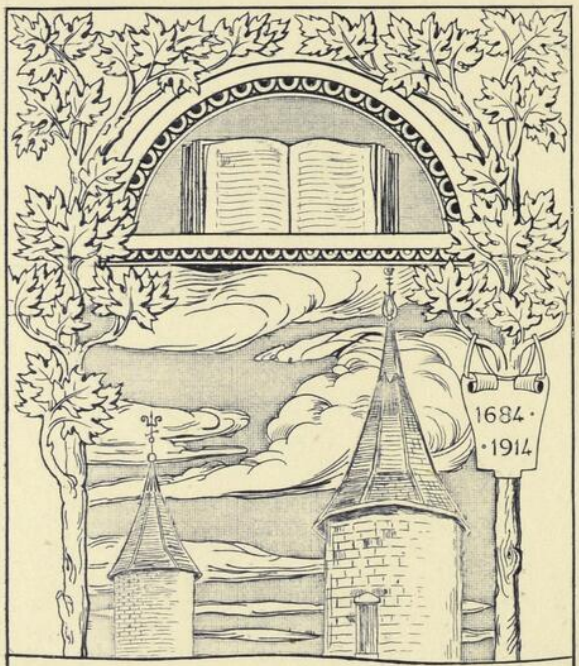
RELIURE D'ART FRANÇAISE



BIBLIOTHEQVE
SAINT-SVLPICE MONTREAL

BL
J-83
5

S610
J826 hd

Numéro 1 Quatorzième année

LE JOURNAL
... de ...
L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

JANVIER-FÉVRIER

1945

"ENTRE NOS MAINS la drogue a donné des résultats satisfaisants. Il ne se produisit aucune complication pulmonaire postopératoire et il n'y eut aucun décès résultant de l'opération. Vu son efficacité manifeste et la sécurité qu'il offre, sa popularité grandissante est justifiée, et la recherche de nouvelles applications possibles chez les patients à qui l'on administre des anesthésiques inflammables par inhalation semble tout-à-fait justifiée."

PENTOTHAL SODIQUE

Ruth, H. S., Tovell, R. M., Milligan, A. D., Clairleroy, D. K. LE PENTOTHAL SODIQUE, *Sa Popularité grandissante est-elle justifiée? Jour. Am. Med. Assoc. 113: 1864 (18 nov. 1939).*

Laboratoires ABBOTT, Ltée
20 Chemin Bates, Montréal

TIRAGE CERTIFIÉ : 2350 EXEMPLAIRES

SOMMAIRE du No 1

Janvier-Février 1945

•

RENÉ CRUCHET : Névroses et psychonévroses 2

JEAN-LÉON DESROCHERS et ANDRÉ PARENTEAU :
Un cas de lombo-sciatalgie 70

NADEAU

DÉBILINE
NADEAU

Cholagogue
Cholérétique

Par comprimé :
Acide déoxycholique ... 1½ grn.
Pancréatine ... ... ¾ grn.
Un ou deux comprimés, trois fois par jour, après les repas.

LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE
100 ST. PAUL O. MONTRÉAL CANADA

RÉDIGER son TESTAMENT

est la chose la plus importante de la vie.

AVEZ-VOUS PENSÉ AU VÔTRE?

CONSULTEZ-NOUS

Société d'Administration et de Fiducie

Administratrice et fiduciaire

5 EST, RUE ST-JACQUES - MONTRÉAL

(Immeuble Crédit Foncier Franco-Canadien) - Téléphone : PLateau 3821

AGENCES :

QUÉBEC - WINNIPEG - REGINA - EDMONTON - VANCOUVER

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS - INJECTABLE

MALADIES DÉGÉNÉRATIVES

LYMPHATISME - SCROFULE R.C. 221839

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

AMPOULES 2 cmc

Glycérophosphate de Soude 0.05
Nucléinate de Soude 0.005
Méthylarsinate disodique 0.01
Gms. par c.c. 1 ou 2 inj. par 24 heures

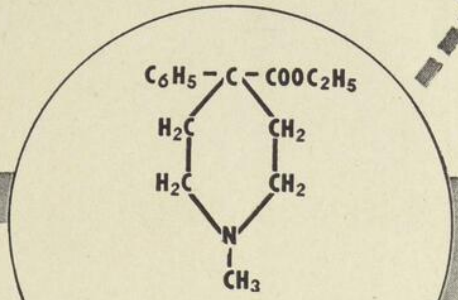
GRANULÉ et COMPRIMÉS

Glycérophosphate de Ca. 0.125
Glycérophosphate de Soude 0.0125
Nucléinate de Soude 0.0125
Méthylarsinate disodique 0.01
Grammes par cuillerée-dose
ou comprimé.
2 à 3 cuill. ou comprimés aux repas.

Agents pour le Canada : **LABORATOIRES JEAN OLIVE**, 200, rue Vallée, **MONTRÉAL.**

ANALGÉSIQUE
ANTISPASMODIQUE
SÉDATIF

Pour administration orale et intramusculaire



Chlorhydrate de 1-méthyle-4-phenylpiperidine-4-carbonate d'éthyle.

Chlorhydrate de Demerol

L'EFFET analgésique semble se situer entre celui de la morphine et celui de la codéine; il persiste de trois à six heures.

Les indications du Demerol sont nombreuses en médecine, en chirurgie et en obstétrique. Avant de le prescrire, les médecins feraient bien de lire attentivement la brochure sur le chlorhydrate de Demerol (envoyée gratuitement sur demande). Les ordonnances médicales sont sujettes aux Lois Canadiennes sur les stupéfiants.
Présentation : Pour usage oral, en comprimés de 50 mg.; pour injection, ampoules de 2 cc. (100 mg.).

WINTHROP

Demerol

Marque de commerce enregistrée au Canada et aux Etats-Unis

CHLORHYDRATE

Marque du **CHLORHYDRATE DE MEPERIDINE**
(Isonipécaïne)

Winthrop Chemical Company, Inc.

Pharmaceuticals of merit for the physician • NEW YORK 13, N. Y. • WINDSOR, ONT.

ARMY E NAVY

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.

WINTHROP

Succursale au service de MM. les médecins du Québec :
Immeuble "Dominion Square"
MONTRÉAL, P. Q.

Administration et laboratoires à :
WINDSOR, Ontario.
1019 ouest, rue Elliott

"IL OCCUPE plus que jamais ses journées à faire des choses difficiles, importantes et exténuantes.

"C'est une raison pour laquelle il a jeté un coup d'oeil sur S.M.A. Et il *me* l'a alors prescrit avec tant d'enthousiasme.

"Il fit bon accueil à une formule saine qui l'a exempté de jongler et de calculer sans cesse les proportions de lait, d'hydrates de carbone et d'eau. Ce fut un réconfort de constater qu'il pouvait expliquer à la mère ou à l'infirmière en trois minutes la façon de mélanger et de préparer S.M.A.

"Mais au-dessus de tout, il acquiert la conviction qu'il prescrit un aliment de nourrissons qui se rapproche sensiblement du lait maternel au point de vue digestibilité et de perfection nutritive.

"Il est heureux aujourd'hui de ce que S.M.A. a accompli pour moi! Je peux le dire, toutes les fois qu'il m'examine. Et maman est heureuse aussi! Moi, de même!

"Je peux vous affirmer—TOUT LE MONDE EST HEUREUX si c'est un bébé S.M.A.!"

S.M.A. provient de lait de vaches qui ont subi l'épreuve de la tuberculine, dont le gras est remplacé par du gras animal et végétal, d'huile de foie de morue titrée biologiquement, additionné de sucre de lait et de chlorure de potassium, le tout formant un aliment antirachitique. Lorsque dilué selon les directives, S.M.A. est essentiellement identique au lait humain quant au pourcentage de protéine, de gras, d'hydrates de carbone, quant à sa constante chimique de gras et ses propriétés physiques. Un produit de Nutritional Division de John Wyeth & Brother (Canada) Limited.

Tout le monde **EST HEUREUX SI C'EST UN BÉBÉ** (SMA)!

Nom déposé au Canada

CASGRAIN & CHARBONNEAU Ltée
présente

Un traitement extraclinique

STOMAGEL *pansement stomacal*

MODE D'ACTION

ABSORPTION — ENROBAGE
AMPHOTÈRE — SANS DANGER D'ALCALOSE

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

- ULCÈRE PEPTIQUE
- ULCÈRE DUODÉNAL
- HYPERACIDITÉ GASTRIQUE

FORMULE

Gel d'Hydroxyde d'Alumine	3 grains
Trisilicate de Magnésie	2 "
Sécrétine	¼ "
Ext. de Belladone	1/40 "
Kaolin colloïdal	2 "
Vitamine "B_1"	100 U.I.
Vitamine "C"	160 U.I.

Les comprimés de STOMAGEL sont préparés sous la surveillance et le contrôle immédiat de : Charles Laurin, B.A., B.Ph., — Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., Assistant bactériologiste
Pharmaciens, Chimistes, Analystes, Biochimistes, diplômés de l'Université de Montréal.

CONDITIONNEMENT
50 — 100 — 500 — 1000

Echantillons sur demande à messieurs les médecins seulement

Spécialité du Laboratoire

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

DEUX PRÉPARATIONS
. . . pour traiter la Bronchite

La sécrétion de mucus sert au moins à deux choses : à protéger les tissus, et à excréter les déchets provenant de l'infection des membranes muqueuses. Dans le traitement de la bronchite, nous pouvons aider la Nature à faire la deuxième en administrant des drogues expectorantes qui augmentent le fluide des voies respiratoires. Ces drogues expectorantes gardent le mucus clair et fluide pour que les cils trachéaux puissent le faire glisser vers la gorge, d'où la toux et l'expectoration le font finalement sortir. L'on obtient ainsi deux choses : *premièrement*, l'excrétion naturelle; *deuxièmement*, l'accumulation de mucus dans les poumons, qui est toujours une menace de pneumonie, est évitée.

Mais il est quelquefois important que le patient obtienne du repos, surtout lorsqu'il y a des périodes fatigantes de toux pendant la nuit. Il faut alors un sédatif pour diminuer temporairement les quintes de toux.

Pour aider à accomplir cela dans le traitement de la bronchite, la E.B. Shuttleworth Chemical Company offre deux préparations: *Scilexol* (simple et avec sédatif) et *Bronexol*.

●

Scilexol
E. B. S.

Chaque once liquide contient :

Chlorure d'Ammonium ..	*16 grs*
Chloroforme	*2 gouttes*
Acide Hydrocyanique, Dil. B. P.	*4 gouttes*
Sirop de Scille	*90 gouttes*
Sirop de Tolu	*120 gouttes*

DOSE : Une ou deux drachmes liquides, toutes les quatre heures.

Le SCILEXOL est également fourni avec les sédatifs suivants* au choix :

1. *Teinture d'Opium Camphrée* .. ..*80 gouttes par once*
2. *Chlorhydrate de Diethylmorphine (Dionine*).. ..*½ gr. par once*
3. *Héroïne* .. ..*⅓ gr. par once*
4. *Codéine* .. ..*1 gr. par once*

AVIS : L'addition de Teinture d'Opium Camphrée augmente remarquablement l'action expectorante du Scilexol.

* *Une commande de narcotique est requise.*

Bronexol
E. B. S.

Chaque once liquide contient :

Carbonate d'Ammonium ..	*8grs*
Chlorure d'Ammonium ..	*16 grs*
Prunus Serotina	*6 grs*
Senega	*8 grs*
Menthol	*¼ gr.*
Chloroforme	*2 gouttes*
Glycyrrhiza	*q.s.*
Miel	*q.s.*

DOSE : Une ou deux drachmes, toutes les trois heures. — Indiqué dans les cas où les voies respiratoires sont resserrées par suite d'une bronchite récente.

Sur vos ordonnances, spécifiez "E. B. S."

THE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LIMITED
TORONTO — MANUFACTURING CHEMISTS — CANADA

Pour diminuer la mortalité des nouveau-nés

SYNKAVITE

'ROCHE'

Le SYNKAVITE "ROCHE", préparation hydro-soluble ayant l'action totale de la vitamine K, permet de juguler promptement les diathèses hémorragiques des nouveau-nés. On l'administre par voie buccale ou parentérale au nouveau-né peu après l'accouchement. Pour prévenir les hémorragies des nouveau-nés, on recommande de donner le Synkavite en injections intramusculaires à la mère dans les 15 heures avant l'accouchement.

•

Comprimés oraux à 5 mgm., flacons de 40 et 100
Ampoules à 5 et 10 mgm., boites de 6 et 100

•

Littérature et échantillons à la disposition de Messieurs les Médecins.

HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE
MONTRÉAL

1895 CINQUANTENAIRE DES RAYONS-X *1945*

1895 ! Marque la date d'une des plus grandes découvertes de l'humanité. Cette découverte conduisit à l'immortalité le modeste William Conrad Roentgen, professeur de physique à l'Université de Wurzburg. Scientifique par instinct autant que par culture, il étudia un phénomène lumineux qu'il avait observé dans ses expériences sur les décharges électriques dans les tubes à vide. Aujourd'hui, le monde reconnaissant commémore la contribution de Roentgen : *les rayons-X*.

Cette année, nous de la G. E. X-Ray nous célébrons un autre cinquantenaire. C'est en effet le 50ième anniversaire de la fondation de la Victor Electric Company (précurseur de notre organisation actuelle) par deux pionniers réputés, le regretté M. C. F. Samms et M. J. B. Wantz qui poursuit sa noble carrière comme ingénieur consultant.

Le bilan de notre service passé à la science des rayons-X parle de lui-même et garantit nos efforts futurs dans l'intérêt de cette science.

VICTOR X-RAY CORPORATION of CANADA, Ltd.
DISTRIBUTORS FOR GENERAL ELECTRIC X-RAY CORPORATION
TORONTO: 30 Bloor St., W. - VANCOUVER: Motor Trans. Bldg., 570 Dunsmuir St.
MONTREAL: 600 Medical Arts Building - WINNIPEG: Medical Arts Building

BIBLIOTHÈQUE SAINT-SULPICE

Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal

Fondé en 1932
par
Oscar Mercier | Léo-E. Pariseau | Ernest Prud'homme | Ernest Trottier

BUREAU DE DIRECTION
ALBERT JUTRAS. *Président* EDOUARD DESJARDINS. *Secrétaire-trésorier*

RÉDACTION
ANTONIO BARBEAU. *Rédacteur-en-chef* PAUL DUMAS *Secrétaire de la rédaction*

Le Journal de l'Hôtel-Dieu est un journal médical rédigé en collaboration. Les auteurs des articles restent seuls responsables des opinions émises sous leur signature.

No 1 Janvier-Février 1945

PRÉSENTATION

Depuis toujours et partout, on a publié sur l'hystérie force mémoires. Les conceptions contemporaines en physiopathologie, les techniques d'exploration du psychisme profond nous ouvrent chaque jour des horizons nouveaux. Mais, en dépit de l'abondance de nos notions éparses, nous ne possédons pas encore de doctrine adéquate sur la genèse, l'étendue, la thérapeutique de cette étrange et fréquente maladie.

Du point de vue historique, tout le monde connaît la vaste contribution des neurologistes parisiens. On est un peu moins averti chez nous du rôle joué par l'école bordelaise. Nous sommes reconnaissants à monsieur le professeur Cruchet de nous l'avoir récemment rappelé à l'Hôtel-Dieu, et notre Journal s'honore de publier au texte son brillant exposé.

ANTONIO BARBEAU.

112083

NÉVROSES ET PSYCHONÉVROSES

par

le professeur RENÉ CRUCHET (Bordeaux, France)

On a essayé de distinguer les névroses des psychoses. Les névroses seraient du domaine du neurologiste, les psychoses, du domaine du psychiatre.

Qu'il y ait dans cette classification un certain sens pratique et le reflet d'un sentiment profondément naturel, je n'en disconviens pas. Car si les malades acceptent, à la rigueur, d'être des nerveux, ils refusent toujours d'être des mentaux lesquels, souvent représentent des « fous ».

Mais cette raison spécifiquement humaine n'a rien à voir avec la médecine proprement dite. Dire qu'il s'agit de névrose, quand les désordres sont fonctionnels et sensibles à l'action psychothérapique, et, au contraire, qu'il s'agit de psychose quand les lésions cérébrales sont indiscutables et non curables par la psychothérapie, c'est tout bonnement se payer de mots. Car, le trouble constaté, qu'il soit fonctionnel ou organique, peut parfaitement être exactement le même; et, d'autre part, il a beau être fonctionnel, il peut très bien être réfractaire à la psychothérapie, alors que, s'il est cependant organique, il est susceptible d'être modifié favorablement par un traitement à base essentiellement morale. C'est pourquoi certains auteurs préfèrent parler de *psychonévrose* (Dubois), ce qui n'est qu'un mot de plus, lequel ne résout nullement le problème.

Au cours de mes leçons sur l'hystérie à Buenos-Ayres, Rosario et Santiago de Chile (Voir *Nuevos conceptos* loc. cit.), il m'a été aimablement reproché de parler de psychose émotive et non de névrose émotive. Pour la plupart des psychiâtres, en effet, les psychoses constituent des maladies mentales systématisées, qui ont pour causes des

perturbations profondes des centres nerveux supérieurs et qui nécessitent le plus souvent un traitement dans une maison d'aliénés ou, tout au moins, de psychopathes.

L'appellation de « névrose émotive » est celle que j'ai effectivement employée la première fois que je l'ai décrite en 1911, pour me conformer à l'usage. En réalité, ces phénomènes d'ordre émotif, qu'ils soient observés sous la forme émotionnelle simple, imitative, suggestive ou effectivement hystérique — selon le type que nous avons décrit — sont bien des troubles psychiques, et pas simplement nerveux.

Il n'y a donc pas de raison pour ne pas les considérer comme des psychoses. Mais il n'y a pas lieu de se disputer sur des dénominations. En médecine, ne demeurent que les descriptions nettes, que tous les médecins pourront toujours reconnaître. Peu importe, dans ces conditions, qu'on parle de névrose ou de psychose, si la symptomatologie en est tellement reconnaissable que tout praticien est susceptible de la déterminer à son tour. J'estime, quant à moi cependant, que le terme de psychoses est plus dans la vérité clinique que celui de névrose: et c'est pourquoi je préfère l'adopter.

Quoi qu'il en soit, qu'ils le veuillent ou non, les neurologistes ou même les médecins tout simplement, sont fréquemment consultés par ces nombreux malades qu'entre nous on désigne souvent sous les épithètes de « petits mentaux » ou « psychiques légers ». Préoccupés, inquiets, désorientés, ils sont devenus de plus en plus nombreux avec les époques troublées que nous traversons: et s'ils viennent presque toujours interroger d'abord le médecin, c'est parce que les malaises dont ils souffrent revêtent les localisations viscérales les plus diverses: cœur, estomac, intestins, foie, reins, organes génitaux, etc., etc.

Ces troubles, en général curables, se présentent sous trois modalités pathologiques particulières : psychoses émotives et hystérie, neurasthénie, psychasténie. Nous allons les étudier successivement.

HYSTÉRIE

Définition.

Il n'est personne qui n'ait présent à l'esprit les innombrables discussions qui se sont élevées au sujet de l'hystérie. Restons sur le terrain pratique et recherchons à quels caractères principaux on reconnaît un accident hystérique. Après réflexion, il semble que la définition clinique suivante est celle qui nous rendra le mieux service à ce point de vue :

Les phénomènes hystériques ont pour caractères généraux : 1°) de revêtir l'apparence symptomatique des réactions pathologiques les plus variées ; 2°) d'aboutir d'emblée à la réalisation complète de l'accident considéré ; 3°) d'être à début soudain, à durée essentiellement transitoire et à cessation brusque ; 4°) de naître et de disparaître soit spontanément, soit le plus souvent sous l'influence d'un choc émotif, quel qu'il soit (peur, joie, surprise, suggestion, imitation, etc.) ; 5°) de laisser le sujet indifférent aux multiples inconvénients qui en résultent ; 6°) d'avoir, enfin, une tendance à se reproduire sous les modalités les plus diverses, pendant toute la durée de l'existence.

La plupart de ces caractères n'ont pas besoin d'explications complémentaires. Le polymorphisme des accidents hystériques est classique : on a dit presque de tout temps que l'hystérie simule tout ; le début subit à la fois d'un

choc émotif quelconque et la disparition dans les conditions analogues, la durée éphémère, sont également assez particuliers et se comprennent d'eux-mêmes. Le fait de la réalisation est un caractère plus délicat à définir. Il consiste en ce fait, que l'accident hystérique, quel qu'il soit, se montre, dès son apparition elle-même, avec tout son appareil symptomatique complet: il est réalisé d'emblée; c'est la même idée qu'expriment certains auteurs en disant que les accidents hystériques sont *massifs*.

L'indifférence du sujet vis-à-vis de l'accident éprouvé est également un caractère fort curieux et bien spécial: une paralysie, une anesthésie, une chorée, un accès de mutisme, pour prendre quelques exemples au hasard, ne troublent nullement la mentalité du sujet, qui demeure impassible pendant toute la durée du phénomène; qu'on explique ce fait comme on voudra: par de la distraction, de l'amnésie, de l'inconscience, du dédoublement de la personnalité, peu importe, il n'en existe pas moins, et c'est ce qu'il faut retenir.

Il y a lieu également de tenir grand compte de la reproduction des accidents, soit sous leur forme primitive et dans les mêmes conditions d'éclosion et de disparition, soit sous des formes différentes, mais toujours dans des conditions analogues d'arrivée et de départ. Ce caractère a une importance que peut-être on n'a pas mis suffisamment en relief. Une banale crise de nerf avec l'arc de cercle le plus net ne saurait, à mon avis, constituer une convulsion hystérique, si elle se produit une fois par hasard à la suite d'un choc émotif violent; il faut qu'elle ait une tendance à se répéter souvent, pour le motif le plus futile, et sans raison, quelle soit presque, pour employer une expression populaire qui ne manque pas d'une certaine justesse, « une grimace habituelle ».

SYMPTOMATOLOGIE

Accidents nerveux.

Les accidents hystériques les plus fréquents siègent sur le système nerveux et se montrent le plus souvent sous la forme motrice. Parmi les *troubles moteurs,* signalons la *crise convulsive.* La grande attaque, telle qu'elle a été décrite par Charcot avec ses quatres phases: épileptoïde, de contorsions, d'attitudes passionnelles, de délire, et qu'on ne rencontre presque plus chez l'adulte, n'est guère observée dans l'enfance. Elle se réduit habituellement à un accès de colère, avec roulement à terre, cris, arc de cercle, convulsions sans perte complète de connaissance; elle est beaucoup plus commune chez les filles et les femmes que chez les garçons et les hommes.

La crise convulsive revêt souvent la forme *épileptique* et le diagnostic est parfois extrêmement difficile. Depuis les variétés frustes jusqu'aux variétés à grandes réactions, toutes peuvent être reproduites par l'hystérie. Mais, à un examen soigneux, on s'aperçoit que les pupilles ne se dilatent pas, que la face n'a pas cette pâleur prémonitoire ni les yeux cette fixité si remarquable, que le sujet n'urine pas sous lui, ni ne se mord la langue, que les secousses convulsives sont outrées, fantaisistes, théâtrales, enfin qu'il a conscience des phénomènes qu'il présente. L'interrogatoire doit être poursuivi avec ténacité, discrétion, habileté, et ce n'est qu'après plusieurs semaines parfois qu'on peut arriver à se prononcer [1].

Félix G..., qui approche de 15 ans, réfugié de Longwy, présente de 4 à 6 crises de convulsions par jour qui se localisent aux mains, lesquelles se crispent et se contractent pendant une ou deux minutes, sans perte de connaissance ni émission des urines. Le sujet sent venir l'accès sous forme d'une sensation d'étreinte dans la région précordiale;

[1] R. CRUCHET — Difficultés de diagnostic entre les crises épileptiques frustes et le tic convulsif hystérique (loc. cit.).

et parfois on le voit, s'il ne trouve pas de siège à sa portée, se laisser choir à terre sans se faire aucun mal. Tous les examens sont normaux; pas de troubles de sensibilité.

Quelle est l'origine de cette manifestation motrice ? Nous n'avons pu la déceler; mais il était aisé de penser à quelque émotion oubliée ayant provoqué cette petite réaction de défense. Il nous suffit alors de rendre la confiance au sujet en lui expliquant que sa maladie n'était pas sérieuse et qu'il allait bientôt guérir, pour que la cure définitive survint, en effet, rapidement.

Chez Albert L..., 14 ans, la crise prend la forme d'un tremblement, 3 ou 4 fois par mois. Elle débute à n'importe quel moment de la journée, sans cause connue, même dans le cours du repas, et dure de 2 à 3 minutes, souvent moins. Ce tremblement des mains et des avant-bras est irrégulier, capricieux, d'assez grande amplitude, et gagne parfois les jambes et les cuisses: il ne rentre dans aucun des types de tremblement connus. Pas la moindre perte de connaissance: la lucidité est, au contraire, parfaite, mais le sujet prétend qu'il ne peut empêcher la production des mouvements, dès qu'ils sont déclanchés.

Là encore, bien que l'origine soit demeurée obscure — une peur sans doute, avec grande émotion — il était évident que l'état mental était seul en cause; et, en faisant pression sur lui, en montrant au malade qu'il n'existait plus de cause réelle, la guérison fut obtenue avec célérité.

Parfois les crises se présentent sous une forme plus dramatique et plus violente. Claude R..., 11 ans, à la suite d'une alerte d'avions, suivie d'une chute sur le genou, qui l'a profondément ému, est pris d'une grande agitation convulsive qu'on ne peut maîtriser: plus on le veut calmer et le retenir, plus il se débat, et ainsi pendant une heure.

Après cette première crise, il en a plusieurs autres: il fait des sauts et des bonds sur son lit, mord ses draps, se ronge les poings, et tout se termine au bout d'une heure par un versement de larmes abondantes. Il s'agit d'un garçon intelligent, qui se rend compte de ces diverses réactions théâtrales. En lui faisant la morale, qui consiste à lui faire honte, car « il n'y a que les filles qui ont des crises de ce genre », lui dit-on, les accidents ont disparu aussitôt. On n'avait trouvé d'ailleurs aucune tare nerveuse ni psychique profonde.

Il est cependant évident que, dans certains cas, il n'est pas toujours facile de faire la discrimination entre l'épilepsie et la crise nerveuse — je ne dis pas la crise hystérique: car j'estime que le sujet peut avoir des crises ner-

veuses sans qu'elles soient, nous le verrons, nécessairement hystériques.

En 1910, en 1913, et constamment depuis, dans mon enseignement, je n'ai cessé d'insister sur ces difficultés.

En général, dans les cas douteux, l'examen s'impose durant plusieurs semaines dans une salle d'hôpital ou une clinique, afin de se rendre compte exactement des particularités des crises.

Ce dont surtout il faut se méfier, c'est de l'association, de l'imbrication de crises épileptiques et de crises nerveuses, ou hystériques. Quand il s'agit notamment de crises courtes ou d'absences, il est assez fréquent que leur nombre considérable (20, 30, 40 et plus dans une seule journée) soit une raison en faveur de cette association. On constate alors que, sous l'effet du traitement persuasif, les crises diminuent dans des proportions énormes, au point même de disparaître: mais il reste les crises épileptiques vraies, plus rares et plus espacées, dont les caractères, cependant indiscutables (pâleur du visage, dilatation pupillaire, perte de conscience, chute et aussi apparition de bave, morsure de la langue, parfois incontinence urinaire — même somnolence et céphalée consécutives) permettent, quand on les observe, d'affirmer le diagnostic, longtemps indécis et malaisé.

La *chorée* est une manifestation également fréquente, mais pas sous la forme typique, telle que nous l'avons décrite: la vraie chorée, la chorée arythmique, celle qui a été surtout décrite par Sydenham, peut évidemment être simulée par l'hystérie, et le diagnostic en est très difficile; mais ce sont les fausses chorées qui sont le plus habituellement rencontrées: parmi celles-ci, citons surtout les chorées rythmiques, ou plus exactement *rythmies*, comme nous les avons appelées, qui surviennent de façon brusque et irré-

gulière, sous l'influence de causes diverses, surtout émotionnelles, ou sans cause connue, disparaissent soudain comme elles sont venues, sont provoquées, modifiées ou abolies par l'effet des manœuvres externes (point de pression, zones frénatrices ou excitatrices), par la suggestion ou l'hypnose, etc. et poursuivent leur marche sans altérer la santé du sujet.

Les *tics*, convulsifs ou non convulsifs, ont également une origine fréquemment hystérique. C'est dans ce groupe qu'il faut placer la plupart de ces accès de danse, de nage, de saut, de grimpage, de chant, de cris bizarres, d'aboiement, etc. qui, à certaines époques, se sont manifestés sous forme d'épidémies véritables.

On sait que Meige et Feindel, Noguès ont fait des réserves sur l'existence du tic hystérique. Nous avons montré avec Pitres, au Congrès de Rennes, en 1905, que l'hystérie était parfaitement susceptible de produire des tics vulgaires caractérisés par la répétition intempestive, à intervalles irréguliers, de secousses brusques, rapides, involontaires, siégeant dans des muscles isolés ou dans des groupes musculaires d'habitude associés.

Nous citions en particulier une hystérique de 30 ans qui, à la suite d'une vive émotion, avait présenté des tics du côté gauche de la face et du cou, de l'épaule gauche qui avaient remplacé une série d'accidents hystériques antérieurs, qui avaient commencé 10 ans auparavant et avaient revêtus successivement la forme de névralgies faciales et de crises convulsives.

Ces névralgies et crises disparaissent complètement tant que durent les tics qui persistent, avec des rémissions et des exacerbations, pendant plus de 8 mois. Au bout de ce temps, la malade est mise en état d'hypnose et on constate aussitôt l'atténuation considérable des tics. Cette atténuation se maintient après le réveil du sujet; 15 minutes plus tard les tics ont presque entièrement disparu. Deuxième hypnose avec suggestion, quelques jours plus tard, suivie de guérison complète au réveil. Persistance de la guérison pendant 4 mois. Les tics ont alors reparu à la suite d'un nouveau choc moral, mais pour diminuer

et disparaître encore après suggestion à l'état d'hypnose. La guérison se maintient plusieurs mois après.

Le *paramyoclonus multiplex,* les *myoclonies,* telles que nous les avons fait connaître, les *tremblements* peuvent avoir une origine analogue.

Les *paralysies* forment encore un groupe souvent observé: les types monoplégique, hémiplégique et paraplégique sont notés, particulièrement le type paraplégique. On les reconnaît à ce fait qu'il s'agit de paralysie flasque globale (Pitres)[1], sans aucun trouble des réflexes, sans atrophie appréciable, et qu'ils disparaissent souvent comme ils sont venus, du jour au lendemain. Quand on examine scrupuleusement cette paralysie, on constate qu'elle est susceptible de cesser brusquement pour certains groupes de mouvements, si l'on distrait l'attention du malade ou si on lui commande quelque ordre bref qui, indirectement, sollicite la motricité des muscles soi-disant paralysés. A ce point de vue, on peut de cette paralysie rapprocher *l'astasie-abasie,* dans laquelle le sujet, incapable de marcher et de se tenir debout, peut cependant progresser à 4 pattes, courir, sauter, danser et agiter ses membres inférieurs dans tous les sens, dès qu'il est étendu dans le décubitus dorsal.

Voici une fillette âgée de 7 ans, qui prétend ne pas pouvoir marcher correctement. Elle fait des efforts pour avancer, mais ses jambes sont contournées et les pieds ont une attitude bizarre, difformité des membres qui disparaît dès qu'elle est assise ou étendue.

L'examen ne décèle absolument rien: ni atrophie, ni raideur, ni flaccidité; tous les réflexes sont normaux, ainsi que l'examen électrique.

Ce trouble de la marche ne correspond à aucun de ceux qu'on rencontre dans la diplégie spasmodique, la claudication intermittente, la paralysie infantile, la myopathie, la bradykinésie post-parkinsonnienne ou les spasmes de torsion d'ordre encéphalitique, ou de telle autre maladie nettement cataloguée. Il s'agit d'une contraction volontaire, ou

plutôt d'une contraction revêtant les apparences d'une contraction maintenue par la volonté.

L'enfant s'est réveillée, il y a quelques jours, avec une raideur dans les membres inférieurs qui a provoqué une attitude vicieuse. Cette attitude a persisté depuis, alors que la raideur a disparu.

Il a suffi d'affirmer à la fillette que la guérison était certaine avec quelques massages: et elle a été immédiatement obtenue.

A côté des *paralysies,* il faut mentionner les *contractures,* dites hystériques, qui ne sont pas des contractures à proprement parler, mais plutôt des *contractions* permanentes, des *spasmes* persistant un temps plus ou moins long. Parmi eux, il faut signaler le blépharospasme, puis le torticolis: il peut être paralytique, mais presque toujours il est tonique, spasmodique, mettant la tête dans les positions les plus invraisemblables.

Les déformations par attitude ou spasme peuvent siéger non seulement à l'extrémité céphalique, mais sur le thorax et les membres inférieurs: signalons certaines *scolioses;* le *mal de Pott* hystérique, dont les cas ont été rapportés par Armand-Delille, Mongeri et de nombreux auteurs chez des sujets traités chirurgicalement sans succès, jusqu'au jour où, par la suggestion, ils furent guéris rapidement; la *coxalgie,* dont Auguste Broca a présenté plusieurs observations typiques.

C'est encore dans les troubles moteurs qu'il faut placer la plupart des *troubles de la parole* que présentent les sujets hystériques: l'aphonie et le mutisme sont les plus habituels. Le mutisme, signalé depuis longtemps, à la suite d'une vive émotion, d'une frayeur, d'une réprimande, d'un tiraillement d'oreille, débute brusquement, est complet d'emblée, puis disparaît soudain, et la parole reparaît comme auparavant. Presque toujours, au mutisme se joint l'impossibilité de crier, d'émettre des sons quelconques, graves ou aigus, ou inarticulés: c'est comme un refus de

parler, de proférer un son quelconque, plutôt que l'impossibilité d'exécuter un acte. Dans l'aphonie, le malade parle à voix basse: il ne peut plus parler à voix haute. En voici un cas typique:

J'ai vu en août 1933 une fillette de 12 ans, Marie-Louise B. . ., de Brive, qui était devenue subitement aphone 4 mois plus tôt, à la suite de l'enterrement de sa grand'mère.

Les cordes vocales avaient leur aspect normal, mais ne se rapprochaient pas complètement l'une de l'autre pendant la phonation. Son médecin, le docteur Nouailhac, avait essayé en vain l'électrisation galvanique, puis faradique, et des étincelles de haute fréquence au niveau du cou.

Lors de son entrée dans mon service, je constatai qu'elle était normale à tous les points de vue, sauf une certaine exagération des réflexes rotuliens, de l'hypoesthésie cornéenne et de l'anesthésie pharyngée sans réflexe nauséeux. Champ visuel non rétréci.

Je fus surtout frappé de sa façon de parler. Elle présentait ce genre d'aphonie qui consiste à s'exprimer à voix basse. Chacun de nous, s'il lui plaît, ou pour des raisons de circonstance, peut ainsi parler, mais cette élocution à voix basse est sous la domination de la volonté: elle est aisée, facile, sans bitonalisme, sans raucité et sans aucune de ces modalités qui caractérisent l'aphonie d'origine organique ou lésionnelle, qu'elle qu'en soit la cause. Et cette expression verbale correspond exactement à l'examen laryngoscopique d'une personne normale parlant à voix basse.

Il s'agissait donc d'un trouble psychique portant sur la fonction vocale. Il y avait eu, au début, un choc émotionnel violent, causé par la vue du corps inanimé de la grand'mère de la fillette. Dans le saisissement, la peur, la crainte, la voix s'arrête, change de timbre. Ici, l'enfant avait réagi en parlant à voix basse et elle avait continué depuis.

Il a suffi de pratiquer une rééducation persuasive en lui faisant prononcer les voyelles, puis les syllabes et enfin les mots à voix haute, pour qu'elle soit complètement guérie en quelques jours.

Le bégaiement, et tous les troubles voisins de l'articulation verbale: bredouillement, zézaiement, achoppement, scansion des mots, tremblement des syllabes, volubilité ou lenteur de la parole, etc. sont également fréquents. Ces

troubles se rapprochent par beaucoup de points des tics, et j'ai eu l'occasion d'en traiter un assez grand nombre qui, tous, ont guéri rapidement et radicalement.

Troubles sensitifs.

Les troubles sensitifs jouent un rôle moins considérable, parce qu'ils sont plus difficilement appréciables. Cependant les *anesthésies* régionales en certains points limités, ou segmentaires, ou lacalisées à tout un membre, ou unilatérales, les *hypoesthésies,* les *hyperesthésies* peuvent se rencontrer. C'est principalement vers l'époque de la puberté que ces phénomènes apparaissent, et c'est ainsi que j'ai eu l'occasion d'étudier chez deux fillettes, entre 12 et 15 ans, une hémianesthésie typique dont l'étude m'a servi en particulier à combattre la théorie de Babinski sur ce trouble de la sensibilité. Cette hémianesthésie est exactement superposable à celle qu'on rencontre chez l'adulte dans les mêmes conditions: mais nous avons montré dans nos leçons de Buenos-Ayres (*loc. cit.*) qu'il fallait la rejeter de l'hystérie.

C'est à cette conclusion que tendent mes travaux personnels sur l'amblyopie, la cécité et l'hémianesthésie hystériques, dont les premiers remontent à 1901, 1905, 1907 et 1908. J'ai démontré que l'élément psychique n'avait rien à voir dans des phénomènes qui sont proprement d'ordre physiopathologique: car on les retrouve toujours comparables à eux-mêmes dans tous les cas considérés, alors que, s'il s'agissait de troubles mentaux d'ordre hystérique, ils auraient une allure beaucoup plus mobile et variée.

En particulier, l'autosuggestion ou la suggestion médicale inconsciente n'ont rien à voir dans l'existence de ces troubles sensitifs ou sensoriels, contrairement aux opinions de Bernheim et de Babinski. S'il y avait le moindre

élément psychique à considérer on ne s'expliquerait pas comment la plupart de ces malades n'auraient pas guéri sur le champ, surtout quand ils savaient, comme au moyen-âge, que la marque du démon les conduisait inéluctablement au supplice et au bûcher.

Je tiens à insister tout particulièrement sur les faits constatés par M. Titeca au moyen de l'électroencéphalographie, car ils apportent une contribution éclatante à ceux qui, comme moi, n'ont cesseé, avec l'Ecole de Bordeaux, de croire à la réalité de l'anesthésie, dite hystérique.

La jeune fille de 22 ans dont parle M. Titeca avait une anesthésie « en bas » localisée au membre inférieur droit et traçant une limite circulaire nette à 4 centimètres au-dessus du genou. Dans toute l'étendue de cette zone, la malade ne sentait aucun contact, aucune piqûre, pas plus que le froid ou le chaud.

Un ouvrier de 27 ans présentait une hémianesthésie totale gauche. Un autre ouvrier de 48 ans était atteint depuis 8 ans d'une parésie des membres inférieurs avec anesthésie complète remontant au niveau des genoux.

Or, dans ces trois cas, l'exploration des stimuli tactiles, douloureux ou thermiques, demeurait muette au niveau des régions anesthésiques et ne provoquait aucune modification de l'électroencéphalogramme. C'est donc que l'anesthésie, dite hystérique, est un fait patent et non une vue de l'esprit.

Dans leur intéressant travail de mars 1944 sur l'intoxication par le manganèse (*loc. cit.*), Horvitz et Viberall ont relevé sept fois des troubles de sensibilité — ce qui représente l'importante proportion de 18 p. 100 des cas. Ces auteurs montrent que l'anesthésie est complète pour la sensibilité superficielle au tact, à la douleur (piqûre), à la chaleur, et sur sa répétition « capricieuse » fait tout naturellement penser à celle de l'hystérie classique, avec conservation du réflexe d'Erb (dilatation de la pupille à la piqûre, quoique celle-ci ne soit pas perçue).

Les auteurs chiliens estiment, après un examen des plus attentif, qu'il ne saurait s'agir de simulation ni de pithiatisme; car ces troubles ont été découverts à l'insu des malades. Ce seraient les noyaux diencéphalomésencéphaliques qui seraient, d'après eux, vraisem-

blablement en cause. Nous en revenons ainsi à l'opinion ancienne de Pitres, déjà signalée, et qui est celle d'une lésion véritablement organique, opinion que nous n'avons jamais cessé nous même de défendre.

On nous parle aujourd'hui d'une école « organiciste » de l'hystérie avec Radovici, Buscaino, Van Bogaert, Marinesco, Baruk. Il me sera permis de trouver que ces novateurs sont en retard d'une quarantaine d'années sur des notions que j'ai soutenues devant les Sociétés savantes et, notamment, *la Société de neurologie de Paris*, le 7 mai 1908. Il s'agit bien de troubles lésionnels, ainsi que nous l'avons toujours pensé, et comme le confirment les travaux de Titeca, ainsi que ceux de Horvitz et Viberall; en conséquence, il faut dorénavant ne plus les considérer comme hystériques et les sortir du cadre de l'hystérie — ainsi que nous l'avons fait.

Parmi les syndromes douloureux de caractère surtout subjectif, je mentionnerai le *trépied méningique* (céphalée, vomissements, constipation), souvent observé, et dont j'ai mentionné un cas; les *pseudo-névralgies*, qui disparaissent par suggestion, comme par enchantement, les *paralysies douloureuses*, si bien étudiées par Chassaignac, et dont l'origine est le plus souvent psychique; les *crises gastriques* faisant songer à l'ulcère rond, et qui n'ont pas davantage une origine organique.

Troubles sensoriels.

Ils sont particulièrement remarquables; mais certains, comme ceux qui accompagnent l'hémianesthésie, doivent être, pour les mêmes raisons, éliminés de l'hystérie. Du côté de la vision, notamment, l'amblyopie peut être unilatérale ou bilatérale, entraînant une cécité complète. Dans un cas que j'ai rapporté, et qui est cité actuellement dans la plupart des ouvrages classiques, la vue revenait chaque fois en présence d'un objet rouge. L'amblyopie unilatérale est extrêmement intéressante à étudier; elle a donné lieu à de multiples controverses, et j'y ai apporté, à deux reprises, une contribution développée à laquelle

je renvoie [1]; la dyschromatopsie est fréquente; la rétrécissement du champ visuel, quoi qu'en pense Babinski, est indubitable; la mydriase hystérique est acceptée par les uns et niée par les autres. Dans ces cas, l'amblyopie, la cécité n'ont rien à voir avec la simulation, le caprice ou la fantaisie des sujets.

J'ai pu, par exemple, examiner en novembre 1917, étant aux armées un sergent d'infanterie âgé de 28 ans, qui, dans le secteur de Verdun, à la suite de l'éclatement d'un obus qui avait provoqué un choc violent sur le cimier de son casque suivi d'une douleur très vive dans la région occipitale, était devenu subitement aveugle.

Il lui est impossible de se conduire; et cependant ses yeux en apparence fonctionnent normalement, avec des pupilles qui réagissent parfaitement à la lumière et à la douleur, et sans aucune altération du fond de l'œil. Il est dans l'obscurité complète et arrive avec peine à deviner plutôt que voir, les fils incandescents d'une lampe électrique de 50 bougies touchant presque ses yeux. Il est placé ensuite devant un écran blanc, éclairé par une lampe de 100 bougies; sur cet écran, je pose d'immenses lettres A et B en noir, ayant 6 centimètres de haut et 1 centimètre de large au niveau des jambages: il les reconnaît avec difficulté. Sur fond vert ou bleu la difficulté de lecture est identique; sur fond rouge, cependant, il distingue mieux les lettres.

Dix jours plus tard, il peut lire des lettres de 1 cm de hauteur et les mots CACAO, PAUL, HOPITAL, et autres. La vision des couleurs est devenue plus nette, surtout pour le rouge. On fait défiler sur l'écran divers objets usuels: ciseaux, règles, crayon; il les reconnaît difficilement et sont plats, sans relief. La vision stéréoscopique montre un fusionnement normal des images. Le champ visuel est extrêmement rétréci, presque ponctiforme, et égal pour chaque œil. Les objets volumineux vus à la courte distance de 1 à 2 mètres, et bien éclairés (bouteille, compas en bois, interrupteur, etc.) sont perçus à travers une sorte de brouillard. Le sujet commence à distinguer le jour de la nuit; il peut se diriger seul en tâtonnant, et bute sur le moindre obstacle.

---

[1] R. CRUCHET: Hystérie juvénile chez une fillette de 12 ans etc. et; sur l'amblyopie hystérique monoculaire, etc. (*Archives de neurologie*, sept. 1911, mai 1905).

Au bout de trois semaines à partir du début de la cécité, les trois stades suivants ont été notés dans la récupération progressive de la vision :

1°) d'abord, sensation de brouillard gris intense derrière lequel le sujet peut à peine distinguer des traits vagues représentant les lettres sur l'écran fortement éclairé ;

2°) ensuite brouillard moins épais et lettres un peu plus visibles, mais formant comme des silhouettes dansant dans le brouillard ;

3°) enfin, disparition du brouillard, mais chevauchement et caracolelement incessant des lettres, ce qui rend la lecture difficile.

Au bout de trois mois, fin janvier 1918, l'amélioration avait fait de grands progrès, mais elle avait été lente et progressive. La vue était revenue normale en apparence. Mais le champ visuel qui s'était aggrandi peu à peu, était encore rétréci et concentrique, mesurant un diamètre de 20 cm dans tous les sens. La lecture fatiguait le sujet dès qu'elle atteignait 15 à 20 minutes de durée, et les lettres du texte se brouillaient, chevauchaient les unes sur les autres, provoquaient une sorte de vertige et de la lourdeur dans la tête, si bien que le sergent fermait le livre.

Quel diagnostic porter ? Si l'on jugeait d'après les données jusqu'alors classiques, on pensait à l'hystérie : car on était frappé de la soudaineté de la cécité coïncidant avec la plus complète conservation des réflexes pupillaires et de l'intégrité du fond de l'œil, et le rétrécissement en cercle du champ visuel. Le retour de la vision pouvait également être considéré comme rapide, si l'on s'était contenté d'un examen sommaire et effectué à une quinzaine de jours après le début du choc.

En réalité, l'examen quotidien et minutieux prouvait des troubles profonds de l'acuité de la vision et une récupération lente, progressive indiquant un processus de réparation de la fonction visuelle altérée. Il s'agissait finalement d'un de ces cas de cécité corticale, aujourd'hui bien connus, et qui sont dus à des lésions plus ou moins considérables de la scissure calcarine par commotion, hémorragie ou autre cause.

Quelle que soit, d'ailleurs, l'origine de la lésion, ou du trouble de la fonction, il n'est pas douteux qu'il ne s'agit pas ici de phénomène hystérique.

Comme pour la vue, les troubles de l'*ouïe* sont généralement unilatéraux; ils accompagnent l'hémianesthésie le plus habituellement et passent inaperçus, si on n'examine pas le sujet avec la plus grande attention: c'est une surdité complète qui se comporte si elle était d'origine centrale. Les mêmes considérations s'appliquent à *l'odorat* et au *goût*, qui sont souvent totalement perdus de façon unilatérale et doivent être éliminés de la véritable hystérie.

Quand il s'agit de phénomènes réellement hystériques, ils se présentent d'une façon bien différente, ainsi qu'on va le voir par deux exemples.

Germaine a 12 ans. Elle présente un clignotement perpétuel des paupières avec les yeux vagues et comme noyés dans l'infini.

Ce phénomène est apparu subitement à la suite d'une enflure de la face survenue 8 jours avant, et dont on ne trouvait plus la moindre trace. En même temps, s'est montrée une cécité de l'œil gauche, fort curieuse: car elle consiste dans la perte complète de la vision des lettres typographiques à partir d'une distance fixe; ainsi, à 2 mètres, la fillette lit toutes les lettres de l'échelle optométrique, mais à 2m50, elle prétend ne plus apercevoir qu'un brouillard et ne plus distinguer le moindre caractère.

L'œil est normal à tous les points de vue; en particulier, il reconnaît la pastille colorée de la boîte de Flees.

Il est possible qu'au début un peu de conjonctivite ait gêné la vue, provoqué le blépharospasme clonique et même pu faire croire à une aussi extravagante amblyopie. Mais, au moment de l'examen, ces raisons n'existent plus, et il ne reste, comme explication à invoquer, qu'un trouble de l'esprit qui persévère dans une sorte d'habitude. Là encore, il a suffi de dire à la fillette qu'elle allait guérir en lui plaçant devant les yeux des verres de couleur, puis neutres, pour qu'effectivement en quelques séances, la récupération de la vue fut complète.

J'avais observé, quelques années auparavant, un cas analogue chez une jeune paysanne de 13 ans qu'on m'avait conduite à l'hôpital suburbain du Bouscat.

Ici, l'amblyopie avait coïncidé avec le changement d'occupation de la fillette qui, heureuse d'en avoir fini avec son certificat d'études, avait été placée dans un orphelinat pour s'y livrer à des travaux de couture. Mais les sœurs s'apercevant qu'elles avaient affaire à un sujet intelligent, avait pensé la remettre au travail intellectuel. Contrariée sans doute, elle n'avait pas tardé à se dire fatiguée, atteinte de céphalée, puis se plaindre de difficulté pour lire et écrire et finalement prétendre qu'elle y voyait de plus en plus mal. Là encore, on ne trouva aucune lésion réelle: seul l'état mental était en jeu; et il ne fut pas difficile d'obtenir rapidement le retour à la normale.

Accidents viscéraux.

Appareil digestif: Il faut indiquer en premier lieu *l'anorexie,* qui se manifeste particulièrement dans la grande enfance et la puberté et a souvent pour origine soit le dégoût des aliments, soit encore, chez les jeunes filles, la peur de grossir. Les sujets finissent, en certains cas, par manger de moins en moins, par maigrir, et presque se laisser mourir de faim. Je crois que beaucoup de ces cas d'anorexie, dite hystérique, ont une origine psychique plus profonde: il est possible qu'elle évolue chez des sujets hystériques, mais souvent elle a un cachet particulier dans son opiniâtreté et sa durée, qui doit la faire considérer comme d'origine neurasthénique et psychasthénique. La véritable anorexie hystérique est plus fantasque, plus capricieuse dans sa manière d'être, portant sur certains aliments et pas sur d'autres, ne troublant pas de façon appréciable le développement corporel. Voici un fait:

Une fillette de 6 ans, à l'intelligence délurée, fut envoyée du département des Landes dans mon service, il y a quelques années, parce qu'elle présentait une anorexie tenace depuis 3 mois, se compliquant de vomissements dès qu'on voulait la forcer à manger; cette anorexie était surtout marquée pour les liquides.

L'examen de l'enfant n'ayant pas permis de découvrir la moindre cause digestive ou viscérale, on en chercha l'origine psychique. Celle-ci était d'autant plus vraisemblable que la fillette racontait l'aventure dont elle était l'héroïne avec un luxe de détails étonnant et une évidente satisfaction. Le praticien de son village n'ayant pas réussi à la guérir, on avait fait appel à un médecin du chef-lieu; et celui-ci n'ayant pas été plus heureux malgré des consultations avec d'autres confrères, avait finalement dirigé la patiente vers la grande ville. L'enfant avait fini par prendre au sérieux l'état dont elle était atteinte et, en dehors du rôle qu'ainsi elle jouait, elle pouvait se figurer gravement malade. En réalité, il fut assez facile de la convaincre de la guérison, quand on put arriver à découvrir l'origine de cet état.

Elle avait eu, tout au début, de la vulvovaginite avec urétrite, au cours de laquelle elle avait éprouvé de vives douleurs chaque fois qu'elle urinait. Elle avait ainsi diminué volontairement ses émissions d'urine, et pour les restreindre encore davantage, elle avait de moins en moins bu, puis de moins en moins mangé. C'était évidemment une solution pour calmer ses souffrances. Mais il y avait des semaines que la miction n'était plus douloureuse, et que la raison de l'anorexie, qui en était la conséquence, n'existait plus.

C'est ce que je lui expliquai très nettement. Et comme elle était fort intelligente et que je sus lui inspirer confiance, elle écouta mes conseils, se remit à manger, aussi à boire, et guérit radicalement en quelques jours.

Au contraire de l'anorexie, on peut encore constater la polyphagie ou la polydipsie, ou diverses perversions du goût qui offrent des caractères analogues.

Les *vomissements* vraiment hystériques étonnent, eux aussi, par leur étrangeté et leur bizarrerie; ils sont provoqués par certains aliments et par d'autres, comme chez cette malade de Haushalter qui vomissait à peu près tout, sauf les carottes et les pommes de terre. Ces vomissements peuvent se présenter sous forme cyclique.

Signalons la dysphagie et l'œsophagisme; le météorisme dû fréquemment à l'aérophagie; la pseudo-péritonite, dans laquelle les symptômes, comme dans la pseudo-ménin-

gite, n'ont que les apparences grossières de la péritonite véritable; certaines diarrhées et constipations; l'incontinence des matières a également été mentionnée.

Voici une fillette de 14 ans, Denise, qui nous est envoyée, en 1931, pour une péritonite tuberculeuse dont elle offre les apparences: elle est pâle, fatiguée; elle tousse, le ventre est ballonné avec paresse intestinale; la radiographie pulmonaire est suspecte et la cuti-réaction positive. On note, en plus, un léger frottement péricardique et l'apparition de la raie vasomotrice dès qu'on passe le doigt sur la surface cutanée. Elle est somnolente dans le lit, parle peu, se plaint de mal de tête: est-ce une réaction méningée qui se prépare ?

Cependant, quelques constatations sont bizarres. La constipation est excessive. La température est d'une irrégularité déconcertante, oscille entre 39°8 et 37°, avec un pouls à 80, calme et régulier; les yeux sont vifs, l'expression générale est plus d'une plaintive que d'une malade véritable; on a l'impression qu'elle se complaît dans ses souffrances qui ne paraissent pas aussi profondes qu'elle a l'air de le dire, et qu'elle cherche avant tout à attirer l'attention sur son état.

Un interrogatoire serré, une enquête dans l'orphelinat d'où elle vient, une surveillance attentive dans la salle ne tardent pas à dévoiler le mystère. On s'aperçoit que la température est normale et que la péritonite n'existe pas; que la constipation est due à une sorte d'entêtement voulu de ne pas aller à la selle. Quant aux vrais signes méningés, ils sont absents et le liquide céphalorachidien retiré par ponction lombaire est normal.

En somme, il s'agit d'une malade créée de toutes pièces dans l'imagination du sujet — ce qui en explique les réactions paradoxales.

Appareil uro-génital.

On a signalé, du côté de l'appareil *uro-génital,* la pollakiurie, la polyurie, l'incontinence des urines, ou au contraire une rétention assez longue, puisqu'elle aurait atteint trois jours de durée chez un jeune israélite observé par Raimist. L'onanisme peut-il être hystérique?

A la rigueur, on peut concevoir des balanites ou des vaginites d'origine hystérique, du prurit de même origine des régions génitales; mais ces manifestations se reconnaîtront, comme les précédentes, à leurs manifestations variables et capricieuses.

Appareil respiratoire.

Certains coryzas, le reniflement, l'enrouement et surtout la *toux* peuvent avoir une cause hystérique. Cette toux, souvent dite *nerveuse,* est sèche, sans expectoration disparaît dans le sommeil, varie avec les heures de la journée, est fatiguante, agaçante, quinteuse, ou coquelucheïde; elle a mille variétés étranges et incompréhensibles, qu'on ne peut rattacher à une origine organique. On a observé des modifications dans le rythme respiratoire (dyspnée, irrégularités respiratoires, périodes d'apnée, accès de pseudo-asthme ou d'étouffement, etc.); certains sujets ont pu présenter des symptômes rappelant par l'apparence une crise de coqueluche, une pleurésie, une pneumonie, une bronchite chronique dont ils avaient été les témoins: mais ces troubles ne résistent pas à un examen éclairé, qui les dépiste rapidement.

A côté de la toux, il faut enfin mentionner, comme particulièrement fréquent, le *hoquet.* Comme elle, il naît brusquement, se montre avec des caractères bizarres, fantasques, et disparaît sous l'influence d'une cause extraordinaire: orage, sermon, vue de tabliers blancs (Bouchut) etc.

Appareil cardio-vasculaire.

La tachycardie, les palpitations, les douleurs dans la région cardiaque avec oppression ont pu être observées chez des sujets ayant vécu dans l'entourage de cardiopathes: asystoliques, angineux, cardio-rénaux.

Marie S..., 8 ans, vient à la consultation en juin 1932 pour des accidents d'angine de poitrine, survenue brusquement quelques jours auparavant. Elle se plaint d'une douleur rétrosternale, d'irradiations dans le bras gauche, d'une sensation d'angoisse. A part ces signes, elle est en excellente condition, ayant bon teint, bon appétit, bon sommeil.

Bien que cette maladie soit vraiment exceptionnelle chez l'enfant, il importe de ne pas la rejeter a *priori*. Mais un examen approfondi s'imposa. Les crises ont lieu, ici, tous les jours spontanément, entre 3 heures de l'après-midi et le coucher: ce n'est guère le cas dans l'angine de poitrine dont les crises sont irrégulières, espacées, provoquées par l'effort; on constate plus de dyspnée que d'angoisse véritable; de plus, cette dyspnée est atypique, ne ressemblant même pas à une crise d'asthme; au reste, la fillette, durant les crises, n'aurait jamais les yeux fixes, inquiets, mais plutôt le sourire. La douleur qui suit le bras est localisée avec hésitation le long du pouce. Bref, nous avons une carricature de crise angineuse.

Et, quand nous apprenons que l'enfant a vécu pendant quelques semaines auprès d'une femme, la propriétaire de la maison où elle habite, qui présentait des crises d'angine de poitrine classiques qui l'ont impressionnée, nous sommes immédiatement fixée. Au fait, depuis que Marie a été hospitalisée dans notre service, et qu'on l'a persuadée de l'inexistence de sa maladie, la guérison a été immédiatement obtenue.

Les hémoptysies ne sont plus admises aujourd'hui comme ayant une origine hystérique véritable. Il en est de même de certaines manifestations *trophiques* et *cutanées* qu'on considère de moins en moins comme hystériques: tels les ecchymoses, les hémorragies, les œdèmes, la gangrène, les éruptions tégumentaires (urticaire, pemphigus, zona, lichen, vitiligo); puis les altérations des réflexes tendineux, cutanés et sensoriels (notamment pupillaires); et encore les troubles des sphincters, l'albuminurie et le diabète. Cependant il paraît indéniable qu'on observe des phénomènes vaso-moteurs ou secrétoires (hyperhidrose), ou congestifs (rougeurs), ou livides (refroidissement des extrémités, teinte violacée des téguments): si ces phénomènes peuvent être d'origine émotive en dehors de toute raison hystérique, comme le prouvent diverses observa-

tions, cela suffit à démontrer qu'ils pourront aussi être d'origine hystérique, le cas échéant. Mais ce sont toujours des accidents d'appréciation difficile. Il en est de même de la *fièvre,* que de très bons auteurs prétendent avoir notée chez des sujets, provoquée uniquement par une cause psychique (suggestion en particulier), et en dehors de toute supercherie.

Troubles de l'intelligence.

On peut dire que l'intelligence, de façon générale, est parfaitement conservée. Il ne faut pas croire cependant que l'hystérie s'observe surtout chez les sujets intelligents et cultivés. Bruns, Thiemich en Allemagne, Terrien en Vendée ont montré qu'elle se rencontrait peut-être plus fréquemment encore chez les campagnards, les esprits bornés.

On a décrit un caractère hystérique, surtout dans le sexe féminin : l'hystérique serait coquette, menteuse, comédienne et insensible. Evidemment, beaucoup d'hystériques présentent ces particularités, mais on les rencontre chez des femmes et fillettes non hystériques, et certaines hystériques ne les ont pas.

Quant au délire hystérique, discuté chez l'adulte, il est encore plus discutable chez l'enfant. Beaucoup de cas publiés ne sont guère probants. Toutefois, on en a rapporté quelques exemples certains. On a cité également le somnambulisme, la catalepsie, des accès de sommeil, des crises syncopales qui ont pu être observés chez des enfants déjà âgés, surtout aux alentours de la puberté. On sait aujourd'hui que la plupart de ces faits doivent être éliminés de l'hystérie, nous l'avons vu.

Une fillette de 5 ans fut prise une nuit de cauchemar, et entendant le tic-tac de la pendule de la chambre à coucher où elle dormait, elle fut épouvantée et crut que c'était ce bruit qui avait été cause de son effroi.

Elle en conçut aussitôt une terreur exagérée et demanda à ses parents d'arrêter la pendule. Ceux-ci commencèrent par se moquer d'elle et résistèrent à son désir. Mais une fois couchée, elle cria, hurla, si bien que le père, furieux, lui administra une fessée. Le résultat fut qu'elle eut une violente crise de nerfs. Inquiets, les parent se décidèrent à arrêter la pendule.

Mais, une fois entraînée sur cette pente, ils ne surent plus y résister car leur fille exigea sucessivement l'arrêt de toutes les pendules de la maison: à la salle à manger, au salon, à la cuisine; les montres, même, durent être mises au repos. A partir de ce moment, plusieurs médecins consultés prescrivirent divers calmants pour lutter contre cet état nerveux: ce fut peine perdue. La maladie empirait de jour en jour, au point que l'enfant fuyait jusqu'aux devantures des horlogers et des bijoutiers qui présentaient des pendules et les montres.

C'est dans ces conditions que la gamine me fut amenée à l'hôpital. Je la pris sur mes genoux et, la regardant bien en face, je lui expliquai sérieusement, mais le plus gentiment possible, comme si je m'adressais à une grande personne, que si elle avait eu peur jusqu'à ce jour c'était maintenant fini, et qu'elle était guérie. Et je dis à sa mère: « Vous allez dès ce soir remettre en marche la pendule de la chambre à coucher, et vous verrez que votre fille dormira très bien. Revenez avec elle dans deux jours ».

Deux jours après elle revint, en effet, ravie, avec la fillette toute heureuse elle-même du résultat obtenu.

« Alors, ce soir, lui dis-je, vous allez remonter la pendule du salon et demain celle de la salle à manger. La semaine prochaine vous pourrez vous approcher des magasins des horlogers, car votre fille est guérie.

Elle revint me voir un mois plus tard et me dit, joyeuse: « Docteur, vous aviez raison, ma fille n'a plus peur des pendules. Il se passe même un phénomène bien curieux: car, non seulement elle ne les craint plus mais elle les recherche, si bien que, maintenant elle voudrait que nous entrions chez tous les horlogers pour les entendre marcher et même les acheter pour en remplir notre maison ».

Il est bien entendu que, dans ce cas, le trouble mental ne peut être mis en doute et s'impose sans discussion. La crise de nerfs qu'avait présentée la fillette ne faisait que masquer une origine psychique.

— Jean P. a 12 ans; son intelligence est suffisante pour suivre la classe du certificat d'études, mais il est nerveux, instable, présente des

bizarreries; et notamment pendant deux mois et demi il a refusé de se lever le matin, lisant au lit tous les livres qu'il trouve à sa portée, depuis Victor Hugo jusqu'à Jules Verne et des récits d'aventure ou d'ordre historique. C'est un irrégulier, un fantaisiste qui se plaint de douleurs temporales dont les symptômes ne correspondent à aucune tare décelable des sinus ou d'ailleurs. Il est cependant affligé d'un nystagmus latéral assez lent et presque rythmé. Quand il fixe un point et que ce nystagmus s'arrête, c'est la tête qui se balance, comme pour le remplacer.

Ce fait curieux de rythmie « de suppléance », sur lequel nous avons appelé l'attention en 1907, dans notre « *Traité des torticolis spasmodiques* » est peut-être l'épine légère qui agit sur son psychisme et l'a poussé à des décisions aussi fantasques. Il a suffi de quelques jours d'hospitalisation pour le convaincre de ses erreurs d'imagination, et il est sorti guéri.

Ces considérations sur les troubles de l'état psychique en général permettent déjà de penser que le psychisme hystérique vrai n'est pas aussi fréquent qu'on serait tenté de le croire.

On s'apercevrait, comme je l'ai dit il y a déjà trente ans, que derrière le psychisme soi-disant hystérique se cache souvent une psychose obsédante. Nous reviendrons ultérieurement sur cette importante question.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'hystérie se résout en pratique à discuter à propos de chaque accident particulier considéré. Le médecin se trouve en présence d'une crise convulsive, d'une paralysie, d'une chorée, d'une cécité, d'une méningite, d'une anorexie, d'un accès de toux, d'un hoquet ou d'une aphonie, etc. et, au sujet de l'une ou de l'autre de ces manifestations morbides, se demande qu'elle est la cause génératrice à invoquer.

L'origine n'est pas organique.

La première question à résoudre est de savoir si l'accident considéré peut s'expliquer par une altération

organique nettement appréciable. On devra donc, à propos de chaque accident, avoir bien présents à l'esprit les signes qui l'accompagnent et les rechercher avec le plus grand soin. Si l'on se trouve, par exemple, devant une crise convulsive, il faudra se rendra compte si elle est épileptique et si elle peut s'expliquer par une atteinte quelconque des centres nerveux; si c'est un paralysie, l'examen détaillé montrera la persistance des réflexes, une démarche différente de la paralysie organique; s'il s'agit d'un hoquet, on verra si le diaphragme n'est pas irrité par quelque lésion du voisinage (pleurésie diaphragmique en particulier) ou, s'il s'agit de toux, si l'appareil pulmonaire est en parfait état; au cas d'anorexie, on examinera minutieusement l'estomac, les intestins, le foie et l'état général, et, si l'enfant est aphone, on procèdera à un examen attentif des cordes vocales et de l'organe laryngé.

Il m'est impossible de discuter ici chaque cas particulier, car il me faudrait passer en revue toute la pathologie. Je dois me borner à indiquer comment on doit s'y prendre pour arriver, dans les meilleures conditions de sûreté, au diagnostic d'accident hystérique. Or, tout accident hystérique, je le repète, étant toujours la reproduction plus ou moins fidèle d'un accident déterminé ou d'une maladie nettement différenciée, il convient, au premier abord, de se rendre compte si réellement il y a des raisons évidentes de songer à une cause organique matérielle.

Cette façon de procéder est indispensable, parce que, si on se laisse influencer par les seuls phénomènes exagérés, outrés, théâtraux, qui peuvent être une réaction surajoutée chez certains sujets et compliquant des lésions viscérales, on risque de passer à côté de la véritable cause efficiente des accidents considérés. Que de fois une tuberculose naissante, une pleurésie, un ulcère de l'estomac, un rétré-

cissement, mitral, ou un début d'angine de poitrine, ont été ainsi catalogués: toux ou point de côté, gastrite ou palpitations hystériques, parce que les sujets présentant ces accidents étaient fantasques, instables, mobiles, mythomanes! Inversement on a vu souvent des accidents nettement hystériques rappelant le mal de Pott ou la coxalgie, immobilisés dans des appareils de longs mois, ou des péritonites hystériques opérées. Un examen complet, minutieux, mettra donc seul à l'abri de pareilles erreurs, profondément regrettables.

Si cette notion de maladie organique avait déjà permis à l'école neurologiste française, avec Briquet, Charcot, Pitres, Gilles de la Tourette, Déjerine, Babinski etc. de mettre un peu plus de clarté dans les phénomènes hystériques, elle n'en était encore qu'à ses commencements. L'immense service rendu par Charcot fut de montrer que la maladie hystérique offre ceci de très particulier qu'elle ne ressemble pas du tout à la maladie qu'elle est censée être, et qu'elle reproduit sous des modalités qui varient avec chaque malade. La personnalité de l'individu y transparait toujours: c'est donc bien une maladie de l'esprit.

Ce criterium permit à Babinski d'aller beaucoup plus loin que son maître Charcot dans la désintégration de l'hystérie. Appliqué aux phénomènes moteurs et vaso-moteurs, il put établir une différenciation remarquable entre ce qui est organiquement nerveux et fonctionnellement psychique. De là ces caractères si admirablement mis en relief par ce génial observateur et séparés par lui, au nom du pithiatisme, de ceux qui déterminent la convulsion épileptique, les paralysies, les contractures et les troubles vaso-moteurs d'origine névritique, nucléaire ou pyramidale. Le triomphe de Babinski en cette matière ne fut point le pithiatisme, comme on a pu le croire; mais l'examen clinique, qui lui permit, par des signes d'une netteté aveuglante, d'établir

la distinction, jusque là incertaine, entre des états absolument différents. Cette discrimination devait encore se poursuivre par les connaissances apportées ultérieurement par l'encéphalomyélite épidémique, ou maladie de Cruchet.

J'ai montré, dans une de mes leçons de Buenos-Ayres, le rôle considérable joué par cette maladie dans le démantèlement de l'hystérie traditionnelle. Certains troubles moteurs, jusque là considérés encore comme étant sous sa dépendance, entrèrent dès lors dans le domaine organique toxi-infectieux: citons la kinésie paradoxale, les spasmes de torsion, avec certains torticolis spasmodiques et leur geste antagoniste efficace catalogué de « mental » les spasmes oculogyres ou crampes du regard, certains spasmes dénommés à tort « tics d'incantation », certains autres spasmes de la face, de la bouche et de la langue, certains hoquets et bâillements, et enfin certaines chorées rythmiques. Nous avions d'ailleurs, dans des travaux antérieurs, et notamment dans notre « *Traité des Torticolis spasmodiques* », en 1907, montré que la plupart de ces troubles moteurs avaient une cause lésionnelle centrale et non simplement fonctionnelle. Nos observations ne faisaient déjà qu'élargir encore davantage le chapitre déjà agrandi par Babinski.

Comment se fit-il que la même méthode rigoureuse n'ait pas été étendue à l'examen des troubles sensitifs ? La tentative fut faite, mais raisonnant par analogie avec les troubles moteurs, Babinski ne considéra comme anesthésies véritablement organiques que celles des ataxiques ou des syringomyéliques. L'allure paradoxale, la mobilité de beaucoup de ces anesthésies, dites hystériques, dérouta cet éminent clinicien; et, au lieu de les considérer objectivement comme il l'avait fait pour les paralysies, il se laissa entraîner par sa propre définition et décida qu'il s'agissait toujours de phénomènes d'ordre imaginatif, sous la dépendance d'une volonté plus ou moins simulatrice.

Il ne s'aperçut pas que, parmi ces altérations sensitives et sensorielles, il en était certaines qui sortaient entièrement du domaine de l'esprit. D'excellents observateurs, tels que Pitres, avaient cependant montré que parmi les hémianesthésies, dites hystériques, il en existait qui étaient réelles et devraient être classées en dehors de la simulation. Avec Parinaud il avait fait des remarques analogues en ce qui concernait les amblyopies et la cécité hystériques. Evidemment, ces auteurs n'avaient pas osé rompre avec la conception classique: ils constataient bien que ces anesthésies étaient objectivement indiscutables, mais ils n'avaient pas décrété que, n'étant pas d'origine psychique, elles devaient être nettement séparées de l'hystérie.

Et pourtant, les belles leçons qu'y a consacrées le professeur Pitres de 1884 à 1890, sont vraiment caractéristiques à ce point de vue. Leur description clinique en est remarquable et se termine même par cette notion: que le siège de ces anesthésies ne réside ni dans les parties périphériques de l'appareil sensitif, ni dans les centres psychoperceptifs corticaux; il faudrait plus vraisemblablement le situer dans « les organes des sensations brutes », écrit Pitres, c'est-à-dire dans « les amas de cellules ganglionnaires de la base de l'encéphale, dans lesquels se fait la première transformation importante des impressions sensitives, puisque les réflexes bulbomédullaires sont conservés, alors que la perception consciente et la sensation brute sont abolies ». Cette opinion n'est pas une vue de l'esprit: elle est au contraire basée sur de nombreuses expériences psychologiques et observations anatomocliniques très précises qui sont dues à Lorry, Serres, Desmoulins, J. Muller, Longet, Schiff, Vulpian, etc. et prouvent le rôle joué par ces masses de substance grise échelonnées le long du faisceau sensitif dans la protubérance annulaire et les pédoncules cérébraux.

Ainsi, Pitres lui-même s'éloigne de l'origine purement psychique de ces troubles sensitifs: s'il continue à les appeler hystériques, il se rend compte qu'on ne doit pas les confondre avec des troubles mentaux. Le plus simple n'était-il pas, dès lors, de ne plus les considérer comme hystériques ?

Mais comme il est difficile de rompre avec des errements anciens ! L'exemple de Déjerine est encore plus curieux et typique. Lui n'hésite

pas et il doit être, je crois, le premier neurologiste qui, en 1914, dans sa *Sémiologie*, ait étudié l'anesthésie hystérique sous le nom « d'anesthésie psychique ». Il la sépare nettement des anesthésies organiques; mais c'est là que se borne son effort. Car il ne cherche pas à dissocier dans cette anesthésie hystérique ce qui est proprement psychique de ce qui ne l'est pas.

Il reprend les descriptions classiques, y compris celle de Pitres, et ne voit pas, tout en adoptant une conception juste, qu'il est encore plus éloigné de la vérité que Pitres qui, lui, évidemment, accepte encore le terme d'hystérie, mais conçoit les phénomènes d'un point de vue plus matériel, lésionnel, organique en quelque sorte.

Car il n'est pas douteux que certains des troubles sensitifs de l'hystérie, en particulier les hémianesthésies sensitivo-sensorielles classiques, n'ont rien de psychique. Il en est de même de certaines amblyopies ou cécités, de sommeils léthargiques que la maladie du Cruchet-Economo nous a appris à connaître, qui furent autrefois considérés comme hystériques.

On doit donc leur faire subir le même sort qu'à un grand nombre de troubles moteurs qualifiés à tort d'hystériques — ainsi que l'a fait Babinski pour ces derniers: il faut désormais les chasser carrément, eux aussi, du domaine de l'hystérie, ainsi que nous l'avons dit.

La simulation est-elle en cause ?

Une fois que l'on est à peu près sûr que le sujet ne présente pas de tares organiques et, par le récit même et l'explosion ou les particularité de l'accident considéré, on a des raisons de croire qu'une cause psychique est en jeu, on doit essayer de dépister la simulation. Car la simulation et l'hystérie sont deux choses essentiellement différentes. Les théories de Babinski et de Brissaud, à côté d'heureux résultats, ont eu le déplorable effet de nous rejeter à 50 ans en arrière, en ne voulant plus faire de distinction entre ces deux états. Comme je l'ai dit souvent,

ce n'est pas une raison, parce que nous sommes obligés de convenir de la difficulté du diagnostic entre eux, pour les mettre tous les deux dans le même sac et prétendre qu'ils sont les manifestations d'une seule maladie.

La simulation, chez l'enfant surtout, est extrêmement fréquente. Il n'est pas de praticien qui n'ait été témoin de crises de nerfs, de maux de tête ou de rages de dents, de douleur du ventre ou d'accès de toux et de bien d'autres manifestations les plus invraisemblables, pour l'unique raison que le jeune collégien ou la jeune pensionnaire ne savaient pas leurs leçons, n'avaient pas fait leurs devoirs ou tout simplement ne voulaient pas aller en classe, parce que telle était leur fantaisie.

Le passage suivant, que j'emprunte au copieux article de Babonneix[1] suffira de donner une idée des multiples métamorphoses de la simulation.

Alquier a pu se convaincre à plusieurs reprises que nombre d'hystériques soi-disant atteintes d'anorexie, mangeaient en cachette. Souques a observé une fille de 10 ans qui mouchait des vers depuis une quinzaine de jours. L'examen montra qu'il s'agissait de larves de *Carpocapsa pomonella*, insecte vivant sur des arbres fruitiers, que la petite malade s'introduisait elle-même dans le nez. Isolée, elle guérit en quelques jours. Siredey a rapporté à ce sujet avoir vu, avec Hardy, une fillette qui emmagasinait de petites pierres dans son vagin pour les expulser pendant la miction et faire croire qu'elle était atteinte de lithiase vésicale. Un garçon de 13 ans, vu par Aronheim, simulait des crises de mal comitial pour ne pas aller à l'école. Nous avons nous-même observé beaucoup de faits du même genre. Un garçon de 10 ans est pris tous les jours à 8 h. 30 d'une crise syncopale. Le plus minutieux examen ne décèle, chez lui, aucune affection organique, mais l'enquête établit que l'enfant devrait être à l'école à 9 heures moins le quart, et qu'il ne figurait pas parmi les écoliers les plus zélés. Quelques menaces suffirent à le guérir. Un petit apprenti de 15 ans dit éprouver dans le côté droit des douleurs si vagues que l'un pense à la coxalgie, l'autre à une appendicite, jusqu'à ce que l'on ait fait avouer à l'enfant qu'il jouait la comédie pour prendre quelques jours de repos. Une

[1] Hutinel et Babonneix: Maladies des enfants t. V. p. 821, 1909.

fillette de 8 ans, à la suite d'une scène violente à laquelle elle a assisté, s'amuse, en pleine nuit, à simuler grossièrement une attaque comitiale. Ayant réussi à effrayer ses parents elle récidive, puis la voici qui varie; un jour elle fait du spasme de la glotte, le lendemain de l'épilepsie partielle. Ce nouveau jeu l'amène à l'hôpital où l'annonce de 50 pointes de feu suffit à calmer ses transports. Strumpell rattache à la simulation un certain nombre de cas de fièvre hystérique. C'est à la même cause qu'il faut attribuer la plupart des cas d'aboiements, de piaulements, de cris divers rapportés par les auteurs.

Dufestel, dans sa thèse, a rassemblé un grand nombre de cas de maladies simulées chez l'enfant. Voici les principales: diplopie, amaurose, ankylose, aphonie, catalepsie, chromidrose, claudication, coqueluche, épilepsie, folie avec ou sans hallucinations, hoquet, lithiase vésicale, mutisme, névralgies diverses, ophtalmies, paraplégies, photophobie, strabisme, tétanos, tics, toux convulsive, vomissements alimentaires ou sanglants. Il rappelle à ce sujet que la simulation fleurit surtout chez les apprentis, souvent initiés par des maîtres habiles. Dans *Notre-Dame de Paris*, Victor Hugo nous montre « un jeune bambin prenant une leçon d'épilepsie d'un vieux sabouleux qui lui enseigne l'art d'écumer en mâchant du savon ». La menace suffit presque toujours à guérir instantanément les simulateurs les plus endurcis. Boissier de Sauvages, en 1772, ayant eu à soigner une malade qui simulait le mal comitial, ordonna qu'on lui donnât le fouet, et « la recette fit tant d'effet qu'elle se trouva parfaitement guérie ». Dans un cas analogue de Haen, on vint à bout des crises en annonçant à la patiente qu'on serait obligé de lui donner des coups de bâton si elle continuait à tomber. Un mousse de 15 ans, observé par Gentilhomme, présentait, depuis quelques jours, du trismus: pour faire disparaître ce symptôme, il suffit de déclarer qu'on allait lui arracher une incisive pour permettre l'ingestion des aliments.

Tous les faits signalés dans ce passage ne sont pas d'égale valeur; si, pour le plus grand nombre, la simulation paraît démontrée, elle ne l'est pas pour tous, et ceux-là sont vraisemblablement de vrais cas d'hystérie. Car il ne faut pas tomber avec Dufestel, Boissier de Sauvages, Haen et quelques autres dans l'excès qui consiste à considérer comme « simulés » les accidents qui disparaissent sous une émotion ou une menace: il peut s'agir, tout aussi bien, dans ce cas, de phénomènes hystériques.

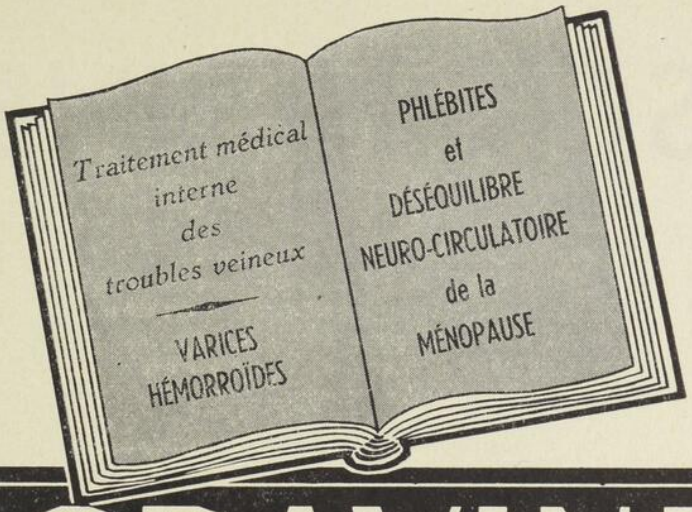
Il est évident que s'il n'est pas toujours facile de dépister la supercherie, ce n'est pas une raison pour ne pas en chercher les moyens.

La simulation, disait déjà Pitres en 1891, est infiniment moins fréquente qu'on ne l'a dit et qu'on ne le répète encore tous les jours. L'accusation de tromperie est le plus souvent le résultat de l'ignorance ou du parti pris d'observateurs inexpérimentés; elle repose sur des erreurs d'interprétation et non pas sur l'analyse rigoureuse des faits.

Quand les possédés ou les sorcières du moyen-âge affimaient devant les tribunaux qu'elles avaient été transportées au Sabbat sur un manche à balai, qu'elles y avaient eu commerce avec le diable, qu'elles y avaient rencontré telle ou telle personne, etc... il est impossible d'admettre qu'elles imaginaient de toutes pièces, pour le plaisir de se rendre intéressantes ou de compromettre des innocents, une déposition qui devait avoir pour résultat de les faire condamner elles-mêmes au bûcher. Elles disaient en toute sincérité ce qu'elles avaient vu et ressenti dans un moment d'hallucination sensorielle.

Ainsi font les hystériques de nos jours: elles racontent ce qu'elles éprouvent sans se soucier des conséquences de leur récit. Et ne croyez pas que ces conséquences soient toujours sans inconvénients: je sais un exemple d'amputation de la jambe pratiquée inconsidérément dans un cas de pied-bot hystérique. Brodie, Coolson et d'autres auteurs rapportent des faits analogues. Pensez-vous que des simulateurs eussent consenti à subir de pareilles opérations pour se jouer de la crédulité de leurs chirurgiens ?

Le même auteur avait déjà fait justice, dans ses leçons, de la prétendue comédie des hystériques qui se suicidaient réellement, disait-on, histoire de se donner du spectacle. Après avoir rapporté 11 observations de tentatives de suicides sur une statistique de 100 malades, le grand neurologiste bordelais concluait que « le suicide des hystériques est en général le résultat d'une détermination soudaine, irréfléchie, mais que rien n'autorise à le considérer comme une comédie grossière, jouée par des simulateurs



LORAVINE

SÉCURITÉ • FACILITÉ D'EMPLOI • EFFICACITÉ

Bien que le mode d'action de l'extrait de Marrons d'Inde ne soit pas encore complètement éclairci, les effets n'en demeurent pas moins réels, et depuis très longtemps cet extrait a été employé en France et en Europe avec de bons résultats dans le traitement des Hémorrhoïdes et Ulcères Variqueux. Dans la LOVARINE, son action est renforcée par l'association d'éléments décongestifs. Les nombreux témoignages d'appréciation de la LOVARINE qui nous parviennent tous les jours témoignent de la valeur indiscutable du produit dans le traitement des troubles veineux.

Fabricants et Concessionnaires au Canada

ROUGIER FRÈRES

350, RUE LE MOYNE - - MONTRÉAL

SCILLITRINE

Médication d'Urgence des crises

•

LABORATOIRE **PERRIER** FRANCE

Agents généraux pour le Canada

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS MONTREAL

TRAITEMENT MAGNÉSIEN

PAR LE

TOTAL MAGNÉSIEN

Chlorure de magnésium, médicinal, déshydraté

INDICATIONS :

Manifestations arthritiques, Affections de la prostate, Asthénies, Tremblements séniles, Tumeurs bénignes, Verrues, Herpès, Acné, Eczéma, Troubles hépatiques, Constipation et Prophylaxie des Néoplasmes.

LABORATOIRES du "TOTAL MAGNÉSIEN"

24 BOULEVARD SÉBASTOPOL PARIS, FRANCE

Agents généraux au Canada :

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE

1215, RUE ST-DENIS MONTRÉAL

UNE ÉTUDE D'ARISTIDE MAILLOL; REPRODUITE DU LIVRE ILLUSTRÉ "MAILLOL", PUBLIÉ PAR LA HYPERION PRESS

AU MOMENT DE LA *Ménopause*

Que les symptômes soient graves ou bénins, tous les cas de ménopause peuvent être traités efficacement par ces oestrogènes naturels, actifs par voie buccale—"Prémarine" (No 866), dans le traitement des troubles graves; "Prémarine" *Demi-dose* (*la nouvelle teneur*, No 867), lorsque les symptômes sont moins fortement accusés; "Emménine", dans le traitement des troubles bénins.

"PRÉMARINE" et "EMMÉNINE"

oestrogènes conjugués (*chevalins*)
Comprimés No 866—Comprimés No 867

oestrogènes conjugués (*placentaires*)
Comprimés No 701—Liquide No 927

DE PROVENANCE NATURELLE • SOLUBLES DANS L'EAU • BIEN TOLÉRÉES
D'EMPLOI SÛR • PROCURENT UNE SENSATION D'EUPHORIE

"PRÉMARINE" DEMI-DOSE

. . . Une nouvelle teneur pour les cas dont les symptômes, tout en étant graves, n'exigent pas une médication aussi active que la "Prémarine" originale.

Bouteilles de 20 et de 100 comprimés

Ayerst

249F

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE • *Biologistes et Pharmaciens* • MONTRÉAL, CANADA

Soutenez son moral

La femme d'âge moyen prend aujourd'hui une part active à la vie économique du pays: la tranquillité d'esprit lui est nécessaire. Les heures de travail perdues à la maison ou à l'usine ne peuvent jamais être compensées. Il importe donc de s'efforcer à maintenir le moral de la femme au plus haut degré possible, afin d'assurer une production ininterrompue.

A la ménopause, l'incapacité de concevoir importe moins à la plupart des femmes que l'indifférence à l'égard des relations sexuelles. Le moral fléchit, et entraîne parfois l'inaptitude au travail.

L'observation clinique a démontré que le dipropionate d'oestradiol, à égalité de poids, manifeste l'effet le plus prolongé parmi les substances oestrogènes naturelles produites synthétiquement. La DI-OVOCYLINE influence favorablement le psychisme: c'est un fait reconnu par la profession médicale. Son emploi aide à relever le moral chez la femme à la ménopause.

Documentation sur demande

DI-OVOCYLINE

Nom déposé

MÉDICATION OESTROGÉNIQUE MODERNE

Compagnie CIBA Ltée.

MONTRÉAL

Si les services d'un

ouvrier expert

sont nécessaires

L'ouvrier expert ne se borne pas à réparer une seule sorte de défectuosités. Tel est le cas de la LIPOIODINE * : elle s'emploie aussi bien à des fins de diagnostic dans certaines affections pulmonaires, en solution à 60% dans l'huile de sésame purifiée, que de thérapeutique sous forme de comprimés à 41% d'iode organique, dans l'asthme bronchique, la bronchite chronique, la syphilis tertiaire et le goitre. Le Corps médical apprécie hautement la LIPOIODINE (di-iodobrassidate d'éthyle Ciba) dans ces deux domaines.

En thérapeutique la LIPOIODINE présente le grand avantage de maintenir le sujet sous effet iodé constant.

LIPOIODINE

Pour examens radiologiques: en flacon de 10 c.c.
En thérapeutique: en tube de 20 et en flacon de 100 comprimés à 0.3 Gm.

* Nom déposé

Compagnie **CIBA** *Ltée.*

MONTRÉAL

TAXOL

Le régulateur physiologique de l'intestin

Flacons de 50 et 500 pilules.

SULFORAZINE

Granulé effervescent urolytique et antiseptique urinaire

Flacons de 95 et 200 Grammes.

•

Agents : J. EDDÉ Ltée • MONTRÉAL

ÉTHER PUR

pour Anesthésie

De la plus haute qualité possible, telle qu'employée par les principaux hôpitaux à travers l'Amérique.

MALLINCKRODT CHEMICAL WORKS, LIMITED

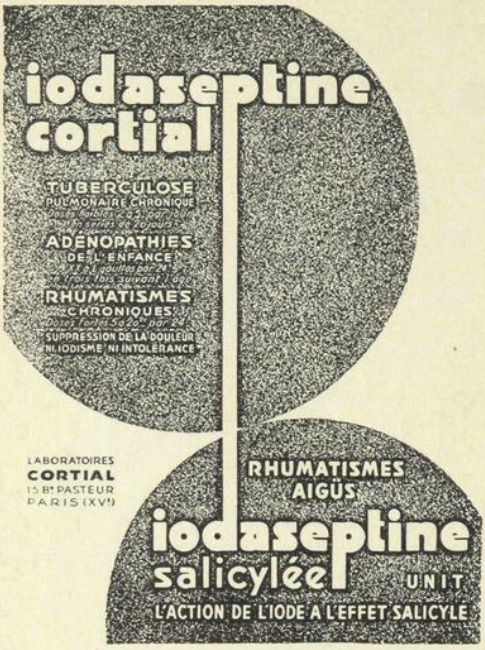
378, RUE SAINT-PAUL OUEST

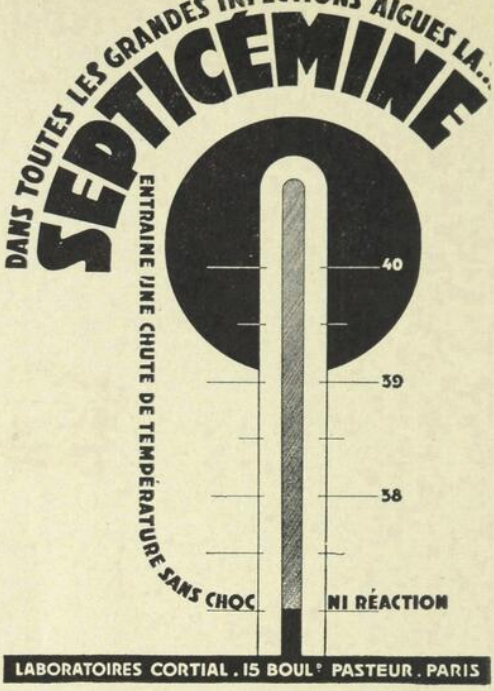
MONTRÉAL

STIMULE ET RÉÉDUQUE LA FONCTION BILIAIRE
ACTION POSITIVE-DOUCE-EFFICACE

Echantillons et littérature sur demande.

ANGLO-FRENCH DRUG CIE., **MONTRÉAL**





SOLUCAMPHRE

SOLUCAMPHRE

SOLUCAMPHRE

DELALANDE

Camphre en Solution aqueuse

Même Posologie, mêmes indications que

l'Huile Camphrée, sans aucun de ses inconvénients. — 3 fois plus actif

2 Formes : SOLUCAMPHRE SIMPLE
SOLUCAMPHRE SPARTEINÉ

MILLET ROUX & CIE, LIMITÉE

1215 RUE ST-DENIS — MONTREAL

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE

présente

UN TRAITEMENT OPHTALMIQUE ASEPTIQUE

Oculets

Les OCULETS sont préparés sous la surveillance et le contrôle de :

Charles Laurin, B.A., B.Ph. - Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., assistant-bactériologiste. Pharmaciens, Chimistes, Analystes-Biochimistes. Diplômés de l'Université de Montréal.

Applications uniques d'onguent hydrophile d'un pH approprié aux sécrétions glandulaires de l'oeil.

a) OCULETS Thiazol (sulfathiazole 5%) Couleur rouge

b) OCULETS Oxyde jaune de Mercure 1%
c) OCULETS Oxyde jaune de Mercure 2%
} Couleur jaune

Application facile et sanitaire.

Vous n'avez qu'à "couper le bout effilé de l'oculet avec un canif ou des ciseaux propres".

Les OCULETS vous parviennent sous conditionnement de 12 - 100.

Spécialité du Laboratoire

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

ÉCHANTILLONS

Sur demande, à Messieurs les Médecins seulement. (S. V. P. spécifier la formule désirée.)

NÉOLAXINE

Comprimé laxatif qui contient 5 mgm (1/13 grain) de diacétoxyphénolisatine. La NÉOLAXINE possède cette particularité de ne causer qu'exceptionnellement des coliques ou douleurs intestinales.

Posologie : 2 à 4 comprimés par jour.

NADEAU

"PHENO-ACTIVE"

C. C. T. No. 213 "Frosst"

TRAITEMENT DE LA

CONSTIPATION

Minuscule comprimé laxatif (pris au coucher), le Phéno-Active dans les cas de constipation bénigne et non chronique, est le secret de la rééducation de l'intestin. Son principal ingrédient, la phénolphtaléine, est une substance anodine, non toxique, sans saveur, et modérément absorbée. Combiné avec une modique quantité d'aloine et d'ipéca, il agit sur le gros intestin et produit des fèces molles mais formées. La belladone, qui est spasmolytique, est un autre élément de la formule.

DOSE

Un ou deux comprimés, au coucher, suffisent d'ordinaire. Dans les cas opiniâtres, 1 comprimé après chaque repas; puis, un comprimé matin et soir.

PRÉSENTATION

Tubes de 25, flacons de 100, et flacons (dispensaire) de 500 comprimés.

RECOMMANDÉ AUX VOYAGEURS

En toute confiance, conseillez le Phéno-Active aux personnes qui souffrent de constipation en voyage ou pendant leurs vacances. Le tube de 25 comprimés se glisse commodément dans le gousset ou la sacoche.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

Cette marque canadienne est, depuis 1899, le symbole de préparations pharmaceutiques supérieures.

Frosst

A ÉGALITÉ DE PRIX ET DE QUALITÉ, PRESCRIVEZ UN PRODUIT CANADIEN!

Les Vitamines seules ne suffisent pas.

Elles sont plus utiles associées à des sels minéraux.

BETAGEN

contient la Vitamine B. associée aux glycérophosphates alcalins, à la lécithine et l'avénine, et est une combinaison heureuse qui par l'action synergique de ses éléments constituants en fait un médicament précieux comme...

COMPOSITION

Chaque once contient:

500 U. I. de Vitamine B_1 Chlorure de Thiamine

1 mgm. de Riboflavine

avec les autres facteurs de la Vitamine B Complexe, B_3, B_4, B_5 et B_6

Lécithine d'oeufs 1/16 gr.
Avenine 1/30

Glycerophosphates

de Sodium	8 grs.
de Calcium	4 grs.
de Potassium	4 grs.
de Strychnine	1/60 gr.

Tonique et Aliment Nervin

RECOMMANDÉ

Pertes d'Energie et d'appétit - Anémie Neurasthénie - Troubles Gastro-intestinaux et dans les cas où le système nerveux est affaibli.

MODE D'EMPLOI

Adultes : Une cuillérée à dessert quatre fois par jour, de préférence avant les repas et le coucher. **Enfants:** Selon l'âge, de 1/2 cuillérée à thé à une cuillérée à dessert.

PAVERAL

reste toujours le médicament de choix pour le traitement scientifique de la

COQUELUCHE

Le PAVERAL est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux coqueluchoïdes. Ne cause ni intolérance, ni complications.

Littérature sur demande.

Agents : LA CIE CANADA DRUG

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice, - - - Montréal

Recommandé aux Médecins

qui préfèrent prescrire des œstrogènes (par voie buccale) provenant de sources naturelles, et qui recherchent un produit sous forme de comprimés peu coûteux.

ESTINYL

L'ESTINYL, ou éthinyl œstradiol, produit se rapprochant beaucoup de l'alpha-œstradiol, offre les avantages de l'hormonothérapie naturelle, à un prix comparable à celui des œstrogènes artificiels.

Dans la ménopause, un comprimé de *0.05 mg.* par jour, pris au coucher, suffit pour enrayer les symptômes de la plupart des malades. Si un plus grand nombre de comprimés sont nécessaires, on peut les prendre pendant ou après les repas.

ESTINYL — comprimés de 0.05 mg. et de 0.02 mg. — en flacons de 30, 60, 250.

SCHERING CORPORATION LIMITED

137, RUE ST-PIERRE, MONTRÉAL

SCHERING

La

PÉNICILLINE

est

maintenant disponible

dans

VOTRE VILLE

• Oui . . . et dans toutes les autres municipalités canadiennes aussi . . . Parce que ce nouvel agent antibiotique est distribué actuellement suivant le même système qui met les autres produits pharmaceutiques de Parke-Davis à la portée de tous les médecins et pharmaciens du pays. Dans le court laps de temps de cinq années la Pénicilline a évolué à partir d'une culture sur une boîte de Petri dans un laboratoire londonien pour se trouver dûment empaquetée sur les étagères de médicaments de milliers de pharmaciens détaillants des Etats-Unis et du Canada.

• Aux réussites de Fleming et de Florey, il faut ajouter le génie de la production pharmaceutique américaine et canadienne qui a perfectionné rapidement les procédés et les méthodes de production massive de la Pénicilline de façon à répondre tout d'abord aux besoins des forces armées, ensuite à ceux des cas civils graves, puis à fournir des stocks limités à certains hôpitaux et enfin à mettre en circulation la Pénicilline à la disposition de tous.

• Les médecins peuvent maintenant prescrire . . . et les pharmaciens fournir la . . .

PÉNICILLINE

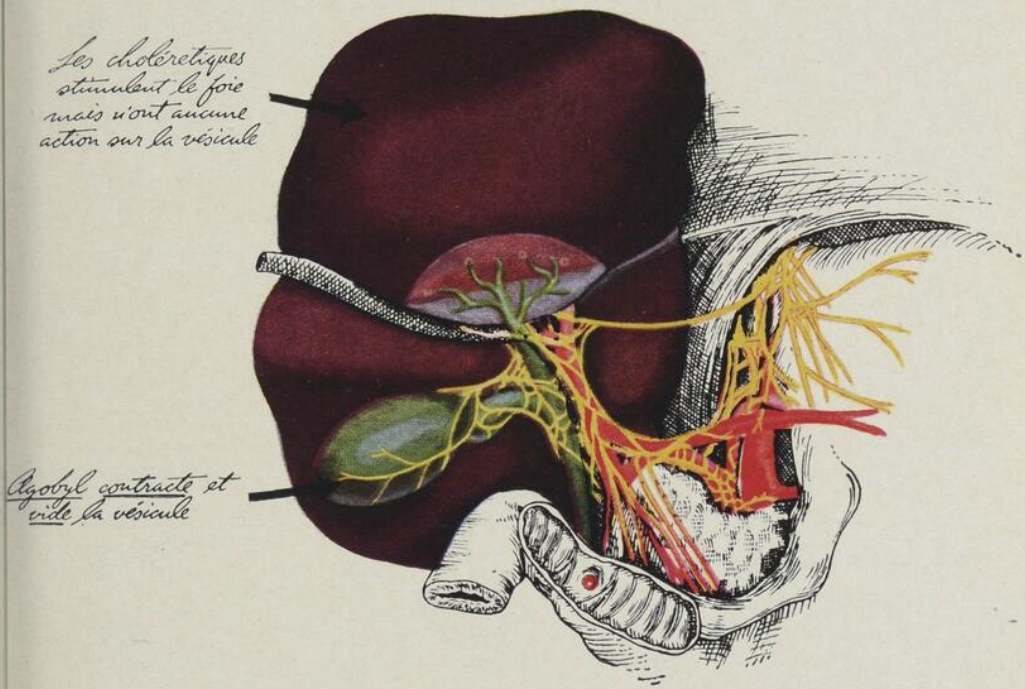
PARKE, DAVIS ET COMPAGNIE LTÉE

WALKERVILLE, ONTARIO

Montréal Toronto Winnipeg

AGOBYL

agent de drainage



Agobyl, cholagogue authentique, est un agent médical de drainage des voies biliaires et doit être préféré aux traitements à base de sels ou acides biliaires.

Tous les troubles hépatiques excepté ceux de nature chirurgicale sont justiciables de l'AGOBYL-thérapie.

AGOBYL est présenté en boîtes de 125 grammes.
(Granulé soluble)
aussi sous forme d'Elixir, flacons de 180 et 360 cc.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURES SUR DEMANDE

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL

PHARMACIENS—BIOLOGISTES—CHIMISTES

388 RUE ST-PAUL OUEST MONTRÉAL

Tous les facteurs NATURELS

Les auteurs s'accordent à dire que . . .

"LA DÉFICIENCE D'UN FACTEUR DU COMPLEXE B est toujours accompagnée d'une DÉFICIENCE GÉNÉRALE des 12 FACTEURS connus."

(Vit. Ther. de Gen. Prac. Gordon & Sevringhaus, 1941.)

Conditionné en flacons de 100 comprimés.

•

B-ToTum est offert exclusivement à la profession Médicale.

Vu la grande importance biologique d'un groupe de facteurs contenu dans le COMPLEXE NATUREL, la VITAMINE B NATURELLE TOTALE **(B-ToTum)** doit être préférée aux produits de synthèse.

B-ToTum **est un COMPLEXE B NATUREL TOTAL. Chaque facteur garde la proportion existante dans la nature. Il est stable, facile à prendre et relativement peu coûteux au patient.**

Littératures et échantillons sur demande.

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL

PHARMACIENS-BIOLOGISTES

388 RUE ST-PAUL OUEST • MONTRÉAL

pour se rendre intéressant ou pour alarmer leur entourage ».

Ces considérations de bon sens avaient été quelque peu oubliées lors de la conception du pithiatisme. Disciple de Pitres, et convaincu de leur inéluctable vérité, je n'avais cessé, depuis 1907, de combattre à ce point de vue les erreurs du Banbinkisme: mais il fallut la guerre de 1914-1918, qui souleva la question délicate de l'indemnisation des accidents hystériques, pour démontrer leur évidence. Nous reviendrons plus loin sur cette question.

Psychose émotive simple.

On confond le plus souvent la psychose émotive avec l'hystérie. J'estime que c'est là une erreur doublement regrettable: d'abord parce que le choc émotif est susceptible, à lui seul, de provoquer une réaction pathologique; ensuite parce qu'il est déplorable de traiter d'hystériques des émotifs qui n'ont rien du caractère de ces malades et qui protestent, à très juste titre, contre cette assimilation.

Quand le choc émotif est banal, il provoque un état de surprise, un réflexe dont on n'est pas le maître. On a peur, on est anxieux, sans autre raison que par le choc lui-même.

Les animaux sont sensibles à ce choc imprévu qui les surprend: je vois encore sous mes yeux le cheval attelé à une voiture de charge sur laquelle des porteurs laissaient brutalement tomber de longues et lourdes barres de fer. A chaque coup, le cheval avait une réaction brutale; tout son corps se contractait, il fléchissait sur ses jambes, relevait la queue. Puis le bruit continuant toujours dans les mêmes conditions, les secousses de l'animal devinrent de moins en moins fortes et finirent par disparaître. Au bout d'un quart d'heure l'animal ne bougeait plus: il s'était habitué au choc.

Il en est ainsi des émotions chez l'homme: la première le déconcerte, il sursaute, il a peur; puis, il les ac-

cepte ensuite sans y faire même attention. Mais ceci est le choc banal, et il faut ajouter normal.

Pour qu'il y ait vraiment psychose émotive, il faut que la réaction soit plus durable, qu'elle se prolonge un temps anormal, et qu'elle ait une intensité exagérée.

La chose paraît tellement naturelle que Georges Dumas, en 1917, parle de ces troubles « nerveux » sans les étiqueter « hystériques » — comme il était d'usage de le faire jusque là. C'est donc qu'ils ne le sont pas nécessairement, et qu'il faut au contraire les détacher définitivement de cette traditionnelle entité. Mais si le phénomène n'est plus hystérique, cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas.

Au cours d'une revue critique des plus judicieuses, Henri Verger avait déjà établi en 1910 que, pour tous les neurologistes et psychiatres à part Babinski et Dupré, le rapport de séquence persistait, indéniable, entre le choc émotif et les accidents fonctionnels, à type hystérique, de convulsions, paralysies ou contractures.

Ayant eu l'occasion d'étudier aux armées un nombre important de paralysés, de muets, de courbe-troncs, de sourds, de trembleurs, de bègues, et même quelques anesthésiques et aveugles, Georges Dumas présente ces troubles de la motrocité et de la sensibilité comme les conséquences de l'émotion, c'est-à-dire plus explicitement de la peur, dans ce cas particulier. Ainsi qu'il l'exprime actuellement: « N'est-il pas possible de rapprocher des manifestations de la peur, le mutisme, la gorge serrée, le tronc courbé, la paralysie des bras et des jambes, les tressaillements et les gestes d'horreur et même certaines anesthésies générales ou sensorielles ? On dirait que l'expression de l'émotion s'est fixée au lieu de se présenter sous la forme passagère qu'elle revêt d'ordinaire ».

Pourquoi, le danger passé et le choc émotif disparu, la manifestation nerveuse persiste-t-elle ? Quelles qu'en

soient les raisons, que nous étudierons plus loin, il est évident, aux yeux de cet éminent observateur, que l'émotion-choc ne saurait être mise en doute dans un certain nombre de cas. On peut donc parler ici de psychose émotive.

Dans ce groupe, pour l'illustrer par quelques exemples, nous pouvons placer la femme au tic de 30 ans, la fillette à la pendule, cette autre qui était devenue subitement aphone à la suite d'un enterrement, et le jeune Claude qui eut brusquement une crise convulsive à la suite d'une alerte d'avions. Les cas sont nombreux de ces crises « nerveuses » chez des enfants à la suite d'émotion vive due à des contrariétés diverses, des punitions, des corrections, des peurs, des plaisanteries plus ou moins stupides, etc. A cet âge, le choc en lui-même est l'élément essentiel: car il ne peut être question de rumination, de méditation, comme la chose se produit de préférence chez l'adulte.

Psychose par imitation.

On ne doit pas davantage confondre l'hystérie avec l'imitation, qui est un phénomène normal. Ce qu'il est difficile de comprendre, c'est que des phénomènes d'imitation, qu'on n'appellera jamais hystériques, quand ils reproduisent des phénomènes normaux, deviennent hystériques quand ils reproduisent des phénomènes pathologiques.

A notre avis, tant qu'ils se bornent à cette reconstitution passagère et transitoire, ils ne sont que des réactions banales. Pour qu'il y ait réellement psychose d'imitation il faut, là encore, que la durée en soit prolongée, l'intensité excessive, ou qu'il y ait une véritable épidémie ou contagion psychique — comme on en a cité de nombreux exemples, surtout autrefois (chorées, crises convulsives, tics des écoles, rythmies des crèches, etc.)

C'est parmi eux que l'on doit placer certaines de ces épidémies de chorées du moyen-âge, parmi, lesquelles celle d'Erfurt en 1237, qui porta sur 100 enfants; des cas semblables ont été signalés par Dorfmuller, par Bouzol en 1884; les crises d'épilepsie en série de Boerhaane, avec les crises convulsives mentionnées par Constant et Morzine, dans la Haute-Savoie, de 1857 à 1861, et celles plus récentes qui éclatèrent dans les écoles de Bielefield, en Allemagne, ou à Belfast en 1856, sont de même nature.

Un des exemples les plus curieux se manifesta dans une école allemande à la suite du récit, fait par le maître, d'une épidémie de tremblement dans une institution voisine. Une fillette ayant commencé à trembler, ces voisines en firent bientôt autant, et d'autres camarades les imitèrent. Le caractère d'imitation était d'autant plus typique que le première ayant tremblé sur son cahier de calcul, la plupart des autres présentèrent des troubles dans l'écriture des chiffres (Schoedel). On a signalé aussi, et presque toujours dans les pays germaniques, de véritables épidémies de suicides par imitation.

Ces contagions imitatives peuvent se rencontrer dans toutes les manifestations possibles, qu'elles soient motrices, sensitives, sensorielles ou purement psychiques. Mais on doit conclure que l'accident par imitation n'est pas l'accident hystérique: on doit donc l'en distinguer.

L'imitation existe à tous les âges, et sous les formes les plus variées. La mode n'existerait pas sans elle; et il n'y a pas seulement une mode pour la vie extérieure — celle que l'on copie le plus; elle existe aussi pour la vie intérieure et la vie pathologique, si on peut dire. Elle est d'autant plus habituelle que l'âge est moins élevé. C'est pourquoi nous croyons que l'enfance est la période de prédilection pour l'étudier. Les enfants sont, nul ne l'ignore, des imitateurs extraordinaires et on sait combien, quand ils sont ensemble, leurs gestes, leurs manières, leurs tics, leurs façons de parler se répercutent les uns sur les autres.

Comment s'étonnerait-on que cette imitation, souvent inconsciente ou subconsciente tout au moins, puisse se

donner libre carrière à l'occasion de maladies ? Mais, à notre avis, dans les cas de ce genre, nous le répétons, il ne saurait s'agir de l'hystérie ; nous préférons qu'il ne soit question que de psychose d'imitation.

Psychose par suggestion.

A la suite des travaux de Babinski on a confondu l'hystérie avec la suggestion. Or, il est manifeste, comme nous l'avons montré il y a longtemps (en 1907) que la suggestion ne saurait être confondue avec l'hystérie.

Voici quelques exemples : a) — Un de mes anciens camarades, le soir de sa réception à l'internat, s'étant livré à des libations exagérées, fut transporté sur le tard dans sa chambre, en état de douce ébriété. Ses collègues — enchantés de lui jouer un bon tour — l'étendirent avec précaution sur son lit, lui confectionnèrent sur le champ un appareil de Scultet pour fracture de jambe et le lui appliquèrent dans toutes les règles de l'art ; puis, l'un d'eux demeura près du pseudo-malade, attendant son réveil qui se produisit tardivement dans la matinée. Alors, avec force détails, il lui fut expliqué comment le soi-disant accident était arrivé, si bien que le malheureux, absolument convaincu de la véracité du récit, se mit à se lamenter, et même à éprouver des douleurs vives au niveau du siège de la pseudo fracture. Cela persista ainsi quelques heures, puis la vérité fut dévoilée ; et le sujet, persuadé, se leva guéri et se mit aussitôt à marcher.

Or, bien que les phénomènes présentés par mon camarade répondent exactement à la définition de Babinski, je doute que, dans ce cas, on puisse dire qu'il s'agit d'accidents hystériques.

b) — Voici maintenant un jeune étudiant en médecine qui, en lisant le chapitre de la fièvre typhoïde, se découvre de la céphalée, de l'inappétence, quelques vagues douleurs abdominales, un pouls rapide et inégal, une immense lassitude. Effrayé, il se met au lit et envoie au plus vite quérir un de ses maîtres ; celui-ci qui, d'ailleurs, éprouva jadis des frayeurs analogues, n'a pas de peine à dissuader son élève et à le persuader qu'il n'a point de fièvre typhoïde ; et voilà notre jeune homme qui se lève guéri, incontinent. Peut-on dire qu'il a eu une crise d'hystérie ?

c) — Je connais un petit garçon de 3 ans qui, à chaque instant, dans la journée, avait pris la mauvaise habitude de se sucer le pouce.

Tous les moyens possibles, depuis les procédés de douceur, de raisonnement à sa portée, jusqu'aux procédés de rigueur (gronderies, punitions etc.) avait été essayés en vain. Un jour je lui dis : « Si tu te suces encore le pouce, il va se fondre comme un bonbon et bientôt tu n'en auras plus ». Sur l'instant l'enfant a sorti le pouce de sa bouche, et pendant trois mois ne l'a plus sucé du tout. Puis l'habitude a reparu et voilà de nouveau deux mois que tous les moyens de suggestion échouent, y compris le précédent. Nul doute pourtant, qu'un jour ou l'autre, à l'occasion d'une nouvelle suggestion, l'habitude ne disparaisse définitivement.

Je connais un autre enfant, qui, jusqu'à 8 ans, lui aussi se suçait le pouce, malgré toutes les remontrances des parents et de l'entourage. Un jour il attrape la rougeole. On lui dit: « Si tu continues à sucer ton pouce qui a la rougeole, tu vas donner la rougeole à ta langue ». L'habitude a cessé instantanément et n'a pas reparu depuis; il y a 12 ans de cela.

N'est-ce pas exactement de même qu'agissent les suggestions dans l'hystérie ? Et doit-on considérer, à cause de cela, ces enfants comme hystériques ? Je ne le crois pas ! à ce compte là, tous les enfants sans exception sont hystériques.

Je me borne à ces quelques exemples, qu'il serait aisé de multiplier. S'ils constituent vraiment, comme le veut le postulat de Babinski, des exemples d'hystérie, il est beaucoup plus simple de dire que nous sommes tous hystériques à certains moments: et cela est impossible à accepter. Il ne faut pas confondre, en effet, hystérie et suggestion. Nous sommes tous plus ou moins suggestionnables : en particulier, la vie moderne avec ses fausses nouvelles, ses renseignements tendancieux, ses offres alléchantes, ses affiches innombrables, ses réclames le plus souvent fallacieuses, son bluff à outrance, en un mot, fait état de notre suggestibilité et il arrive toujours un moment où nous nous laissons prendre à l'hameçon; mais je ne puis accepter, parce que nous sommes persuadés ou confiants, et même dindons quelquefois, que nous sommes hystériques du même coup.

Donc, l'influence de la suggestion, à elle seule, ne saurait expliquer ou caractériser l'hystérie. Elle peut constituer une réaction entièrement normale. Et même quand son action s'exagère et devient anormale, que son influence persiste et que le sujet en arrive à en être gêné dans son activité habituelle, on n'a pas le droit de parler d'hystérie

tant que nous ne retrouvons pas les caractères pathognomoniques de celle-ci. On se contentera alors de parler de psychose par suggestion.

Cette psychose par suggestion doit être précisée. Il est indéniable que plusieurs des observations que nous avons rapportées plus haut en sont des exemples typiques : notamment nos cas d'amblyopie et celui de notre fillette des Landes, anorexique. Il s'agit alors d'une opération intellectuelle au cours de laquelle le sujet, surtout quand il est jeune, imagine à sa façon certains faits, qu'il a vus ou entendus, ou même qu'il bâtit de toutes pièces dans son cerveau inventif, et qu'il reproduit ensuite de façon inconsidérée.

Le plus souvent, à la base de ces accidents, il y a ce qu'on appelle une « épine », qui passe inaperçue ou qui, même ayant existé, a disparu laissant la mauvaise habitude persister. Dans les observations de crises convulsives ou de courtes absences que nous avons signalées, il n'est pas rare de découvrir une épine nettement organique, voire épileptique, qui a été à l'origine des nombreuses crises que présente le sujet et qui, elles, par suite de l'inquiétude des parents ou de l'entourage, qui entretiennent chaque jour les intéressés de leurs crises, ont fini par les suggestionner à leur tour. Dans ce cas, on guérit assez aisément les crises nerveuses surajoutées, mais il reste de temps à autre la crise organique vraie — cause primordiale de tout le mal.

Georges Dumas a parfaitement indiqué comment pouvait s'organiser dans l'esprit des nerveux de la grande guerre qu'il a étudiés, cette tendance à la persévérance de l'accident primitif, qu'il ait été provoqué au début par un choc émotif violent, surtout de peur, ou par des lésions plus ou moins certaines, même très légères, avec réactions douloureuses comme chez les algiques et les courbe-troncs.

Le choc primitif a disparu, les lésions sont depuis longtemps cicatrisées, et cependant l'accident persiste.

Ces malades, expliquent Georges Dumas, « ne sont pas des paralytiques, des sourds, des muets chez lesquels l'accident se prolonge spontanément, mais des malades qui se croient sourds, paralysés ou muets parce qu'ils ont rencontré une difficulté lorsqu'ils ont voulu entendre, marcher ou parler ». En somme, parce qu'ils ont été sourds, paralysés ou muets quelques instants ou quelques heures, ils le sont demeurés; ils ont réalisé un état pathologique qui n'existe plus que dans leur imagination.

J'avoue que cette discussion qui tend à séparer l'état de suggestion de l'émotion proprement dite ne me satisfait pas et me parait scholastique et spécieuse. Car il reste toujours à expliquer pourquoi certains sujets sont sensibles à la suggestion, tandis que d'autres ne le sont pas. Il faut donc qu'ils soient pourvus d'un état psychique spécial qui conditionne cette sensibilité; et on en revient forcément à envisager chez eux une émotivité qui leur est particulière, puisque la réaction suggestive, au lieu d'entre passagère comme chez un sujet normal, persiste et se prolonge, devenant ainsi pathologique.

J'en dirai autant, du reste, de la réaction imitative, que nous avons étudiée en premier lieu. On ne peut parler de psychose d'imitation, nous l'avons dit, que si les phénomènes imitatifs deviennent anormaux dans leur expression, leur répétition et leur intensité. Il faut donc incriminer là encore un état émotif particulier.

L'émotion ne provoque pas nécessairement un choc violent et immédiat. Elle peut être à échéance déterminante plus ou moins éloignée. Les grandes émotions sont souvent muettes — du moins en apparence; car elles se manifestent à des époques qui peuvent être tardives par rapport au choc émotif initial: il y a alors ce que Charcot avait désigné déjà sous le nom de phase de méditation.

Or, quel que soit le moment de la réaction observée, c'est bien l'état émotif du sujet qui conditionne ces anomalies. Le choc émotif a réaction immédiate est la modalité la plus directe et la plus simple; l'esprit n'a même pas le temps de réfléchir, de ruminer; il est comme le spectateur des phénomènes brutaux qui l'ont surpris, et malgré lui, il les reproduit sans qu'il puisse se les expliquer. Plus tard, si l'accident persiste, il est possible qu'il en donne une explication de seconde

main: mais il s'agit comme d'une mauvaise habitude qui s'est installée peu à peu et dont il est toujours difficile de fournir l'origine réelle.

Quand il y a imitation, le choc émotif est plus intellectuel, si je puis dire, quoiqu'il ne soit pas encore très compliqué: pour imiter, il faut, en effet, copier des gestes ou des actes, ce qui demande, surtout quand ils sont pathologiques, un certain degré nécessaire d'observation.

Dans l'autosuggestion, le choc émotif est encore plus intellectuel et prolongé que dans l'imitation: s'il y a copie au début, il y a interprétation de la part de l'imagination du sujet. Le plus souvent, le sujet se représente à sa façon les phénomènes dont il a entendu parler, qu'il a parfois vus ou entendus directement lui-même, et qu'il interprète à sa manière en faisant en quelque sorte, une création qui lui est personnelle.

De toute façon, on en revient au rôle de l'émotion-choc tel que l'avait envisagé jadis l'école de la Salpêtrière avec Charcot: et il ne semble que les critiques modernes aient beaucoup modifié le fond des choses.

Le progrès, cependant — et il est très appréciable — consiste dans cette notion que, dans tous ces cas, il ne saurait s'agir de la psychose hystérique proprement dite, telle que nous la concevons aujourd'hui: nous allons essayer de la préciser.

Psychose hystérique proprement dite.

Il faut un appoint psychique particulier pour parler d'hystérie. A mon sens, ce qui en donne l'idée assez juste c'est l'association: d'une part, de la mythomanie, du mensonge sans rime ni raison, à tout propos et hors de propos, du désir maladif de se mettre en vedette et de faire parler de soi; et, d'autre part, du besoin pathologique de reproduire une maladie déterminée. En somme, l'association de la *mythomanie* et de la *pathomimie* (selon le mot de Dieulafoy) caractériserait essentiellement l'hystérie. Mais il reste à rechercher quels sont les facteurs qui conditionnent cette association.

Même sous cette forme, il ne semble pas qu'on puisse nécessairement penser à une comédie pure et simple.

J'ai présent à l'esprit une grande fille de 17 ans, Lucienne S., que nous avons eue dans le service et qui, depuis plusieurs années, avait entretenu sur ses joues, bras, cuisses, jambes, des plaies souvent atroces, qui avaient intrigué pendant longtemps les plus éminents dermatologistes et mis à une dure épreuve leur sagacité pour en déterminer la nature: ils avaient fini par conclure à des plaies provoquées volontairement sans pouvoir la décider à lui faire avouer la supercherie.

Ces plaies étaient, en effet, aussi variées que singulières. A certaines époques, elles se montraient comme des piqûres, des stries, des éraflures ou des ecchymoses qu'aucun traitement ne pouvait guérir et qui, au fur et à mesure qu'elles étaient guéries à un endroit se reproduisaient à un autre. D'autres fois, c'étaient de larges plaies siégeant sur les jambes ou les cuisses et ayant l'aspect de profondes brûlures recouvertes d'une croûte noirâtre: à mesure que les pansements, patiemment renouvelés, aboutissaient enfin, après quelques semaines, à une réparation avec une inélégante cicatrice, une autre plaie analogue apparaissait sur un point voisin ou sur l'autre membre inférieur. Comme la toile de Pénélope, le travail de reconstitution était toujours à recommencer.

Ayant l'habitude de ces malades, j'essayai, afin d'élucider le mystère qui planait sur cette affaire, de la confesser. Il s'agissait d'une belle fille à la physionomie agréable et plaisante, dont les parents, qui avaient 5 autres enfants, se déclaraient satisfaits. L'examen complet, aussi bien physique que psychique, paraissait normal: pas le moindre trouble de sensibilité notamment, ni rétrécissement du champ visuel.

Mise en confiance, elle finit par m'avouer qu'elle était bien l'auteur de ces plaies, qu'elle provoquait soit avec des brins de paille sales, ou des épingles rouillées ou des clous; les grandes plaies étaient dues à des mottes de terre durcie dont elle se frottait la peau avec vigueur, ou bien à des linges imbibés d'eau glacée, vraisemblablement caustique (sans que je puisse lui faire préciser davantage), qu'elle s'appliquait fortement sur les cuisses pendant quelques minutes.

Pourquoi se livrait-elle à ces exercices de mutilations ? Le savait-elle exactement ? On pouvait croire qu'elle cherchait un moyen de ne rien faire, se laissant vivre et nourrir aux frais du prochain, se rendant, d'autre part intéressante et servant de sujet de démonstration. Mais comment concevoir qu'une belle fille puisse se défigurer à plaisir et multiplier sur son corps les plus hideuses cicatrices pour

des raisons aussi ridicules, alors qu'elle aurait pu trouver bien d'autres moyens, plus simples, pour arriver au même résultat ?

Il s'agissait, en réalité, d'une psychose obsédante typique. Car on voyait qu'elle cherchait à ne plus recommencer, le promettant de bonne foi ; mais, dès qu'on ne la sermonnait plus, qu'on la perdait de vue et, surtout, qu'elle revenait chez elle, livrée à elle-même, elle n'avait plus la force de résister à son obsession et les plaies réapparaissaient à nouveau.

Un autre sujet que j'ai connu, et qui s'était fait successivement amputer un doigt, plusieurs doigts, la main, pour des plaies mutilantes provoquées, revint un jour à l'hôpital St-André, de Bordeaux, pour qu'on en finisse et qu'on lui amputât le bras. Or, on ne me fera pas accepter qu'un malade qui veut jouer la comédie, et soi-disant devenir l'éternel « reposeur » d'un hôpital, ne trouve pas d'autre moyen pour se rendre intéressant. Il y a là, indiscutablement, un appoint morbide. Et il semble que l'on retombe dans une psychose obsédante, ou plus exactement dans une psychose par *idée fixe* (Charcot l'avait déjà dit), sans que l'anxiété soit nécessairement aussi considérable qu'on a tendance à le croire. En somme, c'est l'impossibilité pour le sujet de résister au besoin de se livrer à un acte, qu'il sait nocif, mais qu'il ne peut s'empêcher de commettre : c'est la mentalité du toxicomane, du déséquilibré sexuel, de l'onaniste invétéré, de l'avare, du jaloux, etc.

Evidemment, dans des observations de cette outrance pathologique, il est facile de constater avec le moindre bon sens critique, que nous sommes en plein domaine morbide, dans lequel l'origine mentale — ici l'idée obsédante — est aisée à déterminer. Mais dans beaucoup d'autres cas, le trouble mental est difficile à déceler. Masqué par cette

apparence de fabulation et de mensonge qui accapare pour elle seule la symptomatologie clinique, on ne voit pas l'origine mentale, plus ou moins cachée, qui est généralement à la base de ce tableau psychopathique. On en arrive ainsi à prendre le revêtement du phénomène mental, sa « coloration » comme on dit encore, pour le phénomène mental lui-même. Et de la détermination de celui-ci il n'est pas question, alors que c'est le seul qui compte.

Le clinicien, s'il veut faire œuvre utile, doit donc systématiquement rechercher cette origine mentale qui est la clé de la maladie, et qui est très variable.

La plus habituelle, comme nous venons de le voir, est l'idée fixe ou l'obsession, accompagnée selon les sujets, d'anxiété ou non.

On pourrait illustrer ces faits d'exemples. La plupart des observations que nous avons signalées présentent en fin d'analyse une origine obsédante, si on veut bien se donner la peine de la rechercher. Je puis y ajouter celle-ci, particulièrement démonstrative, et qui prouve qu'en 1905, c'est-à-dire, il y a 40 ans, il était déjà possible de faire des déterminations de cet ordre, même chez de petits enfants.

Jeanne E., âgée de 2 ans et demi, était dans une pièce voisine de celle de sa mère sur le point d'accoucher, quand celle-ci se mit à pousser des cris causés par les douleurs de la délivrance prochaine. La fillette, effrayée, et croyant qu'on battait sa mère, se mit à hurler, et, depuis ce moment, en conserva un état d'émotion qui persistait encore neuf mois plus tard, quand je la vis.

Il est à peu près impossible de la laisser seule. Dès que sa mère s'en va, il faut qu'elle la suive partout: autrement ce sont des cris qui durent des heures, jusqu'au retour de la mère.

Elle est souvent suspendue à son cou, allant avec elle où elle va; quand la mère est fatiguée de la porter, elle la dépose sur le seuil de la maison où elle entre: et la fillette attend patiemment, sans rien dire, la tête baissée et en regardant ses doigts qu'elle tourne; parfois le

temps est long, mais elle reste là, sous la pluie, par le froid ou le vent, sans boire ni manger, rompant le silence dès qu'une personne entre dans la maison où est sa mère, en poussant alors des cris jusqu'à ce que celle-ci vienne la consoler.

Souvent elle a des terreurs nocturnes, et se lève tout droit sur le lit et crie: « Maman, vite, au cou ! », et la mère la recouche en la caressant sans qu'elle se soit réveillée.

Elle se tient blottie contre sa mère dès qu'on s'approche d'elle, et entoure son cou de ses petits bras en poussant des cris affreux. La physionomie exprime la frayeur la plus indicible, les yeux pleurent, et au milieu des sanglots, les mêmes mots sont sans cesse répétés: « j'ai peur », « chez nous », « au cou, maman ».

La durée de cette peur, qui persiste encore neuf mois après son début, aussi vive qu'au premier jour, l'angoisse véritable qui s'empare de cette enfant à l'idée que sa mère va être maltraitée, l'intensité telle de la fixation de cette idée dans l'esprit que l'enfant en perd la notion du boire, du manger, de l'amusement, de la gaîté, tous ces phénomènes évoluant sans fièvre et sans troubles viscéraux, donnent à cet état une physionomie vraiment particulière de phénomène obsédant.

Ici, l'origine peut en être rapportée à un vif choc émotionnel éprouvé par l'enfant à l'occasion de l'accouchement de sa mère: elle a cru qu'on la battait, et la peur du mal pour sa mère s'est cristallisée dans son esprit.

Les autres formes de psychose sont moins fréquemment observées: elles sont, d'ailleurs, rarement pures. Je puis citer le cas suivant, parmi quelques autres de même caractère général:

Il s'agit d'un garçon de 14 ans, Roger C..., que j'ai présenté à une de mes cliniques en janvier 1941. Il avait toujours joui d'une santé parfaite, en particulier au point de vue mental, quand, six mois auparavant, il avait été fortement émotionné pendant 3 ou 4 jours à la suite d'un bombardement aérien de Bordeaux, auquel il avait assisté. A partir de cette époque, il était devenu bizarre, ayant des idées désordonnés, ayant parfois des accès de rire, à d'autres moments des tendances à pleurer; puis, il avait été pris, depuis 6 semaines, d'idées obsédantes et impulsives: il poursuivait son frère avec un couteau, avait des idées de suicide et de fuite vagabonde. Il avait peur de le tuer et préférait s'enfuir. Il avait une anxiété véritable avec phobie d'impulsions aux violences et même au suicide.

Ainsi, chez ce sujet, qui aurait pu être considéré comme hystérique, surtout au début, on pouvait à un état dépressif, sinon mélancolique, avec ses paroxysmes anxieux, son humeur triste, sa tendance à s'isoler, ses réticences, et même à une association avec un léger état de persécution (type paranoiaque).

D'autres fois, on pourra déterminer la débilité mentale, la démence précoce, la psychose de persécution ou de revendication, la sinistrose à la suite des accidents du travail ou des blessures de guerre, la psychasténie, la psychose dépressive avec mélancolie et ces formes multiples de désagrégation de la personnalité dans lesquelles on place aujourd'hui les états schizoïdes et la schizophrénie.

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE — PATHOGÉNIE

Parmi les *causes prédisposantes* ayant une action sur l'éclosion des accidents hystériques, il est certain que l'*hérédité nerveuse* a une influence indiscutable: les maladies nerveuses et surtout psychiques caractérisées, l'épilepsie, l'hystérie, les psychoses proprement dites, sont fréquemment notées dans les antécédents. Le *sexe* féminin paraît plus éprouvé que le masculin. La *menstruation,* dont on a exagéré l'importance à une certaine époque, a néanmoins une certaine influence. Parmi les *races,* la race israélite serait peut-être plus prédisposée que les autres races.

Il est vraisemblable qu'à tout âge l'hystérie peut exister, mais j'avoue que l'hystérie *avant deux ans,* telle qu'elle a été décrite par quelques auteurs, me paraît être une conception d'une certaine fantaisie. « Les premières perceptions conscientes, l'émotion, la peur, les contrariétés, les douleurs, pourront se traduire chez le jeune enfant, écrit Claude, non plus comme chez le sujet normal ou simplement nerveux par les pleurs, la modification

des traits, de la coloration du visage etc. mais par la crise convulsive, la crise syncopale, l'accès de sommeil... [1] » Evidemment cette opinion est exagérée, car elles ne tend à rien moins qu'à considérer comme hystériques les vulgaires petites crises de nerfs ou syncopales si fréquentes et si communes chez la plupart des enfants. Cependant elle cherche à établir une distinction entre l'état simplement nerveux et l'hystérie proprement dite, et c'est un progrès, absent chez d'autres auteurs, qui considèrent le nervosisme infantile et ses mille réactions comme synonyme d'hystérie; on n'a nulle peine à comprendre combien de pareilles conceptions sont néfastes et peu faites pour éclaicir une question aussi délicate. En particulier Bézy, Chaumier, Ollivier, Vibert parlent de l'hystérie du nourrisson; mais leur description s'applique à la banale crise de colère de l'enfant nerveux lequel, plus grand, n'aura presque jamais d'attaques d'hystérie.

« La suggestibilité, écrit Schnyder, est un des signes caractéristiques de la mentalité enfantine. Chez l'enfant, la critique raisonnable des mobiles fait à peu près défaut. Les manifestations de sa vie psychique portent la marque de la spontanéité, de l'irréflexion... On retrouve donc dans la mentalité enfantine tous les éléments favorables au développement des troubles hystériques: émotivité, suggestibilité exagérée, imagination fantaisiste, dépendant, en somme, d'un manque de jugement fondamental (2) ».

J'ai combattu cette opinion en 1907 (3). Que cela soit vrai d'une manière générale, disais-je, je le veux bien: je trouve cependant inexact de parler chez l'enfant sain de « manque de jugement », d'« irréflexion ». Il ne faut pas comparer l'enfant à l'adulte et conclure de l'adulte à l'enfant; c'est à cette manière de procéder que nous devons cette conception profondément erronée de certains pédiatres modernes qui croient étudier la pathologie de l'enfant en étudiant celle du *petit adulte*, ce

---

[1] Claude, Définition et nature de l'hystérie (Congrès des aliénistes de Genève, 1907).

[2] Schnyder, Définition et nature de l'hystérie (Congrès de Genève, loc. cit. p. 24).

[3] R. Cruchet, Définition de l'hystérie, etc. (Province méd. loc. cit.).

qui n'est point du tout la même chose. Il y a chez l'enfant sain manque de jugement, de réflexion, si on le compare à l'adulte; mais cette comparaison est fausse par rapport à l'âge de l'enfant: un enfant de 2 ans peut avoir un jugement et une réflexion parfaitement normaux pour son âge; ces opérations de l'esprit ne seront plus normales si on les compare à celles d'un enfant de 5 ans à un adolescent de 15 ans, à une personne d'âge mûr; mais cela ne permet pas de dire qu'elles sont anormales à 2 ans, parce qu'elles sont insuffisamment développées par rapport à un âge plus avancé.

C'est pour des raisons de même nature que les termes *d'hystérie physiologique* sont des plus impropres, parce qu'ils ne peuvent être le synonyme de mentalité enfantine. Il est possible que, dans certains cas, la mentalité de l'adulte demeure, par certains côtés, infantile, et que cette mentalité infantile rencontrée chez l'adulte constitue une des particularités mentales de l'hystérie. Mais cela ne veut pas dire que cette mentalité, qui est hystérique pour l'adulte, soit aussi hystérique pour l'enfant, puisqu'elle est normale pour ce dernier: cela reviendrait à prétendre, en effet, que tous les enfants sont hystériques, ce qui est évidemment faux.

Tous les enfants sont sujets à des réactions plus vives que l'adulte: ils sont plus émotifs et plus suggestibles; mais cela ne veut pas dire qu'ils sont tous hystériques. Leurs caprices, leurs crises de pleurs, leurs colères témoignent, au contraire, le plus souvent, d'une logique impeccable, et ils sont de plus, bien des fois, des simulateurs merveilleux, ce qui n'est pas pour simplifier le problème. Tel accès de larmes avec roulement à terre, cris, arc de cercle, etc..., n'aura pas lieu devant le père ou la mère qui se fâcheront net, mais se produira devant la grand'mère ou telle personne susceptible de se laisser prendre à la mise en scène de ce petit drame intime et de donner la récompense ou la friandise demandées. Et je trouve que cela est très logique pour un enfant de 2 ans: son raisonnement, dans ce cas, est d'une justesse parfaite, et je dirai même normal; il sait le moyen à sa portée pour obtenir ce qu'il désire, et il le met à exécution, voilà tout. Sans doute, ce procédé, normal à 2 ans, peut être considéré comme subnormal à 5 ou 7 ans, vraiment anormal à partir de 12 à 15 ans; mais en tout ceci il y a une dégradation qui varie avec le milieu éducateur et aussi avec le développement psychique de l'enfant, lequel peut être plus ou moins précoce ou retardé.

Par suite, il paraît extrêmement difficile de fixer chez l'enfant les limites du normal et de l'anormal quand on a en vue dans sa mentalité que le défaut de jugement, l'absence de critique raisonnable, la

désagrégation de la personnalité. Ce n'est donc point en se basant sur des facteurs d'appréciation si malaisés que l'on peut faire le départ de ce qui est hystérique ou de ce qui ne l'est pas.

Bref, pour établir le diagnostic d'hystérie chez l'enfant, il faudra nécessairement retrouver dans l'accident considéré les caractères psychiques particuliers que nous avons déjà signalés; et quand on aura éliminé la suggestion simple et l'imitation, et surtout la simulation, on verra que les accidents hystériques vrais chez l'enfant sont certainement plus rares que certains le prétendent. On peut dire qu'ils ne se manifestent guère de façon indubitable avant 10 ou 12 ans et surtout 14 ou 15 ans, c'est-à-dire aux approches de la puberté.

La *mauvaise éducation* joue un rôle favorisant indéniable, et on peut dire qu'à notre époque elle est malheureusement la plus habituelle. Les *conditions sociales* ont moins d'importance et on trouve l'hystérie dans tous les milieux, aussi bien dans les classes riches et cultivées que dans la classe paysanne et la classe ouvrière. Il faut y ajouter les causes prédisposantes relevant de l'enfant lui-même, et parmi celles-ci il faut faire une large part au *nervosisme,* dans lequel, cependant, certains auteurs allemands, comme Oppenheim, ont fait entrer des réactions anormales en nombre si considérable qu'on croit apercevoir toute la pathologie nerveuse infantile: c'est vraiment excessif.

Parmi *les causes déterminantes,* ce sont les émotions qui jouent le rôle le plus important. Ces chocs émotifs sont de nature extrêmement variée: la moindre contrariété, une peur, une frayeur soudaine, souvent par elles-mêmes insignifiantes, peuvent être la cause d'accidents hystériques. Dans le jeune âge, les contes de sorciers, les histoires de revenants débités par les nourrices, plus tard les pratiques du spiritisme ont pu entraîner des troubles

de même ordre. La suggestion, l'imitation sont aussi souvent en cause.

On a signalé encore le traumatisme physique, mais il agit surtout par le choc émotif qu'il provoque chez le sujet: nous en avons parlé plus haut à propos de la commotion cérébrale, dont il doit être distingué. A ce point de vue, nous estimons que l'hystérie de guerre est exactement la même que l'hystérie de paix: nous partageons à ce sujet l'opinion que Lopez Ibor (de Madrid) a défendue dans son livre *Neurosis de guerra.* Cette idée est partagée par l'immense majorité des neuropsychiâtres, et nous en trouvons une nouvelle preuve dans le livre de E. Mira y Lopez (de Barcelone) : *la Psichiatria en la guerre* (Buenos Ayres, 1944). On a enfin mentionné l'influence d'états pathologiques nettement déterminés (infections aiguës comme coqueluche, fièvre typhoïde, rhumatisme, ou intoxications, l'helminthiase dans l'enfant), sur la genèse de l'hystérie. Il est probable que ces causes ont agi à la manière de chocs émotifs, en donnant naissance à des réactions fonctionnelles surajoutées aux réactions organiques proprement dites, qui continuent leur évolution normale.

Quant à la *pathogénie* proprement dite de l'hystérie, on en discute encore.

Il peut paraître surprenant qu'avec les nombreux faits qui ont été observés durant la guerre de 1914-1918, on ait pu faire des réserves sur le choc émotif, même le nier. Il semble cependant, si on tient compte de ceux qui sont encore venus s'ajouter aux précédents avec la guerre d'Espagne et la guerre mondiale actuelle, que l'influence du choc émotif soit généralement admise.

Mais comment agit ce choc émotif ? C'est la nature elle-même de l'émotion qui est en cause. Ici, se pose un problème qui est plus philosophique que médical, et qui consiste à opposer la théorie physiologiste à la théorie intellectuelle: en d'autres termes, d'après la première, défendue par James et Lange, les variations vasomotrices qui conditionnent les émotions seraient d'origine primitivement périphérique avec retentissement cérébral, tandis que, d'après la seconde, il s'agirait

d'un phénomène primitivement mental et cérébral et secondairement vasomoteur.

Georges Dumas, dans son *traité de Psychologie*, après avoir discuté les deux théories, se rallie à la théorie intellectuelle et conclut, non sans sagesse, ni humour: « Un avantage de la conception actuelle, c'est qu'après bien des détours la théorie de l'émotion, telle que les physiologistes la conçoivent (en 1932) est à peu près d'accord avec le sens commun. Ce n'est peut-être pas absolument négligeable. »

Cette conclusion, je l'ai proposée moi-même en 1918 dans une petite étude sur la *crainte du danger chez le combattant*, basée exclusivement sur des faits d'observation vécus et nombreux, et publiée dans le *Mercure de France*. On me permettra d'en citer le commencement, qui me paraît poser la question de la façon la plus simple et la plus objective.

Qu'est-ce que la peur ? C'est une des formes normales de l'émotion, l'émotion étant elle-même une réaction de la sensibilité intellectuelle ou plus exactement psychique.

L'émotion, comme chacun sait, peut être due aux causes les plus diverses, mais qui toutes, en réalité, se ramènent à une réaction sensible, agréable ou désagréable, physique ou morale, sensation élémentaire d'agrément ou de douleur, de joie ou de tristesse.

On a discuté à perte de vue sur l'origine des émotions, suivant qu'elle serait périphérique — c'est-à-dire n'intéressant pas les centres supérieurs de l'intelligence — ou, au contraire, essentiellement cérébrale ou psychique. Il semble bien qu'on ait opposé des termes qui ne sont pas comparables entre eux.

Evidemment, les sensations primitives peuvent être périphériques; elles l'ont même été toujours au début; mais tant qu'elles ont seules existé, il n'y avait point d'émotion à proprement parler. Les mouvements réflexes, qui se produisent par excitation de la patte dans la célèbre expérience de la grenouille décapitée, ne traduisent pas une émotion; il en est exactement de même des mouvements de défense qu'on constate par irritation de la plante du pied chez les sujets qui ont la moelle épinière complètement sectionnée: brusquement, sous l'effet du chatouillement, leurs orteils se ferment et leurs muscles des jambes et des cuisses se contractent; et cependant ils ne sentent rien, ils n'ont pas la moindre conscience des mouvements effectués; là non plus il n'y a donc pas eu émotion.

Beaucoup de philosophes et même de savants ont pris l'habitude curieuse, dans l'étude des émotions, de s'appuyer sur des expériences chez l'animal pour en tirer des conclusions par rapport à l'homme. Je ne méconnais point le gros intérêt de ces expériences ou de ces hautes considérations; mais il est surprenant quand on a l'homme lui-même dans l'âge de l'enfance à sa disposition qu'on ne l'utilise pas davantage: les observations faites à son sujet n'en paraîtront, en effet, que bien plus légitimes.

Comme je l'ai rappelé en 1911, l'homme à la naissance est un être à réactions réflexes. Toute la périphérie de son corps réagit aux excitations du dehors: air, piqûre, attouchements, chatouillements, température etc. Ainsi s'expliquent le cri, l'éternuement, la succion. Si on chatouille ou pique l'intérieur d'une main, elle se ferme; si cette excitation porte sur l'abdomen, les jambes ou la face, ou toute autre partie du corps, elle provoque immédiatement des mouvements de flexion des membres inférieurs et la flexion brusque de la tête en arrière. Mais il ne s'agit alors que de simples réflexes. De même les organes des sens sont en état de recevoir les diverses sensations; mais ces sensation ne provoquent, à cette époque de la vie, que des réactions purement réflexes. C'est d'abord la fermeture presque continuelle des paupières à la lumière du jour. Même constatation pour l'ouïe: dès l'instant de la naissance, contrairement à l'opinion de Preyer, ainsi que je l'ai prouvé, l'être réagit vivement par un tressaillement général avec clignement brusque des yeux à un claquement de mains frappé un peu fort près des oreilles. De même une substance sapide posée sur la langue provoque un réflexe de moue ou de succion, tandis qu'une substance à odeur plus ou moins subtile placée sous le nez est susceptible de provoquer un réflexe de reniflement. C'est exactement la même chose qui a lieu pour le toucher: quand on met un objet quelconque dans la main d'un mouvement il la ferme automatiquement par pur réflexe.

En conclusion, on peut dire que chez l'homme, à la naissance l'œil réagit à la lumière, mais ne voit pas; que l'oreille réagit au son, mais n'entend pas: que la langue réagit aux substances gustatives, mais ne goûte pas; que le nez réagit aux odeurs, mais ne sent pas; que la main réagit en présence d'un objet qu'on lui donne à saisir, mais n'a pas la sensation subjective du tact; que tout le corps enfin réagit aux excitations élémentaires de plaisir et de douleur, mais ne les reconnaît pas encore comme telles.

La table rase qu'est l'homme à sa naissance va commencer à s'incruster peu à peu des menus faits de l'expérience chaque jour plus perfectionnée. L'être puremnt réflexe de la première heure va progressi-

vement faire fonctionner les facultés les plus simples de son intelligence. Petit à petit il apprendra à se servir de ses yeux, de son ouïe, de son goût et de son odorat, de son toucher. Dès les premières semaines, il reconnaîtra le sein de sa nourrice, son pouce et ses doigts, un hochet, la voix de sa mère, un sifflet, un chatouillement ou un pincement; il acceptera son biberon s'il est sucré, il le refusera s'il ne lui retrouve pas sa saveur habituelle. Et selon que la sensation reconnue lui rappellera un souvenir de plaisir ou de douleur, il réagira par des rires ou des cris — même des pleurs — qui traduiront ses diverses émotions.

Parmi ces émotions, la peur figure en première place; comme elles, en conséquence, elle est une réaction essentiellement supérieure ou psychique, puisqu'elle nécessite une reconnaissance de sensation, et, plus spécialement, de sensation désagréable ou douloureuse.

Pour être reconnue, il faut évidemment que la sensation ait été perçue à un moment donné de l'existence; il est forcé qu'elle ait été périphérique; mais si elle était toujours restée exclusivement périphérique sans être fixée par la mémoire, elle n'aurait jamais été reconnue comme telle; elle serait demeurée réflexe et n'aurait point provoqué d'émotion.

D'autre part, reconnaître une sensation qu'on a éprouvée, c'est aussi ne pas reconnaître une sensation qui se produit pour la première fois. Et cette surprise est encore un élément d'ordre purement intellectuel qui joue un rôle capital dans la peur. [1]

Nous avons pris la peur comme exemple d'émotion. Mais quelles que soient les modalités qui provoquent cet état émotif, les réactions physiques seront variables, ainsi que les réactions psychiques, selon l'importance du choc et selon les individus.

Il est bien évident que c'est l'appoint psychique qui donne au choc émotif sa physionomie propre. Il est de connaissance commune qu'un choc traumatique violent — en dehors bien entendu de commotion véritable et lésionnelle, comme nous l'avons expliqué en traitant de la commotion cérébrale, — pourra n'avoir qu'un effet psychique léger, alors qu'un souvenir des plus anodin en apparence, qu'il soit gai ou triste, la rencontre d'un ami ou d'un voisin, la vue d'un spectacle dans la vie courante ou au cinéma, la lecture banale d'une anecdote ou d'un fait divers, l'audition d'un air de musique ou d'un récit, la sensation d'un parfum ou d'une substance sapide quelconque etc.,

[1] On pourra également lire avec intérêt le chapitre de Mira y Lopez « El miedo y du significado » dans son livre déjà cité, et l'étude de E. Glover sur « The Psychology of Fear and Courage » (Perguin Books, 1940).

seront susceptibles de provoquer des émotions fortes, et jusqu'à des phénomènes horriblement pénibles d'angoisse. Marcel Proust est, à ce point de vue, un analyste des plus utile à consulter: car il a détaillé les mille nuances de ces chocs émotifs avec un luxe sentimental et subjectif d'une palette si riche, si subtile et si colorée, qu'il est une mine presque inépuissable de documentation pour le psychologue curieux de s'instruire.

Or, quelle est la valeur de la réaction locale, plus ou moins périphérique et visible, en comparaison de l'émotion elle-même, seulement ressentie dans la conscience ? Bien minime en vérité et surtout sans concordance avec la réaction intellectuelle.

On a étudié en détail les réactions postémotives de vasodilatation et d'inhibition, l'augmentation des sécrétions salivaire, gastrique, biliaire, urinaire ou surrénale, ainsi que celle de la glycémie, de la glycosurie, de la glécogénie hépatique ou, au contraire, leur diminution; on a décrit les érythèmes, les crises d'urticaire géante et d'asthme, les perturbations sanguines et la crise hémoclasique, etc., tous phénomènes provoqués par le choc émotif. Des expériences sensationnelles ont été versées dans le débat avec la conservation des réactions analogues chez le chien après la transection cervicale de la moelle, puis la section des deux vagues du cou (Sherrington), ou même la décapitation totale (Somer et J. F. Heymans).

D'autres expériences, extrêmement curieuses, ont même fait intervenir l'influence de la suggestion. C'est ainsi que Brotteaux injecte dans le derme d'un sujet un mélange histamine-histidine qui a la propriété de produire de l'érythème local avec papule urticarienne. Le sujet reçoit pendant 10 jours consécutifs la même injection, avec les mêmes résultats. Puis le 11e jour on substitue de l'eau distillée au mélange actif précédent en assurant à l'intéressé qu'il s'agit toujours du même mélange. Or, malgré cette substitution, la réaction est identique: on constate sur la peau un érythème avec un urticaire localisé.

Je pense qu'il ne faut pas se hâter, dans des faits de ce genre ou ceux qui précèdent, de porter des conclusions prématurées. Contentons-nous de les enregistrer en évitant de les interpréter, car les hypothèses n'ont d'intérêt que lorsqu'elles ont permis d'arriver à la découverte d'une relation de cause à effet bien établie, c'est-à-dire à une loi.

Souvenons-nous que la vie végétative existe en dehors de la conscience, qu'une moelle humaine, pathologiquement sectionnée, bien que n'ayant plus la moindre relation avec le cerveau, finit au bout d'un certain temps, ainsi que l'avons vu, par discipliner ses sections vésicale,

anale, génitale, discipline qui échappe absolument à la connaissance de celui chez lequel on l'observe.

La vie végétative peut donc exister isolément chez l'homme, dans certaines conditions déterminées. Elle peut même, à elle seule, par le jeu des forces antagonistes en quelque sorte réflexes, faciliter la défense de ses fonctions. Nous en avons vu l'existence dans la statique musculaire et le jeu équilibré des agonistes et des antagonistes. Il en est de même dans les fonctions vaso-motrices. Nous avons montré, avec Ragot et Caussimon, dans nos recherches sur la transfusion du sang, que le choc, aussi minime qu'il soit, met en jeu les réactions antagonistes du sympathique et du pneumogastrique. L'adaptation de l'organisme est sa grande loi de défense.

Mais à l'état normal, cette vie végétative ou inférieure est en rapport constant avec la vie de relation, cérébrale ou supérieure. C'est cette vie de relation qui commande l'autre, ou tout au moins, instruite par elle de ses besoins cherche à l'aider pour harmoniser ses fonctions au mieux de l'économie générale. C'est pourquoi, en dernière analyse, l'émotion ne peut se concevoir sans le psychisme.

Cette détermination de l'origine mentale a été singulièrement obscurcie et embrouillée par la mise en pratique, dans la recherche de faits de cet ordre, de la méthode contemporaine du *freudisme*. Les auteurs qui ont pensé découvrir le trouble mental par l'interrogatoire qui fait du phénomène sexuel son origine essentielle, font preuve d'une extraordinaire puissance d'illusion. Car leurs plus savantes conclusions, en admettant même qu'elles contiennent une part de vérité — ce qui n'arrive guère que dans une proportion extrêmement limitée de un à deux cas sur dix — ne nous apprennent absolument rien sur le point principal. Ce qu'il importerait de savoir, en effet, et ce qui est le trouble mental proprement dit, c'est la raison de cette persévérance sexuelle quand elle existe, ainsi que des autres causes encore plus nombreuses, quand on peut réussir à les déterminer.

Et nous en revenons ainsi à l'importance de l'idée fixe et des diverses origines déjà signalées.

Sur ces origines elles-mêmes on peut encore épiloguer à perte de vue. Le choc émotif est-il susceptible de les provoquer à lui seul en perturbant les rapports psychologiques normaux qui existent entre les opérations de l'esprit dont la mémoire est un élément essentiel ? Ce choc est-il capable de produire un état de confusion mentale, souvent léger mais indiscutable, si l'on s'en rapporte aux constatations de Georges Dumas ? Pour ma part, je les ai notés dans la plupart des

cas que j'ai eus à observer dans cet ordre d'idées, et qui font partie des 2.000 cas recueillis dans mes centres neuropsychiatriques de guerre de Commercy, Verdun et Bar-le-Duc, de 1915 à 1917.

Ce choc agirait-il indirectement en donnant naissance à un état toxi-infectieux qui entraînerait à son tour la confusion mentale ?

Quand on se lance dans le domaine des hypothèses, on peut discuter à perte de vue: car le trouble de l'esprit étant admis, il est assez difficile d'en préciser la nature. Comment expliquer l'hystérie, c'est-à-dire cette association de mythomanie et de pathomimie qui la caractérise, et l'idée fixe qui en paraît le substratum le plus fréquent ? Comment expliquer, d'autre part, les états émotifs plus légers qui vont de la psychose émotive simple, jusqu'à la psychose d'imitation et la psychose de suggestion ? Pour prendre deux simples exemples, il a été noté que dans la névrose, dite hystérique, le côté droit était plus souvent paralysé que la gauche, et qu'inversement, le côté gauche était affecté de tremblement beaucoup plus fréquemment que le droit. López Ibor estime que c'est parce que « la moitié gauche du corps est plus en relation avec le *je* instinctif et la moitié droite avec le *je* rationnel et poétique ».

On a également remarqué que le tremblement hystérique de la tête est généralement du type négatif et non du type affirmatif. Pour Lopez Ibor, c'est parce « qu'il est toujours plus facile de nier que d'affirmer, l'affirmation étant un acte plus énergique que la négation. Cette négation est en outre *protectrice.*»

Concluons plus modestement qu'aboulie, rétrécissement du champ de la conscience, dédoublement de la personnalité, séparation de conscience, refoulement des états de conscience, personnalité instinctive et personnalité corticale ou consciente, moi instinctif et moi rationnel ou noétique ne sont que des mots dont la richesse encore augmentée par la terminologie freudienne ne font qu'habiller plus ou moins harmonieusement un processus mental qui, convenons-en, nous ignorons encore complètement.

TRAITEMENT

Ce traitement s'adresse plus exactement au syndrome hystérique dans lequel nous avons considéré des psychoses d'émotion simple, d'imitation, de suggestion, et la psychose hystérique proprement dite ou association mythomanie-pathomimie.

Ce traitement est simple si l'on veut bien s'en tenir aux éléments essentiels.

Rien n'est plus démonstratif à ce point de vue que les résultats apportés par Georges Dumas. Muets, sourds, paralysés, courbe-troncs de la grande guerre sont parmi ceux qui ont presque tous guéri, et rapidement. Dumas signale que, chez les aveugles, les bègues, les trembleurs, les succès furent plus rares; de même chez les anesthésiques. A ces faits, qui entrent dans le domaine courant, Georges Dumas en a ajouté d'autres qui n'avaient guère été mentionnés avant lui et qui concernent des accidents purement mentaux, tels que l'amnésie globale, certaines amnésies électives, de l'obtusion intellectuelle, qui ont disparu sous la même action thérapeutique. Cette action se résume dans la pratique de la « suggestion » et « surtout des traitements cœrcitifs et impressionnants dont le traitement électrique est le type «. Et Georges Dumas précise: « Mes suggestions ont varié suivant les individus. Aux malades désireux de guérir j'affirmais la guérison certaine et prochaine s'ils voulaient bien faire un effort intense pour parler, pour entendre, pour se redresser, pour cesser de trembler; à ceux qui restaient inertes et passifs devant leurs accidents, je faisais entrevoir la nécessité d'un traitement long et pénible s'ils ne guérissaient pas; avec tous j'appuyais mes suggestions d'un traitement électrique consistant dans des décharges d'électricité statique. Ce traitement, qui s'accompagne d'une certaine mise en scène, avait par lui-même une valeur suggestive, mais il contribuait, de plus, par l'excitation des décharges, à provoquer l'effort que je demandais ».

Ces constations, qui concordent avec les miennes, tendent à établir que « l'explication pithiatique », selon les mots de Georges Dumas, ne résout pas le problème en son entier. Elle est effectivement sans action dans un nombre

important de cas; elle doit « surtout » s'associer, pour réussir, à des traitements « coercitifs et impressionnants » qui provoquent un état de choc, lequel a peut-être plus d'action que la persuasion ou la suggestion: on en revient ainsi d'ailleurs à utiliser sous une autre forme des traitements anciens, comme ces méthodes « perturbatrices » qui consistaient, dans la manie ou l'épilepsie, à précipiter les malades, par surprise, dans des bains froids, dans la mer ou dans une rivière, à leur verser sur la tête une douche froide ou, selon le procédé de l'aliéniste Leuret, le jet d'un robinet de 2cm½ de diamètre placé à deux mètres au-dessus du crâne; à les astreindre à une rotation mécanique plus ou moins rapide au moyen de fauteuils ou lits tournants; à les contraindre à certaines pratiques corporelles à l'aide de bracelets ceintures, lits de force, brûlures cutanées, éruptions vésiculeuses provoquées etc.

N'est-ce pas ainsi qu'on cherche à agir aujourd'hui par le cardiazol et l'électrochoc ? Il est certain que la clinique à elle seule peut apporter des preuves en faveur de l'influence du choc. J'ai cité, il y a longtemps, le cas remarquable suivant:

Une fillette atteinte de péricardite rhumatismale était entrée dans le service du professeur Moussous. Celui-ci constatant une matité inquiétante se fit apporter un trocart pour la ponctionner. Mais quand l'enfant aperçut l'aiguille, sous l'effet d'une émotion intense, elle se mit à crier et à suplier le maître, en tremblant le tous ses membres, de ne pas « lui faire de mal ». On s'efforça de la calmer; mais apparurent au bout de quelques instants des mouvements incoordonnés sur tout le corps: c'était le début d'une chorée classique, qui n'avait rien d'hystérique, et qui évolua comme une chorée banale d'origine rhumatismale. Ainsi le choc émotif, sur un terrain évidemment prédisposé, avait provoqué une maladie organique.

Restons dans le domaine de la pratique et recherchons la meilleure conduite à tenir.

En présence d'un accident, que nous considérons hystérique, c'est-à-dire qui n'est le plus souvent que la repré-

sentation imaginative d'une maladie, on doit rechercher d'abord quelle est « l'épine » qui est à la base de la maladie. Elle peut être physique (lésion réelle, même minime, douleur par exemple). Si cette origine existe encore, il faut absolument démontrer au sujet qu'elle ne peut expliquer cependant la réalité de la maladie. Une paralysie globale de la main, une surdité, une aphonie, sont trop complètes, totales pour la cause décelée: déchirure musculaire, arthralgie, algie etc. Le plus souvent, cette épine a même disparu, et cependant le sujet continue à être malade et à se maintenir dans un état pathologique qui n'a plus de raison d'être. Il faut donc convaincre l'intéressé qu'il est guéri et qu'il n'a plus qu'à le montrer en faisant l'effort nécessaire. Souvent, pour un médecin habitué à ce genre de malades, le simple raisonnement suffit, et le résultat favorable peut être rapidement obtenu.

Il en fut ainsi dans la plupart des observations que nous avons rapportées. Nous n'eûmes pas besoin d'appeler à notre secours des méthodes de coercition, disons de choc, dont la plus célèbre est connue sous le nom de torpillage.

On voit qu'il suffit d'un peu de patience pour arriver au but qu'on recherche. Il n'est nullement besoin d'user de la psychoanalyse qui, à notre avis, est une méthode souvent trompeuse, parce qu'elle repose sur une pétition de principe, à savoir la recherche d'un critère sexuel qui n'existe que très exceptionnellement. Serait-il à considérer dans un cas particulier qu'il ne pourrait expliquer, à lui seul, l'accident hystérique observé.

Mais fréquemment, et ceci est beaucoup plus grave, on ne saisit même pas le rapport établi entre l'accident et son origine.

Voici une coxalgie hystérique banale chez une jeune fille, sur laquelle on a pratiqué la psychoanalyse. L'enquête a révélé, paraît-il,

« des complexes affectueux intéressants. En particulier, « les dessins spontanés qu'elle faisait présentaient cette particularité curieuse: tous ses personnages n'avaient pas de jambes. Les membres inférieurs étaient, en quelque sorte, escamotés. Il n'est pas douteux que cette suppression des membres inférieurs était l'équivalent symbolique d'une castration». En admettant que cet « équivalent symbolique » soit vrai — ce qui n'est en réalité qu'une hypothèse indémontrable — on se demande quel rapport existe entre la coxalgie et le symbole de castration. Il serait bien plus utile de savoir quelle est « l'épine » qui a provoqué le déclenchement de la coxalgie. Il ne suffit pas de faire de la psychoanalyse et après avoir déterminé un complexe de castration, d'ailleurs des plus imaginaire, d'affirmer que c'est là l'épine de l'accident morbide considéré. Une affirmation n'a jamais été une démonstration.

Le même auteur nous fait connaître un autre cas de complexe de castration encore plus extraordinaire. Il s'agit d'un débile d'une douzaine d'années devenu muet depuis 6 mois. « L'étude de ses dessins spontanés révèle l'existence indiscutable d'un complexe de castration. L'enfant, qui était énurétique, avait été l'objet de menaces de la part de la mère. Les menaces de castration, par un transfert facile à comprendre, avaient déclenché une crise de mutisme.

L'intérêt de l'observation fut surtout la disparition immédiate du mutisme lorsqu'on expliqua à l'enfant la signification des dessins symboliques dont il couvrait des pages entières depuis plusieurs jours.»

On ne saisit pas très bien ce que viennent faire dans ce cas ces dessins symboliques et le complexe de castration. Il est naturel que ce débile, ayant eu peur à la suite de la menace de sa mère, qu'on lui fisse mal, ait perdu la parole. Il aurait été évidemment intéressant de savoir, en admettant que ce fut possible chez un débile, quelles raisons il pouvait bien donner pour expliquer son mutisme. Mais il est curieux qu'on puisse croire qu'il y ait une relation entre ces dessins symboliques et le mutisme; et surtout que la signification de ces dessins expliquée au sujet ait amené sa guérison. C'est vraiment chercher, comme on dit, midi à quatorze heures, car les cas de mutisme de cet ordre ne sont pas rares, et on les guérit aisément sans tant de complications bien inutiles !

Voici à titre de démonstration un cas que j'ai publié il y a près de 40 ans, en 1905:

Georgette S., 7 ans, il y a trois semaines environ, a eu de la pharyngite: elle se plaint alors d'une sorte de « grattement » au gosier qui la gêne pour avaler. C'est à ce moment-là qu'elle met sur le compte

de sa langue les difficultés éprouvées dans la déglutition. Bientôt elle a peur d'avaler sa langue « qui va l'étouffer » dit-elle, si par malheur elle l'avale. Aussi, pour ne pas l'avaler elle la remue le moins possible et avec des précautions infinies; elle parle à peine, refuse de manger, tient la bouche ouverte, la langue un peu pendante, de façon qu'elle n'obstrue pas le gosier en arrière. De même, pour dormir, elle se couche la tête baissée sur l'oreiller, les lèvres entr'ouvertes, la langue saillant légèrement entre elles.

Les premiers jours, les parents trouvent le fait drôle et, mi-sérieux, mi-riants, ils raisonnent l'enfant et la plaisantent: on la fait manger, on la fait boire — ce qui n'est pas sans difficulté; on essaie de la faire parler, en se moquant d'elle. Mais au bout de 6 jours le père s'impatiente et Georgette, qui fait encore mille grimaces et façons pour avaler sa soupe, reçoit un grand verre d'eau en pleine figure.

A partir de cet instant la déglutition s'est beaucoup mieux effectuée et la peur d'avaler sa langue s'est soudain calmée.

Quand je l'examine 15 jours plus tard, soit trois semaines après le début, je me trouve en présence d'une fillette normale à tous les points de vue; la sensibilité, notamment, est intacte sous tous ses modes.

Interrogée, elle convient n'avoir plus peur d'avaler sa langue, et boit, mange et parle sans difficulté. Mais il est réel que pendant une quinzaine de jours, et surtout pendant la première semaine « elle avait peur d'avaler sa langue parce qu'elle avait peur de mourir ». Et elle avait peur de mourir parce que quelques jours avant sa pharyngite, elle avait vue morte une petite voisine de seize mois, et cette vue l'avait fortement impressionnée.

Voilà un fait où la peur d'avaler sa langue pouvait être considérée au premier abord comme un vulgaire caprice. En réalité, cette peur dépasse, par sa durée, son intensité, sa systématisation, et par l'anxiété légère qui l'a accompagnée, une simple fantaisie du caractère.

De plus ici, fait intéressant, l'origine de la peur a pu être déterminée exactement: il s'agit de l'émotion vive ressentie par la fillette à la vue d'une morte, quelque temps avant la pharyngite dont elle fut atteinte. La pharyngite joua simplement le rôle de cause occasionnelle, en faisant croire à l'enfant que c'était sa langue qui allait l'étouffer et, par conséquent, la faire mourir — comme sa petite amie. Les parents, en prenant trop au sérieux cette manifestation émotive, l'entretinrent et la cultivèrent au lieu de la faire disparaître tout de suite. Ils avaient fait, pendant la première semaine, de la mauvaise psychothérapie: car en se faisant expliquer les raisons de cette peur, et en montrant l'im-

possibilité de sa raison d'être à une enfant intelligente, ils n'auraient pas eu besoin de recourir à un moyen brutal qui avait réussi, mais qui aurait pu avoir, au contraire, un résultat inverse.

A cette époque, il n'était pas encore question de psychoanalyse; et il est facile de se rendre compte qu'il était possible d'analyser l'état d'esprit d'un sujet d'une façon tout aussi complète et infiniment plus directe. J'ai toujours continué depuis et ai enregistré tout autant de succès sinon plus, que les psychoanalystes contemporains. Comme le faisait remarquer un spirituel écrivain français, Jean Schlumberger, dans un petit livre charmant: « Essais et dialogues », paru en 1937: « L'Eglise n'avait pas attendu Freud pour soumettre les refoulés à la cure de la confession ».

Au fond, la psychoanalyse n'est qu'une partie de la psychothérapie, telle qu'elle a été pratiquée de tous temps, et dont certains auteurs modernes, tels Déjerine et Gauckler, avaient tenté de rénover les principes dans leur excellent livre sur le traitement des psychonévroses. Ces auteurs avaient déjà montré le rôle joué par l'obsession sexuelle dans la genèse de ces accidents psychopathiques. Il est possible que cette influence ait une importance encore plus grande qu'ils ne pensaient et que les idées de Freud aient pu à ce point de vue, une certaines utilité. Malheureusement, en généralisant cette méthode à tous les cas, elle a dépassé le but, car elle est tombée dans l'erreur; elle a eu surtout l'effet néfaste de créer des états morbides, sous prétexte de les déceler, et de se montrer ensuite impuissante à les guérir quand elle n'a pas provoqué, chez quelques-uns, des actes de désespoir et des suicides.

Faisons donc de la psychothérapie avec prudence en l'appliquant et l'adaptant à chaque cas particulier, et en tenant compte aussi de la race et du climat.

Comme l'a dit l'éminent neurologiste brésilien Austregesilo, la psychothérapie, et encore plus la psychoanalyse, doivent être maniées différemment selon qu'on s'adresse aux races latines ou aux races anglo-saxonnes. Là est la vérité.

Ainsi que l'a signalé Georges Dumas, si la persuasion demeure impuissante, on peut se faire aider par des méthodes qui sèment la crainte: par l'émotion-choc qu'elles provoquent, elles sont susceptibles d'amener la guérison du sujet. Il suffit souvent d'indiquer une intention, de prévenir ainsi l'intéressé qu'on va être obligé, pour le guérir, de lui faire des injections, une ponction lombaire, de le mettre à la diète, de l'isoler, de lui appliquer le traitement électrique et son torpillage, etc. Et si vraiment ces avertissements ne suffisent pas, on passe alors à l'exécution des thérapeutiques annoncées parmi lesquelles l'électrochoc, surtout chez les anxieux et les obsédés, est une thérapeutique à conseiller.

J'ai pratiqué aussi quelquefois, sur les conseils de mon maître Pitres, la suggestion hypnotique; mais j'y ai renoncé depuis longtemps. Je lui préfère la suggestion dans le sommeil normal, quand elle est possible, ou encore la suggestion dans le sommeil préanesthésique: mais je dois convenir que ces moyens sont sans objet quand il s'agit véritablement de troubles hystériques qui disparaissent habituellement par l'emploi des méthodes précédentes.

Chez l'enfant, le traitement de l'hystérie devra être surtout *préventif*. Dès la plus tendre enfance les parents doivent s'habituer à n'accorder aux manifestations extérieures, pathologiques principalement, de leurs fils et surtout de leurs filles qu'une attention légitime. Les enfants ayant une tendance considérable à être suggestionnés ou à imiter, il est certain que, s'ils trouvent autour d'eux un entourage qui les écoute et même les encourage ils peuvent verser dans l'hystérie. Une éducation sévère, mais juste,

exempte de gâteries exagérées, devra être employée contre les enfants nerveux, émotifs à l'excès, impressionnables, sujets à des accès de colère ou de crises de nerfs. Il ne faut jamais céder à leurs caprices; on doit au contraire leur faire sentir une main de fer, sous un gant de velours à l'occasion.

Quand ils se plaignent de bobos, d'égratignures ou même de douleurs vives à la suite de chutes si fréquentes dans le jeune âge, il est détestable de prendre ces petits maux trop au sérieux; il vaut mieux leur apprendre à supporter sans pleurer ou en limitant ces explosions extérieures, les misères de ce genre, et on a ainsi les plus grandes chances de les mettre, pour l'avenir, à l'abri de ces accidents hystériques.

Le traitement *symptomatique* ne diffère pas de celui de l'adulte; il est psychothérapique. La suggestion sous toutes ses formes — et les variétés d'application en sont infinies — donne les meilleurs résultats. Chaque médecin agit à sa manière, avec ses moyens personnels: tel emploiera des grandes phrases et de beaux gestes pour convaincre et guérir son malade, tel autre réussira par la douceur et la persuasion simple, sans éclat. Il m'est arrivé de guérir sur l'heure, des enfants qui se plaignaient de souffrir de la jambe et de ne pouvoir marcher, en leur disant tout bonnement, après les avoir examinés avec la plus scrupuleuse attention, qu'ils pouvaient se lever et marcher.

Evidemment, selon les cas, les procédés de suggestion changeront; il faut tenir compte de l'état d'esprit des sujets examinés et agir, en conséquence, de façon à faire donner au moyen choisi le plus d'action possible. La crainte d'une punition, la suppression d'un plaisir ou d'un jouet, le désir d'une récompense; ou bien des moyens physiques (électricité, rayons X, douches, massages, frictions, hydrothérapie, pointes de feu, vésicatoires, etc.); ou bien des médicaments (bromure, chloral, antipyrine, quelques gout-

tes de laudanum sur la région douloureuse ou d'alcoolature d'aconit pour faire passer l'aphonie ou la toux), etc. pourront être préconisés tour à tour.

L'hypnose provoquée, de moins en moins employée chez l'adulte, l'est encore moins chez l'enfant, qui est réfractaire presque toujours à ce mode de suggestion. La suggestion dans le sommeil naturel réussit mieux chez lui : on pourra l'utiliser, le cas échéant, mais, au cas d'hystérie vraie, on arrive habituellement au même résultat sans y avoirs recours.

L'*isolement*, dans certains cas tenaces, qui du reste ne sont pas toujours de l'hystérie pure, peut rendre de grands services. Cet isolement devra être complet, radical. Et, bien souvent, il suffira de cette menace pour entraîner la guérison.

Conduite à tenir vis-à-vis des accidentés du travail et des blessés de guerre

L'énorme mérite de Charcot fut de déceler dans l'hystérie une maladie et même une maladie mentale. Les hystériques, avec lui, devinrent des malades comme les aliénés, depuis Pinel, étaient entrés dans le domaine de la médecine.

Avant Charcot, les hystériques étaient considérés soit comme des damnés ou des exorcisés, soit comme des simulateurs. Il réussit à faire cesser cette erreur en montrant que ces sujets étaient des malades d'une espèce spéciale, mais tout de même des malades.

Or, ces malades ne guérissaient pas toujours, pas plus au temps de Charcot qu'avant lui. Si la terreur de l'Inquisition n'avait pas pu réussir à supprimer l'hystérie, n'était-il pas évident que la suggestion, la persuasion ou les moyens de coercition nouveaux — que nous avons connus avec la guerre — ne seraient pas plus heureux ?

N'était-il pas à craindre que le fait de considérer les hystériques comme des simulateurs et de les traiter comme tels n'aurait pas plus de succès qu'auparavant ?

J'ai déjà, en 1907, fait ces objections à M. Babinski à propos de sa conception du pithiatisme. Cette conception avait, en effet, les graves inconvénients suivants :

1°)— De rejeter en dehors de l'hystérie des manifestations qui étaient indubitablement hystériques;

2°)— De faire entrer dans l'hystérie un nombre notoire de manifestations qui ne sont nullement hystériques;

3°)— Enfin et surtout *de ne pas faire de distinction entre l'hystérie et la simulation.*

Ainsi, et je l'ai dit, avec cette conception soi-disant nouvelle, nous revenions en arrière de plusieurs centaines d'années. Ainsi, tout l'enseignement de Charcot était par terre et les hystériques n'étaient plus des malades, mais de vulgaires simulateurs. On ne tarda pas à s'apercevoir des conséquences de cette fausse manœuvre.

Déjà la loi des accidents du travail avait commencé à embarrasser singulièrement les experts, qui hésitaient à traiter de simulateurs des gens qui étaient souvent et manifestement de bonne foi.

Ils hésitèrent aussi à traiter de simulateurs ces hystéro-traumatisés dont la sincérité, en bien des cas, était également hors de doute.

Depuis la guerre 1914-1918 surtout, les difficultés avaient singulièrement augmenté. Le terme de *simulateur* employé à l'égard de glorieux blessés atteint d'accidents hystériques ou pithiatiques avait fini par n'être plus employé que dans des circonstances nettement déterminées et, somme toute, très rares. Mais on s'était rabattu sur les termes *d'exagérateur* ou de *persévérateur,* qui représentent pour la plupart de ceux qui les emploient des équivalents du mot *simulateur.* Ses sujets sont, si l'on veut, et comme on l'a dit, des simulateurs subconscients, mais ce sont néanmoins des simulateurs.

Or, ces malades, qu'on les appelle simulateurs subconscients, persévérateurs, exagérateurs, ou même hystériques ou pithiatiques, qu'on les classe en tant de variétés qu'on voudra, existent. Sans doute, ils sont susceptibles de guérir, mais en attendant beaucoup ne guérissent pas. Et ce sont ceux-là qui protestent, réclament, et ne comprennent pas qu'on les traite comme des suspects, non comme des malades. En particulier, ils ne s'expliquent pas pourquoi on leur refuse des réformes ou des gratifications puisqu'ils sont impotents; qu'ils ont contracté leur infirmité à la guerre, et qu'ils se sont soumis depuis des mois et des années à tous les traitements qu'on leur a conseillés.

Que faire ? La solution paraît simple. Il faut en revenir à la notion nette que les hystériques sont des malades, et les traiter comme tels. Ainsi, ils entreront dans le droit commun; ils ne seront plus des parias, et on sortira de l'équivoque.

Je dis que ce sont des malades et, comme les malades, ils ne sont pas comparables entre eux. Il y aura donc, selon les cas, des déterminations différentes à prendre.

Je m'explique. Au point de vue pratique, ce qui intéresse l'expert, c'est l'appréciation du dommage causé. Or, ce dommage est variable avec le siège du phénomène considéré, son intensité, la profession du sujet atteint, etc. Son premier soin est donc d'étudier chaque cas en lui-même. Il est évident qu'une paralysie de la main ou du bras ou d'un membre inférieur, qu'une plicature du tronc, un tremblement, une aphonie, une surdité, une cécité ne peuvent être cotées de la même façon. Ce n'est pas parce que nous les affublerons de termes de *névropathiques* ou de *pithiatiques*, ou de tel autre qu'on voudra, qu'on aura le droit de les taxer exactement au même taux d'invalidité.

Il faut donc considérer chaque cas en lui-même, apprécier le degré véritable d'impotence ou de dommage causé au sujet dans l'exercice de son métier.

Prenons un cas concret. Voici une paralysie de la main. L'exament clinique nous permet de diagnostiquer une paralysie purement fonctionnelle. Mais ce diagnostic importe peu à l'autorité chargée d'expertise. Ce qu'elle demande, c'est qu'on fixe le degré de dommage causé: le diagnostic en soi lui est égal. Ce diagnostic, certes, est indispensable à l'expert pour préciser la valeur exacte de ce dommage; mais ce qu'il doit tout d'abord apprécier, quelle que soit la cause, c'est le degré d'impotence lui-même.

Or, la valeur de cette impotence est fonction de nombreux facteurs.

D'abord, il faut éliminer la simulation, qui est moins fréquente qu'on ne croit.

La question de l'exagération ou de la persévération paraît au premier abord, plus délicate à trancher. En réalié, elle est assez aisément soluble si on part du principe suivant. Ce qu'il y a à considérer, en effet, chez un exagérateur ou un persévérateur, ce n'est pas qu'il exagère ou persévère, c'est la part d'exagération ou de persévération faite, ce qui reste à apprécier comme dommage vrai. En d'autres termes, en revenant à notre cas de paralysie fonctionnelle de la main, l'expert, la part d'exagération faite, doit fixer le degré de l'impotence qui reste et prendre une décision en conséquence.

Enfin, en dernier lieu, il y a les cas où le sujet n'est manifestement ni exagérateur ou persévérateur: sa lésion fonctionnelle représente exactement le degré d'impotence véritable. Ici, le taux d'indemnisation sera donc facile à établir.

Evidemment, il peut être infiniment intéressant pour le médecin, utile pour le malade et économique pour l'Etat d'obtenir une guérison rapide ou tout au moins l'amélioration la plus considérable possible. Pour cela, il sera bon que le médecin essaie de remonter à la cause du

trouble considéré, de façon à augmenter son action curative. Ainsi, il s'apercevra qu'il n'y a pas une seule origine, dite pithiatique ou suggestive, des accidents. Il aura à apprécier, nous l'avons vu, le rôle de la suggestion banale, de l'imitation, de la contagion mentale, de l'émotion avec anxiété, de la phobie obsédante et de l'idée fixe, de la mauvaise habitude, de l'aboulie et de l'asthénie, de la débilité, et de causes plus mentales encore, telles que l'idée de revendication ou de sinistrose, l'idé mélancolique, l'idée de persécution et même l'idée démentielle précoce.

L'épine hystérique n'est point aussi simple qu'on le croit. Mais nous devons nous cantonner dans notre rôle qui est, sans nous préoccuper de la cause, d'apprécier à l'instant de l'examen pour lequel nous sommes commis en tant qu'experts, le degré de dommage causé et d'en estimer la valeur.

Après bien des discussions, sur lesquelles je passe, et malgré les protestations du professeur Pitres, *la Société de Neurologie de Paris* décrétait le 15 décembre 1916, qu'il n'y avait pas lieu pour les accidents hystériques (ou pithiatiques) d'ordre militaire, d'accorder la moindre réforme ou gratification.

Le 20 mars 1919, instruit par l'expérience de la guerre, elle était obligée de capituler devant les faits et d'accorder réforme et gratification.

Cette question de l'hystéro-traumatisme est aujourd'hui complètement résolue et classée, conformément au desiderata formulés ci-dessus par l'Ecole neurologiste bordelaise. Elle est appliquée non seulement aux blessés de guerre, mais aussi aux accidentés du travail, d'après des tables d'estimation du dommage causé qui sont bien connues des experts commis à cet effet.

UN CAS DE LOMBO-SCIATALGIE

par

JEAN-LÉON DESROCHERS et ANDRÉ PARENTEAU

Dans notre dernière livraison nous avons omis par erreur le nom du Dr Parenteau comme l'un des auteurs de l'article précité. Nous nous en excusons vivement auprès de notre collaborateur.

FORMULE

Iodoforme — Menthol
Iodures — Camphre

Ampoule de 1 cc.

(En solution huileuse de faible acidité.)

Nouvelle Médication

pour la sinusite et les infections des voies respiratoires

injection intramusculaire

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MEDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL, MONTRÉAL

PLUS DE 80,000 OUVRIERS BÉNÉFICIENT DE L'HYGIÈNE INDUSTRIELLE

Plus de 80,000 ouvriers et ouvrières de la province de Québec, répartis dans 67 établissements industriels, situés dans diverses régions ont bénéficié, au cours de 1943, des recherches, des inspections et des travaux des techniciens de la division d'hygiène industrielle du ministère de la santé et du bien-être social. Les différentes enquêtes ont porté sur les conditions de travail de 14 usines de munition, de 10 fonderies et poteries, de 6 manufactures de textiles, de 16 usines métallurgiques, de 3 avionneries et de 18 autres industries. 14 enquêtes furent faites à la demande même des établissements, afin de déterminer la concentration de certains produits toxiques dans l'atmosphère des salles de travail. Dans l'une des usines, il fut nécessaire de prendre des échantillons d'air durant une période de 7 jours afin d'obtenir une image satisfaisante des conditions de travail.

On peut grouper toutes les industries visitées dans 4 régions principales : Montréal et ses environs, Trois-Rivières, Shawinigan-Falls et ses environs, Sherbrooke et les cantons de l'Est, Québec et la région voisine. Un certain nombre d'usines exigèrent plusieurs semaines et même plusieurs mois d'étude. Il a fallu examiner au microscope, dans les laboratoires, 283 échantillons. L'examen des poussières comprend le comptage en millions de particules par pied cube d'air, la mensuration de ces particules dans leur plus grand diamètre, particulièrement quand il s'agit de poussières de silice libre. Les particules de silice libre dont le diamètre le plus grand est supérieur à 10 microns ne constituent pas un danger réel de silicose parce qu'elles sont invariablement rejetées par l'expectoration et n'atteignent pas en général l'alvéole pulmonaire.

Le nombre d'échantillons de poussières examinés ne donne qu'une faible idée de la somme de travail que nécessitent ces examens. En effet, pour chaque échantillon deux cellules de comptage doivent être préparées. De plus, les particules de poussière de cinq champs microscopiques de chacune de ces cellules doivent être comptés. De sorte que le comptage d'un seul échantillon nécessite en réalité dix mises au point ainsi que l'étude de dix champs microscopiques différents. Au maximum six comptages peuvent être faits dans une journée.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

Hon. Docteur J.-H.-A. PAQUETTE, *Ministre*

Docteur JEAN GRÉGOIRE, *Sous-ministre*

Essayez L'Ohio

CYCLOPROPANE

Dans les NOUVEAUX CYLINDRES

Environ 40% plus léger, ces nouveaux cylindres réduiront considérablement les frais de transport. Ils sont expédiés dans de légères boîtes contenant un, deux ou quatre cylindres chacun.

Quand les cylindres seront vides, ils pourront être retournés dans ces mêmes boîtes, suffisamment cachetées.

Ecrivez-nous pour nos prix et pour de plus amples renseignements.

COMPAGNIE D'OXYGÈNE DU CANADA LTÉE
Succursale de l'"Ohio Chemical & Mfg. Co."
2535 ouest, rue Saint-Jacques - Montréal, Qué.
Téléphone: WIlbank 1728

Savez-vous que chez

Dupuis Frères
LIMITÉE

il y a un

Technicien Orthopédiste

qui s'occupe tout particulièrement de l'ajustement des chaussures pour les pieds faibles, malades ou difformes ? Vous pouvez lui envoyer vos clients en toute confiance; car chez DUPUIS on obtient toujours satisfaction.

865 STE-CATHERINE EST - - - PLateau 5151

CARRIÈRE & SENÉCAL

Limitée

ÉMILE CARRIÈRE, o.o.d. ADRIEN SENÉCAL, o.o.d.

OPTOMÉTRISTES-OPTICIENS À L'HÔTEL-DIEU

277 RUE SAINTE-CATHERINE EST - MONTRÉAL

Tél.: LAncaster 2211-2212

•

SPÉCIALITÉS :

Ajustement des yeux artificiels - Prescription de MM. les Oculistes remplies avec soin.

La

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

est la banque du public aussi bien que la banque des hommes d'affaires.

Le gérant de succursale se tient à votre entière disposition, qu'il s'agisse de dépôts, d'emprunts personnels, de remises, de recouvrements ou de toute question d'ordre financier au sujet de laquelle vous désireriez le consulter.

•

ACTIF TOTAL, PLUS DE $250,000,000

515 bureaux au Canada

60 succursales à Montréal

DERNIERS DEVOIRS . . .

— Laissez-nous vous assister dans vos derniers devoirs envers ceux qui partent. Nos conseils sont basés sur l'expérience.

▲

SALONS MORTUAIRES

SERVICE D'AMBULANCE

▼

GEO. VANDELAC

FONDÉE EN 1890 LIMITÉE

G. Vandelac, Jr. - Alex. Gour

•

120 EST, RUE RACHEL - MONTRÉAL

BElair 1717

PROTÉGEZ VOTRE FAMILLE *par* L'ASSURANCE-VIE

GASTON RIVET

266 ST-JACQUES OUEST MArquette 2587

Assurance de tous genres

Spécialités :

VIE - AUTO - RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

15 années d'expérience au service de profession médicale.

LES MEILLEURS CONTRATS AUX MEILLEURS PRIX

Toutes Grosseurs
D'ANTHRACITES
"WELSH"
et
"AMERICAIN"
"SCRANTON"
'bleu'

"Le Marchand Indépendant"

F. H. Phelan

"A la Tonne ou au Char"

●

MArquette 1279

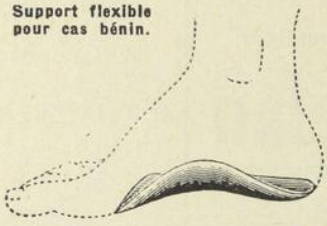
315, RUE COLBORNE

Charbons
BITUMINEUX
—
HUILE A
CHAUFFAGE
—
COKE

TABLE DES ANNONCEURS

	Page
Abbott Laboratories	Couvert. 2
Anglo-French Drug	XV
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée	XI
Banque Canadienne Nationale	XXIX
Canada Drug	XX
Carrière et Senécal	XXVIII
Casgrain & Charbonneau	V-XVII
Ciba (Compagnie)	XII-XIII
Duckett, J.-A.	XXXII
Dupuis Frères	XXVII
Eddé, J. Ltée	XIV
Frosst, Charles E. & Co.	XIX
Herdt & Charton, Inc.	XXV
Hoffmann-LaRoche Limitée	VII
Laboratoire du Bismol	XXIII-XXIV
Laboratoires Jean Olive	II
Laboratoire Nadeau Ltée	I-XVIII
Laboratoires Poulenc	Couvert. 3
Mallinckrodt Chem.	XIV
Merck & Co.	Couvert. 4
Millet, Roux et Cie	X-XVI
Ministère de la santé	XXVI
Oxygène du Canada (Compagnie)	XXVII
Parke Davis & Co.	XXII
Phelan, F. H.	XXXI
Rivet, Gaston	XXXI
Rougier Frères	IX
Schering Corporation Limited	XXI
Shuttleworth Chemical Co. Limited (The E. B.)	VI
Soc. d'Administration et de Fiducie	II
Vandelac, Georges	XXX
Victor X Ray Corporation	VIII
Winthrop Chemical Company, Inc.	III
Wyeth, John & Brother (Canada) Ltd.	IV

Support flexible pour cas bénin.



Cas grave où le support Whitman est recommandé.

PES PLANUS — PIED PLAT

Il y a toute une variété de supports plantaires fabriqués en série dont les prétendus mérites sont vantés à grand renfort de publicité. Il est douteux que ces soutiens uniformes donnent des résultats dans plus de dix pour cent des cas. Le support plantaire par excellence, recommandé par les orthopédistes, est celui que nous façonnons d'après une empreinte plâtrée du pied corrigé, sur les instructions du spécialiste. Il n'y a pas d'à peu près dans sa fabrication. Aussi, est-il très efficace et partant moins coûteux à la longue. Dans les cas graves, nous recommandons le soutien Whitman. Dans les cas ordinaires, le support Duckett, léger et flexible apportera un soulagement appréciable à votre patient.

Veuillez conseiller à vos patients de se rendre à nos bureaux sur rendez-vous de façon à ne pas faire antichambre.

J. A. DUCKETT

MEMBRES ARTIFICIELS, APPAREILS ORTHOPÉDIQUES, BANDES HERNIAIRES, CEINTURES ABDOMINALES, SUPPORTS PLANTAIRES, ETC.

2008-2014-2020, RUE BLEURY, angle Ontario, - Téléphone: HArbour 0630 - MONTRÉAL

Imprimé chez THÉRIEN FRERES, LIMITÉE
494 OUEST, RUE LAGAUCHETIÈRE, MONTRÉAL

Soneryl

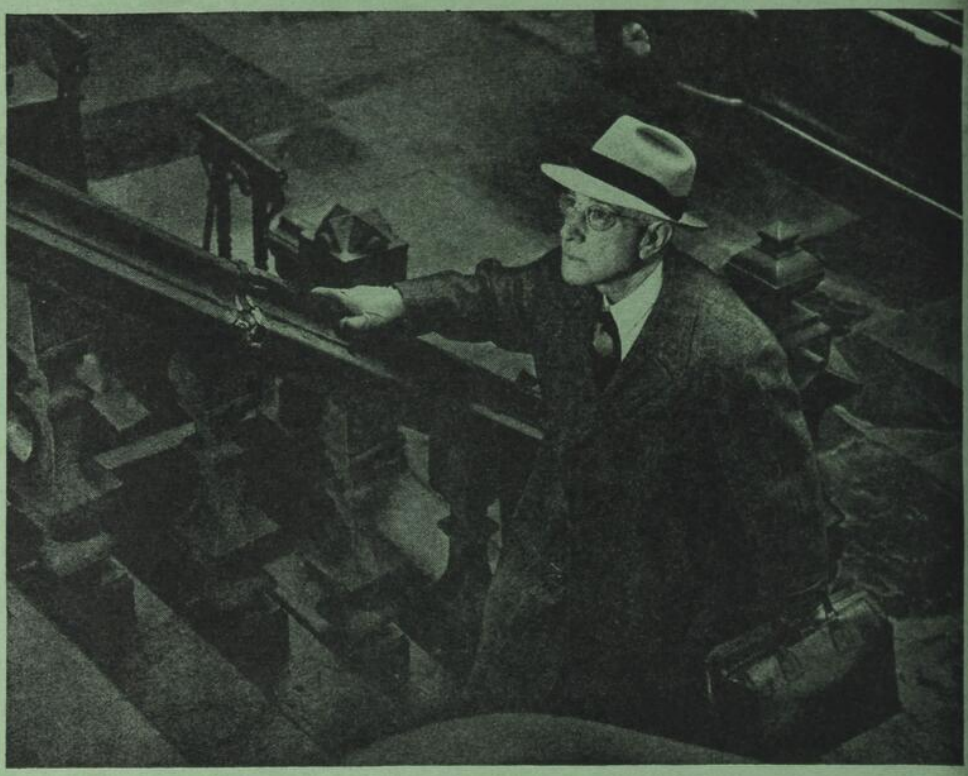
POUR UN SOMMEIL CALME ET PROFOND suivi d'un RÊVEIL FACILE et EUPHORIQUE ! Le Sonéryl est un ★ barbiturique à action douce exempt d'effets secondaires indésirables. Le sommeil est obtenu en moins de trente minutes et se prolonge paisiblement durant six à huit heures. ★

★ *Présentation* : COMPRIMÉS ROSES. *Contenant de* 20, 100, 500 et 1,000 *comprimés. Suppositoires pour usage rectal. Boîtes de* 10 *suppositoires.*

Messieurs les médecins sont priés de faire la demande d'échantillons.

Laboratoires Poulenc Frères

DU CANADA LIMITÉE — MONTRÉAL



Le médecin très pris appréciera ces avantages importants du

PYRIDIUM

- **Soulagement prompt et satisfaisant des signes urinaires pénibles.**
- **Facilité et avantages d'administration.**
- **Sûreté — absence de toxicité.**

Un nombre croissant de médecins très pris par la clientèle découvrent que le Pyridium est un agent thérapeutique chimique absolument fiable, qui peut procurer un soulagement rapide et satisfaisant des symptômes pénibles de la cystite, de la prostatite, de la pyélonéphrite et de l'uréthrite.

Une expérience clinique de plus de dix ans, comme en fait foi la littérature parue sur le Pyridium, justifie son action prompte et effective et son absence d'effets narcotiques ou irritants.

PYRIDIUM

Marque de commerce déposée

(Mono-hydrochlorure de phenylazo-alpha-alpha-diamino-pyridine)

Une décade de service dans les infections génito-urinaires

MERCK & CO. Limited *Fabricants-Chimistes* **Montréal - Toronto**