottingue, 1752.
- RICORDEAU. Contribution à l'étude des délires septiques. Thèse de Paris, 1896.
- RIEGER. Ueber die gefaehrlichen Epileptiker. *A. Z. f. P.*, XLI, 670. — Psychiatrie und medicin. Studium. *A. Z. f. P.*, L, 1080. — Sur les épileptiques dangereux. XVI^e Congrès de la Soc. psych. de l'Allemagne du S.-O. Carlsruhe, 19 oct. 1884; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1885, II. Discuss. Jolly, Korn, Furstner, Wildermuth, Walter.
- RINECKER. Ueber richterliche Fragestellung und die aertzliche Antwort bei zweifelhaften Geisteszustanden. *A. Z. f. P.*, XXXIII, 224.
- RIPPING. Ein Simulant. *A. Z. f. P.*, XXXVIII, 107.
- RITTI. Amnésie traumatique. *Archiv. de neurol.*, 1887, II, 277. — Théorie physiologique de l'hallucination.
- RIU. Deux cas de délire post-épileptique. Soc. méd. psych., 29 juin 1885; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1885, II, 243. — Quelques observations sur le délire épileptique. *Ann. méd. psych.*, 1885, II.
- RIVA (A.). Il problema dei segni fisici cerebrali della memoria. Parma, 1897.
- ROBERTSON. Reflex language. *Journ. of ment. sciences*, 1888.
- ROBILLARD. Essai sur l'épilepsie. Paris, 1863.
- ROBINOWITCH (M^{lle}). Étude clinique des obsessions et impulsions morbides. Soc. méd. psych., 29 mai 1899. *Ann. méd. psych.*, 1899, II.
- ROCHAS (DE). Le rêve. *Ann. des sciences psych.*, 1901.
- ROEHLING. Mania transitoria. *A. Z. f. P.*, XXVII, 597.
- ROLLAND. De l'épilepsie jacksonienne. Paris, 1888.
- ROLLER. Ueber geminderte Zurechnungsfahigkeit. *A. Z. f. P.*, XLVI, 337. — Casuistische Mittheilungen. *A. Z. f. P.*, XLVIII, 417.
- ROMANES. L'intelligence des animaux.
- ROMBERG. Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
- RONCORONI. Rapporto tra accesso epilettico ed auto-intossicazione. *Arch. d. Psich.*, 1900.
- ROENNE (Von). Die criminalistische Zurechnungsfahigkeit. Anal. in *A. Z. f. P.*, XXVII, 387.
- ROSENBACH. Des états mentaux qui sont à la limite de l'aliénation mentale et de la raison. *Obozr. Psych.*, 1901, I. — D'une forme toute particulière d'illusions de la vue. *Centralbl. f. Nerv.*, 1886; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1888, I. — Ueber die Pathogenese der Epilepsie. *A. Z. f. P.*, XLII, 281.
- ROSENBERG et ARONSTAM. Amnesia. *Med. leg. Journ.*, 1900.
- ROSSI. Sur la rapidité du courant nerveux chez les épileptiques. *R. sperim. d. F.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, II.

- ROUBINOVITCH et VLAIVANOS. Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la confusion mentale. XII^e Congrès internat. de méd. psychiat. *Archiv. de neurol.*, 1900, II, 491. — Observation d'un cas de maladie de tics convulsifs avec mouvements par obsession. Soc. méd. psych., 25 juillet 1892; *Archiv. de neurol.*, 1892, II. — Contribution à l'étude des hallucinations verbales psycho-motrices. Soc. méd. psych., 28 oct. 1892. *Archiv. de neurol.*, 1893, I.
- ROUBY. Marie Alocque. Sa folie hystérique. Alger, 1901.
- ROUILLARD. Amnésie traumatique. *Archiv. de neurol.*, 1886, I. — Essai sur les amnésies principalement au point de vue étiologique. Paris, 1885. — Observation d'amnésie traumatique avec automatisme de la mémoire. *Ann. méd. psych.*, Paris, 1886, 39, 49. — Les amnésies. Revue générale. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1892, LXV, 509.
- ROUX (J.). Sur les délires. *Province méd.*, 1897. — Le problème de la responsabilité et l'expertise judiciaire. *Rev. de psychol. clin.*, 1899.
- ROZIER. L'épilepsie sénile. Thèse de Paris, 1898.
- RUCKHARD. Les cellules nerveuses sont-elles amiboïdes? Hypothèse à l'appui du mécanisme des processus psychiques. *Neurol. Centralbl.*, 1890; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1891, I.
- RUF (S.). Psychische Zustaende. Ein Beitrag zur Lehre von der Zurechnung mit besonderer Ruecksicht auf die psychischen Stoerungen. *A. Z. f. P.*, XI, 136. — Die Delirien. Die Visionen und Hallucinationen des Tag und Nachtlebens und die phantastischen Zustaende. *A. Z. f. P.*, XIV, 108. — Die Criminaljustiz. *A. Z. f. P.*, XXXVI, 114.
- RUSSELL (J.). Analogy between the processes of health and disease. *Med. Times*, 1870, 90.
- RUSSEL REYNOLDS. Epilepsy, its symptoms, treatments, etc. London, 1861.
- SAILER. Hypertrophic nodular gliosis. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1898.
- SAINSBURG (H.). Une observation d'état convulsif ou d'état épileptique. *Journ. of ment. sciences*, 1889; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1892, I.
- SAINT-AUBIN. Des fugues inconscientes hystériques et diagnostic différentiel avec l'automatisme de l'épilepsie. Thèse de Paris, 1890.
- SALEMI PACE (B.). Raro caso di amnesia parziale spinale per neuropatia reumatica. Pisani, 1888; Palermo, 1889, IX, 181, 203.
- SALGO. Compendium der Psychiatrie. — Der Bewusstseinszustand im Epileptischen Anfälle. *A. Z. f. P.*, 1899, I.
- SALMUTH. *Centuria*, 2, obs. XLI.
- SALOMON. Zur Lehre von der Zwangsvorstellungen. *Arch. f. P.*, VIII, 722.
- SAMT. Epileptische Irreseinformen. *Arch. f. P. und Nerv.*, 1874-1875, V, 393; VI, 110.
- SANTE DE SANCTIS. Psychoses et rêves. Congrès de Bruxelles, 1897. *Journ. de neurol. et d'hypnol.*, 1897. — I sogni dei neuropatici e dei

- pazzi. *Arch. d. P.*, 1898. — Sulle così delle allucinazioni antagonistiche. Roma, 1897. — Sui rapporti etiologici fra sogni e pazzia. Deliri e psicosi da sogni. *R. d. P.*, 1897. — Équivalents musicaux des accès épileptiques. Attaques de chant. *R. quind. d. psicol., psych. e neurop.*, 1897. — Rapports étiologiques entre le rêve et la folie. *R. quind. d. psicol., psych. e neurop.*, 1898. — I sogni, studi psicologici e clinici di un alienista. Torino, 1899.
- SANDBERG (O.). Ein Fall von Geisteskrankheit mit Kraempfen; anal. in *A. Z. f. P.*, XVIII, 728.
- SANDER (W.). Die forensische Bedeutung der Epilepsie. *Archiv. f. P.*, V, 278, 282.
- SANDER und RICHTER. Geistesstoerung und Verbrechen, 1886.
- SANKEY. Lectures on mental diseases. London, 1883.
- SANJUAN. Sur les hallucinations symboliques dans les psychoses et dans les rêves des sourds-muets. *Archiv. de neurol.*, 1897, 101.
- SANNA SALARIS. Nuovo contributo casuistico alla psicopatologia forense. Cagliari, 1899.
- SANTENOISE. Considérations générales sur la pathogénie des troubles psychiques. Examen critique d'une hypothèse (les auto-intoxications dans les maladies mentales). Nancy.
- SANTLUS. Die Alienation des Bewusstseins. *A. Z. f. P.*, XIII, 33, 173.
- SARLO (DE). L'activité psychique inconsciente en pathologie mentale. *R. sperim. d. F.*, XVII; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1892, I.
- SATERWHITE. A case of amnesia. Discuss. *Pediatrics*, New-York, 1900, 403, 404.
- SAUTAREL. Contribution à l'étude des obsessions-inhibitions et en particulier de l'inhibition génitale. Thèse de Bordeaux, 1898.
- SAVAGE. V^o Epilepsy and Insanity. *Dictionary of psychological medicine*. — Case of acute loss of memory. *Journ. of ment. sciences*, London, 1883, XXIX, 84, 85, 90. — La folie invoquée devant les tribunaux. *Journ. of ment. sciences*, London, 1891; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1894, I. — Deux exemples de l'effet produit par l'abolition de la faculté supérieure de contrôle personnel. *Journ. of ment. sciences*, 1885; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1888, II. — A case of acute loss of memory. *Journ. of ment. sciences*, 1883; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1885, I.
- SCHATALOW. L'activité psychique inconsciente et son rôle dans la vie humaine (en russe). *Voprosi Philos.*, 1898.
- SCHEDTLER. Casuistisch Beitrag zur Lehre von den Erinnerungsfälschungen. *A. Z. f. P.*, XLVIII.
- SCHENKIUS. Observationes medicae.
- SCHIVEN. Geistesstoerung und Verbrechen. *A. f. K. A.*, VI, 1.
- SCHMIDTKUNG. Psychologie und suggestion. *A. Z. f. P.*, XLIX, 301.
- SCHNELL. Amnésie traumatique et paralysie de l'oculo-moteur. *Echo méd. de Toulouse*, 1889.
- SCHOENTHAL. Du désordre dans les idées hallucinatoires aiguës. Congrès

- de la Soc. psych. de l'All. du S.-O.. Karlsruhe, 1891; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1893, I.
- SCHOFIELD. The unconscious mind. London, 1898.
- SCHOL. Eine Irre Verbrecherin (épileptique). *A. Z. f. P.*, 1899, LVI.
- SCHOLTZE. Epileptischer Wandertrieb. *Deutsch. milit. Artz. Zeits.*, 1900.
- SCHOLZ. Ueber Hystero-Epilepsie. *Arch. f. P.*, IX, 636.
- SCHOPENHAUER. Le monde comme volonté et comme représentation. Paris, Alcan.
- SCHRENK NOTZING (V.). Le rôle de l'élément suggestif et des erreurs de la mémoire dans le procès de Berchtold. *Zeits. f. Hypnot.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, II.
- SCHOETER. Faelle von intermittirender und acuter Melancholie. *A. Z. f. P.*, XXVI, 350.
- SCHUBERT SOLDERN (VON). Ueber das Unbewusste im Bewusstsein. *Vierteljahrsh. f. vissensch. Philos.*, 1898.
- SCHUCHARDT. Exhibitionnisme épileptique. *Zeits. f. med. Beamt.*, 1890, 6.
- SCHUELE. Ueber das Delirium acutum. *A. Z. f. P.*, XXV, 162. — Klinische Psychiatrie.
- SCHUELER. Contribution à l'étude des expertises médico-légales en matière de responsabilité. *Centralbl. f. Nerv.*, 1887; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1890, I.
- SCHULTZ. Ueber einen der Brandstiftung beschuldigten Epileptiken. *A. Z. f. P.*, XXXIX, 79.
- SCHULTZE. — Rapport médico-légal sur un épileptique incendiaire. Soc. psychiatrique de la province du Rhin. Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1883. — Voyez *A. Z. f. P.*, 1900, 145. — Beitrag zur Lehre von den Pathologischen Bewusstseinsstörungen. *A. Z. f. P.*, 1898, 749, et la discuss. Meschede, Cramer, Siemerling, Fuerstner, Vogt, Schuele, Paetz, Ganser, Kraepelin, Jolly, 807 et suiv. — Ueber epileptische Aequivalente. *Munch. med. Wochens.*, 1900. Anal. in *A. Z. f. P.*, 1900. Litt. 145.
- SCHUSTER et MENDEL. Zur Casuistik der Epilepsia cursoria. *Munch. med. Wochens.*, 1899.
- SCHWASS. Mania transitoria. *A. Z. f. P.*, 1891, 47.
- SCHWARTZER (O.). Die transitorische Tobsucht. Anal. in *A. Z. f. P.*, XXXVII, 244.
- SCIAMANNA. Ossessioni e idee fisse. *R. d. psicol.*, 1898. — Amnesia retrograda progressiva, anterograda continua. *R. sperim. d. F.*, 1894, XX, 177-181.
- SEGERUS (G.). De memoria e nulla manifesta causa abolita et restituta. *Miscellanea et Naturae curiosit.*, 1672. Lips. et Francof., 1681, III, 319.
- SÉGLAS. Note sur le rôle de la mémoire dans la folie du doute. *Rev. neurol.*, 1897. — De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination

- obsédante. *Ann. méd. psych.*, 1892. — Pathogénie et physiologie pathologique des hallucinations de l'ouïe. Congrès de Nancy, 1896. *Archiv. de neurol.*, 1896, II. — Confusion mentale primitive. *Presse méd.*, 1897. — Épilepsie et amnésie rétrograde. *Progrès méd.*, 12 avril 1902. — Sur les phénomènes dits hallucinations psychiques. Congrès de psych., Paris, 1900. *Archiv. de neurol.*, 1900, II, 395. — Dédoublement de la personnalité. Congrès internat. de méd. ment., Paris, 1889. — Les hallucinations psycho-motrices. *Progrès méd.*, 1888. — Des hallucinations. *Journ. des conn. méd.*, 1894. — Coexistence, associations et combinaisons hallucinatoires. *Journ. des conn. méd.*, 1894. — Considérations cliniques et médico-légales sur l'amnésie rétrograde dans l'épilepsie. *Ann. d'hygiène et de méd. lég.*, 3^e s., XXXVII. — De l'amnésie rétrograde dans l'épilepsie. *Presse méd.*, 1897. Compte rendu des séances de la Soc. de méd. lég. — Note sur le dédoublement de la personnalité et les hallucinations psycho-motrices. *Archiv. de neurol.*, 1891, II, 24. — Automatismes ambulatoires dans l'hystérie. *Archiv. de neurol.*, 1892, II, 34. — Note sur l'évolution des obsessions et leur passage au délire. *Archiv. de neurol.*, 1903, 33. — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris, 1895. — Les hallucinations et le dédoublement de la personnalité dans la folie systématique. *Ann. méd. psych.*, 1894. — Auto-intoxication et délire. *Presse méd.*, 1898.
- SÉGLAS et SOLLIER. Amnésie et folie puerpérale. Congrès franç. d'alién. ment., Rouen, 1890. *Archiv. de neurol.*, 1890, II, 273-386. — Folie puerpérale. Amnésie, etc. *Archiv. de neurol.*, n^o 60.
- SEIFERHELD. Die Zurechnungsfähigkeit. *A. Z. f. P.*, XX, 401.
- SELVACHIO ELENSE (G.). Amnesia retro-anterograda emmotiva. *Riform. med.*, Napoli, 1894, I, 51, 63.
- SEMAL. Relations entre la criminalité et la folie. Congrès d'Anvers, 1885. *Archiv. de neurol.*, 1886, I. — La responsabilité morale et pénale devant l'expertise médicale. *Bull. Soc. méd. ment. de Belgique*, 1891.
- SEMELAIÈNE. Automatismes ambulatoires. *Ann. méd. psych.*, 1894, I.
- SEMNOLA. Sopra due malattie non ancora descritte. Napoli, 1834.
- SENNERTUS. Medicina practica de affectibus capitis.
- SERGI. La psychologie physiologique. Trad. Mouton. Paris, Alcan, 1888.
- SERRIGNY. Considérations cliniques sur la parenté des névroses et des psychoses. *Ann. méd. psych.*, 1898, I.
- SETTI (Aug.). La forza irresistibile, 1884.
- SEXTUS. Équivalents délirants des accès épileptiques. Thèse de Paris, 1899.
- SEYDEL (V.). *Vierteljahrsh. f. gericht. Medic.*, 1884, III, 93.
- SICARD. Neurone et réseaux nerveux. *Presse méd.*, 1900.
- SICARD et RICHE. Amnésie rétro-antérograde hystérique. *Presse méd.*, 1898.
- SIEBERT. Ueber den Mechanismus in den Erscheinungen der Seelenlebens. *Ann. Ps. St.*, 1884, 477.
- SIEMENS (Fritz). Zur Lehre vom epileptischen Schlaf und vom Schlaf ueberhaupt. *Arch. f. P.*, IX, 72. — Zur Lehre von der combinirten

- Psychosen. *Arch. f. P.*, X, 128. — Simulation von Psychose. *Arch. f. P.*, XIV, 40. — Ueber den epileptischen Schlaf und den Schlaf ueberhaupt. *A. Z. f. P.*, XXXV, 540. — Quelques mots sur les psychoses combinées. *Neurol. Centralbl.*, 1884; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1885, II, 101.
- SIEMERLING. Casuistische Beitræge zur forensischen Psychiatrie. *Charité Ann.*, XIV. — Ueber die transitorischen Bewusstseinsstoerungen der epileptischen in forensischer Beziehung. *Berlin. klin. Wochens.*, 1898. *A. Z. f. P.*, 1896, 854.
- SIERRACCINI. État mental de S... Clément, accusé de vol et de viol. Étude médico-légale. *Estratlo. del Roccog. med.*, 1894; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1895, II, 51.
- SIGHELE. La folla delinquente, 1895. — La coppia criminale, 1897.
- SILVA TELLES. Amnesia progressiva aguda : contribuição para o estudo das doenças da memoria. *Arch. de med.* Lisbonne, 1897.
- SIMON (P. Max). Les maladies de l'esprit. — Crimes et délits dans la folie. Paris, 1886. — Le monde des rêves. Paris, 1888.
- SKAE. Voyez *Journ. of ment. sciences*, 1874.
- SKRCZECZKA. Ein Fall von zweifelhafter Geistesstoerung (épilepsie). *Arch. f. P.*, IV, 234. — *Arch. f. Psych. und Nerv.*, 1875, 309.
- SLOSSON (E. E.). A case of retarded paramnesia. *Psych. Rev.* New-York and London, 1898, V, 652, 654.
- SMITH (William). L'état de rêve et les faits psychiques qui l'accompagnent. *Amer. Journ. of insan.*, 1892; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1893, I. — Evolution and consciousness. *Monist.*, 1899. — A case of epileptic homicide. *Journ. of ment. science*, 1901.
- SNELL (L.). Die Krankhafte Sensationen als Symptome der Geistesstoerung. *A. Z. f. P.*, XLI, 70. — Ueber Simulation der Geistesstoerung. *A. Z. f. P.*, XLIV, 479.
- SNELL (O.). Ueber die Formen von Geisteskrankheiten welche Hexenprozesse veranlasst haben. *A. Z. f. P.*, L, 534. — Ueber Simulation von Geistesstoerung. *A. Z. f. P.*, XIII, 1; XXXVII, 257. — Die Personenverwechslung als Symptom der Geistesstoerung. *A. Z. f. P.*, XVII, 545. — Ueber die falschen Sensationen bei den Geisteskranken. *A. Z. f. P.*, XXXIV, 670. — Ein Gutachten ueber Zurechnungsfahigkeit. *A. Z. f. P.*, XXXVI, 450.
- SNELL et GUYE. Ueber Aproxexia, etc. *A. Z. f. P.*, 1888, 537.
- SOLLES. Études de clinique interne. Paris-Bordeaux, 1879.
- SOLLIER. Anesthésie cérébrale et mémoire. *Rev. philos.*, 1899. — Note sur le rôle de la mémoire dans la folie du doute. *Rev. neurol.*, 1897. — Les troubles de la mémoire. — Le problème de la mémoire.
- SOMMER. Simulirte Amnesie. *Vierteljahrsch. f. gericht. Medic.*, 1884. — Beitræge zur Kenntnis der criminellen Irren. *A. Z. f. P.*, XL, 88. — Zur Lehre von der « Hemmung » geistiger Vorgaenge. *A. Z. f. P.*, L, 234. — Psychologie criminelle. Congrès des aliénistes allem., Dresde,

- 1894; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1895, II, 78. — Post-epileptisches Irresein. *Arch. f. P.*, XI, 549.
- SOUKHANDOF. La théorie des neurones en rapport avec l'explication de quelques états psychiques normaux et pathologiques. *Archiv. de neurol.*, 1897, II. — Sur l'état variqueux des dendrites corticales (avec bonne bibliographie). *Archiv. de neurol.*, 1900. — Contribution à l'étude des modifications que subissent les prolongements dendritiques des cellules nerveuses sous l'influence des narcotiques. *La Cellule*, XIV. — L'anatomie pathologique de la cellule nerveuse en rapport avec l'atrophie variqueuse des dendrites de l'écorce cérébrale. *La Cellule*, XIV.
- SOUQUES. *Rev. de méd.*, 1892. — Automatisme ambulatoire chez un dipso-mane. *Archiv. de neurol.*, 1892, II.
- SOURY. Anatomie cérébrale et psychologie. *Archiv. de neurol.*, 1902, II. — Théorie des neurones. *Archiv. de neurol.*, 1898, I. — L'amiboïsme des cellules nerveuses. *Presse méd.*, 1901. — Le système nerveux central. Structure et fonctions. Paris, 1899. — Histoire des doctrines psychologiques contemporaines; les fonctions du cerveau. Paris, 1886.
- SOUS. De l'automatisme comitial ambulatoire. Paris, 1890.
- SOUTZO. Des impulsions et obsessions. *Archiv. de neurol.*, 1903.
- SPILLER. The relation of migraine to epilepsy. *Amer. Journ. of ment. science*, 1900.
- SPITTA. Practische Beitræge zur gerichtsaerztlichen Psychologie. *A. Z. f. P.*, XII, 468. — Schlaf und Traumzustände der menschlichen Seele.
- SPITZKA. Sur quelques formes peu connues d'aliénation mentale liée à l'épilepsie. *Saint-Louis clinic. Record*, 1880; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1880, I.
- SPRAGUE. Spiritual consciousness. Wollaston (U. S.), 1898.
- SPRATLING. Epilepsy in its relation to crime. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1902. — Epilepsy and digestion. *N.-Y. med. Journ.*, 1898.
- SPRINGHORPE et MULLEN. Allégations de folie dans les affaires criminelles. *Amer. Journ. of insan.*, 1893. *Archiv. de neurol.*, 1894, I.
- STANCULEANU et BAUP. Contribution à l'étude des relations de la confusion mentale avec les maladies infectieuses. *Rev. de psych.*, 1899.
- STAUDE. Der Begriff der Apercption in der Neueren Psychologie. *Philos. Stud.*, I, 1883.
- STEINBERG. Sur la mémoire. Congrès des aliénistes russes de Moscou. Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1887, II, 297.
- STERN. Épilepsie d'origine alcoolique. *Med. leg. Journ.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, II.
- STEVENS. The Watseka Wonder. Chicago, 1887.
- STEVENS et HUGHES. Automatisme de nature épileptique paraissant accompagné de conscience et suivi d'aphasie. *Alien. and neurol.*, 1880; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1880. Apparently conscious epileptic automatism with a sequel of aphasia; anal. in *A. Z. f. P.*, XXXVII, 424.

- STEVENS. Das Doppelbewusstsein der miss Lurancy Vennum. *Ps. St.*, 1881.
- STOERRING. Zur Frage der Erinnerungseuerzeugung. *Zeits. f. Ph. und ph. Kr.*, 1900. — Vorlesungen ueber Psychopathologie. Leipzig, 1900.
- STRASSMANN. Exhibitionnisme épileptique avec amnésie. *A. Z. f. P.*, 1897.
- STRUEMPPELL. Ueber einen Fall von retrograder Amnesie nach traumatischer Epilepsie. *Deutsch. Zeitschr. f. Nerv.*, Leipzig, 1896, VIII.
- STUCKI. Ein Krankheitsfall. Epilepsie-Irresein. *A. Z. f. P.*, XVIII, 613.
- STUMPF. Der Traum und seine Deutung. Leipzig, 1899.
- Subcoscienza. *Riv. d. Studi. Psich.*, 1899, 98, 199, 285; 1898, 24, 277, 407.
- SULLY. Les illusions des sens et de l'esprit.
- SURBLED. Le rêve. Paris, 1899.
- SURY-BIENZ. Grudlagen der forensen Zurechnungsfahigkeit. Anal. par Krafft Ebing. *A. Z. f. P.*, XXXVII.
- SYMPSON. Épilepsie sénile. *Brit. med. Journ.*, 1894.
- SZAFKOWSKY. Recherches sur les hallucinations au point de vue de la physiologie de l'histoire et de la médecine légale. Anal. in *A. Z. f. P.*, VIII, 539.
- TAINE. De l'intelligence. — Déterminisme et responsabilité. *Arch. d. P.*, 1887.
- TAMBRONI. Expertise médico-légale (homicide). Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1896, II.
- TAMBURINI. L'amnesia non e carattere costante dell' epilepsia larvata. *R. sperim. d. F.*, 1878, 597. — Aphasies et amnésies. Rapport. XIII^e Congrès internat. de méd., sect. de neurol. *Comptes rendus*, 1901, 53, 60. — Sulle allucinazioni motorie. *R. sperim. d. F.*, 1889. — Sulla genesi delle allucinazioni. *Il Manicomio*, 1892.
- TANNERY. Sur la mémoire dans le rêve. *Rev. philos.*, 1898. — Sur la paramnésie dans le rêve. *Rev. philos.*, 1898.
- TANZE. Voyez *R. sperim. d. F.*, XIX, 1895.
- TARDE. La philosophie pénale. — Études pénales et sociales. — La criminalité comparée. Paris, Alcan. — Sur la responsabilité morale. Congrès d'anthropol. crim. Paris, 1889. Anal. in *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1889, 356. — A propos de deux beaux crimes. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1891, 455. — Des transformations de l'impunité. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1898, 615. — Problèmes de criminalité. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 369. — L'affaire Chambige. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1890, 92.
- TATY. Aliénés méconnus et condamnés. Congrès de Marseille, 1899.
- TEBALD. Del sogno. Anal. in *A. Z. f. P.*, XXI, 171.
- TEDESCHI. Ancora sulla gliosi cerebrale negli epilettici. *Il Policlinico*, VI, M.
- TEILLEUR. Triple assassinat par une mère sur ses enfants. Rapport médico-légal sur l'état mental de la femme Donnier Blanc. Anal. in *A. Z. f. P.*, XXIII, 143.

- THÉVENIN. — Conscience et automatisme. Paris, 1898.
- THIBAUD. Les aliénés devant la justice. Thèse de Paris, 1896.
- THOMAYER. La signification de quelques rêves. *Rev. neurol.*, 1897.
- THOMPSON. Hystéro-épilepsie simulant l'épilepsie vraie. *Brit. med. Journ.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, II.
- THOMSEN (R.). Das Verhalten des Gesichtfeldes zum epileptischen Anfall. *Arch. f. P.*, XV, 300. — Klinische Beitrage zur Lehre von der Zwangsvorstellungen und verwandten psychischen Zuständen. *Arch. f. P.*, XXVII, 313.
- THOMSEN (J.). De quelques phénomènes survenant à la suite des attaques épileptiques et apoplectiformes. Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1888, I.
- THOMSON. On some diseases of memory associated with epilepsy, with special reference to reminiscence. *Practitioner*, 1900.
- THULIÉ. Étude sur le délire aigu sans lésions.
- TIGGES. Ein Fall von Simulation von Geistesstoerung. *A. Z. f. P.*, XLVI, 72. — Zur Theorie der Hallucinationen. *A. Z. f. P.*, XLVIII, 309-386.
- TILING. Ueber amnestische Irresein. *A. Z. f. P.*, XLVIII. — Ueber die amnestische Geistesstoerung. *A. Z. f. P.*, 1892, 531. — Ueber die bei den alkoholischen Neuritis multiplex beobachtete Geistesstoerung. *A. Z. f. P.*, XLVI.
- TISSIÉ. Le tourisme pathologique et le vagabondage. *Rev. encyclop.*, 1899. — Les rêves. — Les aliénés voyageurs. Thèse de Bordeaux, 1887. — De la captivation. *Comptes rendus*. Congrès de méd. mentale. Paris, 1889. — Action inhibitoire de la volonté sur les attaques d'épilepsie. *Rev. de l'hypnot.*, X, 129. — Rêves provoqués dans un but thérapeutique. *Rev. de l'hypnot.*
- TISSOT. Psychologie comparée. — L'Animisme. — La Vie dans l'homme, 2 vol.
- TISSOT. Traité des nerfs et de leurs maladies. Lausanne, 1790.
- TOBOLOWSKA. Étude sur les illusions du temps dans les rêves du sommeil normal. Thèse de Paris, 1899-1900.
- TAIGNE. Du vertige épileptique. Thèse de Paris, 1877.
- TOMACHEWSKI et SSIMONOWITSCH. Zur Lehre von der Pathogenese der Hallucinationen und Epilepsie. *Neurol. Centralbl.*, 1889.
- TOENINI. Les epilepsie in rapporto alla degenerazione. 2^e éd., 1891.
- TORREBLANCA. De magia, l. II, ch. XXIV.
- TOSELLI. Voyez *Arch. italiano*, mars 1879, 98.
- TOUCHARD (E.). Deux cas d'amnésie post-éclampsique. *Rev. obst. et gyn.*, Paris, 1893, IX, 205, 211.
- TOULMOUCHE. Voyez *Mém. de l'Acad. de médecine*, 1833, II, 37.
- TOULOUSE et MARCHAND. Équivalents délirants des accès convulsifs chez une épileptique. Soc. de biol., 7 janv. 1899. *Rev. neurol.*, 1899.
- TOULOUSE (E.). Amnésie rétro-antérograde à type continu et progressif par choc moral. *Archiv. de neurol.*, Paris, 1894, XXVII, 167, 184.
- TOULZAC. Le rire et le pleurer spasmodiques. Thèse de Paris, 1900.
- TOURAILLE. De l'épilepsie fonctionnelle. Thèse de Paris, 1900.

- TOURDES et METZQUER. Traité de médecine légale.
- TRAMONTI. Toxicité des urines dans les équivalents épileptiques. *R. quind. d. psicol., psych. e neurop.*, 1898.
- TRENANNAY. Le rêve prolongé. Thèse de Paris, 1900.
- TRÉNEL. Délires menstruels périodiques. *Ann. de gynéc.*, 1898.
- TRÉTEL et CRÉDÉ. Hallucinations psycho-motrices et sialorrhée paroxysmale. Soc. méd. psych., 20 mai 1901. *Archiv. de neurop.*, 1901, II.
- TROCHON. Observations et notes médico-légales. *Archiv. d'anthropol. crim.*, 1888, 256.
- TROWBRIDGE. A case of epilepsy with double consciousness. *Med. News. P.*; anal. in *Proceedings Soc. f. Ps. Res.*, VII, 256.
- TRUELLE. Sur deux cas d'amnésie continue. IV^e Congrès internat. de psychologie, 1900. *Comptes rendus*, 542-553. — Dégénérescence mentale. État névropathique. Appoint alcoolique. Délire hallucinatoire. *Archiv. de neurop.*, 1899, I.
- TRUELLE et PETIT. Un cas d'amnésie continue consécutif à une tentative de suicide par l'oxyde de carbone. *Archiv. de neurop.*, 1901, II.
- TSCHICH. Ueber den Umfang des Bewusstseins bei Gesunden et Geisteskranken. Anal. in *A. Z. f. P.*, 1889; Litt. 2. — Les éléments de la personnalité. *Wjestn. Psych.*, 1890.
- TSCHIJE. L'épilepsie larvée. *Obozr. Psych.*, 1900. Anal. in *Archiv. de neurop.*, 1902, I.
- TUCZECK. Contribution à l'étude des interruptions de la conscience. *Berlin. klin. Wochens.*, 1885. X^e Congrès de neurop. de l'Allem. du S.-O. (Discuss. Beumler, Fürstner, Hitzig, Korn). Anal. in *Archiv. de neurop.*, 1886, I.
- TUKE (HACK). Le corps et l'esprit (trad. par Parant). — Pritchard and Symonds, London, 1890. — Les experts aliénistes et la responsabilité criminelle. *Journ. of ment. science*, 1882.
- TULPIUS. Observationes medicae.
- TUTTLE (G. T.). Hallucinations and illusions. *Amer. Journ. of insan.*, 1902.
- UNVERRICHT. Voyez *Deutsch. med. Wochens.*, 1881.
- URQUHART. L'opinion courante sur les questions médico-psychologiques en Allemagne, d'après le professeur L. Meyer. *Journ. of ment. science*, 1894. Cité in *Archiv. de neurop.*, 1896, II.
- VALLON. Rapport médico-légal sur un attentat à la pudeur commis par un épileptique. *Ann. méd. psych.*, 1894, II. — Fétichiste honteux. Rapport médico-légal (simulation d'amnésie). *Ann. d'hygiène et de méd. lég.*, 1895, II. — Attentat à la pudeur commis par un épileptique. Soc. méd. psych., 28 mai 1894. *Archiv. de neurop.*, 1894, II. — Tentative de meurtre sous l'influence d'une obsession. Soc. méd. psych., 25 nov. 1895. *Archiv. de neurop.*, 1895, II, 81. — Les délires transitoires au point de vue médico-légal. Congrès d'Angers, 1898. *Archiv. de neurop.*, 1898, II.

- VALLON et MARIE. Contribution à l'étude de quelques obsessions. Congrès de Moscou. *Archiv. de neurop.*, 1897.
- VASCHIDE. Recherches expérimentales sur les rêves. *Ann. des sciences psych.*, 1900, 252. — Sur la localisation des souvenirs. *Ann. psych.*, 1897. — Contribution à l'étude de l'amnésie antérograde émotive. *Rev. de psych.*, Paris, 1901, III, 280, 287. — De la continuité des rêves pendant le sommeil. *Comptes rendus Acad. des sciences*, 1899.
- VASCHIDE et MEUNIER. Projection du rêve dans l'état de veille. *Rev. de psych.*, 1901.
- VASCHIDE et PIÉRON. Contribution à la séméiologie des rêves. *Gaz. des hôp.*, 1901.
- VASCHIDE et VURPAS. Troubles psychologiques consécutifs à des hallucinations provoquées. *Archiv. de neurop.*, 1901, II, 208. — Contribution à la psychologie de la genèse des hallucinations psycho-motrices. *Archiv. de neurop.*, 1902, I, 474. — Données anatomiques et expérimentales sur la structure des hallucinations. *Journ. de neurop.*, 1902, II. — Contributions expérimentales à la psycho-physiologie des hallucinations. *Journ. de neurop.*, 1902. — Le vertige psychique. *Rev. de méd.*, 1902.
- VASLET de FONTAUBERT. Importance de l'enseignement et de l'étude de la psychiatrie pour le praticien et pour l'expert. Thèse de Paris, 1899.
- VASSITCH. De quelques cas psychopathologiques devant les tribunaux serbes. *Ann. méd. psych.*, 1896, I.
- VAZELLE. Contribution à l'étude des fractures chez les épileptiques. Thèse de Paris, 1895.
- VEGA (Christoph. DE). De arte medendi.
- VÉJAS. Epilepsie und Verruecktheit. *Arch. f. P.*, XVII, 118.
- VENTRA e FRORIDA RODRIGO. Folie transitoire chez épileptoïde. *Il Manicomio mod.*, 1895.
- VENTURI. Pazzia transitoria. Naples, 1888.
- VERGA et FRANCESCO. Expertise médico-légale sur un cas de tentative d'homicide. *L'Anomalo*, 1894-1895.
- VERRIER. Vagabondage somnambulique chez un sujet non hypnotisable mais suggestionnable. Soc. d'hypn., 25 juill. 1895, in *Rev. de l'hypnot.*, X, 182.
- VIERORDT. Beitrag zur Studium der multipeln Neuritis (degenerativ.). *Arch. f. P.*, 1883, V, 14.
- VIGOUROUX. Exhibitionniste condamné. *Ann. méd. psych.*, 1896.
- VIKTOROW. Zur Lehre von der Persoenlichkeit als neuro-psychischem Organismus. *A. Z. f. P.*, XLIV, 278.
- VILLA. La psicologia contemporanea.
- VILLENEUVE. Les aliénés devant la loi. *Union méd. du Canada*, 1899; anal. in *Archiv. de neurop.*, 1900, II.
- VILLENEUVE et CHAGNON. Aliénés méconnus et condamnés. *Union méd. du Canada*, 1899; anal. in *Archiv. de neurop.*, 1900, II. — Erreurs judiciaires et aliénation mentale. *Amer. Journ. of insan.*, 1899; anal. in *Archiv. de neurop.*, 1902, I.

- VIBERT. Précis de médecine légale.
 Visions. Récit personnel des phénomènes morbides. *Journ. of ment. sciences*, 1896; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1897, I.
- VLEMINGKX, STIÉNON, LEBRUN et DE SMETH. Rapport médico-légal sur l'état mental de C. B..., inculpé d'un quintuple assassinat (folie épileptique). *Ann. d'anthropol. crim.*, 1887, 227.
- VOEGELIN. Beitrag zur Kenntniss der Stirnhirnerkrankungen. Anal. in *A. Z. f. P.*, 1898. Litt. 588.
- VOISIN. V^o Épilepsie. *Diction. de Jaccoud*. — Traité de l'épilepsie. — Présentation d'un exhibitionniste. Soc. méd. psych., 26 juin 1899. *Archiv. de neurol.*, 1899, II. — Action des médicaments à distance. *Archiv. de neurol.*, 1887, I. — Toxicité de l'urine dans l'épilepsie. *Archiv. de neurol.*, 1892. — Exemples de démence épileptique. *Journ. de méd. int.*, 1900. — Automatismes ambulatoire chez une hystérique. Soc. méd. psych., 29 juillet 1889. *Archiv. de neurol.*, 1889, II. — Fugues inconscientes chez les hystériques. *Archiv. de neurol.*, 1889, II, 277. — Diagnostic différentiel entre les fugues inconscientes chez les hystériques et les fugues épileptiques. *Comptes rendus. Congrès de méd. ment.* Paris, 1889. — Hallucinations psycho-motrices. Soc. méd. psych., 28 oct. 1895. *Archiv. de neurol.*, 1895, II, 79. — Souvenir dans le sommeil hypnotique. *Rev. de l'hypn. exp.*, II, 209.
- VOISIN et PETIT. De l'intoxication dans l'épilepsie. *Archiv. de neurol.*, 1895.
- VOISIN et LÆWE. Céphalées, attaques convulsives, idées de suicide. Congrès de Toulouse, 1897. *Archiv. de neurol.*, 1897, II.
- VOISIN et PERON. Albuminurie post-paroxystique chez les épileptiques. *Archiv. de neurol.*, 1892, I, II.
- VOISIN et MAUTÉ. Élimination du bleu de méthylène chez les épileptiques. *Archiv. de neurol.*, 1898, II.
- VOISIN et LEGROS. Démence paralytique spasmodique à l'époque de la puberté. Soc. méd. psych., 31 juillet 1899. *Arch. de neurol.*, 1899, II.
- VOLFF. Du juge criminel. Discours de rentrée. Poitiers, 1891.
- VOLKELT. Beitrage zur Analyse des Bewusstseins. *Zeits. f. Philos. und Keit.*, 1898.
- VOPEL. Einige Faelle von cerebraler Epilepsie. *A. Z. f. P.*, XV, 672.
- VOSS (VON). Zur Entstehung der Epilepsie. *Semaine médicale de Saint-Petersbourg*; anal. in *Neurol. Centralbl.*, 1902, 822.
- WAGNER. Ueber Trauma Epilepsie und Geistesstoerung. Anal. in *A. Z. f. P.*, 1890. Litt. 127. — Ueber Kraempfe und Amnesie nach Wiederlebung Erhaengter. *Jahrb. f. Psych.*, 1889. — *Wiener klin. Wochens.*, 1891, 998. *Muench. med. Wochens.*, 1892, n^o 36; 1893, n^{os} 5, 7, 10. (Sa discussion avec Moebius.) — Ueber die körperlichen Grundlagen der acuten Psychosen. *Jahrb. f. Psych.*, 1892, X.
- WAINDRACH. Un cas de psychose polynévritique consécutive à une paratrite puerpérale. *Mediz. Obosr.*, 1889, n^o 19.

- WALTER. Zur Zurechnungsfähigkeit der Epileptischen. *A. Z. f. P.*, XXXVII, 292.
- WARBURG (O.). Ueber ein Fall von Spaetepilepsie bei einer Kaffeebohnesserin. *Wien. med. Rundsch.*, 1900.
- WASSILIEW. L'épilepsie corticale. *Obozr. Psych.*, 1900; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1903.
- WEBER. Quelques idées nouvelles sur le rôle des auto-intoxications dans l'épilepsie. *Wien. med. Wochens.*, 1898; anal. in *Rev. neurol.*, 1898. — Beitrag zum Kapitel « Epilepsie und Psychose ». *Arch. f. P.*, XXXIV, 1901, 253.
- WEBER (L. W.). Beitrage zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie. Iéna, 1901.
- WEHRLIN. De quelques cas d'homicide commis par des psychopathes. *Ann. med. psych.*, 1900.
- WEIBEL. Voyez *Correspondenzblatt f. Schweizer Aertzte*, 1881.
- WEIDEN HAMMER et BROUKHANSKY. Contribution à l'étude du délire aigu. Soc. de neurop. de Moscou, 11 fév. 1901; *Archiv. de neurol.*, 1901, I.
- WEIDMER. A case of amnesia. Discuss. *Pediatrics*. New-York, 1900, 403-404.
- WEINGART. Sur les incendiaires aliénés. Congrès de psych. allem. de Dresde, 1894. Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1891, I.
- WEINSTOCK. Ueber Laufepilepsie. Thèse de Berlin, 1889.
- WEIR MITCHELL. Cas de double personnalité. Amnésie totale. Dépersonnalisation. *Transactions of the College of physicians of Philadelphia*, 1888.
- WEISS. *Wiener med. Wochens.*, 1876. — Compendium der Psychiatrie. — Ueber casuistische Beitrage zur « psychischen Epilepsie ». *A. Z. f. P.*, XXXVI. — Die Krankhaften Bewusstseinszustaende. *A. Z. f. P.*, XXXVIII, 45. — Psychiatrische Studien aus der Klinik des Prof. Leidesdorf, 1877.
- WEISSENBERG. Beitrag zur Lehre von der Sehstoerungen auf Grund eines Falles von Dyslexia. *Arch. f. P.*, XXII, 414.
- WENZEL. Beobachtungen ueber den Hirnanhangfallsuechtiger Personen. Mainz, 1810.
- WEPFER. Observationes medicae practicae. — De apoplexia. — De morbis capitis.
- WERNICKE. Ueber das Bewusstsein. *A. Z. f. P.*, XXXV, 420. — Nochmals das Bewusstsein. *A. Z. f. P.*, XXXVI, 509. Ueber Hallucinationen, Ratlosigkeit und Desorientierung. *Monats. f. Psych. und Neurol.*, 1901.
- WERTHER. Die Epilepsie und ihre forensische Bedeutung. *A. Z. f. P.*, 1899, Litt. 171.
- WESTPHAL. Ueber einige epileptoïde Zustaende. *Arch. f. P.*, III, 155. — Anfaelle larviter Epilepsie dem Ausbruche paralytischer Geistesstoerung jahrelang Vorausgehend. *Arch. f. P.*, VII, 622, 654. — Eigenthuemliche mit Einschlafen verbundene Anfaelle. *Arch. f. P.*, VII, 631, 656.

- WEYERS. Thèse de Strasbourg, 1857.
- WEYGANDT. Psychiatrie.
- WHITE. Épilepsie associée à la folie. *Journ. of ment. science*, 1900; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1901, II. — Preliminary experimental studies in a case of amnesia, with a discussion of their psychopathological significance. *Arch. of neur. and psychop.*, 1899.
- WHITEWAY. Concerning responsibility in criminals. *Journ. of ment. science*, 1899.
- WIEBECKE. Psychische Freiheit. Princip der gerichtlichen Psychologie. *A. Z. f. P.*, XXIII, 293.
- WIEDEMEISTER. Ueber doppeltes Bewusstsein bei Geisteskranken. *A. Z. f. P.*, XXVII, 711. — Zwei Faelle von geheilten Epilepsie mit Geistesstörung. *A. Z. f. P.*, XXIX, 576.
- WIGLESWORTH. Un cas de meurtre par impulsion homicide pure. *Journ. of ment. science*, 1901; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1902, I.
- WILDERMUTH. Die epileptische Geistesstörung in Bezug auf die Strafrechtspflege. *A. Z. f. P.*, 1896, 1086.
- WILLE. Die Lehre von der Verwirrtheit. *Arch. f. P.*, XIX, 328; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1889, I. — Contribution à l'étude des conceptions irrésistibles. *Arch. f. P.*, XII, 1. — Beitrag zur Lehre zweifelhaften Seelenzustaende. *A. Z. f. P.*, XXI, 209. — Versuch einer physiopathologischen Begründung und Eintheilung der Seelenstörungen. *A. Z. f. P.*, XXIII, 122. — Aertzliches Gutachten betreffend die in Untersuchung wegen Brandstiftung befindliche Rosa W... *A. Z. f. P.*, XXXIII, 707. — Ueber die psychophysiologischen und pathologischen Beziehungen des Gedächtnisses. Basel, 1901.
- WINTER. Criminal responsibility. *Journ. of ment. science*, 1901. — État névropathique héréditaire et instabilité et maladie acquises associées au crime, etc. *N.-Y. med. Journ.*, 1897; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1901, II.
- WISE. The Barber case. *Amer. Journ. of insan.*, 1889.
- WITKOWSKY. Sur quelques phénomènes d'états épileptiques et comateux. *Neurol. Centralbl.*, 1884. — XVI^e Congrès de la Soc. psych. de l'All. du S.-O., Carlsruhe, 19 oct. 1884, et discuss. Stark, Kirn, Frensberg, Wildermuth, Rieger. *Archiv. de neurol.*, 1885, II. — Einige Bemerkungen ueber Epilepsie. *A. Z. f. P.*, XXXVII, 182.
- WITTIG. Zur Psychologie und Psychophysik. *Ps. St.*, 1892, 211, 263.
- WOLFF (G.). Ueber Krankhafte Dissoziation der Vorstellungen. *Zeitsch. f. Psych. und Psych. der Sinnesorg.*, 1897.
- WOLLENBERG. Die Grenzen der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit bei psychischen Krankheitszuständen, in *A. Z. f. P.*, 1899. — Ueber Krankhafte Bewusstseinsstörungen. Anal. in *Ps. St.*, 1901, 436. — Ueber gewisse psychische Störungen nach Selbstmordversuchen durch Erhängen. Leipzig, 1885.
- WOLLNER. Mordversuche. Mania transitoira. *Friedr. Blatt. f. g. m.*, 1884.

- WORCESTER. Confusion mentale. *Amer. Journ. of insan.*, 1894; anal. in *Archiv. de neurol.*, 1895, I.
- WUNDT (W.). Grundriss der Psychologie. Leipzig, 1896. — Psychologie physiologique, 2 vol. Paris, Alcan. — Grundzüge der physiologischen Psychologie. — Sind die Mitglieder einer mittelbaren Association bewusst oder unbewusst? *Phil. St.*, X.
- X. (GOODRICH FREER) (Miss). On the apparent sources of subliminal messages. *Proceedings Soc. f. Ps. Res.*, XI, 114.
- YELLOWLEES. Meurtre commis dans un état d'aliénation mentale transitoire (épilept. alcoolique). *Journ. med. of science*, 1883.
- ZABÉ. Des aliénés incendiaires devant les tribunaux. Anal. in *A. Z. f. P.*, XXV, 622.
- ZANDER. Zum Capitel der Sinnestäuschungen. *A. Z. f. P.*, XXXV, 696.
- ZIEHEN. Psychiatrie. — Tagesfragen ueber Epilepsie. *Monat. f. Psych. und Neurol.*, II, 1897. — Psychiatrie für Aertzte und Studirende. Berlin, 1894. — Leitfaden der physiologischen Psychologie. Iéna, 1896.
- ZIEMM. Handbuch des Nervensystems.
- ZINN. Psychiatrie und Seelsorge. *A. Z. f. P.*, L, 335, 422.
- ZUCARELLI. Pollutions nocturnes et épilepsie. *Bull. Soc. méd. de Belgique*, 1895. — Des rapports entre l'anthropologie criminelle, la médecine légale et la psychiatrie. Anal. in *Archiv. de neurol.*, 1898, I. — Psichiatria e organo psichico. Napoli, 1898. — L'evoluzione odierna della medicina legale e l'antropologia criminale. *Psichiatria*, 1887.

BORDEAUX. — IMPR. G. GOUNOUILHOU

9-11, rue Guiraude, 9-11

