Psychothérapie / par Dr. André-Thomas ; introduction de M. le Professeur Dejerine.

Contributors

Thomas, André, 1867-1963.

Publication/Creation

Paris : Baillière, 1912.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/pdrn9kke

License and attribution

Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).

wellcome collection

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org

BIBLIOTHÈQUE DE THÉRAPEUTIQUE
GILBERT ET CARNOT

PSYCHOTHÉRAPIE

PAR

ANDRÉ-THOMAS

J.B. BAILLIÈRE & FILS


22102107661

Med
K37672

67 H



Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b28059980

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	welMOmec
Call No.	

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

Bibliothèque de Thérapeutique

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

A. GILBERT
Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de médecine de Paris.

&

P. CARNOT
Professeur agrégé de Thérapeutique
à la Faculté de médecine de Paris.

1909-1912, 28 volumes in-8, avec figures, cartonnés.

BRITISH MEDICAL
18 JAN 1949
ASSOCIATION LIBRARY

LISTE DES COLLABORATEURS

MM.

ACHARD (CH.) ..... Professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker.

APERT (E.) ..... Médecin de l'hôpital Andral.

AUBERTIN ..... Chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

AUDRY (CH.) ..... Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Toulouse.

BALTHAZARD ..... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

BERGONIÉ ..... Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

BESREDKA (A.) ..... Chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

BONNAMOUR ..... Chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon.

BOUCHARD (CH.) ..... Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

BOURCART ..... Privat-docent à la Faculté de médecine de Genève.

BRINDEAU ..... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur des hôpitaux.

CALMETTE (A.) ..... Directeur de l'Institut Pasteur de Lille, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

CARNOT (PAUL) ..... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon.

CASTAIGNE (J.) ..... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

CAUTRU (F.) ..... Ancien interne des hôpitaux de Paris.

CHAUFFARD ..... Professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine.

CLAUDE (HENRI) ..... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

COMBE (A.) ..... Professeur de Clinique infantile à la Faculté de médecine de Lausanne.

CONSTENSOUX ..... Ancien chef de clinique adjt des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris.

COYON ..... Médecin des hôpitaux de Paris.

DAGRON ..... Ancien interne des hôpitaux de Paris.

DEJERINE ..... Professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine.

DELAGENIÈRE ..... Chirurgien de l'hôpital et de l'asile d'aliénés du Mans.

DOPTER ..... Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

DUCROQUET (C.) ..... Chargé du service d'orthopédie de la polyclinique Rothschild.

DUJARDIN-BEAUMETZ ..... Chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

DUPUY-DUTEMPS ..... Ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

DURAND ..... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien des hôpitaux.

FERRAND (MARCEL) ..... Chef de laboratoire à l'hospice des Enfants-Assistés.

FRAIKIN ..... Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

GARNIER (MARCEL) ..... Médecin des hôpitaux de Paris.

GAUTIER (ARMAND) ..... Professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

MM.

GILBERT (A.) — Professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

GRENIER DE CARDENAL — Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

GUILLAIN — Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris.

HEITZ — Ancien interne des hôpitaux de Paris.

HIRTZ (EDG.) — Médecin de l'hôpital Necker.

IMBERT — Chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Lyon.

JACQUET (L.) — Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

JEANNIN — Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur des hôpitaux.

JOSUÉ (O.) — Médecin de l'hôpital de la Pitié.

KUSS — Médecin en chef du sanatorium de l'Assistance publique à Angicourt.

LABBÉ (MARCEL) — Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité.

LALESQUE — Ancien interne des hôpitaux de Paris, membre correspondant de l'Académie de médecine.

LAMARQUE — Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

LANDOUZY — Doyen de la Faculté de médecine de Paris, professeur de Clinique médicale à l'hôpital Laennec, membre de l'Académie de médecine.

LAUNAY (DE) — Professeur de géologie appliquée à l'École supérieure des mines.

LECÈNE (PAUL) — Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

LEJONNE — Ancien interne des hôpitaux de Paris.

LEMIERRE — Ancien interne des hôpitaux de Paris.

LÉPINE (J.) — Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

LÉPINE (R.) — Professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux.

LEREBOULLET (P.) — Médecin des hôpitaux de Paris.

LŒPER — Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris.

LOMBARD (ÉTIENNE) — Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris.

MARFAN — Professeur de Thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

MARIE (PIERRE) — Professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

MARION — Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

MARTEL (DE) — Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

MARTIN (J.) — Professeur agrégé à la Faculté de Toulouse.

MARTIN (LOUIS) — Médecin en chef de l'hôpital Pasteur.

MAUREL — Professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

MAYOR — Professeur de Thérapeutique à la Faculté de médecine de Genève.

MENETRIER — Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon.

METCHNIKOFF — Sous-directeur de l'Institut Pasteur.

MILIAN — Médecin des hôpitaux de Paris.

MOUCHET — Chirurgien des hôpitaux de Paris.

MM.

MOUREU ..... Professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine.

NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH (Mme). Ancien interne des hôpitaux de Paris, chargée d'un service de gymnastique orthopédique à l'hôpital des Enfants-Malades.

NICOLAS ..... Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lyon.

NOBÉCOURT ..... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

NOC ..... Médecin des troupes coloniales.

NOGIER (TH.) ..... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

OUDIN ..... Président de la Société d'Électrothérapie.

PAISSEAU ..... Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

PARISET. ..... Docteur ès sciences, directeur des services hydrothérapiques de l'établissement thermal de Vichy.

PAUCHET ..... Professeur à l'École de médecine d'Amiens.

PIATOT ..... Ancien interne des hôpitaux de Paris.

PIC ..... Professeur de Thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon.

PINARD ..... Professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

POUCHET (G.) ..... Professeur de Pharmacologie et de Matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

RAUZIER ..... Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

REMLINGER ..... Directeur de l'Institut Pasteur de Tanger.

RIBADEAU-DUMAS ..... Médecin des hôpitaux de Paris.

RIST (E.) ..... Médecin de l'hôpital Laennec (tuberculeux).

ROBIN (ALBERT) ..... Professeur de Clinique thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine.

ROGER (H.) ..... Professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

ROY (M.) ..... Professeur à l'École dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux.

SABOURAUD ..... Chef du laboratoire de la Ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis.

SABRAZÈS ..... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux.

SACQUÉPÉE (E.) ..... Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

SALIMBENI (A.-T.) ..... Chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

THOMAS (ANDRÉ) ..... Chef du laboratoire de la clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

TISSIÉ (PH.) ..... Inspecteur des exercices physiques des lycées et collèges de l'Académie de Bordeaux.

TUFFIER ..... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

VAILLARD (L.) ..... Directeur du Val-de-Grâce, médecin inspecteur général de l'armée, membre de l'Académie de médecine.

VAQUEZ (H.) ..... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

WIART ..... Chirurgien des hôpitaux de Paris.

WIDAL (F.) ..... Professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Cochin, membre de l'Académie de médecine.

ZIMMERN (A.) ..... Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Chef du laboratoire de radiologie à la Charité.

BIBLIOTHÈQUE DE THÉRAPEUTIQUE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

A. GILBERT & P. CARNOT

PSYCHOTHÉRAPIE

BIBLIOTHÈQUE DE THÉRAPEUTIQUE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

A. GILBERT & P. CARNOT

1909-1912, 28 volumes in-8, avec figures, cartonnés.
Chaque volume : 8 à 15 francs.

1re Série. — LES AGENTS THÉRAPEUTIQUES.

I. **Art de Formuler**, par le Pr Gilbert. 1 vol.

II. **Technique thérapeutique médicale**, par le Dr Milian. 1 vol.

III. **Technique thérapeutique chirurgicale**, par les Drs Pauchet et Ducroquet. 1 vol..... **15 fr.**

IV-VII. **Physiothérapie.**

I. *Electrothérapie*, par le Dr Nogier. 1 vol..... **10 fr.**

II. *Radiothérapie, Radiumthérapie, Photothérapie, Thermothérapie*, par les Drs Oudin et Zimmern. 1 vol.

III. *Kinésithérapie : Massage, Gymnastique, Mobilisation*, par les Drs P. Carnot, Dagron, Ducroquet, Nageotte-Wilbouchewitch, Cautru, Bourcart. 1 vol..... **12 fr.**

IV. *Mécanothérapie, Rééducation motrice, Jeux et Sports, Méthode de Bier, Hydrothérapie, Aérothérapie*, par les Drs Fraikin, Grenier de Cardenal, Constensoux, Tissié, Delagenière, Pariset.. **8 fr.**

VIII. **Crénothérapie** (*Eaux minérales*), **Climatothérapie, Thalassothérapie**, par le Pr Landouzy, les Prs A. Gautier, Moureu, De Launay, les Drs Heitz, Lamarque, Lalesque, P. Carnot. 1 vol..... **14 fr.**

IX-X. **Médicaments chimiques et végétaux** (*Chimiothérapie et Phytothérapie*), par le Pr Pic et les Drs Bonnamour et Imbert. 2 vol.

XI. **Médicaments animaux** (*Opothérapie*), par P. Carnot. 1 vol.... **12 fr.**

XII. **Médicaments microbiens** (*Bactériothérapie, Vaccination, Sérothérapie*), par Metchnikoff, Sacquépée, Remlinger, Louis Martin, Vaillard, Dopter, Besredka, Salimbeni, Dujardin-Beaumetz, Calmette. 1 vol. *2e édition*..... **12 fr.**

XIII. **Régimes alimentaires**, par le Dr Marcel Labbé. 1 vol..... **12 fr.**

XIV. **Psychothérapie**, par le Dr André Thomas. 1 vol..... **12 fr.**

2e Série. — LES MÉDICATIONS.

XV. **Médications générales**, par les Drs Bouchard, H. Roger, Sabouraud, Sabrazès, Pouchet, Balthazard, Langlois, Bergonié, P. Carnot, P. Marie et Clunet, Pinard, Apert, Maurel, Rauzier, Lépine, Albert Robin et Coyon, Chauffard, Widal et Lemierre. 1 vol..... **14 fr.**

XVI. **Médications symptomatiques** (*M. nerveuses, circulatoires génitales et cutanées*), par Jean Lépine, Sicard, Guillain, Maurice de Fleury, Jacquet et Ferrand, Mayor. 1 vol.

XVII. **Médications symptomatiques** (*M. digestives, hépatiques, rénales, respiratoires*), par Gilbert, Castaigne, Menetrier. 1 vol.

3e Série. — LES TRAITEMENTS.

XVIII. **Thérapeutique infectieuse**, par les Drs Nobécourt, Noc, Marcel Garnier, Lereboullet. 1 vol.

XIX. **Thérapeutique de la Nutrition et des Intoxications**, par les Drs Lereboullet, Lœper. 1 vol.

XX. **Thérapeutique nerveuse**, par les Drs Claude, Lejonne, De Martel. 1 vol.

XXI. **Thérapeutique respiratoire et de la Tuberculose**, par les Drs Hirtz, Rist et Ribadeau-Dumas, Tuffier et Martin, Kuss. 1 volume... **14 fr.**

XXII. **Thérapeutique cardiaque et vasculaire** (*Cœur, Vaisseaux, Sang*), par les Drs Josué, Vaquez et Aubertin, Wiart. 1 vol.

XXIII. **Thérapeutique digestive. Foie. Pancréas**, par les Drs P. Carnot, Combe, Lecène. 1 vol.

XXIV. **Thérapeutique articulaire, osseuse et ganglionnaire**, par les Drs Marfan, Mouchet, Piatot. 1 vol.

XXV. **Thérapeutique urinaire** (*Reins, Vessie, Uretère, Urètre, Organes génitaux de l'homme*), par les Drs Achard et Paisseau, Marion. 1 vol. **12 fr.**

XXVI. **Thérapeutique gynécologique et obstétricale**, par les Drs Jeannin et Guéniot 1 vol.

XXVII. **Thérapeutique cutanée et vénérienne**, par les Drs Audry, Durand, Nicolas. 1 vol..... **12 fr.**

XXVIII. **Thérapeutique des Yeux, des Oreilles, du Nez, du Larynx, de la Bouche, des Dents**, par les Drs Dupuy-Dutemps, Étienne Lombard, M. Roy. 1 vol.

12498-10. — Corbeil. Imprimerie Crété.

BIBLIOTHÈQUE DE THÉRAPEUTIQUE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

A. GILBERT & **P. CARNOT**

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. — Professeur agrégé de Thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

PSYCHOTHÉRAPIE

PAR

le Dr **ANDRÉ-THOMAS**

CHEF DE LABORATOIRE DE LA CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

Introduction de M. le Professeur ***DEJERINE***

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION LIBRARY 18 JAN 1949

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1912

Tous droits réservés.

/11025423

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. welMOmec
Call No. WM

PRÉFACE

La Thérapeutique est la synthèse et la conclusion de la Médecine. Si Platon admettait que la plus belle Science est la plus inutile, il nous apparaît, au contraire, qu'une Science est d'autant plus belle qu'elle est plus féconde et qu'elle a pour but le soulagement des misères humaines. De fait, les plus éclatantes recherches de Médecine expérimentale, les plus subtiles analyses cliniques valent surtout par l'effort curateur auquel elles aboutissent.

Aussi la Thérapeutique, malgré ses incertitudes et ses tâtonnements, demeure-t-elle l'obsession du Chercheur et du Praticien. Aussi les Savants, même les plus illustres, les Cliniciens, même les plus réputés, à qui nous avons fait appel, nous ont-ils chaleureusement donné leur concours : qu'ils en soient tous remerciés ici !

La Thérapeutique peut être envisagée différemment, suivant que l'on prend pour point de départ de son étude le Médicament, le Symptôme ou la Maladie. La Bibliothèque de Thérapeutique sera donc divisée en trois Séries convergentes, dans lesquelles seront étudiés les AGENTS THÉRAPEUTIQUES, les MÉDICATIONS, les TRAITEMENTS. Chaque série comprendra un certain nombre de volumes, indépendants les uns des autres et paraissant en ordre dispersé, mais dont la place est nettement déterminée dans le plan d'ensemble de l'ouvrage.

I

La première Série est relative aux AGENTS THÉRAPEUTIQUES.

Elle comprend, comme une sorte d'introduction générale, l'*Art de formuler*, dont l'importance s'accroît par la publication d'un nouveau Codex et par les Conventions Internationales relatives aux Médicaments héroïques. Elle comprend aussi l'étude des *Techniques thérapeutiques médicales et des Techniques thérapeutiques chirurgicales.*

L'étude des *Agents physiques* a pris, depuis quelques années, un développement considérable. Les diverses branches de la *Physiothérapie* offrent, par là même, au Praticien, une série de ressources nouvelles. Qu'il s'agisse de *Kinésithérapie*, de *Massage*, d'*Hydrothérapie*, d'*Électrothérapie*, de *Radiothérapie*, etc., tout médecin doit savoir appliquer, lui-même, les méthodes usuelles et connaître le

principe, les indications et les résultats des méthodes plus compliquées, qui restent, nécessairement, confiées aux Spécialistes.

L'étude des *Médicaments chimiques* a fait, elle aussi, de grands progrès. Les Médicaments minéraux, dont on aurait pu croire la liste épuisée, ont récemment revêtu des formes nouvelles (combinaisons organiques, métaux colloïdaux), douées de nouvelles propriétés thérapeutiques. Quant aux Médicaments organiques, leur nombre s'accroît tous les jours; déjà quelques lois de pharmacodynamie permettent de prévoir leur action thérapeutique, suivant l'introduction de tel noyau ou de tel radical : qu'il s'agisse des sulfones et de leurs propriétés hypnotiques, des ecgonines et de leurs propriétés anesthésiques, des anthraquinones et de leurs propriétés purgatives, le chimiste commence à jongler avec les molécules et fabrique méthodiquement des médicaments synthétiques, comme il fabriquait déjà des couleurs ou des parfums.

Si les *Médicaments d'origine végétale* sont, de plus en plus, obtenus par synthèse, par contre de nouvelles plantes entrent, à leur tour, dans la matière médicale. La flore tropicale tient probablement encore en réserve bien des médicaments utiles.

Les *Médicaments d'origine animale*, fort employés jadis, puis fort oubliés, ont été surtout étudiés depuis Brown-Séquard. Qu'il s'agisse de thyroïdine ou d'adrénaline, de pepsine ou de sécrétine, l'*Opothérapie* utilise des produits fabriqués par l'organisme même et supplée à l'insuffisance glandulaire, en fournissant artificiellement au malade les substances qu'il ne fabrique plus. Il y a là tout un monde de corps et d'anticorps, qui, vraisemblablement, feront la base de la Thérapeutique de demain.

Les *Médicaments d'origine microbienne* ont métamorphosé le traitement et la prophylaxie des maladies infectieuses. Ils peuvent conférer une immunité active grâce aux méthodes Pastoriennes de *Vaccination*, ou passive grâce aux méthodes de *Sérothérapie*, par lesquelles, après Ch. Richet, après Behring et Roux, on utilise les humeurs d'animaux chez qui l'on a provoqué préalablement la formation d'anticorps. On peut aussi, avec Metchnikoff, faire de la *Bactériothérapie*, en opposant aux microbes nocifs d'autres microbes domestiqués et inoffensifs, dont le développement gêne celui des premiers.

L'étude des Agents Thérapeutiques comprend encore la *Crénothérapie*, la *Thalassothérapie*, la *Climatothérapie*. Sous le nom de Crénothérapie (κρήνη, source), on peut grouper, avec Landouzy, les méthodes thérapeutiques, si complexes mais si puissantes, relatives aux Eaux Minérales. Les richesses naturelles de notre pays en Stations Thermales, Maritimes ou Climatériques, sont, d'ailleurs, telles

qu'aucun pays n'en possède d'équivalentes et ne peut aussi complètement se suffire à lui-même.

L'étude de la *Diététique* et des *Régimes* s'est beaucoup précisée : on peut, actuellement, doser l'énergie nutritive nécessaire à un organisme et la lui fournir sous telle ou telle forme isodyname, suivant l'état de ses viscères. Le régime, ainsi scientifiquement établi, fait, de plus en plus, partie de l'ordonnance et du traitement.

Enfin l'étude des *Agents psychiques* a pris, elle aussi, une grande importance : si l'influence du moral sur le physique est telle qu'il suffit parfois pour modifier l'évolution d'une maladie, de remonter les courages et d'imposer une volonté ferme, combien plus efficace encore est une direction morale méthodiquement graduée, suivant les règles précises de la *Psychothérapie* !

Tels sont les principaux Agents Thérapeutiques que le Praticien peut utiliser. Il est maintenant nécessaire de les grouper et de les combiner, en vue d'une Médication ou d'un Traitement.

II

La deuxième Série est relative à l'étude des MÉDICATIONS.

Étant donné un symptôme clinique, le premier problème thérapeutique qui se pose est de savoir si l'on doit agir sur lui, le favoriser ou le combattre ; or, ce n'est pas toujours une question facile à résoudre. Si certains symptômes sont, dans tel cas déterminé, manifestement défavorables et doivent être combattus (tels l'asphyxie, la putridité, etc.), d'autres, par contre, indiquent un effort réactionnel de l'organisme, que l'on doit respecter et même favoriser : tels les processus de l'inflammation mis en jeu par l'organisme contre l'infection, et qui doivent être respectés tant que leur excès même ne devient pas nuisible ; tel l'épistaxis d'un hypertendu, soupape de sûreté qui préserve parfois d'une hémorragie cérébrale. Mais, si tel symptôme doit être combattu et tel autre favorisé, beaucoup ont une signification variable ou douteuse : telle la fièvre. Aussi, bien souvent, en Thérapeutique, le difficile est-il non pas d'agir, mais de savoir s'il faut agir et dans quel sens.

En second lieu, pour ou contre un symptôme donné, on peut utiliser plusieurs méthodes thérapeutiques. Chacune a ses indications et ses contre-indications, et l'on ne traitera pas l'insomnie d'un cardiaque comme celle d'un fébricitant ou d'un douloureux.

On voit, par là, toute l'importance pratique que présente l'étude des Médications Symptomatiques. Ce sont, d'ailleurs, celles dont on doit, le plus souvent, se contenter, faute de mieux, lorsqu'on ne peut atteindre la cause même du mal.

III

Enfin la troisième Série comprend l'étude des TRAITEMENTS.

Le Traitement d'une Maladie, lorsqu'il n'est pas pathogénique, est fait, le plus souvent, de la juxtaposition d'une série de Médications symptomatiques. Il devra se modifier incessamment, en se modelant sur la marche même de l'affection. Par exemple, le Traitement d'une fièvre typhoïde sera représenté par une série de Médications dirigées non seulement contre l'infection éberthienne, mais aussi contre la fièvre, contre l'adynamie, contre la faiblesse cardiaque, contre les hémorragies intestinales, etc., suivant les symptômes successifs que l'examen clinique révélera.

Beaucoup de traitements sont devenus, dans ces dernières années, médico-chirurgicaux, qu'il s'agisse de sténose pylorique, de gangrène pulmonaire, de lithiase biliaire, de tuberculose rénale, etc. La partie médicale doit donc être complétée par une partie chirurgicale, de telle sorte que l'on puisse envisager, sous leurs différentes faces, les multiples traitements d'une même maladie.

C'est dans cet esprit qu'une série de volumes sont consacrés aux Traitements des Maladies Générales (Infections, Intoxications, Maladies de la Nutrition), des Maladies de chaque organe (Maladies nerveuses, digestives, circulatoires, pulmonaires, génito-urinaires), ainsi que des Spécialités (Maladies cutanées et vénériennes ; Maladies de la bouche, du nez, du larynx, des oreilles et des yeux).

A. GILBERT et P. CARNOT.

INTRODUCTION

L'ouvrage que publie mon élève le Dr André-Thomas est un traité complet de Psychothérapie et je suis heureux de le signaler à l'attention du public médical. On trouvera dans ce volume, en dehors d'une symptomatologie très complète des états névropathiques, une étude critique et détaillée des différentes opinions qui ont été émises pour expliquer la genèse de ces accidents.

La partie thérapeutique proprement dite, c'est-à-dire la psychothérapie, a été traitée très en détail et d'une manière très complète par l'auteur. Depuis vingt-cinq ans que je pratique et que j'enseigne la psychothérapie, je n'ai pas à faire valoir ici les mérites de ce mode de traitement des Psychonévroses, le seul en effet qui donne des guérisons durables et stables, car il s'adresse à la cause de ces affections, c'est-à-dire à l'état mental. Aujourd'hui du reste, bien peu nombreux sont les médecins qui, insuffisamment avertis, doutent encore de l'efficacité du traitement moral dans les états névropathiques.

D'une lecture attrayante et facile, riche en observations personnelles, l'ouvrage du Dr André-Thomas trouvera auprès des médecins, j'en suis convaincu, l'accueil favorable qui est dû à toute œuvre consciencieuse et longuement mûrie.

J. Dejerine.

Paris, 30 avril 1912.

PSYCHOTHÉRAPIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Définition. — Par psychothérapie on entend le traitement des maladies par les agents ou les procédés psychiques, de même que la physiothérapie désigne le traitement des maladies par les agents physiques. « La psychothérapie, dit Grasset, est le traitement des maladies par les moyens psychiques, c'est-à-dire par la persuasion, l'émotion, la suggestion, la distraction, l'éducation, la foi et les prédications, en un mot par la pensée et tout ce qui s'y rattache. »

La scission entre les deux méthodes n'est pas aussi tranchée qu'elle pourrait le paraître au premier abord, et j'aurai l'occasion de rappeler, au cours de ce livre, que les merveilleux résultats obtenus auprès de certains malades par l'emploi des agents physiques sont dus parfois à l'influence psychique, qui s'est exercée par leur intermédiaire.

Inversement, la psychothérapie est très heureusement secondée, dans un grand nombre de cas, par les conditions physiques qui sont imposées au malade pour en recevoir les applications.

La psychothérapie est vieille comme le monde, et avant qu'elle ne fût employée à titre de méthode thérapeutique, elle a été mise en œuvre par plus d'un praticien, en quelque sorte à son insu. Pourquoi tel médecin a-t-il guéri avec tel médicament certains malades, que le même médicament, prescrit sous une formule presque identique par un autre médecin, n'a même pas soulagés ? Pour la plupart des cas, on ne saurait expliquer une différence de résultats aussi paradoxale, en invoquant une faute de posologie commise par le praticien moins heureux, et mieux vaut dire que l'insuccès ne revient pas au médicament, mais à celui qui l'a ordonné. Celui qui a guéri le malade s'est intéressé à lui, l'a encouragé, l'a convaincu; celui

qui n'a pas réussi n'a pas su employer les mêmes procédés de persuasion, ou il n'en a pas pris le temps; car dans le cas auquel je fais allusion, le mal était certainement beaucoup plus dans l'idée que dans l'organe, et la guérison était acquise avant que la première cuillerée de la potion ne fût avalée; c'est la bonne parole du médecin qui a tout fait.

Ainsi comprise, la psychothérapie rentre dans les attributs de tout médecin : il doit au *savoir* associer le *savoir faire*. Qu'il s'efforce de devenir un savant, mais qu'il n'oublie pas les principes d'humanité et d'altruisme que les meilleurs lui ont légués; qu'il joue vis-à-vis du malade ce rôle moral sans lequel il ne saurait être un praticien accompli. C'est ainsi qu'il imposera ses conseils, qu'il inspirera confiance à ses patients, et qu'il obtiendra d'eux l'exécution rigoureuse de ses prescriptions : envisagée sous ce jour, la psychothérapie n'est pas une affectation sentimentale, c'est un principe fondamental de médecine pratique, peut-être un peu trop négligé, depuis que, sous le coup de découvertes incessantes, les sciences médicales s'orientent de plus en plus vers un idéal positiviste.

La thérapeutique tend à devenir de plus en plus rationnelle, pathogénique, physiologique : au myxœdémateux on prescrit le corps thyroïde, au diphtérique un sérum antitoxique, au basedowien le sérum d'un animal éthyroïdé. Il n'est pas invraisemblable que certaines affections mentales ne proviennent, elles aussi, de troubles organiques qui relèveront un jour de la thérapeutique physique, médicamenteuse ou glandulaire — pour la genèse de quelques-unes, en effet, on tend à incriminer un mauvais fonctionnement des glandes vasculaires sanguines — mais, en attendant, pour la plupart des malades dont nous localisons sûrement le mal non pas dans le corps, mais dans l'esprit, dans la pensée, en un mot dans les fonctions psychiques..., ce n'est ni dans les poisons, ni dans la physiothérapie qu'il faut espérer trouver le remède salutaire; nous n'en connaissons pas un qui, par ses propres vertus, soit capable de rendre la volonté, l'énergie, la confiance. Au mal physique on oppose un traitement physique; au mal moral on oppose un traitement moral. C'est ce qu'exprime si ingénieusement Clitandre, dans l' « Amour médecin » ; « Monsieur, mes remèdes sont différents de ceux des autres : ils ont l'émétique, les saignées, les médecines et les lavements; mais moi je guéris par des paroles, par des sons, par des lettres, par des talismans et par des anneaux constellés..... Comme l'esprit a grand empire sur le corps, et que c'est de lui bien souvent que procèdent les maladies, ma coutume est de guérir les esprits avant de venir au corps. »

Les services rendus par cette méthode ne sont pas seulement d'ordre thérapeutique; ils ont une portée plus générale. Nul ne songerait à nier l'influence du moral sur le physique, pas plus que l'influence inverse; dans le domaine pathologique, la psychothérapie a contribué à en donner la meilleure démonstration, et certains phénomènes physiques, dont la nature organique n'aurait soulevé autrefois aucun doute, sont reconnus aujourd'hui, grâce à elle, comme ayant une origine psychique.

En résumé, si la psychothérapie fait partie intégrante de toute thérapeutique, elle peut devenir dans un assez grand nombre de cas, vis-à-vis de certaines maladies, une méthode de choix, dont il convient de préciser les indications, les applications et les règles.

Maladies auxquelles s'adresse la psychothérapie. — Il y a très peu de maladies qui ne soient justiciables de la psychothérapie : seuls restent réfractaires les malades dont l'affaiblissement intellectuel est trop prononcé pour qu'ils soient accessibles à ce genre de thérapeutique.

Même dans les maladies organiques, dont le pronostic est le plus sévère, le médecin peut être un excellent agent de réconfort moral, s'il veut bien s'en donner la peine. Sa tâche est très variable suivant les cas : elle est ingrate pour la plupart, elle est singulièrement facilitée auprès de quelques malades, dont il s'agit de bercer le plus longtemps possible les illusions, auprès des tuberculeux, par exemple, par une euphorie qui malheureusement est presque toujours le prélude d'une fin prochaine.

Le médecin, qui sait bien prendre son malade et acquérir auprès de lui de l'ascendant moral, se place dans les meilleures conditions pour obtenir l'exécution intégrale de ses prescriptions, la discipline, et la méthode qui sont indispensables pour mener à bien diverses interventions thérapeutiques, et surtout les traitements de longue durée, pour décider les patients et leurs familles aux résolutions urgentes, par exemple celle d'une opération. C'est en cela que la médecine n'est pas seulement une science, mais un art. Celui qui est doué d'une certaine sentimentalité, animé de penchants humanitaires, qui voit dans l'exercice de sa profession autre chose que le côté commercial, et qui sait doubler la sèche formule de l'ordonnance de la bonne parole qui émeut, attache et convainc, celui-là est le médecin dans toute l'acception du terme.

La psychothérapie a néanmoins d'autres aspirations. Vis-à-vis de certains malades, elle doit être le seul agent thérapeutique; c'est d'elle qu'il faut attendre la guérison, elle peut être franchement *curative;* pour beaucoup d'autres, elle est encore le seul remède,

mais elle doit avoir des visées plus modestes : à défaut de guérison elle procure du soulagement, elle n'est que *palliative*.

La psychothérapie curative s'adresse presque exclusivement aux psychonévroses : c'est-à-dire la neurasthénie et l'hystérie ; palliative elle s'applique à un très grand nombre de maladies mentales.

Pour être bon psychothérapeute, il faut avoir des connaissances étendues non seulement sur les maladies dites fonctionnelles du système nerveux, mais encore sur les maladies organiques. Le diagnostic des unes et des autres est quelquefois délicat au début, et il est aussi fâcheux de prendre pour un état organique de simples troubles fonctionnels que de commettre l'erreur inverse ; que l'on s'entoure donc de toutes les précautions et qu'avant de conclure, on procède à un examen consciencieux des organes en cause. On saura alors ce qu'on peut attendre de la psychothérapie et comment il convient de la pratiquer.

Il n'est pas moins indispensable d'avoir présents à l'esprit les principaux facteurs étiologiques des maladies nerveuses et mentales, et de pouvoir départager leur influence dans la genèse de ces diverses affections.

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES MALADIES NERVEUSES.

Émotion et émotivité. — Il est un agent qui domine toute l'étiologie des psychonévroses et d'un certain nombre de maladies mentales : c'est l'émotion. Il y a un état constitutionnel qui dispose plus que tous les autres à leur éclosion : c'est l'émotivité.

Si dans le langage courant on sait fort bien ce que signifient ces deux termes, l'opinion des psychologues, des médecins et des psychiatres est loin d'être unanime sur le groupe de phénomènes qu'ils servent à désigner.

Qu'est-ce qu'une émotion ? C'est l'état produit par un choc psychique et c'est tout. De même que le choc physique se traduit par des phénomènes de sensibilité et des phénomènes réflexes, qu'il donne lieu à des mouvements de défense et dans certains cas à des réactions psychiques plus complexes ; de même le choc psychique se traduit également par des phénomènes de sensibilité et des phénomènes réflexes ; il provoque à son tour des réactions ou des répercussions psychiques variées.

L'intensité de la sensation, de même que les phénomènes réflexes ou les mouvements de défense qui lui sont liés, dépend à la fois

de l'intensité du choc physique et de l'aptitude à sentir de celui qui le reçoit, ou *sensibilité ;* de même en est-il de l'émotion, dont l'intensité et les phénomènes subséquents sont subordonnés à l'intensité du choc psychique lui-même et à l'aptitude à s'émouvoir de celui qui l'éprouve, ou *émotivité*.

Les effets de l'émotion sont anormaux ou morbides pour deux raisons : ou bien l'intensité du choc psychique est excessive, ou bien l'émotivité du sujet est elle-même anormale et pathologique. Avant d'affirmer que les effets de l'émotion sont pathologiques, il faudrait être renseigné sur les effets physiologiques de l'émotion; c'est le point le plus délicat de cette étude, parce que l'émotion est un de ces phénomènes que nous ne pouvons apprécier que d'une manière très relative, à travers notre subjectivité.

Réactions physiologiques de l'émotion. — L'émotion physiologique donne lieu à trois ordres de phénomènes : des phénomènes viscéraux, des réactions sensitivo-motrices, des modifications psychiques. On ne les retrouve pas au complet chez tous les individus à propos de toute émotion : chaque sujet a sa manière propre de réagir, et d'une manière générale on peut dire qu'un des principaux caractères des réactions émotionnelles est d'être individuelles et spécifiques. Malgré cela, nous savons reconnaître, dans la très grande majorité des cas, les limites de l'émotion physiologique.

Les symptômes viscéraux de l'émotion sont variables par l'organe sur lequel ils se localisent et aussi suivant le sens de la réaction. Je rappellerai les principaux dans le domaine de la circulation : la tachycardie, l'arythmie et les palpitations, la bradycardie et la syncope ; les troubles vaso-moteurs, la vaso-constriction et la vaso-dilatation. L'émotion détermine chez les uns l'accélération des battements du cœur ; chez les autres, le ralentissement. Une même émotion provoque chez les uns la pâleur de la face, chez d'autres la rougeur. Les réactions de l'appareil respiratoire sont le plus ordinairement la dyspnée et la polypnée, plus rarement la toux, les crachements. Les manifestations digestives : le vomissement, la diarrhée ; les manifestations de l'appareil urinaire : la polyurie, la pollakiurie. L'exagération des sécrétions salivaires, nasales, lacrymales, sudorales, est bien connue. Toutes les glandes, les glandes à sécrétion interne elles-mêmes, peuvent subir le contre-coup des réactions émotives.

Les émotions donnent encore lieu à des perturbations sensitives : céphalée, sensation de brisure, de courbature, de constriction thoracique, d'épuisement et d'anéantissement. L'affaiblissement des perceptions (visuelles, auditives) est déjà plus complexe et doit figurer parmi les modifications psychiques qu'entraîne l'émotion.

c'est un phénomène de distraction dû lui-même à une diminution de l'attention.

Les réactions motrices sont plus accessibles à notre observation : ce sont des gestes, de l'agitation motrice, du tremblement, des spasmes, gémissements, soupirs et sanglots, ou bien au contraire l'inertie, la dépression, l'immobilité.

L'émotion est, suivant les cas et les individus, dynamogénique ou inhibitrice, elle est parfois alternativement ou successivement l'une et l'autre. Enfin les réactions supérieures d'origine psychique sont elles-mêmes d'ordres très divers, on peut les ramener à deux groupes : les sentimentales (chagrin, honte, peur, colère) et les intellectuelles (agitation, associations des idées, verbigérations, hypermnésie, etc.).

Toutes ces réactions d'origine émotive se produisent immédiatement sous le coup de l'évènement qui les a provoquées, mais elles se prolongent toujours pendant un certain temps. Néanmoins, elles s'atténuent progressivement, et tout individu normal dont l'équilibre a été momentanément rompu, tend à le reprendre, parce que physiquement et psychiquement il est capable de s'adapter aux conditions nouvelles créées per l'émotion elle-même.

Émotion morbide. — Au contraire l'émotion pourra être considérée comme morbide :

1° Lorsque le choc étant excessif, les réactions elles-mêmes sont très fortes et durables ;

2° Lorsque les réactions ne sont proportionnées ni en intensité ni en durée à l'évènement qui les fait naître. Les réactions peuvent être nulles ou excessives ; elles peuvent être trop violentes et trop brèves ; tout en étant à peine apparentes, elles n'en ont pas moins de sérieuses conséquences ; elles ne sont pas alors en surface, mais en profondeur.

Dans le premier groupe de faits, l'émotion ne tient son caractère pathologique que des influences extérieures, du traumatisme lui-même ; dans le second groupe, des aptitudes spéciales du sujet, de son émotivité. Cette émotivité anormale ou pathologique peut être elle-même occasionnelle, momentanée, ou au contraire permanente et dépendant de la constitution anormale du sujet ; elle est dite alors constitutionnelle.

Les anomalies occasionnelles de l'émotivité reconnaissent ordinairement pour cause des émotions successives et répétées qui, en s'additionnant, ont augmenté la fragilité de l'individu et diminué sa résistance. Elles tiennent encore souvent à ce fait que l'émotion n'a pu être complètement satisfaite ; que ce soit intentionnellement ou

accidentellement, il y a eu opposition aux divers modes des réactions émotives, dont quelques-unes sont utiles.

« La douleur qui se tait n'en est que plus funeste. »

Les émotions contenues, refoulées, sont en effet les plus nuisibles ; elles jouent un rôle important dans la pathogénie des psychonévroses et j'aurai maintes fois l'occasion d'y revenir. Il n'est pas moins nécessaire de se rappeler qu'à l'origine des mêmes affections on retrouve fréquemment la multiplicité des émotions.

Émotivité constitutionnelle. — Les anomalies constitutionnelles de l'émotivité sont fréquentes dans les antécédents d'un très grand nombre d'aliénés, et on peut affirmer qu'elles jouent un rôle de premier ordre dans l'éclosion et l'évolution de plusieurs maladies mentales. Les limites entre ces deux sortes d'émotivité pathologique sont toutefois plus faciles à tracer théoriquement que pratiquement, parce qu'il arrive que les anomalies constitutionnelles de l'émotivité se révèlent pour la première fois à l'occasion de l'émotion la plus banale et la plus légitime. Il serait donc utile de savoir sur quels éléments on peut se baser pour affirmer que chez tel ou tel individu l'émotivité est constitutionnellement anormale.

D'après Dupré, qui ne résume en quelque sorte que l'opinion de la plupart des auteurs, il y a une émotivité constitutionnelle, terrain sur lequel se manifestent les troubles nerveux psychiques dus à l'émotion (ces troubles correspondent au nervosisme des anciens auteurs), associés souvent à la débilité ou la déséquilibration de l'intelligence et de la volonté, également à des anomalies constitutionnelles de la sensibilité viscérale, de la motilité ou de la nutrition. Les signes de cette constitution émotive sont : 1° l'exagération, dans leur instantanéité et leur amplitude, des réflexes tendineux, pupillaires, cutanés ; 2° l'hyperesthésie sensorielle ; 3° le déséquilibre des réactions vasomotrices et sécrétoires ; 4° la tendance aux spasmes ; 5° l'intensité et la diffusion anormale des effets physiques et psychiques des émotions.

Peut-on réellement accorder à ces divers éléments la valeur de signes ? Il ne paraît pas solidement établi que tous les individus qui ont des réflexes très vifs (tendineux, pupillaires, cutanés) soient plus émotifs que d'autres, et inversement, on peut être très émotif sans avoir des réflexes exagérés. D'autre part, il me paraît imprudent d'englober tous les faits de constitution émotive anormale dans un même groupe et sous un même cadre symptomatique, parce qu'il n'est pas démontré que toutes ces anomalies soient de même nature et exercent indifféremment leur influence sur la

genèse des maladies mentales. Par contre, il paraît établi que le terrain émotif est caractérisé par l'éréthisme diffus de la sensibilité et l'insuffisance de l'inhibition motrice, réflexe et volontaire.

L'émotivité est constitutionnellement anormale pour diverses raisons :

L'exagération des réactions viscérales, ou sensitives, ou motrices, ou même psychiques sous le coup de l'émotion : cette exagération peut porter soit sur les quatre groupes, soit sur un seul, ou prédominer sur un ou plusieurs. La réaction est exagérée, parce qu'elle se présente avec une intensité extraordinaire à propos d'un évènement insignifiant. Il y a manque de proportion entre la cause et l'effet : souvent même le motif est si futile que les réactions émotives paraissent se produire spontanément sans cause apparente. Il n'est pas rare également que celles-ci se prolongent au delà des termes habituels.

L'émotion est produite par un évènement qui n'est pas chez les autres une cause habituelle d'émotion et réapparaît toujours dans les mêmes circonstances. Les évènements qui sont susceptibles de provoquer le choc psychique émotionnel sont d'ordres très divers : ce sont des faits extérieurs ou intérieurs. Parmi ceux-ci, le rappel d'un souvenir, d'une sensation, d'une image, d'un sentiment, d'une émotion antérieure, les sensations internes elles-mêmes peuvent en être la cause. Or, il existe des émotifs anormaux qui n'ont d'émotion qu'à propos d'un fait ordinairement indifférent et chez lesquels, dans cette circonstance spéciale, l'émotion se traduit invariablement de la même manière. Les phobiques constitutionnels en sont un exemple frappant.

L'émotion se traduit quelquefois par des phénomènes qui ne rentrent pas dans la catégorie habituelle des troubles émotionnels ; ce seront par exemple des tics, des emportements, des impulsions qui tiennent à une exagération et à une anomalie des réactions motrices.

L'émotivité morbide peut dépendre elle-même d'une anomalie de la sensibilité commune ou cenesthésie, celle-ci étant trop développée, les réactions sensitives de l'émotion sont elles-mêmes quantitativement excessives et qualitativement anormales ; c'est dans ce groupe qu'il faut ranger les angoisses, les phobies, l'anxiété.

L'exagération en durée et en intensité des réactions est la conséquence de l'insuffisance des facultés intellectuelles supérieures et en particulier de la volonté. L'individu est incapable de se ressaisir, de reprendre le dessus, de fixer en quelque sorte l'automatisme réflexe.

L'émotivité est telle qu'une réaction d'une certaine nature,

quelquefois même spécifique, est produite par un incident incapable de la provoquer chez un sujet sain. Il y a déviation de la réaction émotive : c'est cette anomalie qui est à l'origine de la plupart des perversions instinctives.

L'émotivité morbide est rarement un fait isolé dans le psychisme d'un individu ; elle est souvent associée à des anomalies de l'intelligence, plus spécialement de la volonté, et des facultés affectives. Il est bien entendu que par anomalie intellectuelle il ne faut pas comprendre seulement l'insuffisance, mais encore les déviations, les bizarreries, les inégalités. Elle est souvent liée à des anomalies des fonctions sensitivo-motrices, qui l'expliquent dans une certaine mesure, mais il est difficile de faire la part de ce qui revient aux troubles intellectuels et aux troubles affectifs dans sa constitution ; y a-t-il simple coincidence, ou bien les troubles intellectuels et affectifs en sont-ils un élément fondamental ? Certes la débilité n'entraîne pas à elle seule l'émotivité, et on peut être un grand émotif sans être un débile ; de grands esprits ont pu avoir leur faiblesse émotive.

Rapports de l'affectivité et de l'émotivité. — Les liens de l'affectivité et de l'émotivité paraissent au premier abord plus étroits ; l'affectivité ne fait-elle pas partie intégrante de l'émotivité ?

Dans un certain nombre de cas, les troubles de l'émotivité suivent une marche parallèle à celle de l'affectivité ; mais ce n'est pas une règle absolue, bien au contraire, et il existe des syndromes au cours desquels l'émotivité est très hypertrophiée, tandis que l'affectivité est tellement émoussée qu'elle disparaît complètement ; quoique très émotifs vis-à-vis d'eux-mêmes, et pour tout ce qui les concerne, les malades deviennent de farouches égoïstes : cela se voit couramment chez les mélancoliques, les psychasthéniques, etc. On aurait donc tort de confondre émotivité et affectivité et pourtant c'est une erreur fréquemment commise.

Si les troubles intellectuels ne sont pas un des éléments essentiels de la constitution émotive, ils en sont dans un certain nombre de cas le prétexte : le fait paraît évident chez un grand nombre d'abouliques, de douteurs. Chez eux l'émotion est sollicitée par leur infirmité psychique, de même que des réactions vaso-motrices exagérées sont le motif habituel de l'éreutophobie. L'émotion et l'émotivité pathologique sont à cet égard des phénomènes beaucoup plus compliqués qu'ils ne paraissent au premier abord : ce sont des complexes à l'édification desquels concourent, dans des proportions variées, les anomalies constitutives des centres de perception ou de représentation, des associations sensitivo-motrices, des associations purement psychiques, etc.

Physiologie normale et pathologique de l'émotion. — L'émotion a reçu des explications diverses : pour les uns, elle est d'origine *sentimentale*, pour d'autres, d'origine *intellectuelle*, pour d'autres d'origine *viscérale*, pour d'autres, enfin, d'origine *dynamique*.

En réalité, c'est toujours par le sentiment, c'est-à-dire par les variations de l'état psychique qu'elles entraînent que les causes intérieures ou extérieures produisent l'émotion. « C'est bien, comme dit Ballet, un phénomène primitivement moral, psychologique. » Mais ce n'est pas toujours l'évènement susceptible de produire le choc psychique, qui est la cause même de l'émotion ; ce sont souvent les déductions logiques ou illogiques qu'en tire l'intéressé, les représentations mentales secondaires qui sont en réalité le point de départ de l'émotion. Si on envisage encore une fois l'émotion par rapport à sa cause déterminante, on s'aperçoit qu'elle est un phénomène complexe, dans lequel les phénomènes intellectuels tiennent un rôle important. Même une émotion simple, colère ou peur, n'atteint pas toute sa force au moment où sa cause agit ; « quand la cause a disparu, elle met quelque temps à mourir ».

Toutefois cette agitation intellectuelle, que certains auteurs considèrent comme la cause principale de l'émotion, ne peut-elle être envisagée à son tour comme une des manifestations de l'émotion?

Il me paraît au contraire difficile d'accepter que les modifications viscérales déclanchées par le choc psychique soient la cause immédiate de l'émotion : elles peuvent concourir, pour une très large proportion à l'apparition de ce sentiment spécial que l'on éprouve au cours d'une émotion, mais elles ne sont qu'un épiphénomène et non un fait primordial. Seule l'exagération des réactions viscérales peut intervenir dans le genèse de l'émotivité pathologique. La même remarque s'applique aux phénomènes d'automatisme qui se manifestent au cours de certaines émotions et chez certains sujets, et qui ne sont « que la résurrection d'actes anciens exécutés utilement par nos ancêtres ou par les animaux (Janet) ».

La théorie *dynamique* de Janet, qui prend comme point de départ de sa définition l'insuffisance systématique de l'action pour réagir à la circonstance provocatrice, est passible des mêmes objections : elle peut n'être en effet qu'un accident de l'émotion, mais ce n'est pas l'émotion elle-même, qu'on l'envisage au point de vue physiologique ou pathologique. « Il y a, dit Janet, des circonstances auxquelles l'individu n'est pas adapté par une organisation antérieure et auxquelles, pour une raison quelconque, il n'est pas capable de s'adapter actuellement, quoiqu'il perçoive ces circonstances et qu'il sente la nécessité de réagir. Dans ces cas, on observe

à la place de la réaction utile, un ensemble de troubles dans les fonctions de l'organisme, et c'est cet ensemble de troubles survenant dans ces conditions, que je propose de désigner par le mot émotion. » « L'émotion est une dépression de la tension psychologique accompagnée de dérivation, déterminée par l'insuffisance de l'adaptation et par les efforts impuissants pour y remédier. » L'émotion ainsi comprise ne peut être que l'émotion morbide. « L'émotivité morbide, écrit Féré, me paraît caractérisée par le fait qu'elle entraîne des réactions mal adaptées à l'intérêt de l'individu ou de l'espèce. »

L'émotivité est donc morbide parce que ses réactions viscérales motrices, sensitives ou même psychiques sont anormales ou excessives, ou même nulles. Elles sont soustraites à l'action régulatrice et frénatrice du psychisme supérieur et elles se présentent avec les caractères des réflexes inférieurs. Elle est encore constitutionnellement anormale, lorsqu'elle est mise exclusivement en jeu par les émotions déprimantes, ou par les émotions sthéniques, ou bien encore lorsque les émotions sthéniques prennent la place des émotions déprimantes, dans des circonstances où ces dernières devraient être seules provoquées. Il y a dysharmonie entre l'élément psychique et l'élément émotif. J'ai déjà fait allusion à ces inversions des réactions émotives, qui sont le fondement de presque toutes les perversions instinctives.

Dans l'exposition précédente, je n'ai eu en vue que l'émotion forte, subite et brusque, celle qui produit un choc ; mais la vie est plus riche en émotions lentes et durables, « qui se résolvent dans de simples états affectifs » (Ballet). Ces dernières n'entraînent pas ordinairement le même genre de perturbations que les émotions chocs, mais l'opposition entre ces deux ordres d'émotions ne doit pas être par trop systématique, parce que les émotions lentes et durables ne sont souvent que des successions de petits chocs; et inversement suivant leur nature, leur milieu, les grosses émotions se transforment parfois en émotions lentes, prolongées et favorisent l'apparition de petites émotions secondaires.

Rôle pathogénique de l'émotion et de l'émotivité. — Les émotions ont des effets d'autant plus certains qu'elles agissent sur un terrain prédisposé par une plus grande émotivité native ou acquise : et elles sont, comme on le verra plus loin, une des causes les plus habituelles des états neurasthéniques. On a beaucoup discuté pour savoir, si à elles seules, les émotions ont un pouvoir pathogène, en dehors de toute prédisposition émotive. On peut, avec Dejerine, admettre l'existence constante de cette prédisposition ; lorsque

l'émotivité n'est anormale que par excès, les émotions peuvent ne produire que la neurasthénie : lorsque l'émotivité est anormale par déviation ou inversion, elles sont l'occasion de perturbations plus graves qui appartiennent presque toutes à la dégénérescence mentale.

C'est sur le terrain de l'émotivité *qualitativement anormale* que se développent, au cours de la vie, divers syndromes mentaux, en tête desquels il faut signaler la pychose intermittente et la cyclothymie; mais l'émotivité n'est pas seule en jeu; en même temps qu'elle sont pris la cénesthésie, les sens, la motilité, l'intelligence. C'est également chez des sujets ayant une constitution émotive spéciale que s'implantent les phobies, les obsessions, l'anxiété, la névrose d'angoisse, la neurasthénie constitutionnelle. Les psychiatres modernes tendent à reconnaître la parenté des psychopathies obsédantes et de la psychose intermittente ; et de fait il n'est pas rare de voir des inquiets et des obsédés verser un jour dans un accès franc de mélancolie; il y a des mélancoliques chez lesquels les obsessions, les phobies prédominent au point d'occuper le premier plan sinon d'une manière permanente, du moins temporairement, dans le tableau symptomatique de la maladie. Malgré ces coïncidences il est peut-être prématuré de trop resserrer les liens de famille entre ces deux états morbides; les psychopathies obsédantes, les états mélancoliques se développent les unes et les autres sous les lois de l'hérédité névropathique et mentale; il n'est donc pas extraordinaire de les rencontrer occasionnellement chez le même individu. L'existence des obsessions et des phobies chez les mélancoliques doit s'expliquer par ce fait que l'accès de dépression est survenu sur un terrain constitutionnellement inquiet, dont les principaux accidents, l'obsession, l'anxiété et la phobie, n'attendaient qu'une occasion favorable pour se révéler avec plus d'éclat. Je ne crois pas que le fonds mental soit identique dans la psychose intermittente et les états obsédants, sinon les associations devraient être encore plus fréquentes qu'on ne le constate ordinairement; il est indiscutable que l'émotivité est anormale dans les deux cas, mais il est vraisemblable que le trouble originel n'est pas absolument de même nature.

Dans un certain nombre d'observations, qu'il s'agisse de psychopathies obsédantes ou de psychose intermittente, on a cru pouvoir établir un rapport entre le début des accidents et une émotion ; à un examen plus soigneux, cette influence est loin d'être aussi frappante : l'interrogatoire méthodique et chronologique des malades tendrait plutôt à laisser méconnaître des liens aussi étroits entre l'émotion et l'apparition de la maladie, et dans plus d'un cas on a pu s'assurer

que tel ou tel événement mis en cause n'a eu sur l'évolution de la psychose qu'un rôle d'orientation et non de provocation.

Dans le rapport qu'il a présenté, en 1909, à la Société de neurologie, Dupré a passé en revue les divers syndromes mentaux sur l'apparition desquels l'émotion semble jouer une influence déterminante : ce sont les psychoses confusionnelles, les psychoses traumatiques, les folies à deux ou collectives. Au contraire les psychoses systématisées, les psychoses hallucinatoires et interprétatives ne sont pas d'origine émotive. Les rapports de l'émotion et de la maladie sont loin d'être univoques pour toutes ces formes; ou bien elle agit directement sur le cerveau et crée d'emblée les troubles mentaux; ou bien elle agit indirectement par inhibitions fonctionnelles, d'origine centrale, celles-ci ayant à leur tour pour conséquences des auto-intoxications, qui ont leur répercussion sur le fonctionnement du cerveau : dans ce dernier mécanisme, la maladie évolue comme les états similaires d'origine exogène, toxique ou infectieuse. Elle n'est guère justiciable de la psychothérapie dans la phase aiguë ou confusionnelle proprement dite; il n'en est plus de même à la phase de restauration, où le retour à la santé peut être aidé et précipité par l'intervention médicale.

Dans les folies à deux ou les folies collectives, la contagion mentale est due au concours de conditions étiologiques diverses, parmi lesquelles l'émotion et la suggestion interviennent pour une très large part.

La connaissance du rôle de l'émotion dans la pathogénie des maladies mentales et des maladies fonctionnelles du système nerveux est de première importance pour des raisons multiples. L'une des principales est de bien séparer l'émotion réelle produite par un choc psychique de l'émotivité morbide constitutionnelle. Les deux se combinent quelquefois, mais il y a des cas dans lesquels l'émotion passe à la première place, et intervient seule : la prédisposition se résume à une très légère exagération de l'émotivité; il y en a aussi dans lesquels l'émotion n'y est pour rien ou presque rien, et c'est une émotivité constitutionnellement anormale qui a tout fait. Dans les deux cas les manifestations symptomatiques d'ordre émotif laissent supposer que les accidents ont été provoqués par une émotion et cependant ce n'est vrai que pour le premier cas. Or, ces deux ordres de maladies, maladies par émotion, maladies par émotivité morbide, ne comportent pas le même pronostic et commandent une thérapeutique très différente. Les premières sont curables et facilement curables, accessibles à la psychothérapie; ce que l'émotion a produit, la raison, le sentiment, en un mot une émotion contraire, peuvent

le défaire; les autres ont le plus souvent une évolution indépendante des circonstances extérieures, d'une durée inconnue, cyclique, et réglée par des lois qui dépendent exclusivement du terrain; elles ne sont guère accessibles à la psychothérapie, dont le moyen est presque toujours l'émotion, et nous avons vu précisément que dans ce groupe d'affections elle compte fort peu à côté de l'émotivité morbide.

Si l'émotion est un facteur étiologique important des maladies psychiques, ce serait une erreur d'oublier qu'elle compte également dans l'étiologie des maladies organiques ou plutôt des accidents qu'elles occasionnent. On sait combien les émotions sont funestes chez les cardiaques par les réactions qu'elles entraînent dans l'appareil circulatoire; qu'elles peuvent être cause de mort subite; que chez les artérioscléreux elles ont été plusieurs fois responsables d'hémorragies cérébrales. Il paraît bien établi qu'il existe des ictères d'origine émotive, qu'une émotion violente peut suspendre presque instantanément les règles. Cette action sur la circulation a été même exploitée plus d'une fois dans un but thérapeutique : lorsque jadis on suspendait au cou un crapaud vivant pour arrêter un épistaxis (Cullen), on comptait évidemment sur l'influence vaso-constrictive de cette fâcheuse surprise.

Qu'on ne se laisse donc pas influencer outre mesure, au point de vue du diagnostic et du pronostic, par la révélation d'une émotion dans les antécédents immédiats; mais qu'en présence de ces états, qui au premier abord peuvent en inspirer pour une maladie organique, mais qu'un examen somatique complet laisse sans explication, on n'oublie pas de rechercher avec soin les événements capables d'avoir engendré l'émotion.

Qu'on n'oublie pas davantage que l'émotivité s'altère, augmente, diminue ou se transforme au cours ou au début d'un certain nombre de maladies organiques ; qu'il suffise de rappeler la paralysie générale, la méningite tuberculeuse de l'adulte, d'une manière générale les processus de méningo-encéphalite subaiguë ou chronique.

Dans certaines circonstances, l'émotion crée la maladie, mais dans beaucoup d'autres l'émotion est un agent puissant de guérison; c'est au fond tout le secret de la psychothérapie.

On a vu des accidents hystériques disparaître brusquement sous le coup d'une émotion vive et inattendue. Lorsque l'émotivité et l'affectivité sont exaltées, lorsqu'elles sont stimulantes ou hypersthénisantes, comme cela a lieu, par exemple, pendant les guerres, sur le champ de bataille, dans les instants décisifs de la vie des peuples, lorsqu'elles font vibrer à l'unisson des groupements

d'hommes, elles acquièrent une influence suggestive de premier ordre : l'enthousiasme général ou la souffrance en commun tue la sensibilité individuelle. L'endurance est plus grande dans de telles circonstances, que dans les accidents habituels de la vie ordinaire.

Une émotion peut en chasser une autre en se substituant à elle, elle peut même produire une anesthésie momentanée. L'anecdote suivante, recueillie dans le livre consacré par Triaire à la mémoire du baron Larrey, vaut la peine d'être rappelée ; cela se passait à Eylau. « Larrey, impassible, vient à chaque blessé et ne détourne ses yeux d'un opéré que pour désigner celui qui va lui succéder. Parfois certains malades plus nerveux s'agitent et lui font perdre un temps précieux : le chloroforme, qui sera plus tard sans prix dans ces cas-là, n'est pas encore découvert : mais l'expérience a appris à Larrey des procédés particuliers. Un officier, un colonel, qui a une balle dans le pied est agité de spasmes qui gênent l'opérateur. Il lui donne un soufflet. Le blessé suffoque de colère : « Monsieur, vous abusez « lâchement de mon état, vous me rendrez raison. — Colonel, dit « Larrey, recevez mes excuses : je vous connais, je savais bien que « devant une insulte vous penseriez à l'honneur et vous oublieriez « votre blessure. L'opération est faite, voici la balle qui est extraite : « donnez-moi la main. » Il l'avait ainsi chloroformé. »

Autosuggestion. — A côté de l'émotion et de l'émotivité, il faut réserver une place à la suggestion et à la suggestibilité, qui contractentavec elles des liens parfois si intimes qu'il est difficile de reconnaître les limites des unes et des autres. Les attaches si étroites de la suggestion et de la suggestibilité avec l'hystérie me dispensent de m'étendre plus longuement sur une question, qui sera traitée et discutée au chapitre de la grande névrose : de même la compréhension du mot suggestion sera définie quelques pages plus loin à propos de la suggestion thérapeutique.

A côté de l'hétérosuggestion, c'est-à-dire celle qui vient du dehors, il faut faire une assez large place à l'autosuggestion (celle qui vient du sujet lui-même) dans l'estimation des symptômes. L'autosuggestion est sans doute un phénomène assez complexe, et souvent inconscient, qui consiste avant tout dans l'interprétation de son propre état par le malade. C'est, pour ainsi dire, *une constante* qui intervient à des multiples variables et qu'il est utile d'évaluer, afin de se renseigner exactement sur la nature et l'intensité des troubles primordiaux. L'autosuggestion agit presque toujours dans le sens positif, c'est-à-dire en renforçant les symptômes, beaucoup plus rarement en sens inverse. Il n'existe pas d'autre part un parallélisme absolu entre l'hétéro et l'autosuggestibilité.

Dans l'hétérosuggestion rentrent toutes les influences inhérentes aux conditions sociales. Les crises politiques et religieuses, les mœurs et surtout la teinte morale de l'ambiance, la littérature et les arts, le surmenage et l'agitation continuelle, les spectacles, la vie en images et la pornographie, la vulgarisation des scandales, des délits et des crimes, ont une répercussion certaine sur les esprits et sur le déterminisme des actes individuels; si ces divers facteurs ne créent par la maladie, ils en précipitent les manifestations; ils agissent d'autant plus sûrement qu'ils se projettent sur des esprits déjà affaiblis par l'hérédité et l'éducation, rendus encore moins résistants par l'atmosphère viciée dans laquelle ils évoluent. Le manque d'hygiène joue sans aucun doute un rôle dans l'accroissement des psychonévroses et des maladies mentales. Envisagée à un point de vue prophylactique, la psychothérapie a plus qu'une portée individuelle, elle va jusqu'aux assises de la société.

Traumatisme. — Le traumatisme a été maintes fois mentionné dans les antécédents des maladies nerveuses et des maladies psychiques, mais son action doit être envisagée à des points de vue très divers.

Il n'est pas invraisemblable de supposer que dans un assez grand nombre de cas, et surtout lorsqu'il s'est agi d'un traumatisme entraînant un ébranlement général du corps, la commotion ait eu comme conséquence des lésions diffuses et d'ordres divers de l'axe cérébro-spinal. Nous ne nous arrêterons pas à ces cas, sur la guérison desquels la psychothérapie ne saurait avoir qu'une influence très légère.

Dans beaucoup d'autres cas le traumatisme est incontestablement l'agent provocateur d'accidents d'origine purement psychique, dits hystériques ou neurasthéniques, mais alors ce n'est pas à titre de traumatisme qu'il intervient, mais par l'intermédiaire des émotions ou des suggestions qu'il met en branle; en outre, lorsque le traumatisme est en même temps accident du travail, et qu'il peut être le point de départ de revendications, ou une occasion de gains, il donne lieu à des phénomènes très complexes dans lesquels l'hystérie, la neurasthénie, voire même la simulation ont des parts variables : ils constituent le groupe des névroses traumatiques, dont fait partie la sinistrose de Brissaud.

Hérédité, contagion, éducation. — Il existe encore des conditions étiologiques dont on doit se préoccuper en présence d'une de ces maladies psychiques; ce sont l'hérédité, la contagion familiale, l'éducation. Plus on voit de malades et de familles de malades, plus on se convainc que les accidents, pour lesquels on vient consulter

le neurologue, ne sont pas des accidents fortuits ou isolés. Le fait est surtout patent, lorsqu'on est appelé à donner des soins à des enfants, des jeunes gens ou des jeunes filles, parce qu'on est amené à observer simultanément les parents et l'entourage des malades, et on peut ainsi se rendre compte de la triple intervention des facteurs susmentionnés. Cet examen collectif a pour avantages de mieux faire comprendre l'évolution de la maladie, et dans un assez grand nombre de cas d'intervenir simultanément auprès des malades et des familles, à la fois dans un but de thérapeutique curative et prophylactique.

Complexes. — En général, le médecin est trop simpliste et il se contente de ramener à une seule cause tous les phénomènes qu'il observe. La plupart des maladies qui sont justiciables de la psychothérapie résultent au contraire du concours de facteurs étiologiques multiples, ou tout au moins il faut en tenir compte dans l'interprétation des syndromes : ce sont des *complexes* dans lesquels il est difficile de débrouiller la part exacte de ce qui revient à chaque élément, et pourtant on ne saurait se passer d'une appréciation indispensable au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

PREMIÈRE PARTIE

LES MÉTHODES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

La psychothérapie est à peine une science, elle est surtout un art, le coefficient personnel du médecin y intervient pour une beaucoup plus large part que dans toute autre branche de la thérapeutique ; c'est le médecin lui-même qui constitue dans la plupart des cas le principal remède.

Elle est soumise à un certain nombre de règles ; mais dans son application que d'imprévu ! Le médecin peut avoir à répondre sur le champ à une question embarrassante et inattendue, à donner une explication difficile sans aucune préparation ; avec une phrase il peut débrouiller ou éclairer une situation : dans d'autres circonstances, quelques mots lui ouvrent des horizons insoupçonnés. Le métier du psychothérapeute est fait de tact, de prudence, de patience, plus que de science : sans prétendre à la psychologie transcendantale, il doit savoir deviner ; il sera habile et quelque peu diplomate, ce qui n'exclut pas la sincérité et la volonté, à la condition que la première soit éclatante, et la seconde plus timide et modeste, tout au moins d'apparence. C'est à peine si j'ose écrire au début d'un ouvrage sur la psychothérapie qu'elle ne saurait être enseignée ; en réalité, elle se sent plutôt qu'elle ne s'apprend ; elle exige plus d'intuition que d'érudition. Des gens ignorant complètement la médecine ont été d'excellents psychothérapeutes.

Il y a cependant des principes et des méthodes, et les qualités du psychothérapeute ne sont pas également indispensables pour tous les procédés.

Quels qu'ils soient, ils ont tous pour but, comme principale idée directrice, de prendre une certaine influence sur le malade, et d'user ensuite de cette influence pour modifier ou transformer ses idées, son jugement, sa volonté, sa moralité, ses sentiments : pour faire

disparaître les phénomènes morbides. Cette influence peut s'exercer brutalement comme dans la suggestion, ou bien au contraire progressivement, par l'intermédiaire de la conviction, comme dans la persuasion. Elle se renforce presque toujours dans l'isolement qui, à lui seul, est un excellent agent thérapeutique.

C'est dans les méthodes de persuasion qu'il faut ranger les méthodes décrites sous les vocables : rééducation de la volonté, auto-rééducation, rééducation de l'attention, rééducation de soi-même.

La psychothérapie s'adresse non seulement aux maladies psychiques, les psychonévroses et les maladies mentales, mais encore aux désordres produits par certaines lésions organiques ; elle consiste alors à favoriser les suppléances fonctionnelles, c'est ce qui a lieu, en particulier, pour certaines amnésies partielles, telles que les aphasies : ces méthodes de rééducation et d'entraînement sont en réalité des méthodes psychophysiologiques. Enfin il existe un certain nombre de maladies organiques du système nerveux ou de syndromes divers, sur lesquels les divers procédés psychothérapiques sont susceptibles d'exercer sinon une influence curative, tout au moins une influence palliative.

Ce livre est donc divisé en deux parties : dans la première seront exposées les méthodes générales de psychothérapie ; dans la seconde les applications de la psychothérapie aux psychonévroses, aux maladies mentales, aux affections organiques du système nerveux.

CHAPITRE PREMIER

SUGGESTION

La suggestion et la persuasion sont employées de temps immémorial, comme méthode thérapeutique, par la plupart des médecins, et en quelque sorte sans le savoir. C'est depuis l'introduction de l'hypnotisme dans la thérapeutique médicale que la suggestion est devenue une méthode thérapeutique ; mais, il faut bien l'avouer, quand les médecins parlent de suggestion, beaucoup désignent indifféremment la suggestion et la persuasion, tandis qu'un certain nombre leur réservent à chacune une attribution spéciale.

Pour bien montrer la distance qui sépare ces deux méthodes dans leurs principes essentiels, il est nécessaire de définir l'une et l'autre non pas au point de vue grammatical, mais au sens médical.

Ici comme ailleurs, lorsqu'on est sur le terrain encore instable des sciences médieales, le même mot est loin d'avoir une signification universelle, et au cours d'une discussion récente sur l'hystérie, provoquée par la Société de neurologie, le manque d'accord s'est révélé une fois de plus. Or, comment apprécier la valeur d'une chose et d'une méthode, comment discuter sur elle, si on ne s'entend pas au préalable sur la signification qu'il convient de lui donner.

Définition de la suggestion. — Laissant donc de côté le sens donné au mot suggestion par Littré et d'autres encyclopédistes, examinons la compréhension que lui donnent les cliniciens.

Les uns, avec Bernheim, ne voient que le fait en lui-même. La suggestion « est l'acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui ». Dejerine, qui sépare nettement la suggestion de la persuasion, accepte la définition de Bernheim, et pour lui la suggestion est l'acceptation par le cerveau d'une idée vraie ou fausse.

Suivant Dupré, « au sens médical du mot, la suggestion signifie l'opération par laquelle un sujet inhibe momentanément à l'aide de certaines pratiques les centres psychiques supérieurs d'un sujet

passif et substitue son activité volontaire propre à celle de ce sujet, dont les centres automatiques agissent désormais sous la direction inconsciente de cette impulsion étrangère ». C'est à peu près l'opinion de Grasset qui, pour définir la suggestion, s'inspire de la théorie et du schéma qu'il a imaginés pour la subordination des centres psychiques. D'après lui, il existerait deux sortes de centres psychiques. Les uns inférieurs, ou centres psychiques de l'automatisme psychologique, forment dans son schéma un polygone ; ils sont tous reliés entre eux et, en outre, ils sont tous en rapport avec un autre centre psychique, celui-là supérieur, O, qui est celui de la personnalité consciente, de la volonté libre et responsable. « Dans la suggestion, dit Grasset, le moi du sujet n'intervient pas du tout, il ne juge pas et son polygone agit, que la chose soit déraisonnable ou sensée, directement et uniquement influencée par O de l'hypnotiseur. »

Pour tous ces auteurs, la nature de la suggestion importe peu, c'est le processus psychique qui est tout, celui de l'imposition brutale d'une idée ou d'un acte. Ce n'est pas ainsi que juge Babinski qui, à propos de la définition qu'il donne de l'hystérie, définition sur laquelle nous reviendrons plus loin, accorde au mot suggestion un sens péjoratif : d'après lui le mot suggestion implique que l'idée qu'on cherche à insinuer est déraisonnable. Si on ne donnait pas à ce terme ce sens spécial, il serait synonyme de persuasion ; cette confusion serait commise quand on prétend obtenir des guérisons par suggestion. « Déclarer à un malade atteint d'une paralysie psychique que ce trouble est purement imaginaire, qu'il peut disparaître instantanément par un effet de la volonté, et obtenir ainsi la guérison n'est pas une suggestion ; bien au contraire, car l'idée émise, loin d'être déraisonnable, est éminemment sensée ; le médecin, en agissant ainsi, loin de suggestionner le malade, tend à annihiler la suggestion ou l'auto-suggestion, cause de la maladie. Il n'agit pas par suggestion, mais par persuasion. »

En somme, quelle que soit la chose suggérée, bonne ou mauvaise, le procédé est le même : la suggestion consiste dans les deux cas à imposer une idée brutalement, sans raisonnement, sans motifs. Ce qui fait qu'auprès de beaucoup de personnes le mot suggestion a un sens péjoratif, c'est précisément qu'elle a pour but de faire penser et agir un individu en supprimant son contrôle cérébral ou en s'abstenant d'y faire appel, de le faire obéir en quelque sorte comme une bête, sans faire intervenir ses facultés supérieures. C'est ce qu'exprime Binet, en écrivant qu'au sens étroit du mot, dans son acception pour

ainsi dire technique, la suggestion est une pression morale qu'une personne exerce sur une autre. Pression veut dire violence; par suite de la pression morale, l'individu suggestionné agit et pense autrement qu'il le ferait s'il était livré à lui-même.

C'est pourquoi, suivant la remarque de Pagniez et Camus, la définition de Bernheim est trop extensive : elle englobe dans la suggestion la persuasion, la croyance et l'éducation. Au contraire celle de Dupré, Grasset, celle des précédents auteurs nous paraissent plus conformes à la réalité. « La suggestion, d'après eux, est l'acte par lequel une idée, bonne ou mauvaise, est introduite dans le cerveau d'un individu, sans son contrôle. »

Cependant elle ne nous paraît pas assez complète : il y a lieu de distinguer le cas dans lequel l'idée est introduite en quelque sorte spontanément, sans l'influence d'autrui, ou du moins sans qu'il en ait eu l'intention : c'est ce qu'on peut appeler l'autosuggestion. Au contraire lorsque l'idée est introduite intentionnellement dans l'esprit par autrui, sans être contrôlée, on peut dire qu'il y a hétérosuggestion.

Le mécanisme psychologique de l'une et de l'autre est des plus obscurs. Le schéma de Grasset est une manière élégante de synthétiser les faits, mais rien de plus : elle ne saurait être envisagée comme une explication psychologique ; cependant le fait d'accepter une idée sans la contrôler, pour ainsi dire sur parole, implique une absence ou une insuffisance de jugement.

Dans l'autosuggestion, comme dans l'hétérosuggestion qui, seule, nous intéresse au point de vue thérapeutique, il y a une insuffisance intellectuelle, ce qui ne veut pas dire qu'elle est définitive : elle peut n'être que momentanée.

Mais dans la suggestion thérapeutique il y a en plus la manœuvre, le procédé employé par celui qui veut suggestionner pour arriver à ses fins, et c'est de la suggestion ainsi comprise que je dois m'occuper.

La suggestion suppose chez celui qui la reçoit une suggestibilité spéciale, naturelle ou artificielle, et c'est en cela encore une fois que la suggestion pourrait avoir à la rigueur un sens péjoratif; c'est qu'intentionnellement elle tend à augmenter ou à créer cette suggestibilité, c'est-à-dire à diminuer le contrôle de l'individu que l'on veut suggestionner.

Au point de vue du principe elle est mauvaise, mais thérapeutiquement parlant, elle ne peut ou ne doit avoir que de bonnes intentions ; car la suggestion ne peut viser qu'à deux buts : ou provoquer des phénomènes anormaux ou les faire disparaître; or, en matière

de thérapeutique, c'est sous ce dernier jour qu'elle doit être envisagée.

Bernheim est revenu récemment sur la manière dont il comprend la suggestion (1). Au lieu de restreindre le sens du mot suggestion, il lui donne un sens encore plus extensif. Il l'avait définie « toute idée éveillée dans le cerveau » ; il confirme cette vue en ajoutant : « Tout phénomène de conscience est une suggestion ». Comme « toute idée tend à se faire acte » en vertu de ce qu'il appelle *la loi de transformation idéodynamique*, il en résulte que c'est ainsi que l'idée devient « mouvement, image, émotion, sensation viscérale, action ». La suggestion n'implique pas un état cérébral particulier créant dans l'organisme des propriétés nouvelles (catalepsie, anesthésie provoquée, obéissance automatique, hallucinabilité). Elle est fonction de la suggestibilité naturelle, variable chez chaque sujet... « Tout sujet halluciné en état hynoptique l'est aussi à l'état de veille. »

Il critique l'opinion de la plupart des médecins qui, impressionnés par les séances d'hypnotisme, envisagent toujours la suggestion « comme une opération extraordinaire, un cambriolage cérébral, comme une hypnotisation à l'état de veille ».

Dubois avait opposé les termes de « persuasion et suggestion. La suggestion agit par les voies tortueuses de l'insinuation, la persuasion s'adresse loyalement à la raison du sujet. L'une s'adresse à la foi aveugle, l'autre au raisonnement logique affermi. » A cela Bernheim répond : « Est-il vrai d'ailleurs que la persuasion, j'entends loyale, qui veut montrer la vérité, s'adresse uniquement et toujours à la raison et qu'elle soit aussi suggestive, si cette expression choque mes contradicteurs, aussi persuasive, lorsqu'elle s'adresse à la raison seule, sans artifice ? L'avocat, l'homme d'affaires, le diplomate, le moraliste prédicateur de bonne foi, ne savent-ils pas que pour convaincre et faire impression, il ne suffit pas d'écrire ou de débiter froidement leur raisonnement ? Le geste, l'intonation de la voix, la tournure des phrases, la magie du style, les mots qui portent, c'est-à-dire qui impressionnent, tout cela concourt à faire pénétrer l'idée dans les cerveaux, à les persuader, souvent à les égarer. Lisez les discours de Gambetta ou écoutez-les débités d'une voix monotone qui ne dit rien à l'âme ! Ont-ils la même vertu persuasive que lorsque le grand tribun les prononça du haut de la tribune, avec sa voix sonore, son geste expressif, sa chaleur communicative qui passionne et entraîne les masses ? La façon de dire vaut mieux que ce qu'on dit. » Ces considérations fort justes démontrent seule-

(1) Bernheim, Hypnotisme et suggestion, 3e édition revue et augmentée, 1910.

ment que la persuasion et la suggestion s'associent souvent et non qu'elles sont identiques. Ce qui prouve que la suggestion de Bernheim est quelque chose d'autre que la persuasion ce sont les mots suivants : « La psychothérapeutique suggestive n'est au fond que de la persuasion facilitée par *un certain état psychique* qui existe normalement chez quelques-uns, qui peut être obtenu de la façon la plus simple du monde par somnolence ou sommeil chez d'autres. Ce sommeil n'est pas plus dangereux que le sommeil ordinaire; cette persuasion n'est pas plus dangereuse qu'une parole réconfortante ordinaire. Ce n'est que cela et ceux qui voudront suivre pendant quelques jours notre clinique en seront vite convaincus. »

Définition de la persuasion. — Toute autre est la persuasion, à quelque point de vue qu'on l'envisage, psychologique, médical ou thérapeutique.

Tandis que la suggestion vise à faire du suggestionné un automate qui obéit comme une machine aux impulsions qui lui sont imprimées, la persuasion a pour but, au contraire, en faisant appel aux facultés supérieures de l'individu, d'augmenter son contrôle cérébral et de le faire agir en connaissance de cause, d'après son jugement, après réflexion, après lui avoir appris ce qu'il ignore, ou lui avoir fait regarder ce qu'il ne voulait pas voir. Dans le premier cas, le sujet n'est pas consulté; dans le second, il l'est. Dans le premier cas, l'idée suggérée n'est pas acceptée, dans le second elle doit l'être, parce que les centres de perception et de compréhension sont consciemment mis en jeu. Dans le premier cas, la liberté d'apprendre n'existe pas, dans le second elle est obligatoire. Le suggestionné est commandé, c'est la discipline aveugle; le persuadé est conseillé et consulté, il agit après discernement. Dans la persuasion on s'adresse au centre O, de Grasset; dans la suggestion au polygone. Celui qui suggère veut avant tout se faire obéir, celui qui persuade veut avant tout se faire comprendre : il explique, il s'appuie, comme le fait remarquer Pascal, sur les principes communs et les vérités avouées.

Ce qui prouve que pratiquement entre les deux méthodes il y a une différence assez considérable, c'est que tel individu qui se laisse suggestionner ne se laisse pas persuader, et inversement.

La persuasion, comme méthode thérapeutique, a pour but d'introduire une idée juste dans l'esprit d'autrui, d'après laquelle il conformera ensuite sa conduite, sous son contrôle.

Pourtant on ne peut prétendre qu'au cours des entretiens psychothérapiques qui ont pour but de persuader et de convaincre, il ne se glisse pas, à l'insu du médecin, quelques éléments de suggestion, et que, dans certains cas, c'est à ces éléments que revient la plus grosse

part des succès psychothérapiques. D'ailleurs, ici plus que dans n'importe quelle autre branche de la médecine, il faut compter avec les qualités individuelles; tel individu est très suggestible, tel autre l'est très peu : tel sujet est très accessible à certains procédés de suggestion et très peu à d'autres. Quand on a suivi et traité par la psychothérapie un certain nombre de malades, on peut se rendre compte que, dans les méthodes de persuasion, la suggestion proprement dite a un rôle assez effacé et que c'est bien la persuasion qui enlève la conviction. La suggestion a d'ailleurs des effets plus brusques, plus immédiats; la persuasion agit en général beaucoup plus lentement.

Que cherche le médecin au cours des entretiens psychothérapiques ? Il cherche à faire accepter ses idées et surtout à provoquer les actes qui s'en déduisent logiquement, en frappant l'esprit de son interlocuteur : il y met toutes les ressources de sa mimique, de sa sentimentalité, de sa logique, de son langage ; c'est quelquefois une image expressive, une comparaison heureuse qui enlève la confiance et avec elle la guérison. Dans cette argumentation polychrome qui constitue la psychothérapie persuasive, il y a toujours un moment où se produit le déclanchement, et ce moment correspond à une impression spéciale, diront les uns, à une suggestion, diront les autres. Peu importe le mot ! mieux vaut la chose : cette suggestion ne s'est en tout cas produite que grâce à une préparation spéciale, à une sensibilisation, qui n'est que la persuasion elle-même.

Si on veut, malgré tout, conserver à la persuasion la valeur et la signification d'une suggestion, qu'on lui donne au moins une étiquette qui la distingue de la suggestion brutale : à côté de la suggestion impérative, il existe une suggestion persuasive.

I. — SUGGESTION PENDANT LE SOMMEIL OU HYPNOTISME

On vient de voir que les résultats de la suggestion varient suivant l'état de suggestibilité ou de réceptivité de l'individu. Il est par conséquent indiqué auprès de certains individus d'augmenter la suggestibilité. Parmi ces moyens, il en est un qui occupe une place importante, on pourrait même dire la plus grande, c'est l'hypnotisme. Aussi les classiques distinguent-ils deux sortes de suggestion : la suggestion à l'état de veille, et la suggestion hypnotique. Aujourd'hui la suggestion hypnotique tend de plus en plus à disparaître et à céder la place à la suggestion à l'état de veille. Ceux qui se sont le

plus servis de l'hypnotisme, tels que Bernheim, l'abandonnent aujourd'hui.

Pour quelques auteurs il n'y aurait qu'une opposition apparente entre la suggestion hypnotique et la suggestion à l'état de veille. D'après Grasset, cette dernière forme de suggestion n'existerait pas; le sujet à suggestionner ne serait qu'en apparence à l'état de veille : il serait en réalité en hypnose partielle avec les symptômes de la veille, au lieu d'avoir les symptômes du sommeil. En effet, le professeur de Montpellier ne fait pas rentrer dans la suggestion tous les faits dans lesquels l'homme éveillé est influencé par un autre et spécialement les faits d'entraînement grégaire (emballement des foules). « Pour suggestionner véritablement un sujet en état de veille, il faut d'abord le mettre en hypnose partielle. Elle ne s'observerait que chez des sujets particulièrement hypnotisables, soit par nature, soit plutôt par éducation hypnotique antérieure. »

Historique. — On définit généralement l'hypnose : un sommeil provoqué par des moyens artificiels ; mais cette définition n'est pas à l'abri de toutes critiques, car, si l'hypnose présente quelque analogie avec le sommeil naturel, elle en diffère par différents caractères et en particulier par la faculté que conserve l'hypnotisé de communiquer avec ses semblables. Ce n'est donc qu'une sorte ou un semblant de sommeil. Elle diffère également du sommeil provoqué par des produits médicamenteux, hypnagogues ou anesthésiques. Sans préjuger de l'essence et de la nature du phénomène, on peut à la rigueur définir provisoirement l'hypnose : un état somniforme, provoqué par diverses pratiques, dans lequel la séparation du monde extérieur n'est pas complète.

Magnétisme. — La découverte des phénomènes qui caractérisent et constituent l'hypnose a été préparée par le magnétisme. Il serait peut-être exagéré de dire que l'hypnotisme dérive du magnétisme; c'est plutôt un heureux hasard qui rattache l'un à l'autre. La découverte de l'hypnotisme n'a rien de scientifique ni de médical : pour avoir été imaginée par un médecin, le magnétisme n'est guère plus scientifique : c'est une pure invention de l'esprit, reflet des coutumes et croyances d'une époque. Au XVI^e^ siècle, auquel vivait Paracelse (1529), l'influence mystérieuse et occulte des astres était à peine discutée, et la communication invisible des êtres animés par l'intermédiaire d'un fluide vital émané des astres, imaginé par cet auteur, n'était que la déduction logique des croyances suscitées et inspirées par l'astrologie.

Les êtres sont reliés l'un à l'autre par le fluide, non pas superficiellement, mais dans leur essence, dans le principe vital ou *archée*;

ce fluide est la source de vertus attractives (magnes) ou répulsives, expliquant à leur tour les sympathies ou les antipathies. A l'instar de la terre ou de l'aimant, l'homme a ses pôles magnétiques, et cela est vrai pour l'esprit comme pour le corps. Il existe donc en lui deux magnétismes : un magnétisme spirituel et un magnétisme corporel.

De même que celui-ci doit expliquer les phénomènes de contagion, d'épidémicité ou même d'immunité, le premier est tout indiqué comme le précurseur du somnambulisme et de l'hypnotisme, en un mot des influences spirituelles.

Ce fameux fluide vital devint plus tard une mine fertile, que sut merveilleusement exploiter l'esprit aventurier et charlatanesque de Mesmer. De même que toutes les choses intangibles et mystérieuses, le fluide était éminemment apte à séduire l'imagination exaltée des foules, des sociétés légères et dissolues, avides de distractions et de nouveautés, prêtes à toutes les complaisances, pourvu qu'il sorte de la théorie pure pour se manifester dans un semblant d'applications pratiques. Les expériences de magnétisme de Mesmer ne pouvaient que plaire à la société de la fin du XVIII^e^ siècle, d'autant plus qu'elles avaient pour principe et pour but la distribution convenable du fluide vital : la condition même de la santé.

Mesmer se pose comme un accumulateur de fluide. Pour le transmettre, il a tout d'abord recours aux procédés les plus simples : l'attouchement et le regard qui seront également utilisés plus tard pour la production de l'hypnose. Assis en face de son sujet, ses yeux braqués sur les yeux, les genoux touchant les genoux, il applique les mains sur les hypocondres : c'est ainsi que se transmet l'excès de fluide. Mais, comme celui-ci provient surtout de l'étoile polaire, il a tourné le dos au nord, double préoccupation de l'astrologue et du charlatan ; il vante à la fois les propriétés astrales et les attributs spéciaux de sa personnalité.

Le magnétisme de Mesmer acquiert rapidement la vogue ; la clientèle afflue si nombreuse qu'il ne peut suffire. Pour ne pas faire de mécontents et pour ne rien perdre d'une si merveilleuse exploitation, il emmagasine son fluide dans un récipient où viendront le puiser en foule ses adeptes et les demandeurs. Ce récipient n'est autre que le célèbre baquet, simple caisse en bois de chêne contenant, en couches superposées, de la limaille de fer et du verre pilé, des bouteilles disposées en rayon, le tout plongeant dans l'eau. Le couvercle est traversé par des tiges de fer qui relient l'appareil aux spectateurs ; de même pour assurer l'égale répartition du fluide,

ils sont tous mis en rapport les uns avec les autres par une corde qui part du baquet. Pour compléter la mise en scène, une harmonica joue des airs variés, et enfin Mesmer apparaît dans un superbe habit lilas; il promène sa baguette « magnétique » sur le dos des assistants et leur distribue ainsi le fluide. Les séances se prolongent pendant une heure ou deux ; c'est alors que se manifestent chez quelques femmes des crises nerveuses, ayant tous les caractères des crises hystériques.

Malgré la vogue et la réputation universelle du fameux baquet, le mesmerisme n'eut jamais la consécration officielle, c'est-à-dire celle des savants et des médecins; non pas que Mesmer l'eût dédaignée : il avait même poussé l'audace jusqu'à solliciter l'assentiment de l'Académie des sciences et de la Société royale de médecine. Ces deux assemblées nommèrent des commissaires chargés des expériences de contrôle : Mesmer se déroba. On ne pouvait le croire sur parole. Le mesmerisme rencontra la même résistance auprès de la Faculté de médecine et de la Société de médecine. Le magnétisme animal fut condamné, et les commissions mirent fort judicieusement sur le compte de l'attouchement, de l'imagination et de l'imitation ce que Mesmer avait prétendu expliquer par le fluide vital. C'en était fini de l'étoile de Mesmer ; le magnétisme semblait avoir vécu ; et du baquet il n'était sorti que quelques phénomènes nerveux dont le charlatan n'avait eu garde de s'occuper.

Cependant quelques adeptes du magnétisme poursuivaient leurs recherches, et c'est au cours d'expériences semblables à celles que pratiquait Mesmer à ses débuts, que le marquis de Chastenet de Puységur provoqua involontairement le sommeil chez un jeune villageois de Buzancy, qu'il soignait pour une fluxion de poitrine. Ce sommeil n'est pas le même que le sommeil naturel, puisque le sujet répond aux questions qu'on lui pose : il chante des airs, et marche comme s'il était éveillé. Cet état, qui rappelle le somnambulisme provoqué, n'est autre que l'hypnose, et c'est ainsi qu'incidemment, au cours des recherches sur le magnétisme, l'hypnotisme s'est révélé pour la première fois.

De tels faits ne pouvaient se répandre sans frapper les esprits ; à l'instar de Mesmer, Puységur connut l'enthousiasme et la curiosité des foules. L'affluence fut si grande que bientôt Puységur dut imaginer un mode de distribution rapide du fluide. Mesmer l'avait accumulé dans un baquet, Puységur le répand sur un arbre. Il suffit alors aux malades de s'asseoir sous ses branches pour éprouver les bienfaits du mystérieux fluide. En même temps ils acquéraient la propriété de révéler la nature de la maladie chez

les gens qu'on leur présentait et d'en indiquer le traitement.

Avec l'abbé Faria (1815), l'hypnotisme perd ses attributs mystérieux et surnaturels : le fluide, le magnétisme, l'influence personnelle elle-même de celui qui produit le sommeil ne sont pour rien dans la genèse du phénomène. Pour provoquer le sommeil, il recommande tout d'abord au sujet en expérience de ne penser à rien, de s'abstenir de toute résistance, alors il lui ordonne de dormir et, de fait, il s'endort. Le succès est d'autant plus sûr et d'autant plus rapide que l'expérience a été renouvelée plusieurs fois et dépend, avant toute chose, de l'organisation du sujet à hypnotiser. Dans ce procédé, l'influence de la suggestion est indéniable.

En fait, l'hypnotisme était déjà connu avant Braid, qui lui donna son nom. Pour lui, l'hypnotisme est un état particulier du système nerveux, déterminé par des manœuvres artificielles ou bien par la concentration fixe et abstraite de l'œil mental et visuel sur un objet qui n'est pas, par lui-même, d'une nature excitante. Deux facteurs interviennent : l'un physique, la fixité du regard avec ses conséquences, la fatigue et l'épuisement des muscles du globe de l'œil ; l'autre psychique, la fixité de l'idée. Ce dernier suffit, car l'idée de dormir provoque le sommeil et se réalise tout aussi bien que toute autre idée qui est suggérée pendant l'hypnose.

Dans la conception de Braid, les liens de l'hypnotisme et de la suggestion sont des plus intimes, puisque l'hypnose est le produit d'une suggestion, et ce que l'on produit dans l'hypnose est en partie suggéré; et, qui plus est, les phénomènes observés ou provoqués pendant le sommeil (catalepsie, illusions, hallucinations) peuvent être obtenus à l'état de veille.

Avec Braid s'ouvre donc la période réellement scientifique de l'hypnotisme. Il fut surtout étudié, en France, dans les deux grandes écoles de la Salpêtrière et de Nancy.

L'hypnotisme et l'école de la Salpêtrière. — Charcot et ses élèves (Richer, Babinski, Gilles de la Tourette) envisagent l'hypnotisme comme un état pathologique des centres nerveux dérivant directement de l'hystérie : c'est un accident de la grande névrose. Et, de même que Charcot avait schématisé la grande crise d'hystérie, de même il réglemente l'hypnose. Les phénomènes qui se produisent dans le sommeil se déroulent invariablement dans le même ordre, et l'hypnose comprend trois phases : l'état léthargique, l'état cataleptique, l'état somnambulique.

L'*état léthargique* est caractérisé par la résolution générale des muscles, par l'analgésie de la peau et des membranes muqueuses

accessibles à l'exploration, par l'exagération des réflexes tendineux et par l'excitabilité neuro-musculaire.

L'*état cataleptique* est caractérisé par la fixité du regard, l'immobilité des membres avec conservation des attitudes, l'abolition des réflexes tendineux, la persistance partielle de l'activité sensorielle, et la possibilité de provoquer par certaines excitations des impulsions automatiques et des hallucinations variées.

L'*état somnambulique* est caractérisé par la conservation du tonus musculaire, la production facile de contractures diffuses sous l'influence d'excitations légères de la peau, par l'analgésie cutanée coïncidant avec l'hyperexcitabilité de certains sens spéciaux et la suggestibilité du sujet.

Ces trois états peuvent s'obtenir spontanément par fixation du regard. La léthargie se transforme en catalepsie par l'ouverture des yeux du sujet ; la catalepsie redevient léthargie par l'occlusion des yeux. L'une et l'autre se transforment en somnambulisme par friction légère du vertex, et le somnambulisme redevient léthargie par la compression légère des globes oculaires. Une description plus détaillée de ces états et des phénomènes qui s'y rattachent ne saurait trouver sa place ici.

Laissant momentanément de côté les rapports de l'hypnose et de l'hystérie, on peut affirmer aujourd'hui que l'hypnotisme, tel qu'il était connu, décrit et enseigné par l'école de la Salpêtrière, n'avait rien de spontané : c'était un produit de culture et d'entraînement. Le déroulement en trois phases avait été créé de toutes pièces par suggestion médicale.

Plus récemment Babinski a fait remarquer que l'hypnotisé ne perd pas au réveil le souvenir des événements accomplis pendant le sommeil. Il n'est pas plus inconscient pendant la léthargie. De même, pendant la période somnambulique, le contrôle volontaire n'est pas aussi supprimé qu'on l'a dit.

L'hypnotisme et l'école de Nancy. — Tout autre est l'opinion de l'école de Nancy, représentée par Bernheim, Liébault, Morselli : l'hypnotisme n'est pas un phénomène pathologique, ni hystérique ; c'est un phénomène physiologique ou psychologique « dont la suggestion est la clef » (Liébault).

L'hypnotisme de Braid, c'était le sommeil artificiel avec perte complète du souvenir au réveil : le malade oubliait tout ce qui s'était passé pendant qu'il était endormi. Bernheim nie la constance de ce caractère, parce que les états de sommeil sont très variables en intensité : certains sujets ont perdu, en effet, le souvenir des événements qui se sont déroulés pendant la phase hypnotique, mais d'autres

se les rappellent plus ou moins complètement. Il y a des sujets chez lesquels on peut produire le sommeil complet par suggestion, mais il y en a aussi beaucoup chez lesquels on n'obtient ainsi que l'illusion du sommeil. D'ailleurs, le sommeil hypnotique ne saurait être identifié au sommeil réel, tant qu'on ignore les caractères essentiels du sommeil physiologique.

Enfin les phénomènes qui se produisent pendant l'hypnose peuvent se produire sans sommeil, par simple suggestion.

Bernheim définit l'hypnose ou état hypnotique « un état psychique particulier susceptible d'être provoqué, qui met en activité ou exalte à des degrés divers la suggestibilité, c'est-à-dire l'aptitude à être influencé par une idée acceptée par le cerveau et à la réaliser..... les phénomènes hypnotiques ne sont que des phénomènes de suggestibilité ».

Bernheim range dans l'hypnotisme l'extase cataleptique des moines du mont Athos, lorsqu'ils regardaient fixement leur ombilic. De même s'hypnotisent les fakirs, les Yaquis des Grandes-Indes, qui fixent pendant un quart d'heure le bout de leur nez, retenant ou ralentissant leur respiration, concentrant leur attention jusqu'à ce qu'une flamme bleuâtre apparaisse à l'extrémité de leur nez : alors ils prennent des attitudes cataleptiques ordinaires. Combien d'autres sorciers s'hypnotisent en fixant un point le plus souvent lumineux. Plus récemment, les Aïssaouas s'hypnotisent « aux sons du tambour arabe et des castagnettes de fer, enivrés par le parfum d'aromates dont les vapeurs se dégagent sous leur nez, ils s'entraînent par des mouvements cadencés de la tête et du tronc, par des sons gutturaux modulés sur le rythme musical, par des contorsions violentes et désordonnées. Alors ils deviennent insensibles, avalent du verre pilé, se transpercent la joue avec des armes aiguës, marchent sur des barres rougies au feu, etc. ».

Rapports de l'hypnotisme et de la suggestion. — En résumé, quand on jette un coup d'œil en arrière sur les phases par lesquelles a passé l'hypnose et sur les moyens employés pour la provoquer, depuis le magnétisme jusqu'à la suggestion impérative, on remarque que la tendance générale est d'admettre que le moyen en lui-même importe peu et que sa puissance réside exclusivement dans la suggestion qui l'accompagne. L'abbé Faria, Braid, Bernheim ont supprimé tout l'apparat de Puységur, qui devait produire le fameux fluide vital. La fixation des objets par la vue, les passes, la pression des globes oculaires, toute intervention physique est inutile : ce qui reste indispensable, c'est la suggestion. Suivant la remarque de Bernheim, le sommeil hypnotique est, au fond, mal dénommé, c'est un phé-

nomène de suggestion, ainsi que tous ceux qui sont engendrés pendant l'hypnose, qu'il s'agisse même de léthargie, de somnambulisme, de catalepsie, c'est-à-dire de la série des phénomènes, considérés par l'école de la Salpêtrière comme caractéristiques du grand hypnotisme. C'est un des nombreux exemples de suggestion d'origine médicale, sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir au cours de ce livre. Mais l'hypnose est-elle toujours un phénomène de suggestion ?

Grasset professe une opinion plus éclectique ; après avoir analysé les phénomènes moteurs, sensitifs et psychiques qui se manifestent au cours de l'hypnotisme, il n'en retient aucun qui lui soit propre et qui, par suite, puisse devenir une caractéristique de cet état. Le seul signe, à son avis, c'est l'état de suggestibilité, et un sujet en hypnose est par définition un sujet à qui on peut faire des suggestions : par contre, le professeur de Montpellier n'admet pas, avec Bernheim, que tout soit suggestion dans les procédés d'hypnotisation. Il s'appuie, d'une part, sur l'hypnose provoquée chez l'homme par une simple excitation sensorielle, par la fixation d'un objet brillant, ou même par la pression de zones hypnogènes, et, d'autre part, sur la constatation de phénomènes semblables à l'hypnose chez les animaux ; et il rappelle les expériences du Père Kircher, qui a réussi à endormir des oiseaux en traçant devant leur bec une raie sur le sol, avec un morceau de craie ; celles de Preyer, qui rend le cochon d'Inde hypnotique en lui serrant les narines avec une pince à pression, ou en le tenant pendant quelques instants par l'oreille. De même Richet plonge dans une sorte de stupeur rappelant l'hypnose divers animaux, après les avoir saisis brusquement, puis immobilisés en leur mettant le ventre en l'air. Des observations du même ordre ont été faites par Heubel, Danilewski, Joly sur la grenouille, la poule, le cobaye, le serpent, l'écrevisse, etc.

Au premier argument, Bernheim répond que la fatigue des paupières, occasionnée par la fixation d'un objet brillant, est capable de faire naître l'idée de sommeil. Pour être indirecte, la suggestion n'en existe pas moins.

A la possibilité de produire chez les animaux des états analogues à celui de l'hypnose, ne peut-on pas objecter que ces états ne sont pas complètement assimilables au sommeil hypnotique : ce sont des phénomènes d'inhibition, d'arrêt. Les animaux sont immobilisés, figés, mais vraiment ce serait excessif d'affirmer qu'ils sont plongés dans l'hypnose. Des états semblables peuvent être observés chez quelques individus et surtout chez certains enfants sous le coup de l'effroi. A la rigueur, il n'est pas inadmissible qu'ils se produisent

encore sous le coup d'une excitation sensitive ou sensorielle extrêmement vive ; mais le fait est tellement exceptionnel qu'il inspire les plus grandes réserves, et la suggestion échappe si souvent à nos moyens d'investigation et à notre clairvoyance, qu'il est bien difficile de la nier catégoriquement, alors qu'elle semble être mise tout à fait hors de cause. Il est permis de douter que ces états soient des équivalents de l'hypnose produite par la suggestion et, dans l'incertitude, on peut encore, avec J. Camus et Ph. Pagniez, distinguer l'hypnotisme par la parole de l'hypnose provoquée par des excitations extérieures (éclat de lumière, bruit soudain et intense, fixation d'objets brillants), état difficilement explicable, d'après eux, par la suggestion ; surtout, peut-on ajouter, si le sommeil apparaît spontanément chez un sujet non prévenu et non soumis antérieurement à l'hypnose par suggestion.

Suggestions que l'on peut produire pendant l'hypnose et des degrès du sommeil hypnotique. — D'après Bernheim, on peut produire chez l'hypnotisé : 1° Des suggestions de motilité : catalepsie, mouvements automatiques, paralysies, actes moteurs divers. — 2° Des suggestions de sensibilité cutanée (anesthésie, hyperesthésie, des illusions de la sensibilité tactile, froid, chaud, etc.). — 3° Des suggestions de sensibilités sensorielles (surdité, cécité, anosmie) ; on peut créer des images sensorielles (hallucinations de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat, du tact). On peut modifier les sensations internes viscérales et cérébrales (changement de personnalité, nausées). — 4° Des suggestions d'actes (obéissance passive, vols, assassinats). — 5° Des suggestions posthypnotiques : on peut suggérer des illusions, des hallucinations, des actes destinés à se réaliser longtemps après le réveil. Le sujet revenu à l'état normal a quelquefois perdu le souvenir de ce qui s'est passé ; c'est l'amnésie.

Liébault distingue le sommeil léger et le sommeil profond ou somnambulique.

Sommeil léger (4 degrés). — 1° *Somnolence.* — Torpeur, assoupissement, pesanteur de la tête, difficulté à soulever les paupières.

2° *Sommeil léger.* — Commencement de catalepsie : les sujets peuvent aussi modifier les attitudes et leur marche, si on les défie.

3° *Sommeil léger plus profond.* — Engourdissement, catalepsie, aptitude à exécuter des mouvements automatiques, le sujet n'a pas assez de volonté pour arrêter l'automatisme rotatoire suggéré.

4° *Sommeil léger intermédiaire.* — Outre la catalepsie et l'automatisme rotatoire, les sujets ne peuvent porter leur attention que sur l'hynotiseur et n'ont gardé le souvenir au réveil de ce qui s'est passé entre eux et lui.

Sommeil profond (2 degrés). — 1° *Sommeil somnambulique ordinaire* (amnésie complète au réveil et hallucinabilité pendant le sommeil); les hallucinations s'effacent au réveil. Les sujets sont soumis à la volonté de l'hypnotiseur.

2° *Sommeil somnambulique profond* (amnésie au réveil, hallucinabilité hypnotique et posthypnoptique); soumission absolue à l'hypnotiseur (4,66 p. 100).

Bernheim pense que l'hypnotisé peut rester en rapport avec tous les assistants et non exclusivement avec l'hypnotiseur, et propose à son tour la classification suivante :

1re classe. — *Souvenir conservé au réveil.* — 1° Torpeur, somnolence ou sensations diverses, telles que chaleur, engourdissement par suggestion. — 2° Impossibilité d'ouvrir les yeux spontanément. — 3° Catalepsie suggestive avec possibilité de la rompre. — 4° Catalepsie irrésistible avec impossibilité pour le sujet de la rompre. — 5° Contracture involontaire suggestive (à ce degré ordinairement analgésie suggestive). — 6° Obéissance automatique.

2e classe — *Amnésie au réveil.* — 7° Amnésie au réveil, absence d'hallucinabilité. — 8° Hallucinabilité pendant le sommeil. — 9° Hallucinabilité pendant le sommeil et posthypnotique.

I. — PRODUCTION DE L'HYPNOSE

1°. — Procédés d'hypnotisation.

Les moyens employés pour provoquer l'hypnose sont assez nombreux.

Les uns ne relèvent que de la suggestion : les autres consistent en manœuvres diverses qui ont pour principal but de concentrer l'attention sur un point déterminé.

Dans les deux cas il est bon de procéder à une sorte d'isolement du malade, de le mettre dans un endroit retiré, loin du bruit, au milieu du silence des assistants.

Hypnose par suggestion (*méthode de Faria*). — L'hypnose est suggérée, comme tout autre acte, par la parole. On commande au malade de dormir et il dort. Ce procédé ne réussit d'emblée que chez des individus particulièrement impressionnables ; il réussit assez facilement chez les sujets déjà entraînés à l'hypnose par d'autres manœuvres. On dit au malade : « Dormez », sur un ton impératif, et ce commandement répété fait tomber le malade dans l'hypnose : ou bien encore « quand j'aurai compté jusqu'à tel nombre, vous dormirez ». On peut multiplier les formules presqu'à l'infini. Quelle qu'elle

soit, le sommeil est la conséquence du commandement impératif ou de la suggestion.

Hypnose par fixation (*méthode de Braid*). — On fixe l'attention du sujet par différents procédés, en s'adressant aux divers sens, mais principalement au toucher, à la vue et à l'ouïe, les deux premiers surtout.

Dans l'hypnose par *attouchement*, on ferme les yeux du malade et deux doigts appliqués sur les paupières exercent des pressions légères et répétées sur les globes oculaires, ou bien encore on passe les doigts sur les yeux fermés, à plusieurs reprises (Passes). C'est dans l'hypnose par contact qu'il faut ranger les sommeils provoqués à la Salpêtrière par la pression des zones dites hypnogènes, qui varient d'ailleurs d'un sujet à l'autre. Ces zones se développent rarement d'une manière spontanée, et presque toujours, pour ne pas dire toujours, elles sont produites par suggestion, par entraînement, par culture.

Le procédé le plus usuel d'hypnose par le *regard* consiste à fixer le malade et à lui demander de concentrer son attention sur les yeux de l'hypnotiseur. Au bout de quelques instants, il se produit de petites contractions, d'abord intermittentes, puis continues, de l'orbiculaire des paupières : enfin les yeux se ferment et le malade paraît dormir. Braid faisait fixer les yeux du malade sur son porte-lancette. Luys utilisait le miroir à alouettes. On peut varier presque à l'infini.

On peut se servir des *sensations auditives* : la boîte de renforcement du diapason, le tic-tac d'une montre..., la musique militaire, l'aboiement d'un chien, et.... le gong (à la Salpêtrière) ; des sensations olfactives (musc)... ; de la sensibilité générale (compression des globes oculaires, titillation du pharynx) (Binet et Féré).

Dans ces divers procédés, le fluide est supprimé, et l'hypnose est uniquement provoquée par l'impression exercée sur les centres nerveux, physique et psychique. D'après Bernheim, que j'ai déjà cité à ce propos, c'est la suggestion seule qui intervient; « c'est la sensation qui suggère l'hypnose... L'occlusion des yeux, l'absence d'impression visuelle, l'obscurité concentrent l'esprit sur lui-même, l'empêchent de se distraire au dehors, créent l'image du sommeil, c'est une invite au sommeil. » Cette opinion n'est pas universellement acceptée : elle est combattue par Grasset, qui rappelle l'exemple des malades entrant subitement en hypnose à la Salpêtrière, et de ceux qui tombent dans les mêmes conditions au concert ; il cite encore une observation de Pitres : celle d'une femme qui est endormie brusquement par un homme au moment où elle était aux prises avec lui, luttant contre ses violences.

Pitres rappelle qu'à la Salpêtrière on a pu endormir subitement des malades non prévenues, en projetant sur leur visage un rayon de lumière électrique. « Une malade de Landouzy tombe en léthargie quand, sans l'en prévenir et sans qu'elle puisse le voir, on approche un aimant de sa peau, tandis qu'elle reste parfaitement réveillée, si on remplace l'aimant par un morceau de fer non aimanté. » Ces faits ne sont pas absolument démonstratifs : comment affirmer que la suggestion n'est pas intervenue à un moment donné, sous une forme quelconque?

Cessation de l'hypnose. — Les moyens employés pour faire cesser l'hypnose sont presque aussi variés que ceux qui sont usités pour la faire apparaître.

Braid (cité par Grasset) réveille les hypnotisés « en frappant dans les mains, ou en frappant le malade par un coup sec de la paume sur le bras ou sur la jambe, ou bien encore par la pression ou le frottement des paupières, ou encore par un courant d'air projeté contre la face. A l'aide de ces moyens, je n'ai jamais manqué de rappeler mes sujets à eux rapidement ».

On peut encore souffler sur les yeux du malade, comme à la Salpêtrière, ou bien procéder par commandement ou suggestion. On dit impérativement au sujet : « Eveillez-vous! » ou bien encore on a préparé cette suggestion en prévenant le malade avant de l'endormir.

On a réussi par insufflation sur un individu chez lequel la suggestion est restée impuissante.

On peut encore utiliser les zones hypnofrénatrices, qui se superposent quelquefois aux zones hypnogènes. De même que certains sujets ne peuvent être endormis que par certaines personnes, de même ils ne peuvent être réveillés que par elles.

2°. — Conditions nécessaires pour produire l'hypnose.

Avant de passer aux applications thérapeutiques de l'hypnotisme, il faut examiner si tout individu peut être hypnotiseur, si tout individu peut être hypnotisable.

L'hypnotiseur. — Il est admis qu'aucune propriété spéciale ne confère la faculté ou l'aptitude d'hypnotiser : on peut donc affirmer que tout individu peut être hypnotiseur. Il est entendu en passant qu'il n'est pas nécessaire d'être médecin pour réussir : de célèbres hynoptiseurs l'ont prouvé; nous ne saurions nous ranger à l'opinion exprimée par Joirre à savoir « qu'une disposition personnelle, une certaine force innée est nécessaire pour faire un bon hypnotiseur ».

Cette force, pour la plupart des auteurs, n'est en effet que l'énergie et la volonté. Joirre croit en effet qu'il y a autre chose : « Quoi qu'il en soit, celui qui ne possède pas à un certain degré le pouvoir d'hypnotiser est presque certainement incapable même de comprendre l'hypnotisme. »

Il est indéniable qu'il y a des personnes qui en imposent plus ou moins ; les foules ont pu être emballées temporairement ou définitivement par des qualités purement extérieures : la physionomie, le geste, le panache etc... ; il en est de même pour l'hypnotisme. L'autorité, l'énergie, la confiance, la persévérance, telles sont les qualités qui assurent le mieux la réussite. Contrairement à Joirre, nous ne pensons pas que l'aptitude à hypnotiser soit longue à acquérir ; il suffit de parler d'un ton ferme et assuré, d'affirmer avec conviction, de parler lentement et avec fermeté.

L'hypnotisé. — Tous les sujets sont-ils hypnotisables ?

L'école de Nancy répond à peu près affirmativement, puisque sur 1.000 personnes que Liébeault a tenté d'hypnotiser, 24 seulement furent réfractaires, il est vrai que les hypnotisés ne le furent pas tous au même degré ; et que pour un certain nombre il ne put obtenir qu'un sommeil léger ou de la somnolence.

L'école de la Salpètrière fixe à peu près au 1/3 le nombre des hypnotisables ; d'après ses principaux représentants (Charcot, Richer, G. de la Tourette, Babinski, Pitres), seuls seraient hypnotisables les hystériques. Bérillon conclut au contraire que hystériques et idiots ne le sont pas.

Si l'on tient compte du très léger degré obtenu auprès de certains individus par Liébault, degré si léger qu'il rend le fait discutable, on peut admettre en principe que tout le monde n'est pas hypnotisable. Dire d'autre part avec Grasset que tous les hystériques ne sont pas hypnotisables et que beaucoup de sujets hypnotisables ne présentent aucun signe d'hystérie, ce n'est pas prouver que l'hystérie et l'hypnotisme ne font pas qu'un ; l'hypnotisme pourrait en effet être considéré comme un équivalent des autres phénomènes hystériques et rester un accident isolé (voir au chapitre *Hystérie*).

Il est incontestable qu'il y a des sujets plus hypnotisables que d'autres, mais il est bien difficile, dans plus d'un cas, de prévoir que tel individu sera plus facile à hypnotiser qu'un autre (1). Les

(1) Aucun caractère, aucun signe ne permet de prévoir qu'un sujet est hypnotisable ; aucun appareil, même l'hypnoscope de Ochorowicz (*Société de biologie*, 1884) ne fournit un renseignement sérieux à ce sujet. Il serait d'ailleurs plus intéressant de connaître le

avis sont, d'ailleurs, encore partagés. D'après l'école de Nancy, les hommes sont aussi hypnotisables que les femmes, tandis que Grasset et Crocq croient que les femmes le sont davantage. Heidenhain croit le contraire, parce qu'elles sont incapables d'une attention soutenue. Seraient encore plus sensibles les enfants, les personnes anémiées, affaiblies (infections, intoxications, émotions, perturbations psychiques).

Les personnes qui présentent certaines tares mentales le seraient également plus, mais cela est encore bien difficile à prévoir. « Les gens du peuple, les cerveaux dociles, les anciens militaires, tous les cerveaux pliés à l'obéissance passive ou encore à l'état de pâte molle, tel celui des enfants et de nombre d'adultes, sont plus aptes à la suggestion que les cerveaux raisonneurs et raffinés, que les intellectuels, les gens de commandement, d'énergique activité. »

Bernheim ajoute : « les soldats, les ouvriers, les paysans, les gens sérieux qui savent se laisser aller sans résistance, sans esprit d'analyse, sans arrière-pensée de contre-suggestion, sont, en général, faciles à hypnotiser : tandis que les raffinés, les nerveux, les femmes qui ne savent pas se concentrer et dont l'esprit est agité, le sont parfois plus difficilement, à moins qu'ils ne soient particulièrement impressionnables, c'est-à-dire susceptibles de recevoir de l'opérateur une impression profonde qui domine et neutralise leur esprit de critique ou de contradiction. »

Sont hypnotisables, dit Grasset, les sujets dont le polygone est malléable à l'état normal.

L'hypnose est d'autant plus facile qu'elle est pratiquée sur un sujet déjà antérieurement endormi, ou bien sur un sujet qui a assisté à des séances d'hypnotisme.

Du consentement. — Dans la grande majorité des cas, on ne peut hypnotiser qu'un sujet qui y consent : la malléabilité du polygone suppose l'intervention de O, mais c'est une intervention frénatrice, inhibitrice. En tout cas, on ne peut hypnotiser un sujet qui ne s'y prête pas, contre son gré.

Le sujet doit être prévenu (Bernheim) ; au contraire, Grasset pense que ce n'est pas une condition fondamentale, parce que le sommeil naturel a pu être transformé en hypnose et il rappelle, à ce sujet, les expériences déjà anciennes du général Noizet (1820), de V. Berger et Gschleiden, de Liébeault et Bernheim, Delbœuf, Rifat, Farez. Les résultats en ont été acceptés peut-être avec un contrôle insuffisant : n'a-t-on pas signalé des cas de transformation du sommeil chloro-

degré de suggestibilité de chacun. Binet a fait des recherches dans ce sens, mais il comprend la suggestibilité d'une tout autre manière que Grasset, c'est-à-dire dans le sens de Bernheim ...

formique en hypnose! Comment des auteurs, tels que Beaunis, ont-ils pu croire qu'ils ont réussi à hypnotiser des personnes en faisant des passes par derrière.

Suggestion dans le sommeil naturel. — Quelques auteurs, considérant le sommeil hypnotique comme un sommeil naturel, ont essayé de pratiquer la suggestion sur des sujets spontanément endormis. Les premières tentatives dans ce sens ont été faites par Paul Farez, presque toutes sur des enfants, dans le but de combattre l'incontinence nocturne d'urine. Il aurait obtenu un certain nombre de succès. Avant de réussir à pratiquer la suggestion somnique (c'est ainsi qu'est baptisée la méthode), il faut entraîner le sujet par une éducation progressive : la suggestion doit être, en effet, impérative et il est nécessaire que le suggestionneur et le suggestionné entrent en communication. Or il arrive souvent qu'on commence par des échecs, parce que le sujet ne répond pas ou il se réveille complètement.

Suggestion dans le sommeil anesthésique. — Des essais du même ordre ont été faits dans le sommeil anesthésique, surtout le sommeil chloroformique, mais on a également utilisé l'éther, le chloral. Farez se sert plus spécialement du somnoforme : il ne faut pas attendre que la narcose soit complète, et la suggestion doit être faite pendant la période qui la précède. Des succès auraient été enregistrés dans le traitement des choréiques, des vomissements incoercibles de la grossesse, des tics, de la léthargie, chez les individus frappés de dégénérescence mentale.

II. — HYPNOTISME AGENT THÉRAPEUTIQUE.

L'école de la Salpêtrière, qui a considéré l'hypnotisme comme un équivalent hystérique provoqué, le réserve aux seuls hystériques, en ce sens que ce sont les seuls malades qui n'ont rien à craindre. Gilles de la Tourette soutient une opinion semblable, et il fait remarquer que, l'hypnotisme modifiant le terrain hystérique comme tous les paroxysmes, il est impossible de prévoir les conséquences de l'hypnose ; elles peuvent être désastreuses.

Pour Babinski, l'hypnotisme se manifeste par des phénomènes que la suggestion fait naître et que la persuasion fait disparaître, et qui sont identiques aux accidents hystériques. Tamburini envisage l'hypnotisme comme un agent provocateur, une sorte d'exquis réactif, capable de mettre en évidence des phénomènes d'hyperexcitabilité, de catalepsie, qui sont propres à l'hystérie.

Duprat combat l'hypnotisme, parce qu'il développe la suggestibilité

et que la suggestibilité est elle-même la conséquence de l'état morbide. Pour être suggestible, dit le même auteur, il faut être incapable de systématiser ses pensées, d'apercevoir les incohérences, les contradictions. Les plus instables sont les plus suggestibles ; mais la suggestion, phénomène momentané, ne peut agir que momentanément, puisqu'ils sont instables.

L'école de Nancy (Liébeault, Bernheim, etc.) soutient une opinion contraire à celle de la Salpêtrière ; même dans les cas où l'hypnotisme ne produit pas de bien, il est incapable de produire du mal. Mais il ne faut pas oublier que Bernheim confond presque l'hypnose et la suggestion, et qu'il a donné au mot suggestion une signification beaucoup trop extensive, dans laquelle est comprise non seulement la persuasion, mais encore l'instruction, l'éducation, tout ce qui peut aspirer dans l'ordre individuel, économique et social, à une direction. L'état hypnotique, d'après l'école de Nancy, n'est pas un état pathologique, ce serait un état physiologique, et pourtant Bernheim écrit, dans la deuxième édition de son livre, qu'il n'y a pas d'état hypnotique spécial, il n'y a que des suggestibilités diverses que nous démontrons : « suggestibilités intéressant les diverses fonctions motrices, sensitives, sensorielles, idéales, passionnelles, accomplissements d'actes ; chaque sujet présente, à l'égard de chacune de ces fonctions, une impressionnabilité spéciale. » Cette impressionnabilité si spéciale peut-elle être considérée comme un phénomène physiologique ?

En France l'hypnotisme est de plus en plus abandonné, même parmi ses partisans les plus convaincus, qui lui préfèrent la suggestion à l'état de veille.

C'est surtout pour combattre les idées morbides et les phénomènes qui en dépendent, et principalement les accidents hystériques, qu'on l'a utilisé.

1°. — Indications de l'hypnotisme.

Grasset divise les indications en deux groupes, celles de l'hypnose seule et celles de l'hypnose avec suggestion.

Hypnose agissant seule. — L'*hypnose peut agir à elle seule*, mais à titre de suggestion (le sujet que l'on endort sait, en effet, que les manœuvres hypnotiques ont un but thérapeutique).

Elle peut être employée pour faire cesser les attaques d'hystérie, Pitres la recommande également contre les attaques convulsives trop violentes ou trop prolongées, et certaines attaques de délire bruyant. Féré et Binet soutiennent une opinion semblable.

Elle a été employée d'une manière prolongée comme traitement fondamental de l'hystérie (Wetterstrand).

Mais que faut-il penser des assertions de Bérillon, qui croit favoriser ainsi la croissance des enfants et des adolescents, et exercer une bonne influence sur l'établissement de la puberté ?

Hypnose associée a la suggestion. — Certains auteurs, tels que Wundt, Grasset, pensent qu'on peut agir efficacement sur certains phénomènes physiques. Le premier reconnaît à l'hypnotisme une influence sur les fonctions nutritives. « On peut, dit Grasset, très bien diminuer ou supprimer une hémorragie anormale, augmenter ou ramener une hémorragie physiologique, diminuer une hypersécrétion morbide ou augmenter une sécrétion défaillante. »

Liébeault distingue trois actions thérapeutiques dans la suggestion :

a. *Action substitutive.* — On remplace l'idée morbide en fixant, par exemple, l'esprit sur une autre idée. Liébeault rappelle à ce propos que Pascal se guérit un mal de dents atroce, en s'appliquant à résoudre le problème de la courbe cycloïde ou roulette. Kant supprimait les palpitations en transportant son attention sur un travail de tête appliqué, etc.

Dans ce procédé, on suggère pendant l'hypnose que le mal aura disparu au réveil, on peut y ajouter une pratique suggestive.

b. *Action perturbatrice.* — On utilise l'influence médicatrice de certaines émotions.

La nature de l'émotion doit varier suivant le sujet : il est presque nécessaire que l'émotion soit violente et intense ; elle peut être de la joie, de la peur ou de la peine.

c. *Action correctrice.* — On s'attaque directement à l'idée morbide et on la modifie, on la transforme par une série de suggestions successives. Forel serait arrivé par la suggestion hypnotique à guérir des buveurs émérites et invétérés, qui par la suite sont restés fidèles à leur engagement.

2°. — Hypnotisme agent anesthésique.

Bernheim dit que « certains sujets profondément hypnotisés sont analgésiques ou anesthésiques, par le fait même de l'hypnose, sans suggestion préalable », et il explique le phénomène par une sorte de distraction, toute l'activité nerveuse étant concentrée sur le cerveau, l'influx périphérique fait défaut. Ces sujets ne se comportent pas différemment des soldats qui ne s'aperçoivent pas de leur blessure pendant l'ardeur du combat. Bernheim rapproche encore cette insen-

sibilité de celle qui accompagne le sommeil naturel profond, insensibilité qui a permis d'exécuter, chez quelques individus, de petites opérations chirurgicales.

L'analgésie spontanée n'est pas constante et elle peut faire défaut, malgré l'hypnose ; par contre, elle peut être provoquée par suggestion pendant le sommeil hypnotique. Une question se pose aussitôt à l'esprit : est-il possible d'utiliser l'analgésie hypnotique soit comme un procédé thérapeutique vis-à-vis des névralgies, soit comme un procédé d'anesthésie chirurgicale ?

On pensa, en effet, substituer l'anesthésie hypnotique à l'anesthésie chloroformique, et, dès 1829, Jules Cloquet aurait pratiqué l'ablation d'un cancer du sein chez une somnambule. Des tentatives du même ordre furent faites par plusieurs chirurgiens (Velpeau, Broca, Follin, Verneuil, Demarquay et Giraud-Teulon, etc....) ; « mais, écrit Pitres, il fallut bientôt renoncer aux espérances qu'on avait pu concevoir, parce que la fixation du regard ne réussit pas à provoquer sûrement le sommeil nerveux chez tous les sujets. Néanmoins les quelques opérations chirurgicales pratiquées publiquement dans des services des hôpitaux sur des malades rendus insensibles par l'hypnotisation préalable, attirèrent l'attention des savants, et démontrèrent à tous qu'il y avait dans l'hypnotisme des faits réels, dont il fallait chercher le déterminisme. »

Bernheim a ouvert des abcès, pratiqué la thoracentèse, extrait plusieurs dents molaires, sans que le sujet manifestât la moindre douleur : il cite encore une cystocèle vaginale opérée sans douleur. Il n'en reconnaît pas moins la difficulté de réaliser complètement l'analgésie hypnotique : « le sujet qu'on hypnotise avec l'idée qu'il va subir une opération ne se laisse pas aller à neutraliser sa douleur ; son attention tend à y revenir. » Il y a une dose de douleur qu'il ne faut pas dépasser, et Bernheim cite l'exemple d'une de ses meilleures somnambules qui ne put supporter une excitation électrique d'une très grosse intensité. L'anecdote suivante vaut encore la peine d'être mentionnée. Bernheim fit opérer une malade affectée d'un abcès froid par Heydenreich : au préalable, il lui persuada pendant l'hypnose que l'opération était faite de la veille, et qu'elle ne pouvait plus sentir aucune douleur. La malade fut ensuite transportée au service de chirurgie et opérée sous l'anesthésie hypnotique. « Durant huit minutes environ, la malade, docile à la suggestion, ne ressentit rien, riant, chantant, rêvant à haute voix pendant l'incision de la peau, des muscles, des aponévroses. Mais tout d'un coup, pendant que l'opérateur dilacérait avec la pince la profondeur des tissus, elle poussa un cri, manifestant de la douleur, qu'elle attribuait à une malade qui la

pinçait. J'arrivai, cependant, par suggestion prolongée, à faire prédominer l'idée qu'elle n'avait pas mal, et l'opération put se terminer sans douleur apparente, sans réaction ; la somnambule manifestant seulement dans son rêve une mauvaise humeur se traduisant en un langage violent : j'avais beau lui prêcher la gaîté, le rire, elle ne voulut plus rire. « Je l'emm... », disait-elle. Au réveil, le souvenir de tout était effacé, et le lendemain elle ne voulut jamais croire qu'elle avait été opérée la veille. » La mauvaise humeur de la malade laisse supposer qu'elle n'était pas aussi insensible qu'elle l'affirmait le lendemain. En réalité, Bernheim a observé bien peu de cas d'analgésie hypnotique utilisés dans un but chirurgical, et ceux qu'il cite sont loin d'être convaincants. La questionest, aujourd'hui, définitivement réglée : si l'analgésie hypnotique est aussi incertaine, mieux vaut ne pas y avoir recours. L'exemple précédent démontre, en outre, comme le dit Bernheim, que la suggestion ne réalise pas ce qu'elle veut; elle réalise ce que l'organe psychique sur lequel elle travaille peut réaliser.

3°. — Inconvénients de l'hypnotisme.

C'est un procédé qui ne peut s'appliquer à tout le monde. Quand on n'a pas réussi à endormir un sujet en une séance ou deux, il ne faut pas le fatiguer par des essais longs et répétés. La réussite de l'hypnose ou le fait d'être hypnotisable suppose donc une suggestibilité spéciale, par suite un trouble du contrôle central, du jugement, des facultés intellectuelles supérieures, de la personnalité. Augmenter cette suggestibilité par l'hypnose, c'est commettre en quelque sorte un acte immoral, puisque c'est affaiblir davantage les facultés supérieures. On a pu évidemment faire disparaître plusieurs manifestations de l'hystérie par l'hypnose; on peut dans une certaine mesure s'opposer à leur répétition ; mais si la suggestion hypnotique ne peut faire apparaître que ce qui plaît au sujet hypnotisé, il s'en suit qu'elle ne contribuera qu'à accroître sa faiblesse et diminuer sa résistance morale. Dejerine a abandonné l'hypnotisme parce qu'il transforme l'hypnotisé « en une machine, en un automate qui répond à une impulsion et agit au réveil, sans savoir ce qu'il fait, ni pourquoi il le fait ».

Cette désagrégation mentale est encore démontrée, d'après Bernheim, par ce fait que « la répétition des hypnotisations facilite et accentue les influences » et arrive à rendre possible la suggestion à l'état de veille.

Bérillon prétend au contraire fortifier la volonté des sujets; il

insiste particulièrement sur sa bonne influence vis à vis des enfants pervers (kleptomanes impulsifs ou vicieux, onanisme et états mentaux connexes) : on peut ainsi créer chez eux des centres d'arrêt psychique et procéder à une éducation systématique de la volonté. Sans contester les résultats obtenus par Bérillon, Grasset objecte qu'il n'agit pas sur O, le centre psychique supérieur, mais sur le polygone et qu'il rend ainsi la liberté à O. L'hypnotisme ne peut transformer des sensations non perçues en sensations conscientes.

On a encore reproché à l'hypnotisme l'attachement de l'hypnotisé pour l'hypnotiseur, attachement qui, d'après Grasset, n'a rien d'anormal par lui-même. Mais il y a des hypnotisés qui ont le besoin de l'hypnotisme, de même que les morphinomanes de la morphine (Janet).

Si l'hypnotisme existe réellement, connaît-on un moyen qui permette de le différencier de l'hypnotisme simulé ? Aucun. De même qu'il est impossible de distinguer beaucoup d'accidents hystériques d'accidents semblables simulés, de même il est impossible de différencier l'hypnotisme franc et loyal de l'hypnotisme simulé. On verra au chapitre de l'hystérie que les prétendus troubles trophiques de la grande névrose ne sont que des accidents dus à la supercherie ; il en est de même du sommeil chez beaucoup de sujets qui ont été endormis. Le médecin seul a été dupé...

Des personnes extrêmement morales ont pu empêcher certains sujets d'être suggestionnés par d'autres que par eux. C'est une précaution recommandable vis-à-vis des sujets trop facilement hypnotisables. L'abstention est néanmoins préférable.

En somme, aucun caractère franc, aucun signe n'appartient au grand hypnotisme ; ni l'hyperexcitabilité neuromusculaire de la période léthargique, ni la plasticité de la catalepsie, considérées par Charcot comme des signes, ne doivent être envisagées comme telles. En ce qui concerne l'hyperexcitabilité neuromusculaire, suivant la remarque de Babinski, « il ne s'agit pas là d'une hyperexcitabilité réelle des muscles ou des nerfs : s'il en était ainsi, la pression du doigt sur le nerf facial, par exemple, devrait développer dans le côté correspondant de la face une contraction semblable à celle qui résulte de l'électrisation du nerf et qui est caractérisée par des phénomènes indépendants de la volonté (synergie paradoxale, fossette mentonnière, etc.). Or, que provoque-t-on par ces manœuvres ? Une simple grimace, identique à celle que tout individu peut faire au moyen d'une contraction volontaire de ses muscles. Quant aux prétendus caractères spécifiques des tracés obtenus dans la catalepsie vraie, ils constituent une des illusions des

premiers expérimentateurs, trompés sans doute par des idées *a priori*. La méthode des graphiques, très précieuse quand ses résultats sont interprétés avec circonspection, risque autrement d'induire en erreur. J'ai examiné de ces grands sujets, je les ai comparés à des individus qui, sur ma demande, simulaient la catalepsie : les tracés ont été identiques. Les états hypnotiques ne possèdent donc pas de caractères somatiques objectifs que la volonté soit impuissante à reproduire. A beaucoup d'égards l'hypnotisé se comporte comme un comédien, et l'hypothèse que tout l'hypnotisme constitue une farce n'est pas absurde. »

Le sommeil hypnotique ne constituant qu'une manifestation de la suggestibilité, Babinski ne l'emploie plus guère en thérapeutique, parce qu'il reste sans objet. Il préfère la suggestion à l'état de veille. Il ne fait exception que si les malades se suggèrent que seul l'hypnotisme pourra leur rendre la santé.

Il est à souhaiter que les discussions récentes sur l'hystérie aient leur répercussion sur l'hypnotisme ; en l'étudiant mieux, l'on y retrouvera plus souvent la part de la simulation et de la supercherie. Bernheim rejette la simulation, et cependant la plupart des auteurs admettent que, pour qu'un sujet s'endorme, il faut qu'il y consente ; d'autre part, d'après mon enquête personnelle sur un certain nombre de sujets hypnotisés, beaucoup reconnaissent n'avoir pas dormi et, au cours des tentatives médicales dont ils avaient été l'objet, ils avaient fait semblant de dormir plus par curiosité que par conviction. Il faut que le médecin sache qu'en pratiquant l'hypnotisme, au lieu de diriger et de commander son malade, il peut en être la risée et la dupe.

4°. — Réglementation de l'hypnotisme.

L'hypnotisme, offrant des inconvénients sérieux, ne doit être employé que médicalement, par un médecin expérimenté (Grasset).

« Il ne doit pratiquer l'hypnotisme qu'après l'assentiment et la présence du parent ayant droit » et après autorisation de l'intéressé. La présence d'un tiers est un acte de prudence ; surtout s'il s'agit d'une femme. Il ne faut pas oublier que les grands hypnotisables sont assez souvent des grands déséquilibrés moraux, et que le médecin a été trop souvent la victime de leurs accusations.

L'hypnose pratiquée en public est un acte dangereux, qui devrait être interdit par les pouvoirs publics. Il est particulièrement préjudiciable aux enfants, aux adolescents, aux êtres débiles, dont les facultés supérieures n'ont pas atteint leur complet développement,

sont restées inachevées ou bien même sont perverties. Dans ces conditions, l'hypnose, comme la suggestion, exerce une influence immorale ou amorale sur des êtres, dont la crédulité et la suggestibilité sont déjà exagérées, en leur montrant le peu de résistance de certains sujets aux influences extérieures et en leur fournissant par avance des excuses pour les fautes ou les méfaits qu'ils seraient susceptibles de commettre, si même elle ne les y encourage pas.

5°. — Résumé.

L'hypnose ne peut rien par elle-même contre les symptômes des maladies organiques et leurs lésions. L'hypnose ne peut agir sur les maladies mentales, sur les maladies de la personnalité, les délires chroniques, les démences, les vésanies, la mélancolie, l'hypocondrie, etc.

Elle peut agir sur l'hystérie, et peut-être sur quelques phénomènes observés chez les neurasthéniques, mais qui ne sont pas en rapport immédiat ou direct avec la neurasthénie.

L'hypnose a été employée par quelques pédagogues ou médecins pour l'éducation des enfants et pour la direction des subalternes. Je crois encore que c'est un procédé dangereux et mauvais, qui fait de l'individu un automate et non un être libre et pensant, en détruisant ou en arrêtant dans leur développement les facultés supérieures de jugement et de raisonnement.

Les ordres qui sont donnés pendant le sommeil hypnotique sont-ils limités ou illimités? Peut-on d'un hypnotisé faire un voleur ou un assassin ? *Oui*, disent Liébeault, Liégeois, Beaunis, Bernheim, Dumontpallier, Bérillon. *Non*, disent Charcot, Brouardel, Gilles de la Tourette.

On aurait observé des crimes pendant le somnambulisme naturel (Bernheim n'en cite que 2 cas, dont 1 au moins est douteux) ; pourquoi n'en observerait-on pas dans le somnambulisme provoqué (?). Pourtant les faits qu'invoque Bernheim à l'appui d'une telle affirmation ne sont pas de nature à nous convaincre ; ni la femme Fenayrou, ni Gabrielle Bompard, héroïnes toutes deux de crimes retentissants, ne peuvent être citées comme des exemples typiques : toutes deux sont des êtres amoraux, qui, privés de jugement et de conscience, n'ont pas été protégés contre les suggestions du dehors.

On ne peut que répéter ce que Bernheim a écrit à ce sujet : la suggestion ne réalise pas ce qu'elle veut, elle réalise ce que l'organe psychique sur lequel elle travaille peut réaliser.

D'ailleurs, dans les divers cas signalés par Bernheim, il est

beaucoup plus question de suggestion que d'hypnose à proprement parler. Ce sujet sera traité au chapitre suggestion.

II. — SUGGESTION A L'ÉTAT DE VEILLE

On a vu plus haut qu'on peut accepter comme définition de la suggestion à l'état de veille celle proposée par Jean Camus et Pagniez : « la suggestion est l'acte par lequel une idée bonne ou mauvaise est introduite dans le cerveau d'un individu sans son contrôle ». Nous préférerions plutôt dire sans faire appel à son contrôle ; dans l'hypnotisme il y a un peu plus : on cherche à supprimer le contrôle, mais au fond dans la suggestion on procède de même.

En somme, la suggestion ne diffère guère, à l'état de veille, de ce qu'elle est dans l'hypnose ; c'est une opinion admise à peu près par tous les auteurs.

C'est pourquoi elle n'a pas une supériorité tellement grande sur la suggestion hypnotique : elle suppose et elle utilise la désagrégation suspolygonale (Grasset). Elle serait d'autre part moins énergique et elle n'est utilisable que chez les sujets hypnotisables, chez des sujets dressés.

III. — PRODUCTION DE LA SUGGESTION

1°. — Procédés de suggestion.

La suggestion peut être directe ou indirecte, suivant qu'elle s'applique médiatement ou immédiatement au but qu'elle se propose.

Suggestion directe. — Elle n'est que la transmission d'un ordre de celui qui suggestionne à celui qui est suggestionné. Lorsqu'on dit à un malade, dans le but de réaliser une paralysie : « Vous êtes paralysé, vous serez paralysé, vous allez être paralysé », c'est de la suggestion directe. Si à un malade affecté de contracture ou de paralysie fonctionnelle, on dit : « Vous pouvez remuer votre bras ou votre jambe, vous n'êtes plus paralysé, levez-vous », c'est encore de la suggestion directe. Dans les deux cas, il y a suggestion, et pourtant dans le premier cas l'idée suggérée est déraisonnable, dans le second elle est raisonnable ; le caractère de la chose suggérée (raisonnable ou déraisonnable) n'enlève à la suggestion aucune de ses propriétés. C'est le procédé qui fait la suggestion. Elle diffère bien peu, en effet, et, pour ainsi dire, pas du tout de l'hypnotisme. Si on avait voulu hypnotiser le malade pour lui imposer la même idée,

on aurait commencé par lui suggérer de dormir, de même qu'à la fin on lui aurait suggéré de se réveiller, et rien ne prouve que les deux procédés eussent été essentiellement différents.

La suggestion directe procède ordinairement par injonction énergique, sur le ton du commandement, ou bien encore par affirmation simple. Elle est la même que dans l'hypnose.

Pas plus que dans l'hypnose, il ne faut avoir un tempérament spécial pour réussir. Être médecin, avoir de l'autorité et se trouver en présence d'un sujet suggestible sont des conditions plus que suffisantes. Le fait que tel médecin réussit auprès de tel malade, alors qu'il ne réussit pas auprès de tel autre, et que pour ce dernier un autre médecin moins expert réussira, prouve surabondamment qu'il n'existe pas un don de suggestionner, pas plus qu'il n'existe un don d'hynoptiser. L'hypnotiseur n'a d'autre don, d'autre autorité que ceux qui lui sont octroyés par l'hypnotisé ; de même en est-il pour les rapports du suggestionneur au suggestionné. L'instruction, l'érudition ne font rien. On peut être grand suggestionneur et être tout à fait ignorant des choses de la médecine ou de cette branche de la médecine. Celui qui a l'habitude de suggestionner a généralement plus d'autorité, parce qu'il se sent plus sûr et plus maître de lui, et cette certitude de soi-même est une des meilleures garanties de l'autorité que le malade accorde à son médecin.

La suggestion directe est la suggestion la plus scientifique, parce qu'elle est dépouillée de tous les artifices qui faisaient croire autrefois à l'intervention d'influences occultes et mystérieuses, et qui constituent l'ensemble des procédés employés dans la suggestion indirecte.

Suggestion indirecte. — La suggestion est dite indirecte lorsque l'idée est suggérée par l'intermédiaire d'un acte, d'un objet, d'une chose à laquelle elle est artificiellement reliée. Exemple : on dit à un malade : « Lorsque vous aurez pris telle pilule ou telle potion, vous serez guéri », alors que, par ses vertus propres, la pilule ou la potion ne peuvent amener la guérison promise. La suggestion peut être encore plus détournée et plus compliquée, mais elle reste toujours la suggestion, tant que l'idée qui doit être imposée n'est raisonnablement motivée, ni dans l'esprit de celui qui suggère, ni dans l'esprit de celui qui est suggestionné.

Lorsque Bernheim commence son livre sur l'hypnotisme et la suggestion par cette phrase : « La suggestion appliquée à l'art de guérir remonte à l'enfance de l'humanité », il a évidemment en vue la suggestion indirecte.

Elle a été successivement pratiquée par le prêtre, le souverain, le

magicien, et enfin par le médecin, tout d'abord à son insu, puis consciemment : la suggestion exercée par le médecin au moyen des prescriptions a d'ailleurs été la conséquence de la suggestion exercée sur le médecin lui-même par certains éléments.

Historique. — Aux temps anciens où l'homme attribuait ses souffrances à la colère des dieux, les prêtres, qui étaient les intermédiaires entre les hommes et les dieux, exerçaient sur leurs contemporains un prestige considérable : c'est à eux que l'on avait recours pour solliciter, par des pratiques religieuses, la clémence divine. « En Égypte, dit Bernheim, les prêtres furent les seuls médecins; à eux seuls les dieux révélaient leurs secrets; les formules magiques, l'influence des génies, des paroles allégoriques contribuaient à l'action des médicaments. »

Le don de guérir appartenait chez les Hébreux aux lévites, qui conjuraient le mal par des sacrifices, puis ce fut le tour des prophètes. Les offrandes et les holocaustes n'avaient pas d'autre but que d'apaiser le courroux céleste. L'intervention des mauvaises gens dans l'apparition des épidémies était admise chez tous les peuples anciens, chez les Hindous comme chez les autres.

Les invocations, les sacrifices étaient couramment utilisés chez les anciens Grecs, qu'il suffise de nous en rapporter aux œuvres de leurs tragédiens; les formules magiques consacrées aux guérisons étaient extrêmement répandues; elles faisaient partie des tables et des hymnes orphiques. « Esculape guérissait par les vers et par les paroles autant que par les médicaments.... Théophraste affirme qu'on guérit la sciatique par des vers magiques... Varron en donne contre la goutte. »

On peut même dire que l'origine de certaines pratiques médicales : régimes, bains, médicaments, remonte à la période religieuse ou superstitieuse de la médecine. Je cite encore des faits, d'après Springel et Bernheim : « A Orope, dans l'Attique, il fallait, avant d'interroger l'oracle d'Amphiaraüs, s'abstenir de vin pendant trois jours et de toute espèce de nourriture pendant vingt-quatre heures. Ailleurs les malades étaient obligés de se baigner avant de pouvoir être admis à entendre l'oracle. » Et les bains étaient souvent accompagnés de fumigations et de frictions.

Il est évident que toutes les cérémonies du temps s'entouraient d'une certaine pompe qui augmentait leur importance aux yeux des crédules, et qui était susceptible, par l'émotion qui s'y ajoutait, d'accroître leur suggestibilité. D'ailleurs les guérisons subites sont mentionnées. Bernheim signale une tablette-notice découverte dans l'île du Tibre : « Un certain Gaius, qui était aveugle, apprit de l'oracle

qu'il devait se rendre à l'autel, y adresser ses prières, puis traverser le temple de droite à gauche, poser ses cinq doigts sur l'autel, lever la main et la placer sur les yeux. Il recouvra aussitôt la vue en présence et aux acclamations du peuple. Ces signes de la toute-puissance du dieu se manifestaient sous Antonin. » Le secours des arbres et des herbes n'était pas dédaigné à côté de la parole divine chez les peuples orientaux.

Et même après l'avènement de la médecine, les malades eurent longtemps recours à ces pratiques religieuses : les paroles divines ou magiques, les incantations jouirent d'un grand prestige et servaient à frapper les esprits ; non seulement on les prononçait sur un rythme et un diapason susceptibles d'énerver et d'impressionner, bien plus, ces formules furent inscrites plus tard sur les talismans et les amulettes que les malades suspendaient à leur cou pour guérir. De nos jours même, où la médecine a fait de si grands progrès, ces pratiques ont subsisté dans les religions.

Sous le couvert du christianisme lui-même, on ne dédaigna pas de cultiver ces manœuvres superstitieuses : de nombreuses guérisons furent obtenes par les onctions, les saintes huiles, l'apposition des mains et des prières ; des cures miraculeuses sont à l'actif des reliques et des temples. On peut même ajouter, avec Bernheim, qu'au moyen âge la médecine religieuse continuait, sous la foi chrétienne, ce que faisaient les prêtres d'Esculape dans les temples païens (tombeaux, cendres, saints) ; certains saints eurent la spécialité de guérir, d'où les pèlerinages. D'autre part, fait remarquer Bernheim, le siècle de la Renaissance fut en même temps celui des plus grandes superstitions (alchimie, astrologie, chiromancie, sorcellerie, démonomanie).

Paracelse contribua à mettre les talismans en honneur. Il donne une recette pour faire des boîtes conservatrices des influences célestes ; « il invente la composition de deux onguents sympathiques qui guérissent les plaies à 20 milles de distance. Il suffit d'imbiber avec le premier un morceau de bois trempé dans le sang du malade ; avec le second, d'en couvrir le fer qui a fait la blessure, pour que la guérison eût lieu par sympathie. »

Les Rose-Croix (au commencement du XVII^e^ siècle) propageaient la doctrine de Paracelse, et guérissaient toutes les maladies par la foi et l'imagination ; il leur suffisait de regarder le malade le plus grièvement atteint pour qu'à l'instant il soit guéri. Ils distribuaient une poudre de sympathie et un emplâtre céleste qui guérissaient instantanément les plaies, les ulcères, les hémorragies et nombre d'autres maladies. Van Helmont croyait aux vertus des onguents magnétiques.

On croyait à la transplantation, à la possibilité de faire passer la maladie, par quelques pratiques, chez un animal, dans un arbre.

La suggestion a toujours été la principale raison du succès de l'empirisme, à une époque où l'on accordait artificiellement aux plantes ou aux agents chimiques des vertus mystérieuses, au lieu d'étudier leurs propriétés naturelles : c'est ainsi qu'ont fait fortune la thériaque, l'antimoine, la vipère, l'orviétan (la vipère remonte aux plus anciens temps : compagne fidèle d'Esculape, elle rentre dans la thériaque et l'orviétan..). « Madame de Lafayette prend des bouillons de vipère qui lui redonnent une âme et lui donnent des forces à vue d'œil ; elle croit que cela vous serait admirable. »

N'était-ce pas de la suggestion que toutes les pratiques du merveilleux : les révélations des oracles, les visites aux temples, les sacrifices, les pratiques religieuses ? et toutes ces pratiques n'avaient-elles pas pour but de développer le prestige du prêtre ou d'une autorité surnaturelle ? Au moyen âge, les rois de France et d'Angleterre ne faisaient-ils pas appel au prestige que leur donnait leur puissance, lorsqu'ils prétendaient jouir du pouvoir miraculeux de guérir les écrouelles et les goîtres ? Parmi ceux auquels la naissance, le rang ou la religion n'avaient accordé aucune supériorité, il y en eut qui surent tirer un merveilleux parti de l'ignorance des hommes, et qui, en puisant dans une prétendue intuition ou divination des choses les plus obscures de la nature une autorité factice, en imposèrent aux masses et surtout aux plus intéressés, aux malades. « L'homme ignorant est toujours demeuré et demeure encore rempli de vénération et d'effroi pour ces prétendues sciences imprécises. » D'où la renommée des magiciens, de Simon le Magicien, du diacre Paris, du prince de Hohenlohe ; ils pratiquaient les sciences occultes, dont l'astrologie, la cabale, l'alchimie n'étaient que des manières d'être. Partout se retrouve la suggestion : qu'elle soit dans celui qui applique le remède ou dans le remède lui-même, qu'elle vienne d'un prêtre, d'un roi ou d'un magicien, ou qu'elle se trouve incluse dans les onguents sympathiques de Paracelse, dans les poudres de sympathie et les emplâtres célestes des Rose-Croix, dans les philtres, les signes cabalistiques, les passes, les aimants, les animaux, les mots mystérieux ou les psaumes de David.

Le médecin n'a fait que substituer l'influence de son prestige scientifique à celle de la religion, de la souveraineté ou des astres! N'est-ce pas toujours l'influence du plus fort sur le plus faible ? La suggestion, d'ailleurs, n'est pas autre chose, mais le plus fort est devenu le savant, et le plus faible est resté l'ignorant...

Procédés de suggestion indirecte. — La principale suggestion

indirecte est la *suggestion médicamenteuse*. Elle consiste à prescrire des substances inertes, ou du moins dénuées de propriétés thérapeutiques, et à faire croire au malade qu'elles auront une action décisive sur tel ou tel symptôme ou même sur la maladie.

On ne compte pas le nombre de guérisons obtenues par les pilules de mie de pain, et plus récemment par les pilules de bleu de méthylène, qui ont la propriété de donner une couleur bleue aux urines et de vivement impressionner les malades. Les pilules de mie de pain ont été souvent prescrites comme pilules purgatives ou comme pilules antinerveuses. Bernheim cite l'exemple d'un hypocondriaque observé par le Dr Lisle, atteint de constipation opiniâtre : celle-ci céda lorsqu'il eut pris cinq pilules de mie de pain argentées; le malade aurait été purgé jusqu'au collapsus. Bernheim a pu faire dormir des malades en leur donnant simplement de l'eau de menthe, mais en leur faisant croire que c'était du sulfonal.

La suggestion peut être faite différemment. Luys avait imaginé d'enfermer des substances actives dans des tubes et de faire opérer ces substances à distance sur les malades.

On peut, à la place de médicaments, employer des procédés mécaniques, tels que l'électromécanisme. On doit également aux métaux et à l'aimant de nombreuses guérisons. La vertu esthésiogène de l'aimant fut reconnue par la Société de biologie. Bernheim n'accorde à la métallothérapie qu'une vertu purement suggestive.

Diverses méthodes dont l'efficacité n'est pas douteuse dans la cure de certaines maladies, telles l'électrothérapie, la balnéothérapie, l'hydrothérapie, le massage, etc... peuvent servir de moyens suggestifs, lorsque le médecin leur accorde une vertu curative qu'ils ne peuvent pas avoir. Il en est vraisemblablement de même des tracteurs de Perkins et des appareils à suspension ou à traction pour les tabétiques.

2°. — Par quel mécanisme agit la suggestion.

On peut poser en principe, avec Bernheim, comme une loi de psychologie, que toute idée suggérée et acceptée tend à se faire acte (sensation, image, mouvement). « Toute cellule cérébrale actionnée par une idée actionne les fibres nerveuses qui doivent réaliser cette idée. » C'est la loi de l'idéodynamisme.

L'idée peut devenir sensation. L'idée des poux et des puces fait qu'on se gratte; celle d'une scie fait grincer les dents. *L'idée devient sensation ou image visuelle.*

L'idée devient sensation viscérale. Van Swieten dit : « J'ai vu un

homme qui, après avoir pris une drogue très nauséeuse, non seulement éprouvait des frissons et des nausées, mais encore était souvent purgé par le seul fait qu'il voyait la coupe où il avait pris le médicament. »

L'idée devient mouvement par l'intermédiaire d'une sensation (action de se gratter) ou par émotion : « Si je ne me retenais, je te battrais ». *L'idée neutralise un mouvement. L'idée neutralise une sensation. L'idée neutralise une sensation viscérale.*

« Le cerveau, en un mot, fait de l'inhibition et de la dynamogénie, comme dit Brown-Séquard, sur les diverses fonctions; il les exalte, il les atténue, conformément à l'idée suggérée dans un but curateur » (Bernheim). Pour que l'idée soit acceptée, il faut accroître la crédivité.

Le premier moyen, dit Bernheim, est la suggestion religieuse, lorsqu'elle agit sur des âmes croyantes... Un autre moyen est la suggestion médicamenteuse. L'hypnotisme n'est qu'un moyen d'augmenter la suggestivité.

II. — LA SUGGESTION AGENT THÉRAPEUTIQUE.

1°. — Indications thérapeutiques de la suggestion.

Le domaine thérapeutique de l'hypnose et de la suggestion serait considérable, d'après Liébeault, Bernheim et l'école de Nancy, qui ont introduit systématiquement l'hypnotisme et la suggestion à l'état de veille dans la thérapeutique de toutes les maladies.

La suggestion à l'état de veille est employée par de nombreux auteurs dans le traitement des accidents hystériques. La suggestion agit non seulement dans toutes les maladies fonctionnelles, dans les névroses, mais encore dans toutes les affections organiques du système nerveux, dans lesquelles le trouble fonctionnel dépasse les effets de la lésion organique : dans tous les troubles nerveux qui sont dus à une impressionnabilité exagérée et qui viennent se greffer sur les maladies organiques les plus diverses.

On peut, dit Bernheim, en s'adressant à l'organe psychique, centre moteur de tous les organes, de toutes les fonctions, modifier ces organes et ces fonctions dans un sens utile au malade.

Bernheim admet même l'action de l'hypnotisme sur les lésions organiques, tout en reconnaissant qu'il est restreint, « il a vu un eczéma chronique rebelle, entretenu peut-être par un état nerveux, guérir par suggestion hypnotique ». « Si la suggestion n'a pas une action directe sur la lésion, elle peut modifier la fonction : or, la fonction fait l'organe et l'altération de la fonction fait l'altération de

l'organe... Des palpitations nerveuses du cœur peuvent amener son hypertrophie; des vomissements nerveux fatiguent l'estomac et altèrent la nutrition des tissus ; une contracture prolongée produit une rétraction et des déformations, l'immobilisation prolongée d'une articulation produit de l'arthrite et de l'ankylose. »

Bernheim prétend même qu'il a pu arrêter ou mieux empêcher des crises d'épilepsie, quand l'accès est précédé par des prodromes; la chorée serait elle-même justiciable de la suggestion, à la condition que l'agitation psychique ne soit pas aussi grande que l'agitation corporelle, telle que l'attention ne peut se fixer sur rien. On peut encore citer la tétanie, que Bernheim aurait guérie en quelques séances, même si elle dure depuis plusieurs mois, la crampe des écrivains, les troubles sympathiques d'origine interne, les tremblements nerveux saturnins, mercuriels, alcooliques, la morphinomanie, les habitudes alcooliques. C'est élargir d'une manière excessive le domaine de la suggestion.

Mais en réalité, dans la plus grande partie de ces cas, il ne s'agit pas de suggestion impérative; il s'agit de psychothérapie prise dans un sens beaucoup plus large. Ce qui le prouve, c'est la phrase suivante : « La brusquerie ne convient pas à la plupart des hystériques; l'insinuation douce réussit d'ordinaire mieux. La peur, l'intimidation, les émotions fortes peuvent agir comme contre-suggestion et susciter des crises ou autres manifestations nerveuses... » Et encore : « La suggestion doit être adaptée à chaque individualité. L'injonction vigoureuse, faite d'un ton de commandement, même avec menace, convient à quelques natures rebelles et rudes. »

Grasset fait très judicieusement remarquer qu'en pratique Bernheim, Hartenberg, Valentin, Aimé ne s'adressent pas directement à l'automatisme du sujet; ils s'adressent au psychisme entier et font de la persuasion, de l'enseignement, de la rééducation.

Parmi les conditions défavorables à la suggestion, certains auteurs rangent l'autosuggestion. Plus l'autosuggestion domine le cerveau, moins, en général, la suggestion d'autrui a de prise sur lui. Forel (cité par Bernheim) dit que les cerveaux sont d'autant plus faciles à impressionner qu'ils sont plus sains. C'est même pour cette raison, d'après Bernheim, que les aliénés vrais ne sont pas curables par la suggestion ; ce qui dominerait chez eux, c'est l'autosuggestion.

2°. — Inconvénients et avantages de la suggestion.

La suggestion à l'état de veille ne réussit généralement bien que sur les sujets antérieurement hypnotisés. Si on ne l'envisage qu'à ce

point de vue, on ne peut lui reconnaître aucun avantage sur l'hypnotisme : elle suppose que par le dressage et l'hypnoculture le sujet est devenu, un automate : et par ce fait elle démontre une fois de plus les inconvénients et les dangers de l'hypnotisme.

Lorsqu'elle est employée d'emblée sur des sujets antérieurement non hypnotisés, elle a sur l'hypnotisme cet avantage de supprimer une mise en scène qui contribue à augmenter la suggestibilité et à anéantir les facultés de contrôle.

En réalité, dans la suggestion à l'état de veille comme dans l'hypnose, le sujet suggestionné tend à devenir l'esclave de celui qui pratique la suggestion, il s'assujettit complètement, il devient un automate. Moralement la suggestion est tout aussi condamnable que l'hypnotisme; elle est dangereuse par l'atteinte grave qu'elle porte à la personnalité du sujet. Le malade qui vient réclamer l'hypnose auprès du médecin pour se guérir ne se doute pas de la lâcheté qu'il commet : il en est de même de la suggestion, qui détermine un mouvement et non pas un acte (Camus et Pagniez).

La suggestion ne s'adresse qu'à un symptôme, et elle ne s'adresse pas en réalité à la cause du mal. C'est une thérapeutique symptomatique ou palliative. Ce n'est pas une thérapeutique curative.

Ces critiques ne s'adressent, bien entendu, qu'à la suggestion pure, impérative, et non à la suggestion doublée de persuasion, à laquelle font allusion Camus et Pagniez.

La suggestion indirecte est moins déraisonnable, le médecin ne supprime pas le contrôle du malade, parce que celui-ci n'est pas en mesure de l'exercer, à moins qu'il ne soit médecin lui-même. Beaucoup de médicaments, dans certaines circonstances, n'agissent que par suggestion : c'est pourquoi les propriétés vraiment thérapeutiques de certains médicaments sont encore discutables.

Il faut enfin se méfier de la supercherie dans la suggestion à l'état de veille comme dans la suggestion hypnotique.

III. — AUTOSUGGESTION

Définition. — Bernheim définit l'autosuggestion : « La suggestion née spontanément chez une personne, en dehors de toute influence étrangère appréciable. En réalité, l'autosuggestion ne résulte pas d'une génération spontanée; elle est toujours liée à une impression sensorielle qui donne naissance à une idée ou à une association d'idées, en rapport avec des souvenirs accumulés par suggestions antérieures. » Quelques auteurs comprennent sous le même nom l'exécution d'ordres suggérés à plus ou moins longue

échéance : on suggère par exemple à un sujet, pendant le sommeil hypnotique ou à l'état de veille, d'écrire une lettre ou de s'endormir soit à telle ou telle date, soit dans telle ou telle circonstance ; « lorsque l'échéance sonne, dit Grasset, ou quand la circonstance indiquée se présente, il s'autosuggestionne et s'endort ». « L'autosuggestion apparaît encore plus spontanée, dit le même auteur, quand sans hypnose provoquée antérieure, un événement brutal ou impressionnant fait impérativement naître une idée polygonale, qui domine la vie psychique inférieure avec la même autorité que la suggestion d'un hypnotiseur. »

L'autosuggestion est, en effet, l'idée qui surgit spontanément et brusquement dans la conscience, est acceptée par elle, et tend à passer aussitôt à l'état d'acte, et cela en dehors de notre jugement et de notre contrôle. L'autosuggestion est la cause d'un certain nombre de troubles nerveux et elle tend à se manifester chaque fois que, pour un motif quelconque, les facultés supérieures de contrôle sont affaiblies, que ce soit constitutionnellement ou accidentellement.

L'autosuggestion n'est souvent que le reliquat d'une hétérosuggestion, ou mieux une hétérosuggestion prolongée, mais c'est un phénomène spontané qui commande l'individu ; il ne la dirige pas, il est dirigé par elle.

Rôle thérapeutique de l'autosuggestion. — E. Lévy se demande si nous ne pouvons profiter de l'action bienfaisante que nous sommes capables d'exercer sur autrui par la suggestion et nous suggestionner volontairement nous-mêmes. C'est le principe de l'autosuggestion raisonnée et consciente.

Je ne pense pas que la méthode que préconise cet auteur relève, en réalité, de ce principe. En effet, pour la mettre en pratique, n'affirme-t-il pas que le meilleur agent est l'attention, et que, pour lui donner la vitalité nécessaire, nous devons la concentrer par fixation, par affirmation. L'affirmation se transforme en une croyance ferme et féconde, qui « aboutira ensuite presque fatalement à sa réalisation effective ».

La méthode de l'autosuggestion raisonnée et consciente n'est qu'une méthode d'éducation et de rééducation morale ; c'est une méthode de persuasion qui sert à développer l'attention et à entraîner la volonté. C'est, au fond, tout le contraire de l'autosuggestion. Elle est contenue en germe dans les pensées d'illustres philosophes tels que Pascal, Leibnitz, Zimmermann, Kant, Cabanis, Feuchtersleben : « La plus éclatante démonstration de la puissance que peut donner un exercice assidu est fournie — Lévy l'écrit lui-même — dès

l'antiquité, par l'école stoïcienne : une douleur qu'on se refuse à percevoir se tarit dans sa source et disparaît d'elle-même. »

Cette méthode s'appuie avant tout sur l'attention, qu'elle distrait d'un groupe d'événements pour la porter ailleurs : elle suppose une volonté à la hauteur de sa tâche. Des exemples célèbres en sont donnés un peu partout. C'est celui du célèbre philosophe Kant, déjà cité : « Sujet à des palpitations et souvent oppressé, il triomphait de tous les symptômes maladifs dont il était affecté en transportant son attention sur un travail de tête appliquant. Il se mettait très vite en une sorte de sommeil, ce qui lui permettait, en concentrant ainsi son esprit, de perdre la conscience de ses maux (Liébeault). » Pascal n'affirmait-il pas que « la volonté est un des principaux organes de la créance, non qu'elle forme la créance, mais parce que les choses sont vraies ou fausses selon la face où on les regarde. La volonté qui se plaît à l'une plus qu'à l'autre détourne l'esprit de considérer celle qu'elle n'aime pas à voir, et ainsi l'esprit marchant d'une pièce avec la volonté, s'arrête à regarder la face qu'elle aime, et ainsi il en juge par ce qu'elle voit. »

Au fond, cette méthode suppose déjà ce que l'on appelle dans le vulgaire un bon moral : elle suppose que celui qui doit l'appliquer est capable de secouer son oisiveté et de s'occuper suivant ses désirs. Elle ne s'adresse donc qu'à des individus en pleine possession de leur attention et de leur volonté, et non à la plupart des malades que nous avons en vue dans ce livre, et chez lesquels ces facultés sont toujours plus ou moins profondément altérées. C'est, en somme, de la psychothérapie pour les gens bien portants : c'est davantage une méthode de direction et d'éducation morale qu'une méthode thérapeutique.

Voici comment Lévy conseille d'exalter l'autosuggestion *par la méthode du recueillement :*

« On se placera, autant que possible, dans une chambre tranquille, à l'abri de l'agitation, du bruit, de la lumière. On s'étendra commodément, le corps bien libre de toute gêne, en sorte que rien ne vienne distraire l'attention ; on se mettra, en un mot, dans les conditions mêmes qui favorisent notre sommeil de chaque soir. Puis, fermant les yeux, on se concentrera sur l'idée de dormir. Au besoin, on aidera à la réalisation de cette première suggestion en retirant, pour ainsi dire, sans effort son attention de ce qui nous entoure, de notre corps, de nos pensées, pour la reporter naturellement sur la seule idée de repos ; ou encore on aura recours aux moyens variés que chacun sait imaginer pour amener le sommeil quand celui-ci se montre rebelle : récitation de chiffres, de formules monotones, représentation

de paysages imaginaires, régularisation du rythme respiratoire, etc. A un moment nous sentons un certain état d'engourdissement et de calme de notre esprit et de notre corps : nos idées, nos sensations se sont comme obscurcies, comme voilées. Les phénomènes mêmes que nous voulons combattre, ont déjà perdu quelque peu de leur acuité première. Nous nous donnons alors les suggestions convenables, les affirmations se font mentalement, à voix haute ou à demi-voix ; en cas de douleur, on applique sa main sur la région souffrante, afin de renforcer la suggestion. La suggestion finie, il suffit de rouvrir les yeux. Il est préférable de profiter de la somnolence du soir ou du matin au réveil. »

Par entraînement, l'autosuggestion se produit de plus en plus facilement : elle s'accroît encore du fait que nous observons les moyens personnels de la renforcer ; l'image devient plus vive, plus colorée, plus lumineuse.

Cet état de recueillement correspond « à l'état de charme » de Liébeault, « à la réflexion méditative » de Payot.

La suggestion sera d'autant plus forte, qu'elle sera réchauffée par le sentiment ; l'idée de guérir sera d'autant plus efficace, qu'on se représente en même temps le désir de guérir. Il sera salutaire de profiter d'un bon moment, d'une émotion douce. « Tout état affectif, sentiment, émotion, passion, est comme une accumulation de force nerveuse, d'énergie qui veut se déverser au dehors. » Sensations et sentiments peuvent concourir au même but. Il faut s'apprendre à envisager et à interpréter les choses dans le bon sens, à les voir du bon côté.

La gymnastique psychique, ou autosuggestion en acte, correspond à ce que Bernheim a décrit sous le nom d'*entraînement actif à l'état de veille ;* la seule différence c'est que le malade lui-même est son propre entraîneur. L'idée suggère l'acte, mais l'acte, à son tour, renforce l'idée. Lévy propose encore la formule « se comporter comme si l'on était tel que l'on souhaite d'être ». L'idée est affermie par l'exécution de gestes, d'actes, de mouvements qui correspondent à l'idée ; et Lévy cite un certain nombre de mouvements, indifférents d'abord, puis susceptibles de réveiller les idées. Mais tout cela n'est-il pas plus théorique que pratique ? « De même, dit Lévy, en cas de douleurs dans les membres inférieurs, on se mettra à marcher en se répétant à soi-même que ces douleurs n'existent pas. » La distraction est une forme de l'autosuggestion active. « Attachons-nous à nous dépeindre, dans nos paroles, tels que nous souhaitons d'être, ces mensonges voulus trouveront leur excuse dans ce fait que progressivement ils deviendront vérité. »

Rapports avec l'hétérosuggestion. — En réalité, derrière l'autosuggestion il y a une hétérosuggestion initiale, médicale; mais l'autosuggestion la développe en lui apportant ses propres moyens personnels.

L'autosuggestion est le complément naturel et nécessaire de tout traitement psychique et rien de plus.

MÉTHODES DÉRIVÉES DE L'HYPNOTISME ET DE LA SUGGESTION

La psycho-analyse de Freud.

Méthode de J. Breuer. — Dans le courant de ces dernières années, cette méthode a joui d'une grande réputation, et elle tend à se répandre en Autriche, en Suisse, en Russie, en Amérique; elle est, au contraire, fort peu connue en France, bien qu'elle ait, par son principe et quelques-unes de ses applications, des affinités immédiates avec la psychologie française.

La méthode de psycho-analyse de Freud, qui est à la fois une méthode de traitement et une méthode d'investigation psychologique, est dérivée de la méthode dite cathartique du Dr Joseph Breuer, qui l'employa pour la première fois sur une jeune fille hystérique (1880-1882). Entre autres symptômes, elle présentait de la contracture avec anesthésie des membres droits, quelquefois aussi, par intermittence, du côté gauche, des troubles visuels, de la toux, de l'anorexie, enfin de la confusion mentale et des absences. Or, pendant ses absences, la malade murmurait quelques mots, et Breuer eut l'idée que ces mots se rapportaient à un complexus qui occupait sa pensée et pouvait avoir quelques liens avec l'origine de son mal. Il la plongea dans l'hypnose et lui répéta les mots entendus pendant les moments d'absence : la malade révéla alors les pensées qui la dominaient et qui se rapportaient, d'ailleurs, au même sujet : les préoccupations qu'elle avait eues pendant une maladie de son père. Ces récits la soulageaient pour quelque temps, puis les absences se reproduisaient, pour disparaître de nouveau. On avait alors recours à l'hypnotisme, pendant lequel des mots prononcés par la malade étaient répétés. Ce « nettoyage psychique », d'où le nom de cathartique donné à la méthode, donna des résultats non seulement pour les absences, mais encore pour d'autres symptômes, quand la malade eut raconté, pendant l'hypnose, à quelle occasion et par quel enchaînement ces symptômes étaient d'abord apparus.

Breuer put ainsi démontrer que presque tous les symptômes

étaient apparus comme des restes d'événements, retentissement affectif ou traumatismes psychiques, et le caractère particulier de ces symptômes s'expliquait par leurs relations avec le traumatisme causal; ainsi la contracture du bras droit correspondait à une hallucination qu'elle avait eue au chevet de son père malade : il était menacé par un serpent et au moment de lui venir en aide, elle se sentit un engourdissement dans le bras.

Cette expérience mettait en lumière des faits très intéressants et de deux ordres : 1° les révélations de la malade sur la cause de la maladie, et les liens intimes des symptômes avec le traumatisme psychique ; 2° l'amélioration et la disparition des symptômes sous l'influence de ce nettoyage psychique.

Breuer obtint plusieurs succès, mais la méthode était d'une application difficile; il n'était pas toujours possible d'endormir les malades et, pour assurer la guérison définitive, il fallait remonter à tous les chocs psychiques jusqu'au premier; or la passivité du malade n'était pas faite pour seconder de pareilles recherches.

Méthode de Freud. — Quelques années plus tard, Freud appliqua sur ses malades la méthode d'examen et de traitement imaginée par Breuer et il confirma ses résultats. Il résuma ses connaissances à ce sujet sous la formule : « Les malades hystériques souffrent de réminiscences. » Leur vie mentale, comme celle de tous les psychonévrosés, se rattache à des traumatismes pathogènes : c'est, au point de vue pratique, un des caractères les plus marquants de la névrose.

Freud abandonna toutefois la suggestion hypnotique comme procédé d'investigation et de guérison, de même que la conception de « l'état hypnoïde » de Breuer.

Freud avait observé chez Bernheim, à Nancy, un fait qui le mit sur la voie de la nouvelle méthode. Les sujets plongés dans le somnambulisme hypnotique et sur lesquels on fait des expériences ne peuvent répéter, après le réveil, tout ce qu'ils ont fait pendant la période de sommeil. Cependant les souvenirs emmagasinés ne sont qu'apparemment perdus et il est possible de les réveiller, mais à une condition, c'est d'insister.

C'est ainsi que procéda Freud sur les malades : après avoir concentré leur attention dans le but d'évoquer les souvenirs, il arrivait un moment où les malades disaient ne plus rien savoir. Il leur assurait alors qu'ils savaient encore quelque chose, qu'ils n'avaient qu'à parler et il leur affirmait que le souvenir qui surgirait, lorsqu'il leur mettrait la main sur le front, serait le bon. Les malades étaient en même temps couchés sur le dos, les yeux fermés. De cette manière, il réussit, sans hypnose, à tout apprendre, de ce qui

était nécessaire pour rétablir les relations existant entre les scènes pathogènes oubliées et les symptômes qui en dépendaient. Les souvenirs n'étaient donc pas perdus et une force les empêchait de redevenir conscients. Cette force, c'est la résistance offerte par le malade, quand on s'efforce de rendre conscients les souvenirs inconscients.

Pour guérir l'hystérie, il faut vaincre cette résistance, et le mécanisme de la guérison permet d'acquérir des idées très précises sur la pathogénie de la maladie.

La résistance qui s'offre tout d'abord au retour à la conscience de ce qui était oublié est la même force qui avait amené autrefois cet oubli même et chassé de la conscience les événements pathogènes en question. C'est ce processus que Freud désigne sous le nom de *refoulement* (*Verdrängung*) : et le refoulement se produit parce que ces événements éveillent des tendances en opposition formelle avec les autres désirs de l'individu, inconciliables avec les prétentions éthiques et esthétiques de sa personnabilité.

Les phénomènes hystériques peuvent être ainsi interprétés comme des phénomènes réflexes anormaux, qui ne se produisent pas au hasard, parce que dans leur forme ils ont des liens intimes avec les événements qui les ont provoqués.

Le refoulement a eu un mauvais résultat, puisque la tendance refoulée engendre le symptôme. Et pour faire disparaître celui-ci, il est indispensable qu'il soit ramené à l'idée qui a été primitivement refoulée, que celle-ci redevienne consciente, et c'est le but de la psycho-analyse.

Alors, sous la direction du médecin, le conflit psychique peut trouver une meilleure idée que le refoulement.

Pour retrouver les idées oubliées, pour pénétrer du conscient dans l'insconscient, Freud a modifié sa manière primitive ; il renonça à l'interrogatoire direct et employa comme procédés techniques : les *réminiscences libres*, les *rêves* et les *actes automatiques*, c'est-à-dire les actes exécutés par hasard ou par erreur (oubli de noms propres, lapsus linguæ et calami, maladresses, pertes et bris d'objets, action du jeu machinal avec des objets, le chantonnement des mélodies).

Pendant les réminiscences libres, le malade parle de ce qu'il veut ; Freud établit en effet en principe qu'il ne pourra évoquer d'autres souvenirs que ceux qui dépendent d'une manière indirecte du complexus cherché. Le souvenir surgissant ainsi devait être, par rapport à l'élément refoulé, comme une allusion, une description indirecte. De même les rêves, ou les actes automatiques, peuvent mettre sur la voie de l'idée refoulée.

Peu à peu Freud reconnut que la psycho-analyse ramenait avec

une surprenante régularité les symptômes des malades à des impressions de la vie amoureuse ; et d'après lui, dans la très grande majorité des cas, les tendances pathogènes seraient de nature érotique.

Quand l'analyse ne ramène qu'à des traumatismes banaux, il faut savoir remonter encore plus haut, jusqu'à la puberté et à l'enfance, pour y trouver les impressions qui ont exercé une action déterminante sur la maladie ultérieure. Seuls les événements de l'enfance expliqueraient la sensibilité vis-à-vis des traumatismes ultérieurs, et ce n'est qu'en découvrant et en rendant conscients ces souvenirs oubliés, que l'on acquiert le pouvoir de faire disparaître les symptômes. Les tendances les plus puissantes de l'enfance sont des tendances sexuelles.

Les névroses seraient aux perversions comme le négatif par rapport au positif : les unes et les autres ont à leur origine les mêmes tendances, mais, lorsqu'il s'agit de névroses, les tendances restent dans l'inconscient : elles ont subi un refoulement.

Les hommes tomberaient malades quand, par suite d'obstacles antérieurs, ou manque d'adaptation, la satisfaction de leurs besoins érotiques leur est refusée. Ils s'éloignent de la réalité pour tomber dans la maladie.

Ces aspirations inconscientes perdent leur nocivité en devenant conscientes au cours de la psycho-analyse, parce que, en éliminant les conséquences fâcheuses de stades antérieurs de notre existence, le moi se retrouve au complet, il ne refoule plus et il peut dominer. D'autre part, les tendances ont un emploi justement approprié à ce qui est une source d'énergie psychique. Par la *sublimation*, nous donnons un but élevé, éventuellement non sexuel, aux tendances sexuelles infantiles. Enfin, une certaine partie de nos tendances libidineuses a droit à la satisfaction et doit la trouver dans la vie.

Non seulement la méthode de Freud a été appliquée au traitement de l'hystérie, mais encore à celui des psychonévroses, et elle a été vantée par beaucoup de médecins étrangers. On peut lui reprocher l'exclusivisme de son principe, qui ramène tout à la vie génitale : par contre le refoulement est un élément étiologique important dans l'origine ou la persistance des maladies de l'émotivité. La méthode, telle qu'elle est mise en pratique par Freud, doit être d'un maniement très délicat, à cause de la nature des souvenirs sur lesquels portent les investigations, et plus d'une fois elle a dû répugner aux malades ou à leurs familles. Je ferai remarquer, en outre, que la recherche des traumatismes moraux n'est pas propre à la méthode psycho-analytique de Freud et qu'elle fait partie intégrante des méthodes de persuasion.

CHAPITRE II.

LA PERSUASION.

La persuasion est différemment comprise par les psychothérapeutes. Pour Dejerine, elle diffère totalement de la suggestion, parce qu'elle s'appuie sur le raisonnement et surtout sur le sentiment, tandis que pour Bernheim elle n'est qu'une forme de la suggestion.

En quoi la persuation diffère-t-elle de la suggestion impérative? par ce fait que le médecin cherche à faire accepter une idée au malade en la faisant juger, en faisant intervenir son contrôle cérébral. Mais il s'y prend de telle manière que l'idée acceptée soit bien l'idée proposée, et pour cela il peut se servir soit du raisonnement, soit du sentiment, nous dirons qu'il agit dans le premier cas par démonstration, dans le second cas par sympathie. Sous cette dernière forme, la persuasion a pour but de créer une émotion agréable ou sthénique, qui annihile ou contrebalance les mauvais effets de l'émotion déprimante.

Les médecins anciens, qui ne méconnaissaient pas l'influence du physique sur le moral, Galien, Apollonius, Cœlius Aurelianus, Celse ont donné quelques indications qui visent le rôle moral du médecin. Le médecin, dit Celse, doit être l'ami de son malade et le traiter par la gaieté. J'aurai l'occasion de revenir sur la psychothérapie des temps éloignés ; aussi je n'insiste pas, et pour revenir à des époques plus récentes, je rappelle que le traitement des passions de l'âme, le traitement moral des maladies n'a pas échappé aux médecins de la fin du XVIII^e^ siècle et du commencement du XIX^e^. Les médecins étaient fréquemment consultés au XVIII^e^ siècle pour les vapeurs, nom sous lequel s'abritent des états neurasthéniques et hystériques divers. La neurasthénie et la mélancolie existaient tout autant à cette époque qu'à la nôtre ; qu'y a-t-il d'étonnant qu'ils en parlent et qu'ils donnent des descriptions semblables à celles de nos contemporains. Quant au traitement, il tient généralement en peu de mots : ne pas partager l'illusion de son malade ; « s'il sait se concilier sa confiance, la guérison est quelquefois l'ouvrage d'un instant ».

On lit encore dans Tissot : « Il n'appartient qu'aux gens de l'art expérimentés, qu'à ceux qui ont une parfaite connaissance de l'homme moral, de faire éclore à propos l'espérance dans un cœur accablé par le désespoir, de dissiper la tristesse par une heureuse diversion aux idées : ici flatter, là parler avec fermeté, ailleurs consoler, distraire, réjouir ; en un mot, savoir diriger et appliquer utilement tous les secours moraux relatifs à l'état du malade. »

La méthode est vraiment entrée dans une période médicale et scientifique avec Pinel qui a institué le traitement moral de l'aliénation mentale, méthode que Leuret a eu le tort de pousser jusqu'à l'extrême, en raisonnant de parti pris tous les fous. Brachet insistait sur le traitement moral de l'hystérie. Feuchtersleben (de Vienne), Charpignon, Hack Tuke ont laissé des livres dans lesquels sont fort bien traités les rapports du physique et du moral.

On peut dire que c'est surtout dans le courant des vingt dernières années, après l'hypnotisme et la suggestion, que la persuasion est devenue une méthode thérapeutique. Sous la poussée de la spécialisation à outrance, conséquence nécessaire et utile du progrès, le traitement par la persuasion est devenu à son tour une spécialité cultivée par un nombre restreint de médecins.

La persuasion s'adresse soit à la raison, soit au sentiment, soit aux deux à la fois : cette distinction qui remonte aux temps les plus anciens, a été établie médicalement par Lasègue dès 1847.

I. — LES FORMES DE LA PERSUASION

La méthode raisonnante, c'est la sincérité de la logique mise au service du médecin, en opposant, de même que dans toutes les discussions, la vérité à l'erreur. En faisant allusion au fou, Lasègue dit que toute démonstration empruntée aux objets de sa folie est entachée de nullité, de même le raisonnement qui consisterait à faire entrer l'idée en discussion dans le jeu des procédés logiques, soit à titre de prémisses, soit à titre de conséquences, ne parvient pas davantage à persuader l'aliéné. Une autre méthode consisterait à revivifier par une éducation prise de haut l'ensemble même de l'entendement.

Le traitement par l'éducation de l'intelligence ne convient pas également à toutes les phases de la maladie : sa place est surtout marquée dans la dernière. « Le fou est comme un grand enfant qui réclame du soutien pour ses facultés renaissantes, plutôt qu'une opposition énergique contre ses erreurs qui déclinent. La méthode sentimentale d'intimidation serait facilement perturbatrice : celle

qui se compose de médications raisonnées est la seule profitable. »

Lasègue, tout en soulignant les difficultés de la *méthode sentimentale*, difficultés qui proviennent de ce qu'il faut s'adresser à la cause, lutter avec le fou même, reconnaît cependant que les sentiments constituent la ressource la plus précieuse du traitement ; sans eux, il n'est pas possible de constituer une médication morale.

Lasègue fait allusion enfin à une troisième méthode, qui ne s'adresse ni à l'intelligence ni à la sensibilité, mais à *la volonté* : « Imposer au fou le vouloir d'un homme raisonnable, supprimer son individualité pour la remplacer par une autre, substituer ainsi la personnalité du médecin à celle du malade. » En réalité il ne s'agit pas d'une méthode spéciale, ce n'est qu'un but spécial des méthodes précédentes.

1° — Psychothérapie médicale.

Psychothérapie rationnelle. — Le principal adepte de cette méthode est le professeur Dubois, de Berne. Faisant allusion aux psychonévroses, il considère que le but du traitement doit être de rendre au malade la maîtrise de lui-même ; le moyen, c'est l'éducation de la volonté, ou plus exactement de la raison. Il ne se contente pas de la suggestion, dont il distingue sa méthode par le caractère rationnel des moyens employés : « il y a une différence entre l'affirmation simple et l'exposé clair des raisons de croire. »... « Il faut au contraire préciser cette influence de l'esprit sur le corps, l'analyser psychologiquement, saisir le mécanisme des réactions physiologiques qui succèdent aux mouvements de l'âme. »

Tout en faisant appel à la raison, le médecin de Berne ne néglige pas absolument en fait la persuasion sentimentale : « Pour arriver à son but, il faut que le médecin sache s'emparer de son malade. Il faut que, dès le début, il s'établisse entre eux un lien puissant de confiance et de sympathie. Aussi la première entrevue est-elle sous ce rapport décisive... Nous devrons, nous praticiens, manifester à notre malade une sympathie si vivante, si enveloppante qu'il aurait vraiment mauvaise grâce à ne pas guérir. »

Il faut faire naître la quasi-certitude de la guérison et entretenir cet état d'âme pendant toute la cure.

En résumé, la méthode de Dubois n'est que théoriquement rationnelle ; n'a-t-il pas écrit à propos de la suggestion : « J'ai déjà dit qu'on ne peut pas toujours éviter cette dernière, et que je suis parfois obligé de capter un peu artificiellement la confiance du malade. »

Psychothérapie sentimentale. — Contrairement à Dubois, Dejerine ne croit pas que la psychothérapie agisse par le mécanisme pur et simple du raisonnement. « Je suis, dit-il, depuis fort longtemps convaincu du contraire. En morale, en philosophie, tout a été dit et redit depuis des siècles en se basant sur le raisonnement, et nous en sommes toujours au même point. Je crois à l'influence bienfaisante d'un être sur l'autre et c'est là pour moi le fondement de la psychothérapie. On ne guérit pas un neurasthénique, on ne change point un état mental par des syllogismes, par des raisonnements. On le guérit lorsque, après lui avoir inspiré confiance, il arrive à croire en vous. C'est qu'en effet la psychothérapie ne peut agir que lorsque celui sur lequel vous l'exercez vous a confessé sa vie entière, c'est-à-dire lorsqu'il a une confiance absolue en vous. Entre le raisonnement et l'acceptation de ce raisonnement par le sujet, il y a un élément sur l'importance duquel on ne saurait trop insister, c'est le sentiment. Et c'est le sentiment qui crée cette atmosphère de confiance sans laquelle, selon moi, il n'existe pas de psychothérapie. Il y a là quelque chose qui, sans être de la suggestion, s'en rapproche cependant et qui se rapproche surtout de la foi. C'est toujours du reste l'application du vieil adage : c'est la foi qui sauve ou qui guérit. »

Ce sont ces idées qui ont été développées dans le livre de J. Camus et Pagniez sur la psychothérapie. Cette psychothérapie-là n'est pas non plus nouvelle, et c'est ce que font ressortir ces deux auteurs : « Des philosophies entières ont été construites pour enseigner à l'homme à lutter contre la douleur... » Et nous les suivrons dans l'incursion qu'ils ont faite dans le domaine thérapeutique de la religion et de la philosophie. Avant d'être médicale, la psychothérapie persuasive a été en effet religieuse ou philosophique.

2° — Psychothérapie religieuse.

L'homme a eu souvent besoin d'avoir recours à ses semblables pour traverser ou surmonter les crises morales qui bouleversent l'existence ; la Bible conseillait la société et l'intimité d'un homme sain, d'un cœur de bon conseil. N'est-ce pas déjà le principe de la direction de conscience qui, si ce n'est en théorie, au moins en pratique, est si directement inféodée au catholicisme.

Nous ne faisons pas allusion aux abbés de cour, aux abbés galants, plus attachés au boudoir et à la femme qu'aux questions spirituelles de la vie sociale et familiale, plus consultés sur les raffineries des séductions mondaines que sur les dangers qu'elles font courir

Le rôle du confesseur, pour beaucoup de catholiques, ne se limite pas à recueillir, dans le saint édifice, les aveux des fautes commises et l'acte de contrition, à donner l'absolution après quelques paroles d'encouragement et d'exhortation; sorti de l'église, alors qu'il n'est plus, religieusement parlant, le représentant de Jésus-Christ, il est consulté sur une foule de questions se rapportant à la vie pratique, questions d'enseignement, d'éducation, questions mondaines, conjugales, sociales, etc... Il a remplacé, dans certains milieux, le philosophe dont les grandes familles romaines ne pouvaient se dispenser pour régler leur vie et celle de leurs enfants, à la ville, à la campagne, en voyage, etc... Ainsi il s'éclaire par lui-même, il voit, il constate; dans cette intimité permanente il gagne en autorité, parce que dans la ligne de conduite qu'il trace, il s'inspire de ce qu'il a entendu au confessionnal et de ce qu'il a observé dans le monde; il est plus à même de donner des conseils pratiques, et cette sorte de contrôle qu'il exerce sur la vie de ses pénitents en impose à leur amour-propre et à leur respect humain. Il est plus dur d'être pris sur le fait que d'avouer sa faute.

La nécessité de la direction a été proclamée par les plus hautes autorités : saint Basile, saint Grégoire de Nysse, saint Jérôme, saint Augustin, Cassien, saint Bernard, Gerson, saint François de Sales, etc... Il est indéniable que beaucoup ont rendu des services à leurs fidèles, mais combien la chose est scabreuse et de quelles qualités il faut être doué pour mener à bien une telle direction, pleine d'écueils pour le dirigeant et pour le dirigé.

Parmi ces maîtres de la direction spirituelle, saint François de Sales, saint Ignace de Loyola, Bossuet, Fénelon ont brillé au premier rang; parmi les fidèles qui sont venus leur réclamer aide, protection, encouragement, beaucoup sans doute, si ce n'est la plupart, n'avaient un besoin si pressant de leurs lumières que parce qu'ils se sentaient plus incapables de se diriger eux-mêmes. Beaucoup étaient des malades que nous appellerions aujourd'hui des inquiets, des obsédés, des phobiques, des douteurs, des scrupuleux; ils venaient chercher un remède au flottement incessant de leur conscience. Ce qui a fait la force des grands maîtres, en outre de leur autorité spirituelle, c'est la connaissance parfaite de ces malades qui se livrent sans crainte au ministre de Dieu, sans arrière-pensée, sans retenue, avec une exactitude scrupuleuse; c'est l'épreuve de la lutte qu'ils ont subie victorieusement, en résistant sans cesse aux tentations et qui donne plus de force et de conviction à leurs commandements; c'est la connaissance plus affinée de l'âme humaine ou mieux de leur âme, de leur moi vers lequel ils ont été presque toujours ramenés par la

méditation, tandis qu'ils se condamnaient à perdre de vue les rayons trop vifs qui leur viennent du dehors.

On trouverait dans ces auteurs des préceptes utiles pour combattre certains sentiments, tels que la colère, la tristesse — .... la confidence elle-même n'est-elle pas reconnue aujourd'hui comme le meilleur dérivatif, elle agit sur l'âme « comme le vaccin fait au corps de celui qui est en furie continue », — ou bien encore une méthode d'entraînement psychique, dans lequel interviennent des contemplations accompagnées de recueillement, des sollicitations d'images telles que la composition du lieu, etc.

Un des exemples les plus démonstratifs de pénitente obsédée et scrupuleuse est fourni par Mme de Montberon, avec qui Fénelon a correspondu pendant plus de huit ans. Il lui recommande de dire tout, car « on guérit ses peines en ne les gardant pas », mais en même temps il lui demande la soumission, car « la docilité est la seule ressource contre le scrupule..... il faut obéir sans se permettre de raisonner ». C'est déjà affirmer que, contre le scrupule, l'obsession, le doute, l'affirmation simple est préférable à tout, le raisonnement mauvais. Nous en sommes aujourd'hui au même point. Le traitement est resté le même, aussi difficilement applicable. « Il n'y aurait que l'obéissance qui pourrait remédier à un mal si pressant, mais elle vous manque, et j'avoue que j'en suis scandalisé. »

Bossuet procède dans le même sens que Fénelon, ; vis-à-vis des scrupules, c'est l'obéissance qu'il réclame, et il insiste avant tout auprès de ses pénitentes, pour qu'elles ne recommencent pas leurs confessions et qu'elles ne les examinent pas. Ces directeurs ont sur les médecins cet énorme avantage qu'ils peuvent prétendre, en quelque sorte par droit divin, à une obéissance que ces derniers ne sauraient exiger.

3° — Psychothérapie philosophique.

De toutes les écoles philosophiques, l'école stoïcienne est peut-être celle qui a le plus contribué à exhorter ses adeptes à lutter contre les souffrances morales et physiques, en affermissant la volonté, et en dominant le physique par le moral. Ils s'y attachaient avec une sorte de dilettantisme, ils en faisaient pour ainsi dire un sport spirituel.

A Rome, les philosophes formaient des disciples, ils pénétraient dans les familles et s'y installaient comme conseillers, ils y étaient appelés comme consolateurs des peines morales. On faisait venir le philosophe, comme aujourd'hui on fait venir le médecin. Il apportait avec lui la consolation, l'encouragement, l'exhortation,

voire même l'entraînement. De nombreux exemples pourraient être empruntés aux œuvres de Senèque (*De la tranquillité de l'âme*). A propos de l'instabilité d'humeur et de caractère associée aux espérances trompeuses, à l'indécision, aux chagrins, il discute le traitement ; est-ce, suivant le conseil d'Athénodore, la retraite et une occupation ; l'étude dans cette retraite? Il préfère un juste milieu entre le repos et l'activité. Il y joint un certain nombre de formules philosophiques sur le choix des compagnons et les passions, des encouragements contre les ennuis, des principes moraux d'ordre très général sur l'envie, la mort... ne va-t-il pas trop loin, lorsque, après avoir conseillé diverses distractions, parmi lesquelles les voyages, il ne recule pas devant l'ivresse. Il a conseillé aussi l'autosuggestion, « on rend la douleur légère à force de la croire telle ».

Chez les grands philosophes français on trouverait également quelques descriptions d'états d'âme, dont la marque morbide est aujourd'hui reconnue. Camus et Pagniez citent l'irrésolution, si bien mise en lumière par Descartes, qui maintient l'âme en suspens, non seulement lorsqu'elle peut avoir à faire un choix entre plusieurs actions, mais encore lorsqu'elle n'a qu'un parti à prendre. La simplicité du moyen recommandé pour vaincre un tel obstacle nous laisse entendre qu'il n'a pas entrevu complètement la difficulté; voici en effet le remède qu'il préconise : « S'accoutumer à former des jugements certains et déterminés touchant les choses qui se présentent, et croire qu'on s'acquitte toujours de son devoir lorsqu'on fait ce qu'on juge être le meilleur, encore qu'on juge très mal. »

Ils jugent les choses plus en moralistes qu'en médecins ; ils accordent à ceux qu'ils conseillent une mentalité normale, sans faiblesse de jugement : celui qui a peur doit non seulement avoir de la volonté, mais il doit s'appliquer « à considérer les raisons, les objets ou les exemples qui persuadent que le péril n'est pas grand, qu'il y a toujours plus de sûreté en la défense qu'en la fuite, qu'on aura de la gloire et de la joie d'avoir vaincu, au lieu qu'on ne peut attendre que du regret et de la honte d'avoir fui ».

Malebranche recommande la patience et la douceur envers les malheureux passionnés qui suivent leurs impulsions sans les discuter ; il ne faut pas les rebuter par la critique et la discussion. On devra commencer par souligner ce qu'il y a de bon, puis, peu à peu, par insinuation (ce qu'on appellerait aujourd'hui prendre latéralement) on persuade, en entrant peu à peu dans leur manière de voir, en leur attribuant des pensées fortes et valides qu'ils ne s'étaient pas aperçu avoir. Il faut changer leur cœur « en changeant la face que les choses ont prise dans leur esprit ou leur imagina-

tion. » En effet, comme nous le répétons sans cesse à nos malades, les choses ne sont pas ce qu'elles sont, elles sont ce que nous les faisons.

On trouverait encore dans Pascal plus d'une pensée utilisable. Ne peut-on appliquer aux phobiques cette maxime : « Ce ne sont que les craintes que nous nous donnons nous-mêmes, et non pas la nature, qui nous troublent ; parce qu'elles joignent à l'état où nous sommes les passions de l'état où nous ne sommes pas » ;... en parlant des vérités de notre portée : « C'est d'elles que je dis que l'esprit et le cœur sont comme les portes par où elles sont reçues dans l'âme »... « Il paraît de là que, quoi que ce soit qu'on veuille persuader, il faut avoir égard à la personne à qui on en veut, dont il faut connaître l'esprit et le cœur, quels principes il accorde, quelles choses il aime; et ensuite remarquer dans la chose dont il s'agit quel rapport elle a avec les principes avoués ou avec les objets censés délicieux par les charmes qu'on leur attribue. De sorte que l'art de persuader consiste autant en celui d'agréer qu'en celui de convaincre, tant les hommes se gouvernent plus par caprice que par raison. »

« L'art de persuader, dit encore Pascal, a un rapport nécessaire à la manière dont les hommes consentent à ce qu'on leur propose et aux conditions des choses qu'on veut faire croire. »

Mais toutes les pensées que l'on trouve exprimées chez les philosophes ne sont pas justes : « Quand les idées noires viennent obséder mon esprit, dit Kant, je me demande si elles ont une cause réelle. Si je ne trouve pas de cause ou si j'en trouve une dont je ne puisse détourner l'effet, je passe à l'ordre du jour. En d'autres termes, laissant de côté ce qui n'est pas en ma puissance, comme si je n'avais pas à m'en occuper, je porte mon attention vers d'autres objets. » Kant n'était certainement pas un grand obsédé.

II. — PRATIQUE DE LA PERSUASION

On peut poser en principe qu'au point de vue pratique il n'y a pas deux procédés, deux moyens pour persuader, et il faut rejeter la division de Lasègue en méthode sentimentale et méthode rationnelle. La persuasion ne saurait être exclusivement sentimentale, puisqu'elle se base toujours sur des raisonnements plus ou moins logiques; elle ne saurait être exclusivement rationnelle, elle ne serait alors qu'une démonstration sèche et froide. Le médecin doit toujours et cherche toujours à émouvoir son malade, et ce côté émotif est implicitement compris dans le mot persuasion. On peut donc dire que,

rationnelle dans le fond, la persuasion doit être sentimentale dans la forme. Cela n'empêche qu'elle doit varier dans la forme suivant le caractère et le tempérament de celui auquel elle s'adresse; si la persuasion est une, et ne varie pas dans son but ou dans ses procédés, elle a des nuances que commande celui que l'on veut persuader. Suivant la remarque de Camus et Pagniez, persuader est plus que croire; dans la persuasion, il y a un sentiment, un acte en germe. Le sentiment domine et l'emporte sur la raison. Que de fois avons-nous agi par persuasion plus que par conviction... « La persuasion, disent Camus et Pagniez, est l'ensemble des opérations qui font accepter (après contrôle) une idée par le cerveau et provoquent vis-à-vis d'elle un sentiment naissant. »

De même que la suggestion développe la suggestibilité, la persuasion développe l'aptitude à être persuadé, c'est-à-dire la confiance. L'individu suggestionné peut recevoir indéfiniment des suggestions fausses ou mauvaises, celui que l'on persuade réagira si on le trompe, il entrera en méfiance, et cette réaction dépendra du développement de son sens critique (Camus et Pagniez), il n'entrera en effet en méfiance que s'il s'en aperçoit! Tandis qu'on attribue à la suggestion une action temporaire, éphémère, sur des phénomènes morbides isolés, on accorde à la persuasion une action plus durable et plus générale.

La psychothérapie persuasive peut se faire de différentes manières :

1° Par la conversation — Psychothérapie verbale. 2° Par la persuasion active — Méthodes de rééducation. 3° Par les livres — Lectures de livres médicaux ou spécialement écrits pour les malades. 4° Par l'écriture — Correspondance.

1° — Psychothérapie verbale.

Règles générales. — La technique ne saurait être décrite dans tous ses détails, tant elle varie pour chaque cas particulier : le médecin n'en doit pas moins suivre une ligne de conduite qui restera toujours la même, quel que soit le malade en face duquel il se trouve.

Bien que la méthode de persuasion puisse être convenablement appliquée par des gens absolument ignorants de la médecine, il est indéniable que seul le médecin est désigné pour la mettre en pratique, aussi bien que pour l'hypnotisme et la suggestion. Et cela pour plusieurs raisons : parce que le médecin est le seul juge d'apprécier les indications de la psychothérapie, et aussi parce que, en vertu de ce principe, il a une autorité reconnue par le malade. A ce point de vue, de par son titre, le médecin exerce une influence suggestive.

Les qualités requises pour faire en matière de persuasion un bon psychothérapeute ne sont pas des dons ou des attributs naturels, inhérents à cette spécialité. On ne naît pas psychothérapeute, et il ne faudrait pas s'imaginer que seules quelques natures privilégiées sont capables de réussir. Non, il suffit de vouloir le devenir, et les conditions que doit remplir un psychothérapeute ne diffèrent pas de celles que doit posséder tout bon médecin. Peut-être, peut-on dire, devra-t-il s'efforcer de développer certaines qualités.

En première ligne vient *la patience*. Certes, c'est une qualité indispensable à tout praticien : il prend son temps pour interroger son malade, l'examiner, lui prescrire et expliquer son traitement ; mais pour la plupart des malades, c'est un délai très court, d'autant plus court qu'il a plus d'expérience, et le maniement d'un malade devient une routine comme une autre. Ici il n'en est plus de même : l'interrogatoire du malade est d'autant plus minutieux qu'il porte non seulement sur des phénomènes physiques, sur des sensations, mais sur des phénomènes psychiques, toujours plus délicats à exprimer, sur lesquels il est indispensable d'avoir des explications. Se bien comprendre l'un et l'autre est un point capital dans le traitement des névropathes. Pour savoir la vérité tout entière, et il n'est pas toujours facile de la connaître — souvent les accidents morbides ont, sinon des affinités causales, du moins des liens étroits avec la vie intime de l'individu, avec des incidents plus ou moins pénibles, qu'il est toujours scabreux d'aborder — il faut procéder avec beaucoup de tact et de ménagement. Le malade met encore assez volontiers à découvert ses misères physiques, il n'en est plus de même pour les souffrances morales, pour des faiblesses de caractère, des réactions trop vives, les petites lâchetés, des intentions douteuses, en un mot pour tous les phénomènes de conscience, dont l'exposé entraîne la crainte de la mésestime, de la critique, d'une condamnation morale.

En précipitant l'interrogatoire, on risque de passer pour un curieux ; en ne demandant pas assez, on passerait pour un indifférent : deux défauts que ne pardonnent, ni ne supportent de tels malades. Que le malade soit bien convaincu que ne ce n'est pas par curiosité qu'on lui pose des questions si indiscrètes d'apparence ; qu'il le soit également qu'on attache une grande importance à ses réponses et que, pour le soigner, il faut bien le connaître. Que le médecin soit bien persuadé à son tour qu'il ne gagnera pas toujours d'emblée la confiance de son malade : on ne dit pas ses secrets au premier venu et il est juste qu'on exige de son confident quelques garanties, qu'une seule entrevue ne saurait apporter. Pour interroger

le malade, pour connaître le fond de sa pensée, il faut donc prendre son temps, d'autant plus que, si on réfléchit bien, interroger, c'est, dans la circonstance présente, examiner.

Ici, il est nécessaire d'ouvrir une parenthèse. L'interrogatoire doit être à tous égards impartial : il faut éviter d'orienter les réponses du malade, ou, par une sorte de suggestion, de faire à la fois les demandes et les réponses. Il faut l'écouter avec intérêt, mais se dispenser de toute réflexion, de toute interprétation qui serait de nature à l'illusionner sur ses propres sentiments, et à lui faire exprimer des idées qui ne lui sont pas personnelles : il en résulterait une confusion regrettable à la fois pour le malade et pour le médecin.

Et nous n'en sommes qu'à la prise de possession du malade. Tout cela est fort peu de chose : jusqu'ici le médecin a joué un rôle presque passif, maintenant il devient actif. Il connaît les points faibles et les résistances : c'est à lui de diriger l'attaque ; mais qu'il ne s'imagine pas que c'est en quelques mots (c'est plutôt l'exception) qu'il va détruire une œuvre qui s'est accomplie en plusieurs semaines et en plusieurs mois, si ce n'est en plusieurs années.

Il doit donc s'armer encore de patience, mais la patience n'est pas tout ; à partir de ce moment il fera preuve d'une autre qualité tout aussi indispensable : *la sincérité*.

La plupart des psychopathes accessibles à ce genre de thérapeutique souffrent d'un certain flottement moral et intellectuel ; ils s'en vont un peu à la dérive ; ils souffrent de leur instabilité ; ils ont besoin avant tout qu'on les rassure et, pour arriver à ce but, il faut qu'ils croient, et on ne croit que ce qui est digne de confiance. A mon avis, il ne suffit pas d'une sincérité d'emprunt, il ne suffit pas d'avoir l'air sincère, *il faut être sincère*, et la sincérité est d'autant plus de mise qu'on s'adresse à des malades qui doivent guérir ; on ne les traite par cette méthode que parce qu'on est sûr qu'elle portera ses fruits. La sincérité ne serait pas un devoir qu'il faudrait y avoir recours, en vertu de la logique. Les malades de cette catégorie sont en effet particulièrement attentifs à ce que dit le médecin ; beaucoup essaient de se rappeler les conseils qui leur ont été donnés ; quelques-uns aussi sont méfiants et, pour éprouver la sincérité du médecin, ils sont à l'affût de la moindre contradiction. Quelques-uns vont même jusqu'à tendre des pièges. Que leur confiance et leur crédulité ne soient pas surprises, sinon c'en est fait, et le résultat de la cure est irrémédiablement compromis. Or, en dupant les malades, on risque de se contredire, un mensonge en appelle un autre. Il faut, avant tout, dire la vérité et parler suivant sa conscience.

L'*attention* est un complément nécessaire de la patience, le malade se plaît à être écouté, c'est une preuve qu'on s'intéresse à lui. Qu'on n'oublie pas en effet que dans la plupart — pour ne pas dire tous — des états psychopathiques, il existe une hypertrophie du moi, les malade deviennent malgré eux des égoïstes : le moi prend des proportions gigantesques, tandis que le cadre représenté par le monde extérieur se rétrécit de jour en jour. Par l'attention, le praticien se rend un compte exact de l'enchaînement des idées; il prend possession de son malade; une phrase, un mot suffisent pour éclairer ou faire deviner toute une situation, la genèse d'une idée fausse.

Bienveillant encore il doit être; ce n'est pas seulement un intérêt purement médical qu'il convient de témoigner au malade, mais un intérêt presque amical ou affectueux. Il faut éviter à tout prix que le malade soit gêné ou intimidé par le médecin ; celui-ci ne doit lui en imposer que par son savoir et son expérience, mais il doit aussi lui manifester des sentiments humains; qu'il compatisse donc à ses misères et à ses tourments :

« En se plaignant on se console,
« Et quelquefois une parole
« Nous a délivrés d'un remords. »

Les rapports du malade et du médecin sont tels que le premier s'abandonne complètement, qu'ils vivent l'un et l'autre sur le pied d'une franchise absolue.

L'*indulgence* est un corollaire obligé de la bienveillance et de la patience : alors même qu'à l'origine de la psychopathie il y a des fautes commises, il ne faut les critiquer qu'avec une certaine réserve; il ne faut pas davantage les traiter à la légère, ce qui pourrait avoir de graves conséquences pour l'avenir.

Toutes ces qualités n'excluent pas une certaine *fermeté*, car, quelque soit le pied d'intimité sur lequel on vit avec les malades, qu'ils se rappellent sans cesse que le médecin est le maître de la situation, qu'il n'est pas suffisant d'être conseillé, qu'il faut encore se laisser diriger et même qu'il faut obéir.

Inutile d'ajouter qu'ici, plus que dans toute autre affection, le dévouement s'impose : c'est plus qu'un dévouement médical, c'est un dévouement d'ami. En résumé..... la *raison*, et encore plus le *sentiment*, voilà les deux grands moyens dont nous disposons vis-à-vis des patients.

Tout ce faisceau de qualités constitue la confiance. Pour la réussite de la cure : le médecin aura confiance en lui-même, le malade en

son médecin et le médecin en son malade, et, pour imposer la confiance, le médecin, dit Brissaud, « n'a d'autre ruse que son entière sincérité ». Les mêmes qualités sont exigibles de l'un et de l'autre.

L'autorité et l'influence du médecin sur son malade n'existent qu'autant qu'elles s'appuient sur une foi sincère dans la réussite du traitement, sur la conviction du médecin que la maladie est curable. Il ne suffit pas d'affirmer au malade : « Vous guérirez » : cette affirmation doit être la déduction d'un diagnostic ferme et précis. Le malade ne croira qu'autant qu'il aura jugé que cette affirmation n'est pas avancée à la légère, mais le dernier mot d'un examen approfondi et consciencieux. Enfin, autant l'interrogatoire est minutieux au point de vue moral, autant l'examen somatique doit être complet.

Le médecin est aidé quelquefois par l'ensemble de ses qualités physiques ; mais cette action, comme le font remarquer très justement Camus et Pagniez, n'est que momentanée, si ces qualités ne sont pas doublées de qualités intellectuelles et morales. La physionomie de l'homme, son regard, son accent traduisent, il est vrai, au moins en partie, ce qu'est son caractère moral. Pour se rendre sympathique, la simplicité est encore le moyen le plus sûr ; il faut éviter de frapper l'imagination des malades par des mots trop sonores, des expressions trop techniques : c'est pourquoi, en ce qui concerne les malades d'hôpital, il est en général préférable de se dispenser de tout enseignement et de toute démonstration à leur lit.

Il est presque superflu d'ajouter que le médecin doit se mettre à la portée de son malade, et pour cela il doit tenir compte de son tempérament, de la classe sociale à laquelle il appartient, de son instruction, de ses goûts et de ses tendances, de son émotivité, de sa suggestibilité, de son intelligence et de son activité. Le malade exige presque que nous nous mettions à sa place ; n'exprime-t-il pas souvent le désir que nous la prenions quelques instants, juste le temps nécessaire de pouvoir apprécier ses tourments. Cependant il est exagéré de dire avec de Fleury « qu'un médecin qui n'a pas connu par lui-même tous les tourments de la névrose dépressive, ne comprend pas aisément ses malades et ne sympathise pas pleinement avec eux ».

Entretiens psychothérapiques. — Dans plus d'un cas le succès de la cure dépend du premier contact avec le malade, du premier entretien psychothérapique.

Au cours de ce premier entretien la parole doit être laissée au malade, qui exposera dans ses moindres détails l'histoire de sa maladie et l'objet de ses souffrances. L'examen médical devra être

complet, comme s'il s'agissait d'une maladie organique ; plus il sera complet et plus il éveillera la confiance du malade, plus il réchauffera celle du médecin, en ne lui laissant aucune arrière-pensée sur le diagnostic et le pronostic.

Dans le cas où cet examen dévoilerait une maladie organique, il ne devra pas la méconnaître ; s'il subsiste un doute, qu'il fasse appel à un spécialiste compétent.. Le principal, c'est que le malade s'aperçoive qu'on ne le trompe pas.

Après avoir procédé à l'examen physique, et s'être assuré que les malaises dont se plaint le malade n'ont aucun fondement dans l'état organique, dans tous les cas où le syndrome morbide peut être envisagé comme la conséquence d'une émotion ou d'une perturbation morale, le médecin doit rechercher quel a été le choc qui a tout mis en branle. Il y a des cas où en très peu de temps il peut se rendre compte de son existence ; il doit affirmer que cela a existé et, pour provoquer la confidence, il peut tout d'abord se contenter de demander s'il y a eu un choc moral, sans en demander la nature. Dans le cas contraire, si le malade manifeste quelque répugnance à se livrer, ou même s'il semble douter de l'importance des chocs psychiques, on doit lui expliquer combien grande est la répercussion du moral sur le physique, et même citer des exemples à l'appui ; il faut par tous les moyens faciliter ses aveux. Mais, pour des raisons multiples, qu'il est facile de deviner, il y a beaucoup de chances pour que, quelles que soient l'habileté et la diplomatie déployées, ce ne soit pas au cours du premier entretien que la vérité éclate. Et tout d'abord le malade ne nous connaît pas ; il a des motifs sérieux, ou qu'il croit sérieux, de ne pas en parler devant sa famille — c'est pourquoi même il est prudent de ne ne pas pousser trop loin cet interrogatoire devant ses parents ; — et puis la nature même de l'élément moral, qui est à l'origine des accidents, est telle que l'aveu soit difficile et pénible ; pour ces raisons diverses, il s'obtiendra souvent mieux en dehors de la famille (Voy. chapitre *Isolement*).

La difficulté de l'aveu dépend aussi du caractère de l'individu : il y a des natures qui sont très concentrées, très renfermées, et qui ne se livrent pas volontiers.

Encore une fois, que le médecin n'oublie pas qu'en questionnant les malades, en quête de vérités et de moments étiologiques, il s'expose à de nombreux écueils ; il risque plus d'une fois de se suggestionner lui-même. Combien de fois est-il arrivé d'accorder à un accident quelconque une influence étiologique de premier ordre ; or cet accident est loin d'avoir toujours, dans la mentalité du sujet,

la même importance que celle que nous lui donnons ; ce n'est souvent qu'après de longues conversations que cet incident monte à la surface et le malade l'expose d'une manière indifférente. A force de recherches, s'il n'y a rien dans son passé qui ait pu engendrer le mal dont il est atteint, il finit par évoquer toutes les circonstances de sa vie qui ont pu être une source d'émotion ; et inconsciemment nous choisissons, dans son récit, l'occasion qui nous paraîtrait la plus capable, avec notre mentalité, de faire éclater la psychonévrose ; cette erreur est malheureusement trop souvent commise, et on attribue aux influences morales un rôle qu'elles n'ont pas toujours eu dans la genèse de l'affection.

Une autre cause d'erreur, c'est que, suivant la remarque de Charcot, l'apparition des symptômes n'a pas suivi immédiatement le traumatisme moral ou physique, il s'est écoulé une phase de méditation. Il est très possible, d'autre part, que le malade ignore la cause de son mal ; il n'est pas rare que l'émotion produite par la maladie se soit substituée à l'émotion pathogène.

Une fois la cause connue, il ne faut pas sourire des enfantillages et de la puérilité des récits, il faut davantage s'abstenir de manier l'ironie ; il est important de suivre le malade dans tous ses raisonnements et ses déductions, ainsi on sera plus à même d'apprécier comment l'événement causal a pu retentir sur la mentalité du sujet et quel est le genre d'émotion qu'il a suscité... On sera ainsi plus fort pour combattre un à un les arguments dont se sert le patient pour affirmer la légitimité de son mal.

L'argumentation des malades est souvent fragile, mais elle s'est souvent documentée au contact des médecins qui ont été successivement consultés ; souvent aussi dans des livres ou dans des journaux, qui sont trop souvent recherchés.

Il ne faut pas traiter les malades de malades imaginaires : ce qui serait faux, car, suivant l'expression de Féré, il n'y a pas de malades imaginaires, il y a des maladies d'imagination. Ce serait une faute d'autant plus grave que ces malades ont été longtemps traités comme tels dans leurs familles. Il ne faut pas, non plus, les traiter en enfants. Le mieux est souvent de les plaindre, de se mettre à leur place, d'accepter leurs raisonnements, quitte à les modifier par la suite. D'ailleurs tout cela varie essentiellement, suivant que la maladie a pour cause une émotion brusque ou une catastrophe morale dont les effets se font sentir encore. Ces diverses considérations seront développées au chapitre de la neurasthénie, qui est plus particulièrement accessible à la persuasion.

Dans les entretiens suivants il faut détacher peu à peu le malade

du passé pour l'attacher à un avenir meilleur : c'est là que le médecin peut beaucoup par le sentiment. Il devra résumer ses raisonnements et ses affirmations dans quelques phrases courtes, dans quelques comparaisons facilement évocables ; il exhortera le malade à se les remémorer, à se les rappeler dans les intervalles.

Il ne faut jamais traiter ces malades en blasé, mais au contraire s'intéresser vivement à leur maladie, sans toutefois s'y extasier comme devant une nouveauté.

L'amitié qui s'établit assez fréquemment entre malade et médecin exclut cependant une intimité trop grande; celui-ci y perdrait de son autorité et de son influence.

De la connaissance exacte du caractère du malade il peut déduire quelle corde il doit faire vibrer ; suivant le cas et suivant la nature du sujet, il devra davantage discuter le peu de justesse de ses raisonnements ou l'illégitimité de ses sentiments.

Les entretiens psychothérapiques doivent être très fréquemment renouvelés ; le malade ne sera livré à lui-même qu'après avoir été remis dans le bon chemin, c'est-à-dire lorsqu'il a repris confiance en lui-même et qu'il se sent capable de se diriger seul ; en un mot lorsque le mal est complètement déraciné et qu'il n'en subsiste plus qu'une cicatrice.

Les entretiens psychothérapiques ont encore pour but de rattacher le malade au goût de la vie, aux événements du dehors ; ils ne doivent pas porter exclusivement sur la maladie et tout ce qui s'y rattache. Le médecin doit essayer de distraire son malade, de l'intéresser, de l'amuser même au besoin. Ce que proclame Sganarelle dans le *Médecin malgré lui* : « lorsque le médecin fait rire le malade, c'est le meilleur signe du monde. »

2° — Persuasion active. Rééducation de la volonté.

Rééducation de la volonté. — Chez certains sujets, la maladie ne consiste pas exclusivement dans les idées, mais dans l'exécution de certains mouvements ou de certains actes, et plus souvent encore dans l'impossibilité de les exécuter. Dans ce cas, la persuasion par le raisonnement ou le sentiment ne suffit pas, il faut y adjoindre la persuasion active, la rééducation de la volonté, l'entraînement. Le meilleur moyen de persuader un malade qu'il peut exécuter un acte, c'est de le lui faire exécuter.

La rééducation de la volonté est spécialement dirigée contre un phénomène décrit communément sous le nom d'*aboulie* et qui est beaucoup plus complexe que ne le laisse croire son origine étymolo-

gique. Tout acte volontaire peut être, en effet, envisagé comme composé d'au moins trois moments psychologiques : 1° une opération intellectuelle (comparaison de motifs) aboutissant à un choix ; 2° un élément émotif qui porte à agir ; 3° un mouvement (Camus et Pagniez). L'aboulie provient, suivant les cas, de l'engourdissement de la pensée, du manque d'initiative ou d'attention, ou d'une émotivité morbide qui, au lieu de pousser à agir, exerce au contraire une action inhibitrice, par manque de confiance ou de certitude ; ou bien encore d'une sensation d'épuisement et de fatigue.

L'aboulie peut être générale et s'étendre à tous les actes ; plus souvent elle est élective et partielle. Dans un très grand nombre de cas, il est possible de vaincre les appréhensions des malades et de leur démontrer qu'ils sont capables d'exécuter des mouvements ou des actes, pour l'accomplissement desquels ils se croyaient totalement impuissants ; le médecin se charge alors lui-même de l'entraînement, en les faisant agir au commandement, en faisant sans cesse appel à toutes les ressources de la suggestion et de la persuasion. Lorsque l'aboulie est générale, les malades sont confiés à des garde-malades qui, sous la direction du médecin, les entraînent et les rééduquent progressivement : il ne faut pas se dissimuler que de telles personnes ne sont pas d'une découverte facile, et qu'on ne doit les utiliser qu'après un dressage et une éducation spéciales.

Certaines aboulies sont motivées par une incapacité matérielle plus ou moins complète (parésie, incoordination, amnésie) : les troubles moteurs devront alors être traités simultanément par une rééducation rationnelle ou physiologique.

Rééducation des autres facultés. — La rééducation s'applique encore à d'autres facultés que la volonté : à l'attention, à la mémoire, aux sentiments moraux. Beaucoup de malades qui sont justiciables de la psychothérapie pèchent par manque ou insuffisance d'attention, et la prétendue amnésie dont ils se plaignent si fréquemment, relève presque toujours d'un manque d'attention, beaucoup plus rarement d'un trouble réel de la mémoire.

Il est souvent indispensable de s'assurer que les malades ont bien écouté ce qu'on leur a dit, et pour cela il ne faut pas hésiter à le leur faire répéter ; quelques interrogations posées par intermittences seront, à ce sujet, très efficaces.

Occupation. — La psychothérapie ne s'exerce pas seulement dans les trop courts instants qui réunissent le malade et le médecin ; pour être profitable, elle doit se poursuivre dans les heures qui les séparent ; quelques formules résument utilement les entretiens psychothérapiques et les conseils pratiques dont les malades con-

serveront ainsi plus facilement le souvenir. Pour fixer l'attention, on conseillera des lectures courtes, des ouvrages, le dessin, des occupations diverses, dont les résultats sont faciles à enregistrer. L'occupation est nécessaire à divers points de vue, elle dérive l'attention des idées et des souvenirs qui tourmentent le malade, pour la fixer ailleurs ; elle concourt également à la rééducation des autres facultés intellectuelles, la mémoire, la volonté. On procède, naturellement, du simple au composé, et on arrache ainsi progressivement le malade à lui-même pour lui faire reprendre un contact plus intime avec le monde extérieur.

Rééducation morale. — La rééducation peut être enfin morale : elle s'adresse alors surtout à ces sujets qui se sont laissé accabler par les circonstances douloureuses ou pénibles de leur existence, parce qu'ils étaient insuffisamment armés, de par leur éducation, pour lutter contre la vie. On peut, en leur refaisant un moral, en augmentant leur énergie et leur résistance, en combattant leur pusillanimité, les aiguiller sur une meilleure voie et les rendre plus forts contre l'adversité. Pour des motifs semblables, et surtout par le fait d'une éducation relâchée, de la faiblesse ou de la négligence des parents, et surtout des mauvais exemples, il y en a qui se sont momentanémcnt oubliés et qu'une faute plus ou moins grave contre la morale a accidentellement dévoyés ; ceux-là, qui sont accessibles au regret et au remords, sont aptes à rentrer dans le bon chemin, pourvu qu'ils soient bien dirigés et soutenus dans leurs efforts. Le médecin peut leur être un guide précieux.

On ne peut refaire que ce qui a existé, on ne peut diriger que ce qui est dirigeable et améliorer que ce qui est perfectible ; c'est dire que ces procédés de persuasion et de rééducation ne s'adressent qu'aux individus dont la constitution intellectuelle, morale et affective n'est pas tellement rudimentaire ou pervertie qu'elle ne puisse être transformée ; sinon ce serait aussi ridicule de vouloir intervenir auprès de telles natures que de semer sur un terrain improductif ; la psychothérapie doit alors céder la place aux mesures de protection individuelle et sociale. Elle ne peut être mise en œuvre, sans avoir acquis auparavant une connaissance approfondie des maladies mentales et nerveuses ; les unes sont inaccessibles à la psychothérapie, ce qui ne signifie pas qu'elles soient toutes incurables, mais le médecin ne peut, à aucun moment, arrêter le cycle de leur évolution ; les autres peuvent, au contraire, bénéficier de l'intervention psychique d'une influence supérieure ; à celles-là seulement est réservée la psychothérapie proprement dite.

Psychothérapie chez les enfants. — La psychothérapie ration-

nelle ou sentimentale a moins de prise sur les enfants que les principes d'autorité ou les procédés d'affirmation. Ce qu'il leur faut, c'est la discipline, l'ordre, la méthode, l'exemple. Tous les enfants ne doivent pas être pris de la même manière, et l'éducation et l'instruction devraient se guider sur la connaissance de leurs sentiments, de leurs tendances, de leurs aptitudes.

Il serait à désirer qu'on rappelle aux parents, dont le jugement est toujours plus ou moins entaché de partialité, qu'ils font fausse route, qu'ils sont trop négligents sur certains points, trop exigeants sur d'autres. Le médecin est plus qualifié que tout autre pour leur donner un avis. Il est regrettable qu'il ne soit pas plus souvent consulté pour la direction de l'instruction de ces enfants, dont l'intelligence n'est pas tout à fait à la hauteur des programmes universitaires ; ou bien ils se surmènent inutilement sans jamais obtenir le succès, ce qui est une cause de découragement ; ou bien, lassés d'emblée par l'inutilité de leurs efforts, ils végètent pendant de nombreuses années sur les bancs de l'école, dont ils sortent avec de mauvaises habitudes d'oisiveté et de paresse. Les uns et les autres entrent dans la vie sous de mauvais auspices, alors que des règles et des études mieux adaptées à leur tempérament et à leurs facultés les auraient mieux armés pour la lutte. Une éducation bien comprise et mieux appropriée aux besoins de chacun, voilà la vraie psychothérapie prophylactique, dont trop de familles et de médecins se désintéressent.

En étudiant les procédés d'éducation des enfants arriérés, débiles ou idiots, j'aurai l'occasion de passer en revue ce qui a été fait pour tirer le meilleur parti de ces intelligences incomplètes ou partielles, et d'exposer que tous les efforts doivent converger vers l'utilisation de leurs moyens pour leur plus grand profit personnel et celui de la société. Entre ces arriérés et les enfants doués d'une intelligence normale ou supérieure, il y a tous les termes de passage : à chaque degré devrait correspondre un enseignement et une éducation conformes à son niveau.

3° — Les livres.

Nous avons tous été à même de constater les funestes conséquences qu'entraîne la lecture des livres médicaux par les profanes. Nous savons tous également que les médecins sont, en général, beaucoup plus difficiles à traiter que n'importe quel malade ; leurs connaissances les rendent ordinairement pessimistes, et ils ne font appel à leurs acquisitions scientifiques que pour assombrir le pronostic de leur mal. On ne saurait donc trop déconseiller aux malades, quels qu'ils soient, et à plus forte raison à ceux qui sont atteints

de psychonévroses, de se renseigner sur leur cas dans tel ou tel livre de médecine. Dans le courant de ces dernières années, de nombreux livres ont paru, qui traitent précisément des maladies psychiques et de leur traitement par les agents physiques ou psychiques ; ils doivent autant et même plus leur succès aux malades qu'aux médecins, ce qui est fort regrettable pour les uns et pour les autres. Les malades interprètent mal ce qu'ils lisent, parce qu'ils ne sont pas suffisamment instruits des choses de la médecine, et ils y trouvent de quoi alimenter leur inquiétude : ils y trouvent également des armes pour discuter les affirmations du médecin et le mettre au besoin en contradiction, si ce n'est avec lui-même, du moins avec ses confrères. Ce qui est plus regrettable, c'est qu'il y a des praticiens qui croient bien faire en soumettant à leurs clients la lecture de tels ouvrages, ou qui écrivent des livres spéciaux (sortes de bréviaires ou de catéchismes) à l'usage des malades neurasthéniques, psychasthéniques ou autres. Je n'hésite pas à condamner de telles pratiques : ou bien ces ouvrages sont sincères et normalement documentés, et ils ne peuvent produire qu'un mauvais effet, ou bien ils sont fabriqués pour le besoin de la cause et j'hésite à les qualifier. Tout livre médical doit, à mon avis, être interdit. Que le médecin indique à certains malades des livres qu'il juge susceptibles d'exercer une action réconfortante, rien n'est plus légitime et même plus judicieux : mais qu'il s'abstienne de conseiller la lecture d'ouvrages qui se recommandent de la médecine sous une forme quelconque. D'ailleurs, il n'y a guère de psychothérapie sans sentiment et sans émotion et, à ce point de vue, la lecture est, vis-à-vis de la conversation, d'une infériorité notoire.

4° — Correspondance.

Il n'en est pas tout à fait de même de la correspondance écrite, qui impose, il est vrai, au médecin une tâche difficile et une grosse perte de temps. Les malades que nous avons en vue dans ce livre n'accordent leur confiance qu'à un seul médecin à la fois, et, lorsqu'ils sont séparés de lui par de grandes distances, ils éprouvent par moments ce besoin du réconfort et de l'encouragement, un peu comme le morphinomane qui arrive à l'échéance de la piqûre éprouve le besoin d'une nouvelle dose. A la condition que ce ne soit pas un abus et que le médecin soit bien pénétré de son devoir, il peut encore venir en aide au malade et lui transmettre le conseil demandé ou l'encouragement nécessaire. Ici encore la logique ne saurait se passer de sentiment ni d'intérêt.

Malheureusement les lettres des malades (ce sont souvent des obsédés, des phobiques, des scrupuleux) sont d'une longueur excessive, et mettent à contribution dans une trop large mesure la patience et le temps du médecin.

Les prêtres sont appelés à rendre aux mêmes malades les plus grands services et on trouverait dans Bossuet et dans Fénelon des modèles de cette direction par correspondance. Voici par exemple le passage d'une lettre de Bossuet à Mme Albert de Luynes : « Je vous assure, ma fille, que votre confession est très bonne et très suffisante, une autre plus générale serait inutile et dangereuse à votre état. Vous ne devez pas avoir égard à ces dispositions où vous croyez avoir rétracté toutes vos résolutions précédentes. Toutes les fois que cela vous arrivera, il n'y a qu'à rejeter cette pensée comme une tentation et d'aller toujours votre train. Je vous défends d'avoir de l'inquiétude de vos confessions passées ni à la vie, ni à la mort, ni de les recommencer en tout ou en partie, à qui que ce soit, fussiez-vous à l'agonie. Ce ne serait qu'un embarras d'esprit qui ne ferait qu'apporter du trouble et de l'obstacle à des actes plus importants et plus essentiels qui sont l'abandon, l'amour de Dieu et la confiance en sa miséricorde. Hors de cette confiance, il n'y a que trouble pour les consciences timorées et surtout pour les consciences scrupuleuses comme la vôtre. »

CHAPITRE III

ISOLEMENT

Historique. — Dans le langage courant, le mot isolement signifie la séparation de tout ce qui est voisin (Littré) ; dans le langage médical, l'isolement désigne la séparation plus ou moins complète du malade de tout ce qui l'entoure habituellement. Isolement n'est pas synonyme de solitude ; car, pour être isolé de sa famille, le malade n'est pas condamné à vivre seul. Contrairement à l'opinion exprimée par les adversaires de la méthode, l'isolement n'a rien de comparable avec le régime cellulaire, qui est responsable d'un certain nombre d'accidents mentaux.

L'isolement est une coutume qu'on retrouve dans un grand nombre de religions et dès la plus haute antiquité. L'Inde eut ses anachorètes, l'Égypte ses thérapeutes, la Judée ses ascètes. Elle s'est développée et répandue avec le christianisme dès les premiers siècles de l'ère chrétienne, sous le coup des persécutions ou de la corruption ; les premiers moines recherchèrent, dans l'isolement, la pénitence et le sacrifice, un abri contre les tentations, un moyen de recueillement pour la prière et la méditation, et peut-être aussi le calme et la paix. Il est devenu une règle fondamentale de certains ordres monastiques, tels que les Chartreux, les Bénédictins, les Trappistes, le Carmel.

La retraite, ou isolement momentané, est également une des règles de la religion catholique ; pendant cette période, l'ecclésiastique se sépare de son milieu habituel, il laisse ses occupations, et, dans le repos du silence et de la solitude, il partage son temps entre la prière et la méditation.

En dehors de toute idée religieuse, l'isolement a été pratiqué par de grands esprits avec des intentions diverses ; mais, sans doute, pour quelques-uns, et dans les conditions très spéciales dans lesquelles elles se sont produites, ces éclipses correspondaient à une altération de l'humeur et du caractère, et elles seraient considérées aujourd'hui comme des indices de préoccupations morbides.

Néanmoins, même pour l'homme bien portant, après les périodes

de fatigue, de surmenage et de préoccupation, l'isolement se présente avec tous les caractères d'un besoin. Il réalise toutes les conditions de calme, de repos, de tranquillité, il supprime les excitations périphériques de toute nature, et devient par là même un merveilleux procédé de restauration physique, morale et intellectuelle. A plus forte raison doit-il être utile, quand l'irritabilité maladive est sans cesse mise en jeu par les moindres excitations du dehors.

L'isolement a été recommandé comme agent thérapeutique des maladies psychiques par divers auteurs, déjà par Jean Wier (1579), par Zimmermann (1788) ; il était utilisé, vis-à-vis des aliénés, comme une mesure de sécurité et de protection de très longue date ; Esquirol (1832) alla même plus loin et le considéra comme un mode de traitement de l'aliénation mentale. D'après lui, les aliénés doivent être isolés : 1° pour leur sûreté, pour celle de leur famille et pour l'ordre public ; 2° pour soustraire ces malades à l'action des causes extérieures, qui ont produit le délire et qui peuvent l'entretenir ; 3° pour vaincre leur résistance contre les moyens curatifs ; 4° pour les soumettre à un régime approprié ; 5° pour leur faire reprendre leurs habitudes intellectuelles et morales.

L'isolement fut plus tard proposé comme une méthode thérapeutique pour lutter contre la neurasthénie et l'hystérie, par Weir-Mitchell (1875), puis par Charcot. Dans la méthode de Weir-Mitchell il ne représentait qu'un des éléments de la cure : il prit une plus grande importance avec Playfair, et surtout en France avec Dejerine, qui l'appliqua non seulement au traitement des malades de la clientèle privée, mais encore aux malades d'hôpital.

Avantages de l'isolement. — L'isolement est une mesure qui se généralise de plus en plus, non seulement pour les névropathies et les psychopathies, mais pour la plupart des maladies ; elle a suivi immédiatement l'avènement et les progrès de la bactériologie, dont découlent aujourd'hui presque toutes les règles de l'hygiène et de l'épidémiologie. On isole le malade pour le soustraire au contage du dehors et le mettre à l'abri des complications qui sont quelquefois plus redoutables que le mal : les pavillons d'isolement des hôpitaux d'enfants pour la rougeole, la diphtérie, ont diminué la mortalité dans de très fortes proportions. On isole encore le malade pour l'empêcher de transmettre sa maladie à sa famille, au voisinage, et de devenir un centre de contage et d'épidémie. Au cours de ces vingt dernières années, les maisons de chirurgie ont pris une extension considérable et les opérations se font rarement à domicile : en dehors des avantages d'une installation chirurgicale perfectionnée, les malades y trouvent encore le

repos physique et moral, l'éloignement du bruit, des visites, des émotions.

L'isolement appliqué au traitement des psychopathes doit être considéré à deux points de vue : comme un procédé psychothérapique et comme un adjuvant de la psychothérapie. Sous quelque jour qu'on l'envisage, l'isolement peut être fait chez le malade lui-même, ou en dehors de chez lui, dans une maison de santé.

Lorsque l'isolement du malade est jugé nécessaire, il ne saurait, en ce qui concerne la plupart des cas, être mis en pratique à domicile. En principe, tout malade, quelle que soit l'affection dont il est atteint, doit être soustrait aux diverses causes d'excitation physique et morale, de fatigue; qu'il s'agisse de sujets atteints de fièvre typhoïde, de méningite, de fébricitants quelconques, on ne saurait trop leur prescrire le repos, et recommander à leurs familles de leur épargner le bruit, le mouvement, les visites, en un mot tout ce qui peut être une cause d'agitation. Cet isolement relatif, à la condition qu'il soit consciencieusement observé, est suffisant pour les malades auxquels je viens de faire allusion ; il n'en est plus de même pour ceux qui doivent le plus bénéficier de la psychothérapie : les névropathes et les psychopathes. Tout d'abord, il est très difficile d'obtenir des malades eux-mêmes et des parents l'isolement de rigueur; les uns et les autres n'en comprennent pas la nécessité et, comme ils sont convaincus que la distraction est le meilleur moyen de leur rendre la santé et la bonne humeur, ils s'empressent le plus souvent de négliger la plus importante des ordonnances médicales.

L'isolement n'est pas seulement une mesure individuelle : elle s'applique à toute unité chaque fois que celle-ci peut être une cause de danger pour le voisinage ou réciproquement. Il est aisé de comprendre pourquoi l'isolement trouve des indications de premier ordre dans le traitement des névroses, des psychonévroses, des maladies mentales, en un mot de toutes les maladies psychiques. Dans son milieu habituel, le malade ne rencontre que trop souvent des causes d'irritation, qui contribuent à aggraver le mal, il devient lui-même une cause d'énervement pour son entourage; sans compter que le milieu dans lequel la maladie a germé est rarement vierge de prédispositions morbides; la communauté d'hérédité, d'éducation, ou d'affinités le rend plus vulnérable au spectacle souvent impressionnant des psychopathies.

Séparer le malade de son ambiance habituelle est un principe salutaire pour l'un et pour l'autre. C'est une mesure qui, en dehors de ses indications thérapeutiques et hygiéniques, a encore pour ré-

sultat de faciliter l'application des traitements et de renforcer l'autorité des médecins, c'est une mesure de discipline et de méthode. Les raisons mêmes qui font prescrire l'isolement, condamnent l'isolement à domicile. Dans un très grand nombre de cas, les malades ont souffert dans leur milieu habituel, non pas de souffrances physiques, mais de peines morales : c'est dans la maison qu'ils habitent, c'est au milieu des objets qui les entourent que le mal est venu les surprendre et tout le leur rappelle. Toutes ces choses, qui ont été à des degrés divers les témoins tacites de leur infortune, de leurs chagrins, de leurs préoccupations, sont éminemment propres à l'évocation des souvenirs, aux interprétations troublantes, à la réviviscence des émotions. C'est un point qu'il paraît presque inutile de développer, tellement l'être qui pense et qui sent connaît, par sa propre expérience, l'influence sourde et suggestive de l'ambiance des choses inanimées, tellement tout clinicien a pu se rendre compte, en conversant avec ses malades, de l'importance que prend dans leur esprit un objet quelconque, indifférent pour tous les autres, riche au contraire de souvenirs et d'émotions pour eux-mêmes.

A plus forte raison doit-il en être de même pour les êtres animés, parents ou amis, qui vivent au contact du malade : il n'est pas rare que, parmi eux, il y ait une ou plusieurs personnes qui soient plus ou moins directement liées aux événements qui ont provoqué la maladie et, pour cette raison, susceptibles de l'entretenir, consciemment ou inconsciemment, et même de susciter le retour de quelques-unes de ses manifestations. En résumé, les malades les plus justiciables de la psychothérapie subissent chez eux les conditions les plus propres au développement de leur émotivité et de leur suggestibilité ; c'est pourquoi l'isolement en dehors de chez eux s'impose comme un moyen psychothérapique de premier ordre.

Des motifs encore plus sérieux peuvent être puisés dans l'essence même de la maladie. Les psychonévroses ou les maladies mentales sont rarement un accident isolé dans la vie familiale : l'hérédité est un facteur étiologique important, qui frappe à des degrés et sous des formes variés ses divers membres. Les tares sont embryonnaires chez les uns, en pleine évolution chez les autres ; par contre, elles ne sont pas toujours de même sens, quelquefois même elles sont orientées dans un sens tout à fait inverse. Quoi qu'il en soit, les membres d'une même famille sont plus ou moins sensibilisés, par suite plus fragiles et plus susceptibles de succomber sous le coup des causes déterminantes : suivant qu'ils sont doués de tendances psychiques d'orientation semblable ou dissemblable, ils jouiront, les uns vis-à-vis des autres, d'affinités ou de propriétés répulsives. Dans la pre-

mière hypothèse, ils se comprennent, ils sympathisent, ils se recherchent, et, par une suggestion réciproque, ils précipitent l'évolution de leurs tendances morbides; dans la deuxième hypothèse, ils se révoltent à l'idée de ne pas être compris, cette irritation nouvelle complique et aggrave leur état; ne trouvant pas dans l'épanchement le soulagement qu'ils avaient escompté, ils se replient sur eux-mêmes et ce refoulement augmente à son tour la détresse morale. C'est ainsi que la vie en commun, au lieu d'amener à l'extériorisation, aboutit au contraire au confinement de soi-même et ajoute, aux conséquences de la maladie elle-même, les effets déplorables des sentiments contenus. On trouverait encore dans l'opinion d'Esquirol des principes qui s'appliquent tout autant au traitement des psychopathes en général que des aliénés :

« L'isolement agit directement sur le cerveau et force cet organe au repos en soustrayant l'aliéné aux impressions irritantes, en réprimant la vivacité, la mobilité des impressions, en modérant l'exaltation des idées et des affections. En réduisant le maniaque au plus petit nombre possible de sensations, on fixe son attention par des impressions inattendues et souvent répétées.

« Les impressions inaccoutumées que les aliénés reçoivent, lorsqu'ils sont isolés, produisent des idées nouvelles, brisent la chaîne vicieuse des idées qui caractérisent leur délire. La nouveauté des impressions attire, fixe ou excite leur attention qui reprend alors sa puissance sur leur entendement.

« Des privations que l'isolement impose naissent des phénomènes moraux précieux pour la guérison. Tout le monde a ressenti les effets de l'absence, tout le monde a éprouvé le besoin de revoir des objets devenus plus chers depuis qu'on en est privé. » Suivant la très juste remarque de J. Camus et Ph. Pagniez ces quelques phrases, déjà anciennes et un peu trop oubliées, ont encore leur application à l'heure actuelle.

L'isolement est un adjuvant de la psychothérapie. — Cela est vrai, quelle que soit la forme de la psychothérapie employée : qu'il suffise de rappeler en passant que le recueillement, le silence, la solitude sont des conditions ordinairement requises pour la pratique de la suggestion à l'état de veille ou d'hypnose. Il en est de même pour la psychothérapie persuasive.

Il faudrait être bien naïf pour croire que les prescriptions médicales sont toujours exécutées à la lettre. Elles sont critiquées quelquefois par le malade et souvent par son entourage : le médecin n'a pas tourné le dos qu'il est remplacé par un parent, un ami, une commère quelconque qui se charge de le dém étiser et de critiquer

ses prescriptions ou sa manière de faire. Le malade est encore assiégé par les conseils des uns et des autres, qui lui vantent tel système, tel médicament, et les exemples ne manquent pas à l'appui. Bientôt le malade ne sait plus à quel saint se vouer, et, au milieu de cette multitude d'opinions, il arrive souvent qu'il oublie la consultation du médecin, pour suivre un avis diamétralement opposé. L'isolement est une méthode qui garantit le malade contre ces assauts du dehors, le maintient dans la voie que lui a tracée le médecin; c'est une méthode qui assure la discipline et l'exécution des prescriptions médicales. La tâche du médecin est singulièrement facilitée; son autorité augmente, parce qu'elle n'est plus contre-balancée par les influences contraires du dehors; d'autre part, l'attention du malade se concentre davantage sur l'importance de la cure; elle y est ramenée par les avertissements qu'il reçoit sans cesse, et bientôt par les bons effets qu'il ne tarde pas à sentir.

Le plus difficile est de convaincre les malades ou les parents de la nécessité d'avoir recours à ce précieux agent thérapeutique, et encore, aujourd'hui, cette méthode rencontre-t-elle moins d'opposition auprès des familles. Pour le faire accepter, il ne suffit pas de le conseiller sous une formule aussi sèche qu'une ordonnance quelconque; le médecin doit exposer sincèrement les raisons qui militent pour la séparation du milieu et en faire apprécier tous les avantages, en ayant recours à toutes les ressources de la dialectique sentimentale et rationnelle, et surtout en expliquant au malade et à la famille en quoi consiste l'isolement. Contrairement à ce que croient beaucoup de malades et de médecins, isolé, c'est être séparé, mais ce n'est pas vivre dans le désert!

L'isolement ne s'applique pas à toutes les maladies psychiques sans distinction; il est recommandable pour un très grand nombre de cas, il est inutile pour un certain nombre, nuisible même pour quelques-unes. Il a donc ses indications et ses contre-indications qui seront exposées dans les divers chapitres consacrés à l'étude de chaque maladie en particulier.

Pratique de l'isolement.

La pratique de l'isolement est toujours facile pour les classes aisées de la société : il n'en est pas de même pour les classes pauvres, qui ne peuvent être soignées qu'à l'hôpital.

Les malades de la première catégorie sont traités dans des maisons spéciales, dites maisons de repos, d'isolement, de convalescence : en tout cas dans une maison libre, ne recevant ni conta-

gieux, ni aliénés, par conséquent à l'abri de toute promiscuité.

Isolement relatif. — La règle de vie dans ces maisons varie suivant les médecins qui dirigent les soins : il y en a dans lesquelles les malades vivent en commun, prenant leurs repas avec les autres malades et avec les médecins eux-mêmes. Séparés de leurs familles, les malades causent et se distraient avec les autres pensionnaires de l'établissement. Ainsi compris, l'isolement n'est qu'une simple séparation de la famille ou du milieu habituel et présente de gros inconvénients. Il ne s'applique qu'à un très petit nombre de malades.

Isolement absolu. — Dans d'autres maisons, la discipline est beaucoup plus sévère, les malades vivent dans une chambre séparée, et n'entrent jamais en rapport avec les autres pensionnaires; ils n'ont comme société que la garde qui est chargée de les surveiller et de les soigner. Pendant une période plus ou moins longue de leur séjour, ils sont privés de toute communication médiate ou immédiate avec leurs parents, et à aucun moment de leur séjour ils ne fréquentent les autres malades. Pas de visites et pas de correspondance. (Dejerine.)

La séparation de la famille est suffisamment justifiée par les motifs que j'ai précédemment signalés; l'isolement des autres malades n'est pas une indication moins formelle. En effet, parmi eux beaucoup se recherchent parce qu'ils sont mieux compris les uns des autres que de personnes qui n'ont jamais souffert de leurs nerfs, et qui par suite ne s'apitoient pas sur leur sort; ils ne se fréquentent que pour s'entretenir réciproquement de leurs misères physiques ou de leurs souffrances morales. Or ce contact est déplorable à la fois pour le malade et pour le médecin, qui n'a que trop souvent à se repentir de ce genre de fréquentations, source de nouvelles observations, de nouvelles analyses, de nouvelles suggestions.

Il est préférable que les malades s'ignorent depuis leur entrée dans la maison de santé jusqu'à leur retour chez eux : dans le cas où on ne pourrait éviter le rapprochement des malades (comme cela a lieu pendant les périodes d'été où ils se rencontrent dans un jardin commun), on doit exercer une surveillance continuelle, qui mette obstacle aux conversations inutiles et nuisibles.

Pendant les premières semaines l'isolement est complet : aucune visite ou correspondance de la famille n'est autorisée, ce qui ne signifie pas que les malades restent seuls dans leur chambre, livrés à eux-mêmes, condamnés en quelque sorte au régime cellulaire. S'il en était ainsi, on ne pourrait que s'associer aux reproches de ceux qui ont critiqué la méthode. Non, l'isolement est avant tout une séparation de la famille et du milieu habituel, l'éloignement des

soucis et des préoccupations, la suppression de toutes les causes d'irritation, mais il n'est pas synonyme de solitude.

Pendant son séjour à la maison de santé, le malade reçoit les visites du médecin qui vient le raisonner, l'encourager et l'exhorter ; mais, quelque longues qu'elles soient, ces visites ne remplissent qu'une bien petite partie de son temps ; en dehors des visites médicales, il devra être assisté d'une garde intelligente qui a pour mission de le surveiller, de le guider, de le distraire, même de l'occuper, lorsque cela est possible, et de contribuer ainsi à la direction psychique entreprise par le médecin. Le choix de la garde est d'une importance capitale : elle doit être intelligente, dévouée, patiente, douce et ferme tout à la fois, et suivre scrupuleusement les indications fournies par le médecin. Toutes les gardes ne sont pas aptes à soigner de tels malades ; il leur faut une éducation et un entraînement spéciaux.

Lorsque les progrès sont jugés suffisants, les malades sont autorisés à écrire et à recevoir des lettres, puis à recevoir des visites ; la promesse des unes et des autres est un excellent levier, qui sollicite de nouveaux efforts et développe l'énergie.

Avant d'entreprendre la cure, les malades seront assurés que, si des circonstances très spéciales (la maladie d'un enfant, par exemple) réclamaient leur présence chez eux, ils en seraient aussitôt avisés. Ils affrontent ainsi l'isolement dans une quiétude parfaite ; sinon il pourrait être une nouvelle source de préoccupations.

Isolement à l'hopital. — Les malades de la classe pauvre n'ont comme seule ressource que d'entrer à l'hôpital, mais leur place n'est pas dans les salles ordinaires de médecine, dont les chefs de service leur ouvrent exceptionnellement les portes. La cohabitation avec des individus atteints d'affections organiques diverses ne peut avoir qu'un mauvais effet ; beaucoup de psychopathes souffrent de préoccupations hypocondriaques qui ne peuvent être que renforcées dans un tel voisinage.

Pendant plusieurs années, Dejerine a réservé une des salles (la salle Pinel) de son service de femmes à la Salpêtrière au traitement des psychonévroses, et la méthode mise en usage a été exposée dans ses moindres détails par J. Camus et Ph. Pagniez dans leur livre sur l'isolement et la psychothérapie. A défaut de chambres isolées, l'idéal serait d'avoir des séparations aussi complètes que possible entre les malades : à défaut de cette organisation, la disposition des lits peut y suppléer dans une certaine mesure. Chaque lit est complètement entouré de rideaux qui isolent complètement les malades : une disposition spéciale permet d'ouvrir les rideaux sur

le côté qui regarde les fenêtres et de laisser pénétrer la lumière. Les malades sont vus tous les jours, le matin par le chef de service, le soir par l'interne : une surveillante et deux ou trois infirmières sont en outre affectées à la discipline de la salle et au traitement. Quelques chambres d'isolement sont néanmoins nécessaires pour les malades trop excitées et bruyantes.

Ce système est certainement moins bon que le précédent : il offre des inconvénients et quelques avantages. L'isolement y est moins rigoureux, la discipline moins sûre. D'autre part, certaines malades déjà améliorées reçoivent des visites, alors que d'autres sont encore à l'isolement : on peut toujours craindre, si la surveillance se relâche, que ces dernières ne correspondent avec leurs familles avant d'en avoir reçu l'autorisation. Le calme et le repos ne sont pas aussi complets que dans une chambre séparée, le personnel infirmier n'est pas assez nombreux, les malades sont trop livrées à elles-mêmes, elles ne sont pas suffisamment distraites ni occupées. On ne peut que souhaiter que la direction de l'Assistance publique apprécie mieux l'importance de l'effort fait dans ce sens et accorde un plus nombreux personnel. Malgré ces quelques critiques, l'isolement à l'hôpital, tel qu'il a été conçu et organisé par Dejerine, a rendu des services immenses, et il pourrait en rendre bien davantage si l'administration comprenait mieux ses devoirs. Par contre, l'isolement dans une salle commune a quelques avantages, dont le principal est la bonne influence exercée sur les malades par la guérison de leurs voisines : la persuasion du médecin est ainsi renforcée par la suggestion de l'exemple.

Critiques de la méthode. — La méthode de l'isolement a été critiquée par quelques auteurs, en particulier par E. Lévy. « C'est, dit-il, au nom de cette conception que l'on voit communément des malades nerveux, obsédés déjà par leurs préoccupations morbides, isolés, dans le sens strict de ce mot, laissés seuls dans l'établissement où ils sont soignés, ou, s'ils sont traités chez eux, dans une pièce de leur appartement, à l'écart de leurs proches, sans même la compagnie d'une garde, c'est-à-dire, dans les meilleures conditions possibles pour cultiver leur névrose. » Le même auteur a critiqué plus particulièrement la manière dont on soigne les malades du service du professeur Dejerine à la Salpêtrière, en insinuant qu'on y traite les malades par intimidation ou soumission exagérée : d'après lui, cette dernière méthode ne saurait être appliquée à la rigueur que chez certaines natures rebelles, dans les cas d'anorexie, « dans d'autres manifestations essentiellement mentales ».

La méthode de l'isolement ainsi comprise n'est pas la méthode

telle qu'elle est pratiquée par Dejerine et ses élèves; et je ne crois pas qu'aucun médecin la pratique systématiquement. Ce n'est même plus la méthode de l'isolement, c'est la *méthode de la solitude*, et je crois que celle-ci n'est qu'exceptionnellement pratiquée dans le service de M. Dejerine et à titre d'intimidation. Voici ce qu'écrivent Camus et Pagniez à ce sujet : « A l'étage situé au-dessus de la salle d'isolement se trouve une petite pièce munie d'une étroite fenêtre grillée. Le cabinet noir, ou plutôt la crainte qu'il inspire, nous aide à maintenir la discipline dans la grande salle : les parents nous confient assez souvent pour les traiter des enfants atteintes de contractures, d'anorexie, de crises, etc..., des fillettes de mauvais caractère dont ils ne peuvent rien obtenir. Nous n'avons pas utilisé trois fois, dans le courant d'une année, le « cabinet noir » pour ces malades, mais la menace de les y conduire nous a donné plusieurs fois de bons résultats. »

Contre l'isolement, Lévy allègue qu'il a pu guérir « en cure libre » des malades qui n'avaient éprouvé aucun bienfait de l'isolement. Cela ne prouve absolument rien contre la méthode. Tout d'abord l'isolement ne doit pas être appliqué invariablement à toutes les maladies psychiques ; il est indispensable pour un certain nombre, discutable suivant les cas pour quelques-unes, inutile pour d'autres, et je crois que sur ce point tout le monde est d'accord. Inversement, d'autres auteurs pourraient alléguer contre la psychothérapie « en cure libre » qu'ils ont guéri par l'isolement des malades que la cure libre n'avait même pas améliorés ; et cela ne prouve pas davantage que l'isolement soit une mesure nécessaire pour tous les malades sans distinction.

Pour juger sainement la valeur de telle ou telle méthode d'après les échecs qu'on lui attribue, il faudrait être au préalable fixé sur le diagnostic exact, sur la période de la maladie à laquelle le traitement a été institué, sur la manière dont il l'a été. N'avons-nous pas tous observé des malades qui avaient résisté pendant plusieurs mois à toute espèce de traitement et qui ont guéri sous nos yeux dans l'espace de quelques semaines, voire même de quelques jours : or un grand nombre de ces malades rentrent dans la catégorie des cyclothymiques et des mélancoliques. Le médecin qui a le bonheur de les suivre à la fin de leur crise passe pour le médecin guérisseur, alors qu'en réalité il n'a fait qu'assister à la terminaison de la maladie.

C'est en comparant les résultats de méthodes différentes sur des malades de la même catégorie qu'on peut le mieux se rendre compte de leur valeur respective, et on ne peut vraiment nier la supériorité

et la nécessité de la cure d'isolement pour un très grand nombre de psychopathes.

Il est tout à fait enfantin de poser la question sur le terrain sentimental et de prêcher contre la séparation du milieu, sous prétexte que c'est dans le milieu habituel que le malade doit rencontrer le plus de dévouement. C'est d'ailleurs bien mal connaître l'influence de l'entourage sur le malade, et, sans que ce soit la règle, dans plus d'un cas l'isolement est accueilli avec enthousiasme par le malade et par sa famille. On a encore mis au passif de la méthode les rechutes dues, d'après Lévy, à ce que, dans l'isolement, le malade est en serre chaude, où il subit une éducation de la raison et non de la volonté ; mais cet auteur oublie sans doute que l'isolement, tel qu'il a été décrit plus haut est un adjuvant de la psychothérapie sous toutes ses formes.

Dans une communication toute récente qu'il a faite au congrès d'Amiens (1911) et qui est intitulée : « La fin du traitement de Weir-Mitchell. Le traitement des névroses en cure libre ». Emile Lévy a tenté de donner le coup de grâce à la méthode. Son appel est resté d'ailleurs sans écho et c'est sur la cure libre qu'a porté le coup destiné à l'isolement. « Je suis de moins en moins convaincu, lui a répondu Régis, de l'efficacité de la cure libre préconisée par M. E.-Lévy, ayant eu l'occasion de voir des sujets qui avaient été soumis à cette cure et qui en avaient si peu bénéficié qu'il a fallu les isoler ultérieurement. L'isolement est encore la méthode la plus fructueuse dans le plus grand nombre des états psychopathiques. » J'ajouterai avec Dupré que cette vérité est tellement évidente qu'on est surpris qu'il soit nécessaire de la redire.

Il ne faut pas croire que l'isolement soit aussi facile à mettre en pratique qu'on se l'imagine ordinairement. Tout d'abord, les malades et les familles sont difficiles à décider : plus tard, lorsque la cure est commencée, il y a des parents qui sont assez peu consciencieux pour employer tous les moyens, afin de communiquer avec l'isolé, malgré les conseils du médecin. Voici par exemple la lettre d'une mère à sa fille, découverte dans un paquet de linge, qui prouve qu'on ne saurait être trop méfiant :

« *Ma chère petite fille adorée,*

« *Je viens, le désespoir dans le cœur, te prévenir que le docteur T.. défend absolument que je vienne te voir et que tu reçoives mes lettres, avant que tes nerfs se soient calmés, que tu commences à engraisser et à t'habituer à la suralimentation. Je suis désespérée de cette cruelle séparation, chère petite, mais mon devoir de maman m'oblige à suivre la prescription du docteur, quelque pénible qu'elle soit pour moi et papa.*

Quoique je n'aie pas l'autorisation de te voir ni de t'écrire, sois certaine que chaque jour à cinq heures je suis dans le salon de la maison de santé, pour causer de toi avec sœur St-R..., dis-lui donc tout ce que tu désires, puisqu'on refuse même de me donner tes lettres. Je crains que tu n'aies pas tout ce qu'il te faut, et c'est ce qui me tourmente. Je t'enverrai l'album de M. A... et je cacherai une lettre dans les feuilles, tâche que les sœurs ne la trouvent pas. Je t'enverrai de la laine pour crocheter, au milieu de la pelote, je mettrai un billet ; je ferai la même chose dans du papier à lettres ou du linge; dans la boîte de papier tu chercheras dans toutes les feuilles, mais toujours quand tu seras seule. . . . . ouvre toi-même tous les paquets, je tâcherai de dissimuler une lettre dans les plis des chemises de nuit. Si tu ne trouves aucune lettre dans mes envois, ne crois pas que je t'oublie, mais c'est que la sœur les aura trouvées, et il ne faudra pas lui en vouloir de ne pas te les remettre. Elle est bien forcée d'obéir au docteur. . . . . »

Ainsi, voici une mère qui a consenti à se séparer de son enfant et qui a reconnu ou tout au moins semblé reconnaître la nécessité de l'isolement, mais en dessous, hypocritement, elle essaie de déjouer la surveillance des gardes, de tromper le médecin : combien on doit se méfier des familles, même dans les cures d'isolement... à plus forte raison dans les cures à domicile !

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES MALADIES PAR LA PSYCHOTHÉRAPIE

PREMIÈRE SECTION

PSYCHONÉVROSES

La séparation des psychonévroses et des maladies mentales pourrait au premier abord paraître artificielle, il importe donc de savoir si elle est fondée et sur quel ordre d'arguments elle s'appuie. Les caractères qui leur sont propres, qu'ils soient d'ordre étiologique, clinique, anatomique et surtout thérapeutique, diffèrent-ils suffisamment pour justifier cette distinction ?

Névroses. — Quoique moins élastique que celui des névroses qui l'a précédé et dont il a recueilli le reliquat, ce chapitre possède pour beaucoup d'auteurs des limites assez indécises.

Bernheim, qui est revenu récemment sur cette question, rappelle la définition des névroses, d'après Axenfeld : « On est convenu de donner le nom de névrose à des états morbides le plus souvent apyrétiques, dans lesquels on remarque une modification exclusive ou au moins prédominante de l'intelligence, de la sensibilité, de la motilité, ou de toutes ces facultés à la fois, états morbides qui présentent cette particularité de pouvoir se produire en l'absence de toute lésion appréciable, et de ne pas entraîner eux-mêmes de changements profonds et persistants dans la direction des parties. » Et Axenfeld ne retient comme névroses complexes que l'état nerveux, la chorée, l'épilepsie, l'éclampsie, la catalepsie, l'hystérie. C'est déjà un progrès sur ses devanciers, qui faisaient rentrer, en outre, dans ce groupe, des symptômes tels que les vomissements, l'amaurose, la diplopie, les convulsions, les fièvres intermittentes, le

tétanos, les hallucinations, l'hydrophobie, la catalepsie, le délire, etc... Le tabès lui-même a été rangé parmi les névroses, avant que les travaux de Romberg, Vulpian, de Charcot et Pierret l'en aient fait sortir.

On a englobé, et plusieurs auteurs englobent dans les névroses la paralysie agitante, le goitre exophtalmique, la neurasthénie.

Le chapitre des névroses a donc passé par des tribulations suffisamment motivées par la définition qu'en a donnée Axenfeld, définition qui correspondait à peu près à la conception que s'en étaient faite la plupart des auteurs.

La névrose était avant tout un état inorganique, fonctionnel, dynamique, suivant les idées et les expressions acceptées par Brodie et Briquet pour l'hystérie. Mais l'anatomie pathologique depuis 1863 a fait des progrès, et beaucoup d'affections considérées comme inorganiques, parce qu'on n'avait pas su découvrir les lésions, devinrent organiques et sortirent définitivement du groupe des névroses le jour où le microscope permit définitivement de les révéler. On ne considérerait plus aujourd'hui le tabes, l'épilepsie, comme des névroses.

On voit ainsi combien est factice et élastique ce chapitre des névroses : il ne répond à rien, tellement il a compris de maladies disparates.

L'anatomie pathologique lui a porté un coup redoutable ; la clinique à son tour, en attendant l'appui des recherches histologiques, lui soustrait d'autres maladies, telles la chorée de Sydenham, que la coexistence de signes appartenant exclusivement aux maladies organiques exclut définitivement du groupe des névroses. Nous savons aussi que certaines manifestations nerveuses, telles que la tétanie ou l'éclampsie, sont certainement dues à des modifications sinon anatomiques, du moins physiologiques de certains éléments nerveux, résultats, elles-mêmes, de variations humorales de l'organisme.

Nous ignorons tout, ou à peu près tout, de l'anatomie pathologique de la maladie de Parkinson et du goitre exophtalmique : mais leur évolution, leur symptomatologie, les accidents et les modifications qu'elles entraînent nous permettent d'affirmer que ce ne sont pas des affections *sine materia ;* les recherches anatomiques de demain le prouveront ? Alors que reste-t-il des névroses ? L'hystérie ! la neurasthénie ! les réactions d'origine émotive !

Psychonévroses. — L'état psychique des malades, trop longtemps négligé, a depuis ces vingt-cinq dernières années retenu davantage l'attention ; peu à peu on a accordé une importance de plus en plus grande au psychisme dans la genèse de l'hystérie, de

la neurasthénie, et insensiblement les restes des névroses sont devenues les psychonévroses.

Fort malencontreusement, et Raymond insiste sur ce fait, le même terme avait été employé antérieurement en Allemagne pour désigne d'autres états morbides : « Krafft Ebing, par exemple, range dans les psychonévroses la manie, la mélancolie, la stupidité et le délire hallucinatoire. Pour Schule, le groupe est infiniment plus étendu, puisqu'il comprend la mélancolie, la manie, les délires systématiques aigu et chronique, la démence aiguë, les folies hystérique, épileptique et hypocondriaque, les psychoses périodiques, et enfin les troubles mentaux consécutifs aux diverses toxi-infections... Les psychonévroses des psychiatres allemands ne sont autres que les vésanies des auteurs français. » Ces acceptions très différentes du même terme peuvent être une source de confusion, mais peu importerait si, pour tous les auteurs français, ou ceux qui acceptent la conception générale française, il avait la même signification.

Dejerine écrit, dans l'introduction de son livre en collaboration avec Gauckler, sur les manifestations fonctionnelles des psychonévroses : « Il existe à notre sens un groupement nosologique, et fort important, dont la symptomatologie est tout entière réalisée par une modification primitive de l'état moral ou mental et par toute une série de manisfestations secondaires. Les affections qui rentrent dans ce cadre portent le nom de psychonévroses. » Et Dejerine reconnaît l'existence de deux psychonévroses : la neurasthénie et l'hystérie.

Les psychonévroses, d'après Dubois (de Berne) sont des états dans lesquels domine un fait capital : l'intervention de l'esprit, des représentations mentales... L'origine du mal est psychique, et c'est l'éducation qui crée ou entretient les désordres fonctionnels..... Ces états psychopathiques sont compatibles avec la vie de famille, le malade ne s'adresse pas à l'aliéniste et les psychonévroses sont plus ou moins justiciables de la psychothérapie. On pourrait, ajoute-il, classer ces névroses-là à côté des vésanies et les désigner sous le nom de psychonévroses.

Raymond range à côté de l'hystérie et de la neurasthénie la psychasthénie de Janet, qu'il considère comme une névrose nouvelle fondée sur des faits cliniques et psychologiques, alors que la plupart des psychiatres protestent, avec raison d'ailleurs, contre la nouveauté et la légitimité de cette dernière entité morbide.

Bernheim (1911) exclut à son tour la neurasthénie des psychonévroses qu'il définit : « des maladies caractérisées par des troubles nerveux d'origine émotive, susceptibles d'être entretenues ou repro-

duites par représentation mentale émotive », et il n'accepte dans ce groupe que l'hystérie, certains spasmes de la glotte, et certains spasmes fonctionnels. Il abandonne la neurasthénie au groupe des maladies mentales, il conserve toutefois dans celui des psychonévroses ces états de dépression nerveuse d'origine émotive, que la plupart des auteurs décrivent au chapitre de la neurasthénie, et qui se confondent en réalité avec la neurasthénie accidentelle ou acquise.

Les opinions ne sont donc rigoureusement concordantes ni en ce qui concerne les définitions des psychonévroses, ni en ce qui concerne les maladies désignées sous cette appellation, ni en ce qui concerne la place qu'elles doivent occuper dans la classification nosologique, puisque certains auteurs, Dejerine en tête, les réclament pour la neurologie et en font des états névropathiques, d'autres au contraire, la grande majorité des psychiatres, veulent les faire rentrer dans les maladies mentales.

Laissant de côté une discussion sur les limites de la neurologie et de la psychiatrie, qui ne serait pas ici à sa place, je crois que dans un traité de cet ordre, on est en droit d'étudier dans un chapitre spécial, distinct de celui des maladies mentales, le groupe des psychonévroses, qui comprend presque exclusivement l'hystérie et la neurasthénie acquise.

Caractères des psychonévroses. — 1° Les principaux caractères des psychonévroses sont de se traduire par des symptômes objectifs, qui rappellent ceux des maladies organiques du système nerveux ou d'autres organes, mais de ne jamais produire les signes de maladies organiques; 2° elles reconnaissent une origine psychique et sont entretenus par un état psychique; 3° elles ne résultent donc pas d'une lésion anatomique, mais d'une simple perturbation dynamique du système nerveux; 4° ces états se manifestent, de préférence, chez certains sujets, de constitution nerveuse ou psychique spéciale; ils ont déjà, dans leur simplicité apparente, une certaine complexité, mais une fois la psychonévrose disparue, l'état constitutionnel reste latent; 5° on n'y découvre aucun des symptômes caractéristiques de l'aliénation mentale; 6° ils peuvent disparaître complètement sous l'influence de modifications psychiques spontanées ou provoquées par la psychothérapie.

On ne peut faire rentrer dans les psychonévroses ainsi conçues ni la psychasthénie, ni la neurasthénie constitutionnelle, qui se rapprochent davantage des maladies mentales; il existe toutefois entre elles des analogies, elles ont même des symptômes communs, elles peuvent coexister, mais les différences entre les cas typiques sont assez accusées pour qu'on ne les confonde pas dans le même groupe·

Ceux que l'on désigne couramment sous le nom de névropathes sont bien en réalité des psychopathes, mais ce ne sont pas des aliénés.

En somme, les psychonévroses sont des états dans lesquels la psychothérapie est plus spécialement indiquée et sur lesquels elle peut avoir une action réellement curative : ces considérations suffisent pour en faire un groupe à part à côté des maladies mentales et des maladies organiques du système nerveux, qui pour la plupart restent marquées d'un cachet d'incurabilité et, en tout cas, restent réfractaires quant au fond à la psychothérapie.

Cependant, au chapitre de la neurasthénie, je décrirai cette affection dans toutes ses formes, afin d'éviter les redites et de mieux mettre en évidence le contraste qui existe entre elles.

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE

I. — DÉFINITION DE L'HYSTÉRIE

Historique. — Lasègue écrivit que la définition de l'hystérie n'avait jamais été donnée, et qu'elle ne le serait jamais. Peut-être eût-il mieux fait d'écrire qu'on se mettrait difficilement d'accord sur la définition de cette affection. En effet, plusieurs définitions en ont été données, mais la plupart n'ont eu le don de plaire qu'à leurs propres auteurs : celles qui ont rallié le plus de suffrages sont loin d'être unanimement acceptées. Faut-il encore s'en étonner, après les débats retentissants qui se sont succédé, au cours de ces dernières années, dans divers congrès ou dans des séances spéciales consacrées à l'étude de l'hystérie par les neurologistes et les psychiatres français? A part le diagnostic, — et encore ! — que d'avis dissemblables, pour ne pas dire diamétralement opposés, exprimés sur l'étiologie, la symptomatologie, la pathogénie ! Il eût été surprenant qu'une définition satisfaisante (pour tout le monde) ait surgi au milieu de telles divergences d'idées et de théories. L'impression générale qui semble s'être dégagée de ces échanges de vues est que l'hystérie n'est pas comprise de la même manière par tous les cliniciens, et que plus d'un emploie cette étiquette sans savoir exactement ce qu'elle peut signifier ; elle est commode et masque à propos notre ignorance. Ce n'est pas, d'ailleurs, un fait isolé dans les sciences médicales, où la richesse et l'abondance des mots ont suppléé longtemps à la précision des faits et à la clarté des idées.

La définition de toute maladie devrait être subordonnée à la connaissance de sa nature ; mais l'essence même des choses échappe si souvent qu'il faut savoir limiter notre ambition, et une bonne définition doit au moins s'appuyer sur les caractères fondamentaux et distinctifs de la chose qu'elle désigne. Elle peut n'être que provisoire, doit-elle être au moins claire et logique.

Il paraît, en tout cas, indispensable que, pour soigner une affection ou des accidents — ne présumons encore rien ! — dont la cause

immédiate est avant tout psychique, le thérapeute doive essayer de connaître soit la mentalité du malade, soit les conditions psychiques dans lesquelles se sont produits ces accidents. Il est donc de toute nécessité, avant d'aborder la thérapeutique de l'hystérie, sinon de résoudre, du moins de poser ce problème d'étiologie et de physiologie pathologique.

L'hystérie avant Charcot. — Lorsque les philosophes et les médecins de l'antiquité conseillaient le mariage aux hystériques, « *nubat illa et morbus effugiet* », ils étaient d'accord avec leurs propres théories sur la nature de la maladie. La stérilité prolongée après la puberté étant la cause immédiate de la névrose, le rapprochement sexuel n'était-il pas le meilleur moyen pour réprimer les indignations de la matrice, comparée alors « à un animal qui désire ardemment engendrer des enfants ». La théorie utérine a d'ailleurs fait fortune, et a valu à la névrose le nom qu'elle porte aujourd'hui. Dans l'esprit populaire, et même dans celui de quelques cliniciens, cette conception subsiste encore. Envisagée au point de vue sexuel, l'hystérique n'a pas une bonne presse, elle évoque l'idée d'une ardeur insatiable, et bien que les anciens — Celse peut-être l'un des premiers — aient déjà tenté de déposséder la matrice de son rôle hystérogène, et qu'ils aient reconnu que la névrose n'est pas spéciale à la femme, cela n'a rien enlevé au discrédit qui l'accompagne : il s'est simplement communiqué à l'homme. Le mariage est encore conseillé à la femme hystérique, mais il inspire quelque inquiétude à ceux qui la convoitent. Et cependant, plus d'une fois sa consécration a été suivie de la disparition complète des accidents, mais ce n'est pas toujours pour la raison que soupçonnaient les anciens. L'explication, nous le verrons, est souvent toute différente.

Le mariage n'était pas le seul remède ; la théorie utérine en a suscité beaucoup d'autres : la compression des ovaires, par exemple, préconisée pendant si longtemps pour arrêter les crises, était déjà recommandée par les anciens sous forme de bandage appliqué sur les hypocondres.

La théorie utérine, avec quelques variantes, a survécu très longtemps aux théories humorales, religieuses, et enfin aux théories plus scientifiques que proposèrent plusieurs médecins illustres. Qu'il suffise de rappeler quelques dates. Ambroise Paré incriminait encore la suffocation de cet organe, et on croyait, à cette époque, à la possibilité des déplacements de la matrice dans les hypocondres. Forestier (1591), imbu d'idées analogues, conseillait, contre les crises, la confricatio vulvæ. Stahl (1724) la désignait sous le nom de *malum hystérico-hypochondriacum*. Hoffmann (1730) incriminait l'engorgement

de l'utérus par le sang, la lymphe ou le sperme, dont les vapeurs sont délétères pour le système nerveux. Je me dispense des explications fournies par cet auteur sur la pathogénie de l'hystérie ; qu'il me suffise de rappeler qu'il prônait comme spécifiques : « la poudre des Marquis, le spécifique céphalique de Michaelis, sa propre poudre antiépileptique, la poudre de placenta humain, le gui de chêne, le succin, le corail, les fumigations cutanées et *le mariage.* »

En 1845, — ce n'est pas très loin de nous ! — l'Académie de médecine proposait la question de l'hystérie pour le prix Civrieux, que se partagèrent Brachet et Landouzy. Le premier soutint la théorie cérébrale, le second la théorie utérine ; l'opinion semblait être pour ce dernier.

Cependant, avec le moyen âge, l'hystérie, subissant les reflets de l'époque, essentiellement religieuse, versa dans la démonomanie ; l'hystérique est alors une possédée qu'on exorcise ; la thérapeutique de la grande crise n'appartient plus au médecin, elle est entre les mains des prêtres. Les séances d'exorcisme sont représentées en si grand nombre sur les miniatures, les bas-reliefs, les monuments de cette époque — peut-être davantage en Italie que dans les autres pays — que l'on est autorisé à affirmer que l'hystérie était très fréquente, et que l'exorcisme était une pratique efficace en pareille matière. Les possédés sont représentés sous forme d'individus enchaînés ; le Christ ou un prêtre chasse le démon, qui s'échappe de leur tête ou de leur bouche. C'est à la même époque que remontent les grandes épidémies de chorée, qui se renouvelèrent à Aix-la-Chapelle en 1374 : la danse se compliquait de chutes, crises épileptiques, apparitions ; des pèlerinages étaient institués, tel le pèlerinage des choréiques ou danseurs de Saint-Guy, conduits à l'église de Saint-Willibrod, à Epternach, près de Luxembourg. Ces chorées épidémiques furent très répandues en Allemagne, de même que les possessions démoniaques : Gilles de la Tourette fait rentrer dans la même catégorie le tarentisme d'Italie, qui ne fut qu'une forme de chorée rythmique.

Faut-il rappeler, en France, les possessions de Nicole Aubry (1565), des ursulines d'Aix (1611), celle des Ursulines de Loudun, qui fit périr Urbain Grandier (1634). Faut-il rappeler encore, à une époque moins éloignée, l'épidémie des convulsionnaires du cimetière de Saint-Médard, sur le tombeau du diacre Pâris. Ces épidémies, apparaissant suivant certaines influences locales ou certains événements, étaient de nature à déprécier la théorie utérine de l'hystérie ; elles sont une indication précieuse pour ce qui concerne la genèse, la thérapeutique et la prophylaxie de cette affection, en démon-

trant l'influence de l'exemple, de l'imitation, de l'imagination.

Après les suffocations de la matrice, ou la démonopathie invoquée au moyen âge, l'hystérie entra dans une voie plus scientifique au XVII^e^ siècle avec Charles Lepois (1618), qui incrimine les nerfs : l'hystérie est une maladie commune à l'homme et à la femme ; elle n'est pas plus produite par la rétention du flux menstruel que par la stérilité ; l'hystérie n'est en rien arrêtée ni par le mariage, ni par la stérilité.

Cette théorie fut reprise et soutenue très brillamment plus tard par Willis et par Sydenham (1680). D'après ce dernier auteur l'hystérie est une maladie telle qu'elle imite les diverses maladies et on retrouve ainsi dans les écrits du grand clinicien anglais la conception de l'hystérie : « grande simulatrice ». Elle simule, en effet, l'apoplexie, l'épilepsie, la toux, les vomissements, l'œdème, etc... Il avertit le médecin, qu'il se trompera aisément, « et attribuera à une maladie essentielle et propre à telle ou telle partie des symptômes qui dépendent uniquement de l'affection hystérique ». La théorie invoquée par Sydenham est moins heureuse : les idées étaient orientées vers les esprits animaux et il était presque indispensable qu'ils jouassent un rôle dans l'étiologie de la névrose. C'était d'ailleurs l'opinion de Willis, qui attribuait les crises à l'explosion produite par le mélange des matières hystériques avec les mêmes esprits.

Les observations si judicieuses de Sydenham sur les caractères des accidents hystériques, qui simulent les accidents semblables appartenant à diverses maladies, ne réussirent pourtant pas à saper par leur base les anciennes théories; témoin Hoffmann qui incriminait la rétention de la semence et plus tard Louyer-Villermay qui nie l'hystérie masculine, confondue par lui avec l'hypocondrie.

La théorie utérine avait eu comme conséquences thérapeutiques la compression des hypocondres, ou manœuvres du même ordre, pour combattre les crises : le mariage, pour lutter contre la maladie elle-même. L'exorcisme était la sanction de la théorie démoniaque. La théorie nerveuse, égarée par les esprits animaux, ne guida que beaucoup plus tard la thérapeutique. Cependant Pomme recommande l'eau froide, les bains prolongés et même l'électricité. Plus tard Georget préconise les moyens moraux sous forme de médicaments, les pilules de mie de pain et autres substances de même énergie : n'est-ce pas déjà la suggestion médicamenteuse?

La véritable thérapeutique de l'hystérie est née sous l'impulsion de Brodie (1837) qui conseille avant tout un traitement inoffensif, « les affections guérissant le plus souvent sous l'influence d'une vive impression morale ». Les idées de Brodie sont développées,

grâce à un grand nombre d'observations personnelles, par Briquet qui reconnaît l'origine nerveuse de l'hystérie, mais se refuse à en faire une maladie spinale. Avec Brodie, il conclut que l'hystérie est une affection « dynamique ». « L'hystérie est une maladie consistant dans une névrose de la portion de l'encéphale destinée à recevoir les impressions affectives et les sensations.» L'influence des causes morales ne lui échappe pas; il parle des enfants maltraités, des femmes malheureuses dans leur ménage, des sujets en proie à de violents chagrins ou bien à une préoccupation continuelle de l'esprit. L'éducation joue un grand rôle. « Il est ordinaire, dit-il, de voir dans le monde des jeunes femmes devenues hystériques après leur mariage, parce que, comme elles l'avouent elles-mêmes, elles ont été trop gâtées par leur parents; l'habitude de voir tous les désirs satisfaits prépare des chagrins pour le moment où ils ne pourront plus l'être autant .... Or les chagrins, chez beaucoup de femmes, c'est l'hystérie ». Une influence semblable est réservée dans le peuple aux tracasseries de la marâtre, aux mauvais traitements du père. Dans son chapitre de prophylaxie, Briquet parle même de révulsion morale : changement de lieu, habitation dans un autre pays, voyage prolongé, séjour aux eaux, navigation, habitation avec d'autres personnes que celles auxquelles on était accoutumé, mais il insiste avant tout sur l'éloignement des causes morales. « Ainsi des femmes malheureuses dans leur ménage guérissent sitôt que leur mari s'éloigne; des jeunes filles maltraitées par leurs parents guérissent par l'éloignement de la maison paternelle; qu'un enfant soit pris de jalousie à l'égard de ses frères et sœurs, quoi qu'on fasse, on le verra dépérir et, si on lui rend les caresses qu'il désire ou si on l'éloigne de ceux qui lui portent ombrage, il guérit de suite... Il faut que le médecin sache bien qu'il n'y a pas de guérison possible sans avoir satisfait à cette partie du traitement. Pour y arriver, il aura besoin de toutes les ressources de son intelligence, de son tact, de sa perspicacité, afin de suppléer, par les expédients que lui fourniront les circonstances, aux règles de conduite qu'il est impossible de tracer d'avance... Il est donc de la plus haute importance que le médecin se trouve bien au courant des causes morales qui ont donné lieu à l'hystérie et, pour peu qu'il dirige convenablement ses questions, il arrivera d'autant plus facilement à les découvrir que les femmes n'ont le plus souvent aucun intérêt à les cacher, parce que ce ne sont pas, dans la grande majorité des cas, ces choses honteuses que ferait supposer la théorie des besoins non satisfaits : le plus ordinairement ce sont des femmes malheureuses qui sont bien contentes de trouver dans le médecin un confident de leur chagrin. »

L'hystérie et l'école de la Salpêtrière. — La plupart des accidents dits hystériques, en tous cas les principaux, étaient connus avant Charcot, mais pour beaucoup d'entre eux les caractères fondamentaux n'avaient pas encore été définitivement arrêtés. Lorsqu'il prit son service à la Salpêtrière en 1862, Charcot, chargé de la section des hystériques, s'attacha tout d'abord à l'étude de la principale manifestation de la grande névrose : la crise hystérique. Il rechercha si son évolution n'est pas commandée par des lois semblables à celles qui régissent la symptomatologie des maladies organiques du système nerveux, et en effet, dans le désordre apparent des convulsions, il crut les découvrir. Voici le tableau des périodes de la grande hystérie, telle qu'elle était conçue par Charcot :

Période prémonitoire.	Prodromes. *Aura hysterica.*	Troubles psychiques et hallucinatoires. Troubles des fonctions organiques. Troubles de la motilité. Troubles de la sensibilité.
Première période épileptoïde.	Phase de début avec mouvements, Phase tonique avec immobilité tétanique. Phase clonique. Phase de résolution musculaire.	
Deuxième période des contorsions et des grands mouvements, clownisme.	Phase des contorsions ou des attitudes illogiques.	
Troisième période.	Période des attitudes passionnelles ou des poses plastiques.	
Quatrième période.	Période de prolongation, période de délire, délire hallucinatoire, zoopsie, troubles du mouvement.	

Mais l'attaque hystérique, qui diffère totalement de l'attaque épileptique, n'est qu'un des accidents ou des paroxysmes de la maladie une et indivisible. A côté d'eux, il existe des phénomènes permanents qui ont une grande valeur diagnostique : ce sont les stigmates. Ils constituent en quelque sorte le terrain sur lequel surviennent divers accidents épisodiques, mais la constatation des stigmates est là pour les rattacher à leur véritable cause.

Les stigmates permanents sont de trois ordres : sensitifs, moteurs, psychiques.

Les troubles de la sensibilité occupent une place prépondérante. L'anesthésie hystérique se présente avec des caractères assez variés: elle peut intéresser tous les modes de la sensibilité, être superficielle et profonde. Superficielle, elle est totale ou dissociée comme

dans la syringomyélie. Elle est complète et la malade ne sent rien, ou incomplète : les sensations sont alors plus ou moins émoussées. Elle serait très fréquente, mais non constante.

L'anesthésie est mobile; elle peut se déplacer d'un moment à l'autre, en particulier sous l'influence des attaques : elle n'affecte pas les réflexes, sauf le réflexe palpébral et le réflexe pharyngé, et elle ne trouble ordinairement pas la motilité, contrairement à beaucoup d'anesthésies organiques. Dans certains cas, elle occupe toute l'étendue du corps, mais parfois aussi elle n'affecte qu'une moitié, ou bien un membre, ou même un segment de membre. Elle se superpose souvent aux paralysies : cette disposition en segments géométriques (anesthésie en gant, en manchettes, en manche de veste, en botte) représentait pour Charcot le type des anesthésies corticales.

Elle s'accompagne de refroidissement et de ralentissement de la circulation, qui peuvent aller jusqu'à l'œdème bleu.

Les plans profonds peuvent être eux-mêmes anesthésiés (tissu cellulaire sous-cutané, muscles, os...) ; les malades perdraient la notion de position, de poids.

L'anesthésie ne se cantonne pas toujours sur la peau, elle atteint aussi les muqueuses.

Inversement la sensibilité peut être exaltée (hyperesthésie) soit sur tout le corps ou sur certains segments, soit le plus souvent sous forme de zones (zones hystérogènes) : hyperesthésie ovarienne, clou hystérique, pseudoméningite hystérique, rachialgie hystérique, angor hystérique. Les sens sont parfois pareillement éprouvés et l'anesthésie porte sur le goût, l'odorat, l'ouïe, la vue (rétrécissement du champ visuel allant jusqu'à l'amblyopie et l'amaurose).

Les stigmates de la motilité consistent en ralentissement des mouvements, manque de précision et de direction dans les mouvements volontaires, avec conservation de leur régularité dans l'automatisme. L'amyosthénie ou faiblesse des mouvements, la catalepsie partielle, la diathèse de contracture en font partie.

Les principaux *stigmates psychiques* sont l'amnésie, qui peut être générale, systématisée ou localisé et l'aboulie.

C'est sur ce terrain spécial, c'est-à-dire susceptible de présenter ces diverses manifestations, que se produisent les crises hystériques ou d'autres accidents qui sont d'ordres divers :

Des *troubles moteurs* : paralysies ou contractures qui se développent soit à la suite de crises, soit à la suite de traumatismes ou de perturbations morales. Elles rentrent en réalité dans les paralysies psychiques dépendant des idées.

Les paralysies se présentent ordinairement sous la forme d'hémi-

plégie, de monoplégie, de paraplégie. Elles guérissent presque toujours, complètement et subitement.

L'*hémicontracture* est plus rare et généralement on se trouve en présence d'un seul membre contracturé.

Les crises hystériques affectent généralement le type décrit dans le tableau précédent, mais à côté de cette forme on en a décrit d'autres : le vertige hystérique, l'attaque démoniaque, l'attaque d'extase, l'attaque clonique, l'attaque épileptoïde, l'automatisme ambulatoire, les attaques de sommeil.

Dans le groupe des troubles moteurs figurent également l'hémispasme glosso-labié, le torticolis, le blépharospasme, la tétanie, l'astasie-abasie, les tremblements, la chorée, etc.

La maladie a encore :

Ses *troubles circulatoires* : rougeurs, œdèmes, dermographisme.

Ses *troubles trophiques* : papules, bulles, gangrènes, pemphigus, hémorragies cutanées, ecchymoses cutanées, hémorragies des muqueuses, sein hystérique, atrophie musculaire, lésions osseuses, articulaires.

Ses troubles *viscéraux* :

a. *Appareil respiratoire :* aphonie hystérique, hoquet, bâillement, reniflement, asthme hystérique, hémoptysie.

b. *Appareil digestif :* contracture des muscles du pharynx, spasmes de l'œsophage, spasmes de l'estomac, gastralgie, anorexie, hématémèses, vomissements, constipation, diarrhée, spasmes de l'extrémité inférieure du tube digestif.

c. *Appareil urinaire :* polyurie, anurie, incontinence, rétention d'urine.

Ses *troubles cérébraux et mentaux :* aphasie, mutisme, bégaiement, suggestibilité, aprosexie, amnésie, aboulie, délires, extases, léthargie, catalepsie, etc.

Ses *troubles de nutrition générale :* fièvre hystérique, anurie hystérique, modifications des urines, etc.

L'hystérie ainsi présentée est considérée par Charcot comme une maladie générale dans laquelle, d'une part, chaque groupe de symptômes se présente avec des caractères particuliers, que l'on retrouve toujours d'un sujet à l'autre et, d'autre part, il existe entre les différents groupes un certain enchaînement. L'hystérie ainsi envisagée constitue bien un tout. Le terrain hystérique est un terrain spécial, caractérisé par des stigmates, sur lesquels viennent se greffer accessoirement ou épisodiquement un certain nombre d'accidents qui peuvent, quelques-uns tout au moins, être considérés,

dans une certaine mesure, comme une amplification des stigmates. C'est ainsi que la paralysie n'est que l'exagération de l'amyosthénie, la contracture une manifestation momentanée de la diathèse de même nom, la crise hystérique est en préparation dans la zone hystérogène. Les limites des accidents et des stigmates sont du reste assez indécises, comme le reconnaissent eux-mêmes Gilles de la Tourette et Gasne.

Avec Brodie et Briquet, l'hystérie était, au point de vue pathogénique, dans sa véritable voie : c'était avant tout une affection nerveuse. En en faisant une maladie psychique, Charcot s'est encore plus rapproché de la vérité.

Il faut, dit-il, prendre l'hystérie pour ce qu'elle est, c'est-à-dire une maladie psychique par excellence ; c'est cette idée qui, sous des formes diverses, fut développée par tous ceux qui étudièrent l'hystérie, on peut dire à peu près par tous les médecins de l'école contemporaine.

La mentalité de l'hystérique a été étudiée par de nombreux médecins et aliénistes : elle a été diversement appréciée. Beaucoup ont eu le tort d'attribuer à l'hystérie des tares qui ne lui appartiennent pas et qui sont le propre de la dégénérescence mentale. Il peut y avoir coïncidence, mais elle n'est pas forcée. De même, si les accidents, dits hystériques, reproduisent plus ou moins fidèlement les accidents analogues des états organiques, comme l'avait signalé Sydenham, et c'est là leur véritable caractère, il n'est peut-être pas exact de dire, avec Tardieu, que « le trait commun qui caractérise les hystériques, c'est la simulation instinctive, le besoin invétéré et incessant de mentir sans intérêt, sans objet, uniquement pour mentir ». Il y a des individus qui ont eu des accidents hystériques à répétition pendant une période plus ou moins longue de leur existence et peut-être la réflexion précédente leur est-elle applicable, mais il y en a aussi qui n'ont eu qu'un accident isolé et qui ont été exempts de toute récidive.

Il est plus important de rechercher quel est le mécanisme psychique qui préside à l'apparition de ces divers accidents. Pour un certain nombre, Charcot n'hésitait pas à mettre en cause la suggestibilité ; il comparait les hystériques à des somnambules ambulants, à la merci de causes provocatrices susceptibles de mettre en œuvre leur suggestibilité. L'état mental produit par un choc nerveux ou une émotion équivaudrait aux phénomènes produits par l'hypnotisme ; ainsi, chez les uns comme chez les autres, le choc, par la sensation qu'il produit, ferait naître l'idée de l'impuissance du membre : la sensation jouerait le rôle d'une suggestion.

C'est encore l'autosuggestion qui interviendrait dans les cas de monoplégie hystérique qui suivent immédiatement le choc ; c'est ainsi qu'il explique la paralysie instantanée chez cette mère qui soufflette son enfant. Toutefois Charcot n'a pas généralisé cette conception, et pour la plupart des accidents il a cru à leur spontanéité, aussi bien en ce qui concerne l'apparition de l'accident en lui-même que l'aspect qu'il revêt.

L'hystérie et l'école de Nancy. — Bernheim et l'école de Nancy professent une opinion contraire. Tout d'abord l'attaque d'hystérie, telle qu'elle est décrite par Charcot, n'est qu'une forme spéciale à la Salpêtrière, qui n'a rien de spontané ; c'est un produit artificiel, un produit de culture : « L'attaque de la grande hystérie que la Salpêtrière donne comme classique, se déroulant en phases nettes et précises, comme un chapelet, est une hystérie de culture ». Autrement dit, ce n'est qu'un produit de suggestion médicale. L'ovaralgie nettement localisée peut n'être dans certains cas qu'un phénomène de suggestion médicale ; il en est de même des zones hystérogènes.

Bernheim a largement contribué à développer cette idée : « On ne saurait croire, dit-il, combien chez les névropathes et les hystériques on est exposé à faire de la suggestion inconsciente ; on crée des névralgies, on crée des zones hystérogènes, des zones hypnogènes, on crée de l'anesthésie, on crée même des antécédents morbides illusoires, on extériorise sur les malades ses propres conceptions, on fabrique une observation avec les idées préconçues qu'on a dans l'esprit. »

En somme, d'après le professeur de Nancy, les accidents hystériques relèvent le plus souvent de la suggestion médicale ou de l'autosuggestion. Ils peuvent en imposer pour des phénomènes de simulation... « Le sujet atteint d'amblyopie hystérique sent et voit, mais il ne croit pas voir, ne pas sentir... Le sujet se comporte comme s'il simulait, et cependant il ne simule pas. » Bernheim comprend en outre la suggestibilité de l'hystérie d'une tout autre manière que Charcot. Tandis que, d'après le maître de la Salpêtrière, certaines manifestations dépendent d'une sorte de distraction, au contraire, d'après le professeur de Nancy, toute l'attention du malade est concentrée sur son idée fixe : « L'hystérique réalise son idée comme il la conçoit. » Plus récemment, en ce qui concerne la crise, Bernheim a modifié sa conception de l'hystérie ; ses idées nouvelles devant être discutées plus loin, je me dispense de les exposer maintenant.

Il y eut désormais deux écoles en présence : l'école de la Salpêtrière et l'école de Nancy, et ceux qui depuis cette époque ont étudié l'hystérie se sont rangés dans l'une ou l'autre des deux écoles. Les

positions prises par l'une ou par l'autre sont au moins nettes et précises.

Je passe rapidement sur les explications purement psychologiques de l'hystérie qui manquent généralement de clarté ; ainsi on n'interprète, d'après Janet, les phénomènes hystériques qu'en les faisant dépendre de la « prédisposition mentale à la diminution de la synthèse et à la désagrégation de l'esprit,.... de la disposition à l'engourdissement des centres d'association, de la tendance au fonctionnement indépendant et par suite à l'arrêt de fonctionnement des centres sensoriels ». Grasset va même encore plus loin et suppose que les centres représentatifs eux-mêmes sont troublés. Gilles de la Tourette et Gasne admettent un rétrécissement du champ de la conscience, par exemple dans les monoplégies, « rétrécissement qui amène l'oubli de la représentation d'un mouvement d'un membre, d'une région, d'un organe ».

Cette longue période de l'hystérie nous a légué un assez grand nombre de notions, qui paraissent définitivement acquises, et dont les plus importantes sont les ressemblances des accidents hystériques avec les accidents des maladies organiques (Sydenham), la suggestibilité de l'hystérique et le rôle de la suggestion dans la genèse des manifestations (Bernheim), l'influence étiologique des perturbations morales, des émotions, l'influence curative de certaines émotions morales, des agents psychiques et en particulier de la suggestion (Bernheim), surtout de l'isolement, que Charcot a eu le mérite de préconiser.

Définition de Babinski. — Laissant de côté tout ce qui a trait au caractère, au tempérament, à la mentalité de l'hystérique, Babinski (1901) s'applique moins à donner une définition de l'hystérie qu'à fixer les caractères communs et spécifiques des accidents dits hystériques. Tout d'abord sont-ils de même ordre, comparables entre eux, ou doit-on les classer ?

Voici les termes mêmes de la définition de Babinski :

« L'hystérie est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'autosuggestionner.

« Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par quelques troubles secondaires.

« Ce qui caractérise les troubles primitifs (Babinski classe sous ce vocable les anesthésies, les paralysies, les contractures, les crises), c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets, et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion (phénomènes pithiatiques). Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroite-

ment subordonnés à des troubles primitifs ». Parmi ces troubles secondaires figure, par exemple, l'atrophie musculaire.

Babinski prend le mot suggestion dans un sens péjoratif : l'idée qu'on cherche à insinuer est mauvaise, déraisonnable. D'autre part, le même auteur ne soutient pas que tout trouble primitif disparaîtra par persuasion ; mais il est susceptible de disparaître par son intervention, parce qu'il a observé « au préalable d'autres cas, ayant un caractère identique et tout spécial, qu'il a pu reproduire par suggestion et faire disparaître par persuasion ». En présence d'un trouble non classé, qu'on pense devoir rentrer dans le cadre de l'hystérie, Babinski demande qu'on procède de la manière suivante : « qu'on le reproduise d'abord par suggestion, qu'on le guérisse, au moins dans un cas, par persuasion, et que l'on démontre qu'il a des caractères cliniques spéciaux distinctifs ; on sera ensuite, mais alors seulement, en droit, en présence d'un nouveau cas identique, de diagnostiquer l'hystérie, même si le traitement psychique reste sans effet ». Il propose enfin d'appeler « pithiatiques » ces troubles qui peuvent apparaître par suggestion et disparaître par persuasion.

Cette manière de concevoir l'hystérie a été vivement attaquée dans diverses sociétés et au cours de divers congrès, et l'on verra par la suite les critiques qui lui ont été adressées ; elle a eu, en tout cas, le très grand mérite d'attirer l'attention sur la nécessité de mieux préciser la signification des termes médicaux et en particulier celui « de l'hystérie ».

Les discussions qu'elle a soulevées et préparées ont eu pour résultat de mettre en lumière les divergences qui séparent les autorités médicales dans la conception de cette maladie, et si les débats qui se sont succédé n'ont pas amené une entente complète sur les questions multiples qui ont été discutées, il s'en est dégagé cependant un ensemble de faits, sur lesquels l'accord a été suffisant pour que l'on essaie de procéder, d'ores et déjà, à la révision de l'hystérie.

II. — NATURE DE L'HYSTÉRIE.

Quelle idée doit-on se faire actuellement de l'hystérie ? Pour solutionner cette question, j'étudierai successivement les renseignements fournis :

1° Par l'étude des accidents dits hystériques ;

2° Par les agents étiologiques de l'hystérie ;

3° Par l'état psychique des hystériques. Existe-t-il une mentalité hystérique ?

I. — ACCIDENTS HYSTÉRIQUES.

Ils peuvent être rangés dans plusieurs groupes : troubles moteurs, troubles sensitifs, troubles vaso-moteurs, troubles trophiques, troubles viscéraux, troubles psychiques. Je commencerai par l'étude des troubles trophiques, parce que ce sont ceux sur l'existence et la nature desquels les avis sont à peu près unanimes.

1°. — Troubles trophiques.

Parmi les troubles trophiques figurent les ecchymoses spontanées, les hémorragies cutanées, les bulles de pemphigus, les plaies, les ulcères ; on a décrit encore des troubles trophiques des cheveux et des ongles, le sein hystérique, l'atrophie musculaire hystérique.

Tous ces accidents ont été considérés comme pouvant se développer spontanément, et dans plus d'un livre classique il est admis qu'ils peuvent apparaître sous l'influence de la suggestion hypnotique. « Ainsi donc, dit Gilles de la Tourette, il est possible de produire par simple suggestion, en plaçant un sujet dans la période somnambulique du grand hypnotisme, tout à fait analogue à la période somnambulique de l'attaque d'hystérie, des troubles trophiques aussi accentués qu'une escarre. Et on peut les localiser, les faire naître sous une forme déterminée, sans même toucher la partie du tégument qui va en être le siège. »

Cette opinion ne semble pas partagée aujourd'hui par la grande majorité des neurologistes et, d'après les discussions qui ont eu lieu sur ce chapitre spécial, il paraît généralement reconnu que les troubles trophiques ne peuvent se développer ni spontanément, ni par suggestion, du fait seul de l'hystérie.

Au cours des séances de la Société de neurologie (1908), consacrées spécialement à la revision de l'hystérie, il n'est pas un neurologiste qui ait osé affirmer qu'on peut faire apparaître et disparaître par suggestion les troubles trophiques, ou même que ces troubles relèvent directement de l'hystérie, tandis que, quelques années auparavant, leur existence n'aurait même pas été mise en doute. Pour un certain nombre de ces accidents, on a pu démontrer qu'ils n'étaient que l'œuvre de simulateurs. Déjà, au Congrès des aliénistes et des neurologistes de Genève (1907), d'après une enquête faite auprès du corps médical des hôpitaux de Paris, Mendicini Bono rapportait plusieurs cas de troubles trophiques (érythème, rubéfaction, herpès iris, éruptions bulleuses, chromidrose, alopécie, ulcérations, pemphigus, taches mélanodermiques), dans lesquels la supercherie a pu être

prise sur le fait ; la plupart des médecins, interrogés sur l'existence des troubles trophiques chez les hystériques, ont répondu qu'ils n'avaient jamais observé un cas qui puisse être rapporté sans conteste à l'hystérie. A la Société de neurologie, M. Dejerine a insisté également sur la rareté des troubles trophiques dans l'hystérie, « lorsque, bien entendu, on prend toutes les précautions pour éviter la simulation », et M. Babinski conclut que des troubles trophiques hystériques (ulcérations, gangrènes, phlyctènes) il ne reste rien.

C'est également l'opinion soutenue par Dieulafoy à propos d'une très belle observation d'escarres multiples et récidivantes : « Voilà, dit-il, un homme intelligent, cultivé, sans tare nerveuse, qui, sans raison appréciable, commence à se faire des escarres à la potasse et pendant deux ans et demi rien ne l'arrête ; il trompe médecins et chirurgiens : on lui parle de troubles trophiques, il laisse dire ; on parle de lésions dues à des névrites, il laisse dire ; on lui propose une première opération avec élongation des nerfs, il laisse faire ; on lui conseille l'amputation du bras gauche et il le laisse amputer ; son bras gauche une fois enlevé, il s'attaque à son bras droit, puis à son pied gauche avec la même ténacité et avec la même suite dans son système de simulation », et Dieulafoy range son malade parmi les mythomanes de Dupré ; mais il le considère comme un mythomane spécial, parce que chez lui la manie du mensonge s'accompagne de voies de fait : c'est un *pathomime*. En réalité, il peut être rangé aussi parmi les automutilateurs, dont les processus psychiques dépendent toujours d'une tare mentale (Blondel). Autrefois ces escarres eussent été appelées hystériques.

Lorsque la question du sein hystérique est venue en discussion, M. Pitres a dit qu'il croyait en avoir observé deux cas ; mais, en réalité, il n'en est pas bien sûr ; Brissaud s'est servi des mêmes expressions, n'osant pas affirmer la chose, se demandant même si ce qu'on appelle le sein hystérique est bien de l'hystérie. Que ces hésitations sont distantes des affirmations catégoriques de jadis ! Peut-être le gonflement douloureux du sein, mis autrefois sur le compte de l'hystérie, parce qu'il était observé concurremment avec d'autres manifestations de la grande névrose, n'est-il qu'un phénomène coïncidant, ou même subordonné à d'autres accidents hystériques.

Actuellement, il faut donc envisager différemment les troubles trophiques constatés chez les hystériques. Il est indubitable qu'ils peuvent être l'œuvre de la supercherie ; mais ils peuvent être dus aussi à une autre maladie ; tous les phénomènes observés chez les hystériques ne sont pas forcément d'origine hystérique. Ils peuvent encore n'avoir avec l'hystérie qu'un lien indirect, telle l'atrophie

musculaire, qui n'est que la conséquence de la paralysie (Babinski).

Voici donc tout un chapitre de la grande névrose qui tend à disparaître de son cadre nosologique ; ou bien, si les troubles trophiques hystériques existent réellement, leur histoire est à refaire, parce que les observations recueillies antérieurement n'ont pas été prises dans des conditions telles qu'il ne subsiste aucun doute à leur égard ; que par suggestion on les fasse apparaître sous un pansement cacheté et leur existence ne sera plus mise en doute! Il n'en reste pas moins un fait doublement intéressant: c'est que, là où on avait tout d'abord diagnostiqué l'hystérie, un contrôle plus sérieux a révélé plusieurs fois la supercherie, et que, dans plus d'un cas, ces accidents simulés coïncidaient avec des accidents que l'on considère encore actuellement comme de nature hystérique : les crises, les contractures, les paralysies. Je n'insiste pas davantage sur l'importance de ce fait, devant y revenir plus loin.

2°. — Troubles vaso-moteurs.

Les considérations précédentes s'appliquent presque intégralement à ce groupe symptomatique, qui comprend la dermographie, l'asphyxie locale des extrémités, les sueurs, l'urticaire, l'œdème, etc.

Le dermographisme ne se rencontre pas exclusivement chez les hystériques ; il peut être très prononcé chez des individus qui sont indemnes de toute autre manifestation de la névrose; il peut l'être beaucoup moins chez des hystériques les mieux caractérisés ; de même en est-il des hémorragies sous-cutanées, des ecchymoses qui se produisent chez des sujets non hystériques, sous le coup du moindre traumatisme, des sueurs, etc.

Quant aux œdèmes partiels, œdèmes blancs et œdèmes bleus, ils sont sujets à caution, puisque, dans plusieurs cas d'œdème segmentaire apparu chez des individus ayant présenté d'autres manifestations hystériques, la supercherie a pu être mise en cause ; l'œdème était dû à une constriction exercée plus ou moins haut sur le membre. Peut-être l'asphyxie locale des extrémités, constatée chez quelques malades, reconnaissait-elle une semblable origine ; elle n'était sans doute qu'apparente et provoquée par un lien ; peut-être aussi, dans d'autres cas, était-elle réelle et due à une gêne circulatoire provenant d'une toute autre origine.

Je conclurai comme pour les troubles trophiques : il est indéniable que la supercherie a été la cause immédiate des troubles vaso-moteurs chez plusieurs malades dits hystériques ; que plus d'un trouble vaso-moteur, dit hystérique, reconnaît une autre cause que

l'hystérie; que l'existence réelle des troubles vaso-moteurs d'origine hystérique ne saurait être affirmée qu'en s'appuyant sur de nouvelles observations scientifiques. Je souligne encore ici la coexistence d'accidents démontrant la supercherie avec des manifestations classiques de l'hystérie.

3° — Troubles viscéraux.

On a admis pendant longtemps et certains auteurs admettent encore l'existence de l'hémoptysie et de l'hématémèse hystériques; Gilles de la Tourette considérait comme incontestable l'influence trophique de l'hystérie dans la production de l'ulcère rond. On a décrit l'hématurie de même origine. L'ischurie et l'anurie hystériques ont été également signalées et ont fait l'objet de divers travaux. Il n'y a guère de symptômes qui n'aient été rangés parmi les méfaits de l'hystérie : la fièvre elle-même n'y a pas échappé et plusieurs observations en ont été publiées.

Les troubles viscéraux suggèrent les mêmes réflexions que les troubles trophiques et les troubles vaso-moteurs.

Pour une partie des observations, les accidents signalés (hématémèse, hémoptysie, fièvre, etc.) doivent être certainement rattachés à une maladie autre que l'hystérie : je prends au hasard une observation de Laubry, concernant une jeune femme qui, à plusieurs reprises, présenta des hématémèses. On inclina tout d'abord pour le diagnostic d'hématémèse hystérique ; mais, quelques mois plus tard, la malade succomba à une hématémèse foudroyante. On trouva à l'autopsie une pièce de monnaie enchatonnée dans l'œsophage, qui était adhérent à l'aorte et communiquait avec elle par une fistule.

Pour une autre partie des observations les symptômes ne se sont pas produits spontanément, du fait de la maladie; ils ont été provoqués artificiellement par les malades. Ils sont dus exclusivement à la simulation et à la supercherie. En voici deux exemples : une malade qui était entrée dans le service de M. Galliard pour des hémorragies abondantes, se piquait le palais avec une longue épingle ; la supercherie découverte, la malade eut une grande crise d'hystérie et quitta l'hôpital. Un autre malade, du service de M. Babinski, crache le sang au moment où il allait sortir guéri d'une crise de rhumatisme articulaire ; or, l'examen démontre que les soi-disant hémoptysies sont simulées et dues à l'égratignure du pharynx.

La même interprétation s'applique à la plupart des cas qui ont été publiés sous le nom de fièvre hystérique : d'ailleurs, dans le courant

de ces dernières années, depuis que l'attention est attirée sur ce point, la supercherie a pu être démasquée plus d'une fois. Dans toutes les observations anciennes de fièvre hystérique, celle-ci est exclusivement démontrée par l'élévation de la température; or, comment se fait-il que les auteurs n'aient pas été davantage frappés par la contradiction qui existe entre la température, qui atteint des degrés élevés, et le pouls dont l'accélération fait défaut ou n'est nullement proportionnelle à l'ascension thermique; la respiration n'est pas davantage altérée; malgré la longue durée de la maladie, le poids ne baisse pas, et les urines ne sont ni qualitativement, ni quantitativement modifiées; en réalité, il ne s'agit pas de fièvre hystérique, mais d'hyperthermie hystérique. Comment de telles observations ont-elles pu être publiées, sans que les auteurs qui les ont recueillies, n'aient pris la peine de vérifier eux-mêmes une ascension thermique qui s'accorde si mal avec l'état général. Lorsque cette épreuve si simple a été faite, elle a donné presque toujours des résultats inverses de ceux obtenus par la malade ou par l'infirmier et l'infirmière : le médecin ne peut, en effet, affirmer l'existence de l'hyperthermie que s'il a pris lui-même la température dans des conditions et avec un instrument qui ne lui laissent aucun doute. Plusieurs fois j'ai pu me rendre compte par moi-même que la prétendue fièvre hystérique reconnaît pour cause unique la supercherie du malade. Les accidents viscéraux de l'hystérie ne sont, en résumé, imputables qu'à une erreur de diagnostic ou à la crédivité exagérée du médecin. Mais s'il subsiste encore quelque doute chez certains esprits, si, après avoir concédé qu'en effet, dans la très grande majorité des cas de troubles trophiques, viscéraux ou vaso-moteurs, la bonne foi de l'observateur a pu être surprise, ils maintiennent la possibilité de l'existence de tels troubles, qu'ils en fassent alors la preuve, mais qu'ils n'invoquent pas à l'appui d'une telle opinion des documents anciens dont ils ne sauraient affirmer l'authenticité avec une rigueur absolument scientifique.

4°. — Troubles sensitifs.

Ils comprennent à peu près tous les symptômes qui ont été décrits sous le nom de stigmates hystériques : c'est-à-dire l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, le rétrécissement du champ visuel, la polyopie monoculaire, la dyschromatopsie, les zones hystérogènes, etc....

On a cru fermement autrefois à l'origine spontanée ou hystérique de tous ces phénomènes : on n'aurait pas manqué, il y a quelques années, d'examiner la sensibilité des malades venant consulter à la Salpêtrière ou ailleurs pour des crises, des paralysies, des contrac-

tures, et les troubles de la sensibilité, l'hémianesthésie en tête, faisaient exceptionnellement défaut. Qui aurait osé discuter l'existence de l'hémianesthésie hystérique, des zones hystérogènes, du rétrécissement du champ visuel, quelque paradoxales que parussent ces diverses manifestations de la grande névrose, qui n'entravaient en rien la fonction des organes correspondants? L'hystérique, dont la pulpe digitale était insensible, se servait aussi habilement de sa main qu'un sujet normal dont la sensibilité est intacte; le rétrécissement concentrique du champ visuel ne compromettait en rien les fonctions de la vue. Je n'insisterai pas sur de telles bizarreries, sans compter les phénomènes de transfert et autres invraisemblances qui appartiennent plus à l'histoire qu'à la réalité; dans de telles investigations, le rétrécissement du champ visuel n'était pas chez le malade, mais chez le médecin, l'hémianesthésie cutanée du premier n'étant le plus souvent que la projection de l'anesthésie psychique du second.

Il y a déjà longtemps que Bernheim a démontré que les stigmates n'existent pas spontanément, mais qu'ils sont créés par suggestion. La même opinion a été soutenue depuis par Babinski.

Dans la séance du 9 avril 1908, à la Société française de neurologie, la plupart des membres présents reconnurent la part qui revient à la suggestion médicale dans la création des stigmates. En procédant à l'examen de la sensibilité, de telle manière qu'il réduise au minimum la suggestion médicale, Babinski ne trouve plus, chez les malades en question, ni hémianesthésie, ni rétrécissement du champ visuel, ni dyschromatopsie, ni polyopie monoculaire. Semblable opinion est émise par Ballet, Brissaud, etc. Les stigmates ont passé un mauvais quart d'heure. Cependant, tout en mettant hors de doute que dans un plus ou moins grand nombre de cas l'hémianesthésie hystérique est le fait d'une suggestion médicale inconsciente, Dejerine rappelle qu'il a observé des hémianesthésies sensitivo-sensorielles, en dehors de toute influence suggestive possible, et Raymond s'est rallié au même avis.

Pour résumer d'une manière qui donne satisfaction à toutes les convictions l'état actuel de l'opinion médicale sur les stigmates hystériques, on peut affirmer que dans un très grand nombre de cas, sinon le plus grand nombre, les stigmates sont le produit de la suggestion médicale.

Lorsqu'ils reconnaissent une autre origine, il n'est pas illogique de supposer qu'ils sont parfois le résultat d'une autosuggestion ou de toute autre suggestion : Brissaud faisait remarquer que c'est une croyance presque universelle que la perte de la sensibilité doit accom-

pagner la perte du mouvement. « L'entourage des hémiplégiques est toujours surpris de voir que le malade continue à sentir du côté paralysé. C'est ainsi que par autosuggestion se produit et se localise l'hémianesthésie. »

En tout cas, pour l'hémianesthésie et les stigmates, de même que pour tous les phénomènes dits hystériques, il est difficile d'affirmer s'il y a ou s'il n'y a pas eu une suggestion antérieure, et il est impossible d'affirmer qu'elle n'a pas existé. On ne pourrait davantage soutenir qu'ils ne puissent être simulés.

5°. — Troubles moteurs.

Ce sont les crises hystériques, les paralysies, les contractures, les spasmes, etc.

Ce sont certainement les accidents les plus intéressants de la grande névrose, ceux pour lesquels les malades viennent généralement consulter, ceux pour lesquels il est difficile sinon impossible de dépister la supercherie, la simulation et la suggestion.

Que par la suggestion, sous l'une quelconque de ses formes, on puisse produire des crises hystériques, des paralysies ou des contractures, et que par les mêmes procédés on puisse les faire disparaître, cela ne soulève aucun doute; cette hystérie de culture a été trop répandue et trop étudiée, il y a une vingtaine d'années à la Salpêtrière, pour qu'il soit utile d'y revenir. Ce sont ces crises-là qui évoluent sous le type classique de la Salpêtrière.

C'est aux cas les plus spontanés d'apparence qu'il faut limiter le débat, c'est-à-dire à ceux qui se sont développés loin de tout centre hystérogène, par conséquent loin des milieux hospitaliers, à ceux qui sont survenus dans une ambiance où des accidents identiques et de même ordre n'ont pas encore été constatés; les cas observés dans des conditions inverses seraient peu favorables pour l'étude étiologique et pathogénique des troubles moteurs de l'hystérie, parce qu'il serait trop facile de faire intervenir la suggestion ou l'imitation, ou tout au moins il serait impossible de les exclure.

Crises. — Les crises qui surviennent après une émotion sont apparemment les plus démonstratives, surtout si elles ont suivi immédiatement le choc émotif; c'est, par exemple, le cas, cité par Dejerine, d'une jeune fille, dont la première crise d'hystérie survint subitement et immédiatement après qu'elle eut reçu un télégramme lui annonçant la mort de son père; et même, chose singulière, les crises se produisaient également la nuit, lorsque cette jeune fille rêvait à cet événement. Je prends cet exemple parce qu'il a été

rapporté par M. Dejerine à la Société de neurologie, au cours de la discussion sur le rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques. Dans la même séance, des observations analogues ont été rapportées par Raymond, Claude et Crocq.

Quels sont les caractères de ces crises? Tout d'abord il est exceptionnel que le médecin ait eu la bonne fortune d'assister à cette première crise; s'il soigne par la suite la malade, il a quelquefois l'occasion d'observer les récidives, et la plupart des médecins qui les ont étudiées s'entendent pour reconnaître que ces crises n'ont pas les caractères des crises hystériques, tels qu'ils ont été décrits par Charcot; elles ne se déroulent pas avec ses quatre périodes comme la grande crise d'hystérie de la Salpêtrière. Elles varient dans leur forme avec chaque sujet : dans leurs réactions, elles sont individuelles. Elles n'ont pas à proprement parler de caractères positifs, et si on n'y assiste pas, elles se différencient des seules crises avec lesquelles il pourrait y avoir confusion, c'est-à-dire les crises épileptiques par l'absence des signes propres à la crise comitiale; ses caractères sont surtout des caractères négatifs.

L'émotion se traduit elle aussi par des réactions assez variables de nature et d'intensité, d'un sujet à l'autre (constriction pharyngée, crises de larmes, légère agitation motrice, tremblement, troubles vaso-moteurs et sécrétoires, dérobement des jambes, etc.). Or, pour quelques auteurs, les crises de nerfs ou crises d'hystérie qui sont déclanchées par un choc émotionnel ne seraient en quelque sorte que l'exagération, chez certains sujets, des réactions propres à l'émotion. A mon avis, c'est commettre une confusion regrettable, car s'il en est ainsi, il n'y a plus de limites entre les réactions émotionnelles et les crises hystériques : toute réaction émotionnelle un peu exagérée sera envisagée comme une petite crise hystérique; et toutes les crises hystériques seront envisagées comme des grandes réactions émotionnelles. Cette opinion me paraît peu soutenable; s'il est des symptômes de l'émotion que la crise d'hystérie peut amplifier, il en est aussi qui lui sont tellement propres qu'on ne les retrouvera pas dans la crise d'hystérie (troubles sécrétoires, vaso-moteurs). Et inversement, l'hystérie est capable d'engendrer des manifestations motrices que l'émotion seule serait incapable de reproduire : comment accepter que l'individu qui se roule par terre après avoir appris une mauvaise nouvelle soit exclusivement sous le coup du choc émotif? En réalité la crise d'hystérie commence, lorsque les manifestations motrices observées ne sont plus les manifestations habituelles de l'émotion : par conséquent, si la crise

dite hystérique peut se surajouter parfois aux réactions purement émotionnelles, elle se traduit à son tour par des manifestations motrices et psychiques qui ne sont plus celles de l'émotion. C'est encore un caractère d'ordre négatif.

Ces crises sont ordinairement sujettes à des retours, insuffisamment motivés par des événements futiles, et dans lesquels on ne saurait accorder aucune intervention pathogénique à l'émotion; il n'est plus possible alors de les considérer comme des réactions émotionnelles exagérées.

Enfin ces crises sont très souvent arrêtées ou modifiées par la suggestion; et sans discuter maintenant le rôle qui revient à cet élément dans leur apparition spontanée, on ne saurait nier qu'elles puissent être reproduites par suggestion ou même qu'elles sont accessibles au talent d'un simulateur.

Je conclurai donc que les crises hystériques se distinguent des autres crises nerveuses, crises épileptiques, réactions émotives, par l'absence des signes propres à ces deux ordres d'accidents (caractères négatifs), par la possibilité d'être suggérées (Babinski) ou simulées, et de disparaître par la suggestion (Babinski), par des réactions motrices et psychiques dont l'aspect désordonné, polymorphe, intentionnel, les différencie très nettement des mouvements réflexes, des mouvements de défense, des mouvements convulsifs, et indique l'intervention d'un facteur psychique.

Quelque intense que soit l'agitation motrice, il est exceptionnel que les malades se blessent au cours de leur crise, que ce soit la première ou une reprise; ce qui semble indiquer qu'ils n'ont pas perdu complètement le pouvoir d'exercer leur contrôle sur le monde extérieur.

Je rappellerai encore que quelques malades n'ont des crises que devant certaines personnes, alors que devant d'autres ils savent se tenir et les ajourner; dans une certaine mesure, on ne saurait nier l'influence du lieu et de l'entourage sur leur apparition ou leur réitération. Elles cessent presque toujours de se reproduire, quand le malade est séparé de son milieu et complètement isolé : c'est en quelque sorte le corollaire de la proposition précédente.

Les paralysies et les contractures. — Elles surviennent presque toujours après un événement susceptible de produire une émotion, soit immédiatement après lui, soit dans un délai qui varie de quelques heures à quelques jours; c'est à cette phase intercalaire que Charcot a donné le nom de *période de méditation* et qui, dans certains cas, serait plus exactement appelée *période de préméditation.*

De même que pour les crises hystériques j'ai considéré avec

plusieurs auteurs, comme les plus démonstratives, les crises qui surviennent en dehors de tout élément manifeste de suggestion, de même il faut admettre, à propos des paralysies et des contractures, que les exemples les plus typiques sont représentés par celles qui surviennent immédiatement après une émotion, dans la genèse desquelles on paraît autorisé à réduire au minimum la participation de facteurs psychiques de divers ordres et en particulier celui de la suggestion. En voici quelques exemples :

Le premier, emprunté à M. Dejerine, concerne une femme âgée d'une quarantaine d'années, qui fut amenée dans son service de la Salpêtrière pour une contracture du membre supérieur droit, topographiée de la manière suivante : « Contracture en extension de l'avant-bras sur le bras, bras en abduction, main dans l'attitude du poing fermé. Cette contracture datait de la veille et était survenue dans les circonstances suivantes. D'un caractère peu commode, très acariâtre, cette femme avait fréquemment des disputes avec son mari. La veille de son entrée à la Salpêtrière, avait encore eu lieu une scène entre les époux ; en proie à une violente colère, elle voulut donner un coup de poing à son mari : elle le donna, mais sa main resta figée dans la position qu'elle avait prise et qui était, en effet, celle que prend le membre supérieur lorsqu'on veut porter un coup de poing. Cette contracture était très intense, on ne pouvait la vaincre. Elle persista sans changement pendant quinze jours ; puis peu à peu, l'isolement et la psychothérapie aidant, en un mois tous les phénomènes avaient disparu. »

Une autre observation du même auteur a trait à une fille de vingt-cinq ans, robuste et bien portante, qui fut prise de contracture des adducteurs à la suite d'une tentative de viol par un chemineau. Lorsqu'elle fut attaquée, elle fit les plus grands efforts pour que le chemineau ne puisse se placer entre ses jambes, et lorsqu'il fut parti, il lui était impossible de les écarter. Lorsque M. Dejerine vit la malade pour la première fois, la contracture durait depuis quatre ans, et elle s'était même compliquée de rétractions fibreuses.

A côté de ces deux exemples de contracture, je mentionnerai une observation de paralysie citée par M. Babinski. Il s'agit d'une jeune fille atteinte d'une paralysie crurale complète, qui serait survenue dans les circonstances suivantes : quelques jours avant son admission dans son service, elle raconte qu'elle eut « la malechance de recevoir une décharge électrique en posant le pied sur un plot, qu'elle était immédiatement tombée à terre, frappée d'une paralysie des jambes et en proie à une vive émotion ».

Ce sont bien de tels cas qui paraissent le plus favorables à l'origine

spontanée ou émotive des accidents hystériques, et qui semblent permettre, au premier abord, d'exclure l'intervention de toute suggestion ; mais il est bien entendu que les paralysies et les contractures qui surviennent plusieurs heures ou plusieurs jours après la cause présumée, sont également classées dans les livres classiques parmi les accidents hystériques.

En quoi ces paralysies et ces contractures diffèrent-elles des contractures organiques ? Ont-elles des caractères qui leur soient propres ?

Elles en diffèrent par l'absence des signes qui permettent d'affirmer l'existence d'une lésion organique siégeant sur un point quelconque de la voie pyramidale : c'est-à-dire l'exagération des réflexes tendineux, le signe de Babinski, la trépidation épileptoïde, l'hypotonie, l'abolition des réflexes cutanés, etc. ; comme ces signes ne sont pas constants et qu'ils peuvent faire isolément défaut dans les paralysies organiques, il est nécessaire de les rechercher systématiquement : il est exceptionnel qu'on n'en découvre pas un ou deux qui permettent d'affirmer la nature organique de la maladie.

Il existe un certain rapport entre leur localisation et la cause qui les a fait apparaître : les trois observations précédentes sont très probantes à cet égard. Chez la première malade de M. Dejerine, la contracture du membre supérieur ne faisait que prolonger l'attitude du bras au moment où se produisit l'émotion ; la contracture des adducteurs chez la seconde était également commandée par le genre de l'émotion ; chez la malade de M. Babinski, la paralysie s'installa dans les membres qui avaient reçu la décharge électrique.

Peut-on, par la suggestion, faire disparaître ces accidents et les faire réapparaître ensuite ? A la question ainsi posée on peut, sans hésitation, répondre par l'affirmative à la condition de ne pas envisager cette éventualité comme une règle, mais comme une possibilité : chez certains malades on réussit, chez d'autres on ne réussit pas.

La question est, au fond, plus complexe qu'elle ne le paraît tout d'abord : il y a lieu de prendre en considération non pas seulement la forme de la paralysie ou de la contracture, mais encore et surtout sa durée. Un individu suggestionné ou un simulateur persévérant parviendraient-ils à maintenir leurs membres en contracture pendant des jours, des semaines, des mois et même des années, comme certains hystériques ? Je ne crois pas que des expériences de suggestion aient été faites dans des conditions telles qu'on puisse répondre d'une manière catégorique à cette question ; mais je ne crois pas davantage que les hystériques atteints de contracture ou de paralysie aient été suivis et surveillés de si près, que l'on puisse se prononcer d'une manière décisive sur leur invariabilité dans le temps, comme dans

la forme. Je ne citerai qu'une expérience personnelle à cet égard : il s'agit d'une femme atteinte de contracture hystérique des membres inférieurs et immobilisée au lit depuis plusieurs années : les jambes étaient en extension forcée sur les cuisses et on ne pouvait réussir à les plier, même en déployant de grands efforts. Je plaçai la malade en travers sur son matelas, de telle sorte que les jambes et le tiers inférieur des cuisses fussent complètement en dehors du lit. Tout d'abord les jambes restèrent naturellement raides et en extension sur les cuisses, mais au bout de quinze à vingt minutes quelques oscillations très fines commencèrent à se dessiner et peu à peu, insensiblement, les jambes se fléchirent de plus en plus, sans cependant se relâcher complètement ; je ne pus malheureusement surveiller la malade plus longtemps. Un cas isolé n'autorise aucune conclusion, mais au moins pour ce cas j'emportai quelques doutes sur l'invariabilité des contractures hystériques ; il est regrettable que des observations du même ordre n'aient pas été multipliées. Lorsque M. Janet demanda à M. Babinski s'il avait pu produire par suggestion des paralysies et des contractures durables, il répondit qu'il avait reproduit par suggestion, particulièrement chez les sujets que l'on appelait autrefois les grands hystériques et les grands hypnotiques, les diverses manifestations de l'hystérie et qu'il les avait laissées durer plusieurs jours ; de même il a laissé subsister la monoplégie brachiale pendant une dizaine de jours ; mais il ne s'est pas cru autorisé à dépasser cette limite dans la crainte de développer un phénomène tenace et difficile à guérir ensuite. Il n'a rien spécifié au sujet des contractures et c'était là le point le plus intéressant, car a priori il paraît infiniment plus facile de reproduire par suggestion ou par simulation une paralysie permanente qu'une contracture durable. Comme personne ne prit la parole sur cette question, je suppose que le doute subsiste encore à cet égard.

En résumé, les paralysies et les contractures se distinguent des paralysies et des contractures organiques par l'absence de tous les signes dits organiques, c'est un caractère négatif. Toute paralysie ou contracture qui n'est pas organique est une paralysie ou une contracture hystériques.

Elles ont encore comme caractères, dans un certain nombre de cas, de correspondre à une attitude, à un geste, à un mouvement de défense, bref à une idée, et de se localiser dans une région qui a des liens intimes avec la nature de l'émotion qui les a fait naître.

Ces accidents peuvent être reproduits dans leur forme par suggestion ; peuvent-ils l'être dans leur durée ? Le problème n'est pas résolu.

6° — Troubles psychiques.

L'hystérie a encore à son actif des troubles psychiques, parmi lesquels figurent l'attaque de sommeil et la léthargie, l'extase, les délires maniaques et mélancoliques, les hallucinations, l'aphasie, etc. Les liens qui rattachent ces accidents à l'hystérie sont beaucoup moins solides qu'ils ne l'étaient autrefois. Ou bien ces accidents n'ont rien de commun avec la névrose, ils reconnaissaient une autre origine, c'est le cas des accès francs de mélancolie ou de manie, par exemple ; ou bien ils sont le produit de la supercherie, de la simulation, de la suggestion, et ils n'ont pas alors les caractères ou les signes des maladies mentales proprement dites.

Résumé. — Si on repasse dans une vue d'ensemble tous les troubles dont l'ensemble remplissait autrefois le cadre de l'hystérie, on constate aujourd'hui que de gros vides se sont produits.

Les troubles trophiques et les troubles vaso-moteurs en sont sortis pour deux raisons. Les uns étaient produits par supercherie ou par simulation, les autres étaient des erreurs de diagnostic, c'étaient des accidents dus à des maladies organiques. Il en est de même pour la plupart des troubles viscéraux.

Quant aux troubles sensitifs, il est admis que, dans la très grande majorité des cas, ils sont dus à la suggestion médicale ; il reste un très petit nombre d'observations pour lesquelles certains auteurs affirment encore leur origine spontanée, sans toutefois pouvoir démontrer la non participation de l'auto ou de l'hétérosuggestion. En tout cas, ces troubles sensitifs sont susceptibles de disparaître d'une manière brusque, spontanément ou sous l'influence de la suggestion, et par là, comme par beaucoup d'autres caractères, ils diffèrent des troubles sensitifs provoqués par les lésions organiques. D'ailleurs, nous ne pouvons affirmer que de tels malades ne sentent pas, il faut nous contenter d'affirmer qu'ils se comportent comme s'ils ne sentaient pas.

Reste le groupe des troubles moteurs, celui qui intéresse le plus le praticien ou le médecin légiste, parce que ce sont les seuls accidents qui soient susceptibles d'entraver la vie de relation, parce qu'ils sont particulièrement fréquents à la suite des accidents du travail. Ils diffèrent des symptômes analogues des maladies organiques, par l'absence des signes qui les accompagnent (et par signes il faut entendre les manifestations sans lesquelles il est impossible d'affirmer qu'il existe une lésion ou une perturbation organique des centres nerveux), par leur origine psychique dont l'existence est

rendue souvent indiscutable par le rapport qui existe entre a forme de l'accident et la cause qui l'a déterminé : on n'est pas encore en droit d'affirmer qu'ils puissent être toujours et intégralement reproduits par suggestion. Je fais tout au moins quelques réserves sur les contractures.

Les accidents hystériques, ainsi réduits aux troubles moteurs et à quelques troubles sensitifs, possèdent en commun le caractère de simuler les symptômes les plus frappants de certaines maladies organiques, mais sans s'accompagner jamais des *signes* des lésions correspondantes. C'est en quelque sorte le simulacre de la maladie : ce sont des *phénomènes pathoïdes*.

II. — ÉTIOLOGIE DES ACCIDENTS DITS HYSTÉRIQUES.

Les accidents hystériques reconnaissent-ils une étiologie commune qui permette de les définir par rapport à leurs causes ou à leur pathogénie ?

Les principaux facteurs étiologiques mis en cause par les auteurs qui ont abordé ce problème se résument à trois : l'émotion, la suggestion, la simulation.

La tâche nous sera singulièrement facilitée par les discussions qui ont eu lieu à la Société de neurologie au cours des séances des années 1909-1910, et qui ont eu pour objet le rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques.

De même que pour la sémiologie, il m'a paru avantageux et même nécessaire de sérier les phénomènes dits hystériques, afin de mieux fixer leurs caractères fondamentaux ; de même pour affirmer le rôle de l'émotion, de la suggestion et de la simulation dans l'apparition de ces phénomènes, il me paraît préférable d'envisager successivement le rôle de chacun de ces agents étiologiques par rapport à chaque groupe d'accidents, les troubles trophiques, viscéraux et vaso-moteurs étant exclus, puisqu'il est désormais reconnu qu'ils n'ont rien de commun avec l'hystérie.

En outre, les rapports de l'un de ces trois facteurs (émotion, suggestion, simulation) avec l'apparition des accidents hystériques étant établis, il n'est pas moins important d'en estimer la valeur au double point de vue étiologique et pathogénique.

1° — Rôle de l'émotion.

Crises. — L'émotion est-elle une des causes ou la cause la plus habituelle de la crise d'hystérie ? Que la première crise d'hystérie

survienne souvent et même presque toujours à la suite d'une émotion, c'est chose admise par la plupart des médecins; mais, comme je l'ai déjà fait remarquer précédemment, le rôle étiologique de l'émotion ne s'impose pas au même degré chez les malades qui ont leur crise sous le coup de l'émotion ou dans les instants immédiats qui la suivent, et chez ceux dont la crise n'éclate qu'après un intervalle de plusieurs heures ou plusieurs jours, quelquefois même davantage. Je rappelle également que les crises auxquelles je fais allusion ne sont pas les crises telles qu'elles ont été décrites par Charcot, telles qu'on les a observées autrefois à la Salpêtrière; les crises réglées d'autrefois, tout le monde le reconnaît aujourd'hui, pouvaient certes être déclanchées par une émotion chez des sujets spécialement éduqués, mais dans la plupart des cas elles s'observaient chez des individus dressés antérieurement par la suggestion ou l'éducation, et souvent en dehors de toute cause d'émotion.

Ces crises ne se traduisent pas moins par une grande agitation motrice, avec mouvements convulsifs toniques et cloniques ou mouvements désordonnés, qui rappellent de plus ou moins près la grande crise des hystériques cultivés. Elles diffèrent par contre des simples réactions émotionnelles; on les appelle couramment crises de nerfs aussi bien que crises hystériques.

La crise de nerfs reste rarement un accident isolé, elle récidive presque toujours à des intervalles plus ou moins longs, quelques heures dans certains cas, parfois un ou plusieurs jours ou même davantage; il y a des crises à grand tirage et des crises à tirage espacé; dans les nouvelles éditions, il n'est pas toujours possible de faire intervenir l'émotion. Elles paraissent se produire spontanément, en dehors de toute cause extérieure, et c'est pour celles-là que l'on fait intervenir d'autres éléments psychiques, en particulier la suggestion; j'y reviendrai plus loin.

Je ne m'occcuperai donc momentanément que de la première crise de nerfs et je poserai la question, comme l'a posée récemment Bernheim, qui a singulièrement restreint le domaine de l'hystérie, en le réduisant aux seules crises. En se plaçant alors non plus au seul point de vue de l'étiologie, mais surtout au point de vue pathogénique, la première question qui se pose est la suivante : l'émotion seule peut-elle produire la crise d'hystérie ?

C'est l'opinion de Dejerine pour qui l'émotion choc exerce une action directement déterminante, sans aucune représentation mentale antérieure, par conséquent sans aucune suggestion; c'est celle de Bernheim qui envisage les crises comme une réaction psychodynamique d'origine émotive, « réaction qui se produit chez

tous à un degré faible, mais qui, lorsqu'elle s'exagère, devient une crise. » Claude soutient également que la crise hystérique est avant tout une réaction émotive ; elle n'est qu'une décharge émotive. Entre la syncope émotive ou l'agitation motrice que, sous l'influence d'un grand choc émotif, l'individu le mieux constitué est susceptible de faire, et la plus caractérisée des crises hystériques, tous les intermédiaires existent. « C'est une nécessité physique pour certains organismes bouleversés par un état dynamique tellement exalté de leur système nerveux, qu'une dépense d'énergie mécanique devient une dérivation utile. »

Sollier n'établit aucune différence entre les crises émotionnelles et la grande crise nerveuse. Vogt admet aussi que la plupart des crises hystériques sont d'origine émotive : il accepte pour certains cas que la suggestion s'associe à la suggestion, mais c'est toujours l'élément émotif qui détermine la crise. Janet, qui est plus éclectique, reconnaît que les crises de nerfs sont des phénomènes plus complexes qu'ils ne paraissent au premier abord, mais il n'hésite pas à affirmer que c'est l'émotion qui la première déclanche ce mécanisme.

Babinski professe une opinion inverse : pour lui, l'émotion à elle seule est incapable de créer une attaque hystérique bien caractérisée, et il admet à la rigueur que l'émotion « puisse se traduire par des cris, de l'agitation, des gesticulations et une apparence de délire, bien que ces manifestations bruyantes soient souvent suspectes et semblent dénoter parfois le désir de grossir les effets d'une émotion qu'on juge insuffisante ».

Voyons maintenant quels sont les arguments apportés à l'appui de ces deux opinions diamétralement opposées. Ce sont beaucoup plus des impressions personnelles que des arguments réels.

Le principal argument invoqué en faveur de la première théorie, c'est l'apparition immédiate ou presque immédiate de la crise après le choc émotif ; or j'ai déjà fait remarquer que le médecin a rarement l'occasion d'assister à cette première crise, il doit se contenter du récit fait par le malade lui-même ou par son entourage. Nous savons, d'autre part, combien il faut être réservé vis-à-vis de tels témoignages : pourrions-nous certifier, sur la foi de ces propos, que réellement la crise a suivi immédiatement l'émotion ? La succession immédiate de l'émotion et de la crise ne me semble pas un argument péremptoire en faveur de l'origine émotive ; plusieurs auteurs ont publié des observations de crises d'épilepsie survenant pour la première fois après une émotion ; nul d'entre eux ne soutiendrait cependant que l'émotion fût l'unique cause de l'épilepsie. La crise se serait-elle

produite dans ces conditions, pouvons-nous affirmer que dans cette décharge si subite et si spontanée d'apparence, l'émotion est seule à mettre en branle ce mécanisme et qu'il ne s'y adjoint pas des facteurs multiples et divers ? Janet est moins convaincu de la simplicité de la crise hystérique ; dans sa constitution entreraient des phénomènes très complexes, l'automatisme du mouvement, la mémoire, l'association des idées.

Si la crise hystérique n'est qu'une crise émotionnelle exagérée, pourquoi prend-elle de telles proportions chez certains individus, alors qu'elle est à peine ébauchée chez beaucoup d'autres ou même nulle pour la plupart ? Faut-il incriminer la nature ou l'intensité de l'émotion ?

Intensité de l'émotion. — Existe-t-il un rapport entre l'intensité de l'émotion et l'apparition des crises nerveuses ? Dejerine le pense, et sur ce point j'avoue que je ne suis pas tout à fait de son avis. Pour trancher cette question, il ne faut pas prendre seulement en considération l'émotion qui a créé la crise ; il faut interroger longuement le malade sur toutes les émotions qu'il a subies dans le cours de son existence ; il est facile alors de se rendre compte que ce ne sont pas les motifs les plus susceptibles d'engendrer de grandes émotions qui ont été à l'origine des premières crises nerveuses. J'ai déjà fait ressortir que beaucoup de malades ont leurs crises à propos d'un choc insignifiant d'apparence, alors que les mêmes malades n'ont pas de crises dans des circonstances susceptibles de produire une émotion très intense. La plupart savent très bien faire face aux circonstances douloureuses et pénibles de la vie. Il n'existe donc pas un parallélisme constant entre l'intensité de l'émotion et l'apparition des accidents hystériques. On peut objecter, il est vrai, à ce raisonnement que l'émotion est une chose très personnelle, et que tel événement qui nous laisse indifférents causerait au contraire une émotion plus ou moins vive à d'autres individus. L'insuffisance du motif pour le commun des mortels n'en est pas moins un fait établi, et les proportions exagérées qu'il prend chez d'autres, au point de susciter une crise nerveuse, constituent déjà une anomalie.

C'est dans le même sens que plaident certains faits rapportés par Babinski. Il a fait une enquête auprès d'un membre de l'Aéro-Club, sur la fréquence des accidents nerveux dans les atterrissages les plus dangereux et par suite les plus émotionnants ; or on n'aurait jamais observé de crises nerveuses. De même il a interrogé les garçons d'amphithéâtre des hôpitaux pour savoir s'ils avaient constaté de vraies crises chez les parents qui viennent reconnaître leurs morts ; la réponse fut également négative, même pour les hôpitaux d'enfants

J'ai moi-même fait beaucoup d'autopsies dans différents amphithéâtres des hôpitaux, tandis que, dans la salle voisine, les parents venaient à la même heure reconnaître le corps de leurs parents ou amis, jamais je n'ai assisté à une crise. Une seule fois à la Morgue, j'ai vu une femme qui, après avoir reconnu le cadavre d'un parent, gesticulait et criait, mais rien qui puisse rappeler la grande crise d'hystérie; tout se calma d'ailleurs après qu'une serviette mouillée eut passé trois ou quatre fois sur son visage.

Ces émotions ne sont pas, il est vrai, des émotions chocs; les parents qui viennent reconnaître le cadavre des leurs dans les hôpitaux ont été préalablement avertis; ce sont, dit M. Dejerine, des émotions *prévues d'avance.* Il en est de même pour les aéronautes qui assistent en spectateurs intéressés aux péripéties plus ou moins émouvantes d'un atterrissage; les accidents névropathiques sont tout aussi exceptionnels chez les soldats qui assistent à une grande bataille et qui voient mourir leurs camarades sous leurs yeux. « Ici l'état mental est tout spécial; le courage, la notion du devoir, la confiance dans les officiers les empêchent d'avoir peur » (Dejerine). C'est pour une raison analogue que les accidents hystériques ne se produisent pas au cours ou à la suite de grands sinistres comme la catastrophe de Messine (Neri) : parfois ils ont été précédés de signes avant-coureurs, et puis ce sont des émotions collectives.

Nature de l'émotion. — Par conséquent, il y a un point sur lequel tous les auteurs paraissent s'entendre, bien qu'il soit différemment interprété : c'est que toutes les émotions n'engendrent pas les crises d'hystérie. Les émotions brusques, celles qui ne sont pas attendues ni prévues et qui saisissent l'individu dans le calme le plus complet paraissent plus hystérogènes; je ne crois pas cependant que ce soit une règle absolue. Mais, parmi ces émotions, il faudrait encore exclure les émotions collectives qui frappent simultanément plusieurs individus ou même un groupement très important, te qu'une population, et qui se présentent dans des conditions telles que l'esprit de chacun n'est pas totalement replié sur lui-même. Ce sont donc les émotions les plus individuelles et les plus personnelles, je dirais presque les plus égoïstes, qui sont le plus souvent à l'origine des crises d'hystérie; et je crois que Dejerine défend à peu de chose près la même idée, lorsqu'en faisant allusion à l'absence de crises chez l'individu qui expose sa vie pour arracher son semblable à la mort, il écrit : « Ici non plus le sujet ne pense pas à lui, son cerveau est tendu vers un but qu'il veut atteindre — monoidéisme — et il ne pense pas à autre chose. »

Il est entendu que l'émotion est par elle-même pénible, désagréable, déprimante ; les émotions agréables, les événements heureux n'ont pas ce triste privilège.

La nature même de l'émotion a donc une importance capitale, et si réellement le sujet qui la subit ne réagit exagérément qu'après avoir apprécié la répercussion que peut exercer sur sa personne l'événement qui l'a provoquée, il paraît bien difficile de ne mettre en cause que l'émotion et de laisser tout à fait à l'arrière-plan toutes les modifications psychiques qui l'accompagnent et parfois même la précèdent.

J'en déduirais plutôt que ce n'est peut-être pas tant l'émotion choc que la nature du motif, qui est la principale cause de la crise hystérique.

L'émotion est si peu isolée dans la genèse des crises hystériques que les partisans les plus convaincus de l'origine émotive font intervenir d'autres facteurs. L'influence d'un terrain spécial, prédisposé parfois par l'hérédité ou même l'éducation, n'est guère discutée ; on admet encore la participation de l'état mental, de l'exagération de l'émotivité et par suite de la diminution du contrôle intellectuel. La mentalité spéciale de l'hystérique est plus spécialement mise en avant par presque tous les auteurs ; cela ne s'accorde guère avec l'origine purement émotive de la crise d'hystérie.

Vogt estime qu'on peut résoudre la question d'une manière décisive par la psycho-analyse ; pour mieux reproduire son opinion, je le cite textuellement : « Si je demande à ces malades, dans l'état hynoptique spécial que j'ai décrit sous le nom d'*état de veille circonscrit*, d'analyser ce qui s'est passé dans leur conscience pendant les crises, je ne trouve dans certains cas rien d'autre qu'une émotion récente, et, associé à cette émotion récente, le souvenir d'un certain nombre d'émotions anciennes. Dans les cas où la crise n'est pas trop intense pour m'empêcher de faire une analyse immédiate, je constate que la crise diminue et disparaît à mesure que le souvenir de ces émotions diminue et disparaît du champ de la conscience... Ainsi donc, aussi bien l'analyse psychologique que le résultat thérapeutique me prouvent l'origine purement émotive des crises en question. » Cette opinion suscite deux ordres de réflexions : tout d'abord la méthode ne s'impose pas comme une méthode de précision absolue ; tout ce que revèle l'hypnotisme est-il donc l'expression exacte de la vérité ? Qu'on accepte même à la rigueur comme démontré que l'analyse, pendant l'état de veille spécial auquel fait allusion Vogt, mette en lumière les liens étiologiques qui unissent l'émotion et la crise de nerfs, on n'en saurait déduire que l'émotion seule est en

jeu, parce que l'analyse ou cet état de veille peuvent être tout à fait insuffisants pour mettre en valeur des processus psychologiques qui dérivent dans une certaine mesure de l'émotion, mais qui sont masqués par elle et restent sur l'arrière-plan. D'ailleurs la reviviscence de souvenirs, qui, d'après Vogt, accompagne la crise de nerfs, démontre à elle seule que la cause ne se réduit pas à l'émotion choc.

Si, en apparence, l'émotion paraît engendrer directement la crise d'hystérie, il faut en chercher l'explication dans ce double fait que les malades ont souvent raconté que leur première crise a débuté immédiatement après un événement susceptible de produire l'émotion, et que quelques manifestations de la crise rappellent dans une certaine mesure celles de l'émotion, considérablement grossies et augmentées (à tel point même qu'il y a des auteurs qui se sont demandé si les malades ne reproduisent pas par suggestion et à une échelle plus grande le syndrome de l'émotion). A une analyse plus minutieuse, le rôle de l'émotion paraît moins exclusif : que l'émotion, dans la très grande majorité des cas, soit un facteur *étiologique* capital, cela ne se discute pas, je ne pense pas que personne l'ait jamais discuté ; que l'émotion ne soit pas le seul agent *pathogénique*, cela ne paraît pas moins discutable, car personne n'oserait soutenir que les divers processus psychologiques qu'elle éveille n'ont pas aussi leur part dans la genèse de la crise. S'il subsiste quelque doute à cet égard, je crois qu'il disparaît quand on étudie les rapports de l'émotion avec les autres phénomènes moteurs de la grande névrose : les paralysies et les contractures. Ces accidents sont encore plus propres à démontrer que le choc émotif n'est pas tout dans la pathogénie, et qu'il est nécessaire de faire intervenir d'autres éléments.

Paralysie et contracture. — Ici encore je m'occuperai surtout des cas de paralysie et de contracture qui sont survenus dans des circonstances telles que leur origine émotive paraît au premier abord indiscutable, c'est-à-dire ceux qui ont débuté en même temps ou presque en même temps que l'émotion. Ces cas sont beaucoup plus rares que ceux dans lesquels la paralysie et la contracture se sont installées plusieurs heures ou plusieurs jours après le choc émotif, c'est-à-dire après la phase de méditation de Charcot ; et encore parmi les accidents qui ont éclaté aussi brusquement, il y aurait beaucoup de réserves à faire sur tous ceux dont le début n'a pas été contrôlé par le médecin ou par des témoins dignes de foi. D'ailleurs, quand on lit de telles observations, on constate que la paralysie ou la contracture n'a pas éclaté aussi subitement que le soutiennent les auteurs qui les ont rapportées.

Il y a des malades qui ont pu faire quelques pas ou même marcher davantage entre le choc émotif et le moment où elles ont été frappées par la paralysie ou la contracture. Dejerine cite par exemple l'observation d'une fillette, qui devint astasique et abasique dans les circonstances suivantes : « Cette enfant, qui habitait la campagne, se promenait un jour avec un chien qu'elle aimait beaucoup, et vit ce chien écrasé sous ses yeux par une locomotive. Cris, pleurs, agitation, elle rentre chez elle en se traînant avec peine; la maison de famille était à une centaine de mètres de la voie ferrée. En rentrant, elle tombe à terre et depuis lors elle est incapable de se tenir debout et de marcher. » Entre le choc émotif et l'apparition définitive de l'astasie-abasie il y eut donc un intervalle, pendant lequel ont pu surgir des processus psychiques divers, rattachés sans doute à l'émotion, mais indépendants aussi peut-être du choc émotif. La même remarque s'applique à l'exemple cité par Claude : voici une jeune bonne (en butte aux assiduités du gendre de sa patronne), qui fuit précipitamment sa cuisine au moment où celui-ci, qui venait d'y pénétrer, se montrait de plus en plus pressant; c'est en descendant les trois marches du perron qu'elle aurait senti son pied s'engourdir et se placer dans une attitude de contracture. Ici encore la contracture n'a pas été immédiate, j'ajouterais même que l'origine purement émotive me paraît problématique, parce que l'incident causal est survenu dans des circonstances spéciales, qui ont pu ajouter leur effet.

En admettant même que la paralysie ou la contracture surviennent simultanément avec l'émotion, que l'on n'oublie pas que l'événement qui provoque l'émotion suscite un nombre considérable d'idées et de sentiments, qui souvent contribuent à provoquer le choc; ils peuvent tout aussi bien contribuer à produire directement les accidents hystériques qui l'accompagnent.

Comme le dit Pitres, l'idée pure, froide, non accompagnée de concomitants émotifs, est inapte à provoquer les accidents hystériques. Il est évident qu'une idée, qui nous laisse indifférents et qui par suite ne modifie en rien notre psychisme, ne détermine ni réaction émotive ni accidents hystériques : c'est presque une vérité de la Palisse ! Mais inversement une idée, une chose, un événement ne produisent d'émotion que par l'intermédiaire des perturbations psychiques qu'ils ont provoquées : on met ainsi sur le compte de l'émotion bien des phénomènes qui relèvent peut-être davantage des variations psychiques qui l'accompagnent ou même la précèdent. La théorie émotive des crises, des paralysies et des contractures fait bon marché de la complexité des fonctions cérébrales, elle est par

trop simpliste. Les partisans de cette théorie font encore valoir qu'on peut interpréter les paralysies et les contractures comme de simples exagérations des phénomènes par lesquels se traduit le choc émotif : la paralysie ne serait que l'amplification de l'effondrement des jambes que quelques individus accusent sous le coup d'une émotion et qu'ils expriment par des locutions bien connues : « les jambes m'ont manqué », « cela m'a coupé bras et jambes ». Cela est vrai pour certains cas et non pour tous. Il n'est pas illogique d'admettre que les sensations ou les sentiments qui accompagnent le choc émotif puissent contribuer à développer ou à localiser les accidents hystériques : cela prouve-t-il que ce soit le choc émotif qui en a été la principale ou la seule cause ?

D'ailleurs, les phénomènes d'inhibition motrice qui suivent l'émotion, les défaillances des bras et des jambes par exemple, ne sont-ils pas des phénomènes transitoires, d'une durée extrêmement courte ? c'est plus une sensation qu'une parésie éphémère : est-ce que ce sont bien réellement les individus qui les ont éprouvées le plus nettement, qui sont restés par la suite définitivement paralysés ?

Chez beaucoup d'autres malades, les accidents hystériques n'ont aucun lien avec les phénomènes émotionnels : comment expliquera-t-on les monoplégies brachiales ou crurales, les hémiplégies, la contracture localisée dans le voisinage de certaines articulations, la contracture des adducteurs par exemple chez une fillette qui a été victime d'une tentative de viol : dans beaucoup de cas n'est-il pas plus aisé d'établir un lien entre la localisation de l'accident hystérique et l'événement qui l'a motivé, qu'entre cette localisation et les phénomènes que provoque le choc émotif ? Si réellement le choc émotif était toujours et exclusivement en cause, pourquoi observerait-on ces bizarreries symptomatiques qui caractérisent si souvent les manifestations de la grande névrose, et qui s'expliquent beaucoup mieux si on les rapproche non de l'émotion elle-même, mais de l'accident qui l'a fait naître ? On a vu encore des malades chez lesquels le lien entre l'émotion ou sa cause provocatrice et leurs symptômes était impossible à saisir : l'interrogatoire le plus minutieux n'a rien révélé. Ce qui ne signifie pas que ce lien fasse défaut : les investigations sont restées sans résultat, et rien de plus ; tout n'est pas accessible à notre curiosité parmi les mobiles qui déterminent les paralysies ou les contractures.

Il ne ressort guère de tout ceci que les paralysies et les contractures doivent être rangées parmi les réactions émotionnelles proprement dites : l'émotion peut en être la cause occasionnelle, mais à elle

s'ajoutent d'autres éléments psychiques, vraisemblablement multiples; parmi eux la suggestion et la simulation sont ceux qui ont été le plus fréquemment incriminés.

2°. — Rôle de la suggestion.

C'est, dans l'étiologie de l'hystérie, le point qui a soulevé le plus de discussions, surtout depuis que Babinski a proposé sa définition, dans laquelle il donne comme caractère fondamental des accidents primitifs la possibilité d'être reproduits par suggestion avec une exactitude rigoureuse, et de disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.

La suggestibilité a toujours été considérée comme un des caractères fondamentaux de la mentalité hystérique; sans remonter aux anciens auteurs qui ont écrit sur la matière, je me contenterai de rappeler que, pour un certain nombre d'accidents hystériques et plus spécialement pour les monoplégies, Charcot mettait en cause la suggestibilité. Je rappelle encore une fois que les hystériques se comportaient, à ses yeux, comme des somnambules ambulants à la merci de causes provocatrices susceptibles de mettre en œuvre leur suggestibilité. L'idée ne prendrait une place prépondérante dans l'esprit des hystériques « que parce qu'elle reste isolée, parce qu'elle n'est plus soumise au contrôle de cette collection d'idées personnelles, depuis longtemps accumulées et organisées, qui constituent la conscience proprement dite » (Gilles de la Tourette et Gasne). Charcot n'a pas cependant généralisé cette conception, et pour la plupart des accidents hystériques, les crises d'hystérie à quatre temps de la Salpêtrière, par exemple, l'influence de la suggestion médicale sur leur apparence symptomatique lui a complètement échappé.

Au contraire, dès ses premiers travaux, Bernheim avait reconnu que les crises d'hystérie de la Salpêtrière n'étaient qu'un produit artificiel, une hystérie de culture : « les crises convulsives, l'ovaralgie, les zones hystérogènes, l'anesthésie sensitive et sensorielle, l'amblyopie, la tympanite sont considérées par lui comme des phénomènes d'autosuggestion ». « L'hystérique réalise son idée comme il la conçoit. »

Pour les chefs des deux grandes écoles, l'école de la Salpêtrière et l'école de Nancy, la suggestion intervenait indiscutablement dans l'apparition des accidents hystériques; mais, tandis que son rôle était restreint pour le premier, il était presque illimité pour le second. J'ai déjà montré, quelques lignes plus haut, comment Bernheim a

modifié sa conception de l'hystérie : la première crise de nerfs ne serait pour lui que l'exagération des troubles psycho-dynamiques que nous manifestons tous, plus ou moins, à un degré variable, à la suite de certaines émotions. « L'un a une violente constriction thoracique, sa face s'injecte, il croit qu'il va étouffer ; puis tout rentre dans l'ordre. L'autre reste comme figé, en état de stupeur, sans parole ni mouvement. Tel est pris d'un tremblement convulsif qui agite tout le corps. Tel autre a un sentiment de défaillance et s'assied pour ne pas tomber. Tel enfin pousse un cri de douleur et d'angoisse. Ce sont des ébauches de crise qui n'aboutissent pas, ce sont en réalité des crises en miniature. » Les crises plus violentes ne sont que l'exagération de ces diverses réactions émotives. Mais lorsque la crise se répète, et cela a généralement lieu lorsque la même émotion se renouvelle, Bernheim admet que c'est par souvenir émotif de la crise par *autosuggestion*. « L'image psychique de la première crise accidentellement provoquée par une émotion reste inscrite dans le cerveau, et redevient accès chaque fois qu'elle est évoquée. » L'hystérisabilité ne serait que l'aptitude de l'organisme à réaliser la crise ; et si l'on conserve le mot *hystérie*, il doit servir à désigner la crise et rien que la crise. » La première crise étant mise à part et considérée comme un produit immédiat de l'émotion, les autres ne seraient, dans l'esprit de Bernheim, que le produit de la suggestion.

Les rapports pathogénétiques de la suggestion avec les divers accidents hystériques sont malgré tout plus difficiles à démontrer que les rapports étiologiques de l'émotion avec les mêmes accidents. En matière d'émotion, il est souvent facile de remonter à un événement susceptible de l'occasionner ; il n'est pas aussi aisé de mettre en lumière le rôle de la suggestion, processus essentiellement psychique, dont la cause peut échapper. Comme je l'ai déjà fait remarquer au cours de la discussion de la Société de neurologie, en présence de phénomènes dits hystériques il est difficile d'affirmer s'il y a eu ou s'il n'y a pas eu une suggestion antérieure, il est impossible d'affirmer qu'elle n'a pas existé.

Et voici un exemple que j'ai rappelé à ce sujet : celui d'une fillette âgée de treize ans, présentant une parésie légère du bras gauche, une zone hystérogène au niveau du sein gauche, quelques troubles intermittents de la marche. Dès que la malade fut isolée en dehors de sa famille, la parésie du bras disparut, mais un jour, en appuyant le doigt sur le bras gauche, j'ai provoqué instantanément une crise de sommeil : le même phénomène s'était produit la première fois que j'avais vu la malade chez elle, et dans les mêmes conditions,

c'est-à-dire en appuyant sur la même zone hystérogène. Cette fois, je partis sans y faire plus d'attention, mais en recommandant à la garde de ne pas fermer complètement la porte de la chambre et de surveiller la malade par l'entrebâillement. Au bout de quelques instants, elle ouvrit les yeux pour les refermer dès que la porte fut ouverte plus largement. Ce petit jeu se renouvela pendant vingt-cinq minutes. Après ce délai, la malade resta complètement éveillée.

Le lendemain, je l'avertis qu'elle ne reverrait pas sa famille tant qu'elle aurait de semblables accès et que, pour commencer, elle en serait séparée pendant six semaines. Depuis ce jour, la malade n'a eu aucun accès de sommeil et, après quelques injonctions, la zone hystérogène a complètement disparu, la malade est devenue raisonnable.

Pourquoi cette malade avait-elle fait du sommeil plutôt que tout autre accident ? J'ai interrogé les parents à plusieurs reprises pour savoir si l'enfant n'avait pas vu des sujets en état de sommeil provoqué, si elle n'en avait pas entendu parler ? A force de recherches, les parents se sont rappelé que, trois ou quatre ans auparavant, la fillette avait assisté, à la campagne, à une séance d'hypnotisme et de suggestion. Je n'affirme pas que ce souvenir ait agi comme une suggestion, ou qu'aucun autre ne soit intervenu ; mais il est possible qu'il ait eu une influence décisive. Les parents auraient très bien pu ne pas se le rappeler, et après avoir prolongé mon enquête, je l'aurais abandonnée sans être arrivé à un résultat. Ce fait prouve que je n'aurais pas été en droit de conclure que les accidents présentés par la malade n'étaient nullement motivés par une suggestion. Il me paraît légitime d'affirmer que la suggestion intervient plus souvent qu'on ne serait tenté de l'admettre, à un examen superficiel, dans la genèse des accidents dits hystériques ; mais il serait tout aussi imprudent d'affirmer que la suggestion intervient toujours, tant qu'on ne l'aura pas démontré en présence de tout accident hystérique. En tout cas on ne saurait nier que la nature et la localisation des accidents hystériques sont nettement influencés par la localisation même du choc ou des souvenirs antérieurs, c'est-à-dire par un élément suggestif.

Lorsque les membres de la Société de neurologie ont discuté cette question, ils étaient loin d'être d'accord sur le sens qu'il convient de donner au mot *suggestion*, même en ce qui concerne son rôle thérapeutique. Tandis que certains auteurs soutiennent que seuls les accidents hystériques sont susceptibles de disparaître brusquement ou rapidement par la suggestion, pour d'autres cette action immédiate n'est pas propre aux accidents hystériques, la suggestion peut faire

disparaître tout aussi vite certaines manifestations neurasthéniques ; en outre, il y aurait des accidents hystériques que la suggestion ne fait disparaître qu'au bout d'un certain temps.

La suggestibilité ne serait même pas propre à l'hystérie, elle s'observerait chez beaucoup de débiles, de déments, de déséquilibrés, de délirants oniriques, et « la suggestion s'exercerait chez eux à des moments, dans des sens et des mécanismes très variés, difficiles à ramener à une psychogénie unique » (Dupré).

Envisagée à un point de vue strictement psychologique, la suggestion est encore très incomplètement comprise et ses limites très mal précisées ; comme je l'ai déjà exposé, elle comprend à la fois l'hétéro- et l'autosuggestion, deux processus psychiques qui ne sont pas absolument semblables ; l'autosuggestion qui est à l'origine d'une paralysie ou d'une contracture hystérique est-elle comparable à l'hétérosuggestion thérapeutique ?

Dans la suggestion il y a plus que l'acceptation par le cerveau d'une idée vraie ou fausse, il y a encore le passage de l'idée à l'acte ou, si l'on préfère, la réalisation de l'idée : nous ne pouvons guère définir la suggestion que par ses résultats et non par son mécanisme intime.

Dans sa définition de l'hystérie, c'est avec raison que M. Babinski n'a pas prétendu que les accidents hystériques sont causés par la suggestion et qu'ils disparaissent brusquement par son intervention ; il a seulement avancé qu'il était possible de reproduire les troubles primitifs par suggestion chez certains sujets et de les faire disparaître de même. Je ne crois pas qu'on puisse aller plus loin, car s'il est très vraisemblable que la suggestion, dans la conception très vague que nous avons de ce phénomène, est un facteur étiologique de premier ordre dans l'apparition des troubles hystériques, il n'est pas encore démontré que ce soit un facteur constant. Il faut également tenir compte de l'opinion des auteurs (Dejerine, Ballet) pour lesquels le domaine des troubles suggestifs est beaucoup plus vaste que celui de l'hystérie.

Dans un très grand nombre de cas, l'hystérie ne fait que produire des phénomènes morbides appartenant à diverses maladies, et l'imitation joue assez souvent un rôle de premier ordre dans la détermination morphologique des accidents ; c'est ce qu'avait déjà exprimé Sydenham, en écrivant que l'hystérie imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain. Ce qui ne signifie pas, cependant, que cette imitation soit toujours intentionnelle : elle peut n'être que fortuite. C'est pourquoi, encore moins que la suggestion, l'imitation ne peut constituer la base d'une définition étiologique de l'hystérie ;

d'ailleurs, il n'est pas constant que l'hystérique imite ou copie : il invente quelquefois.

3°. — Rôle de la simulation.

Que parmi les malades qu'on a diagnostiqués hystériques, un assez grand nombre n'aient été que des simulateurs, le fait est incontestable. Il a dû être très fréquent à une époque où l'hystérie était l'objet d'une culture intense, où les hystériques coudoyaient à l'hôpital les malades atteints d'affections organiques. Plus d'une fois on a pu faire la preuve de la simulation ; mais de ce que beaucoup d'hystériques n'étaient que de vulgaires simulateurs, peut-on en déduire que l'hystérie soit toujours le produit de la simulation ?

Je me rappelle avoir observé à l'hôpital, il y a une vingtaine d'années, un malade qui se présentait sous le type classique de la sclérose en plaques ; j'ai pu, à son insu, le surveiller pendant son repas et constater que le tremblement intentionnel disparaissait complètement quand il avait un verre de vin dans sa main, alors que, pendant la visite, le tremblement était si intense qu'il ne pouvait tenir un verre d'eau. C'est sans doute un exemple banal que je n'ai pas été le seul à observer, d'autant plus qu'à cette époque la sclérose en plaques était une des maladies les plus souvent simulées par les hystériques.

A part la démonstration qu'apportent les cas où des traces évidentes de supercherie ont pu être découvertes, quels sont les arguments sur lesquels on peut s'appuyer pour mettre en lumière la part qui revient à la simulation ?

Il est assez exceptionnel d'obtenir des aveux des hystériques ; j'en ai cependant observé quelques-unes qui, après une guérison remontant à plusieurs jours ou plusieurs semaines, se sont décidées à me confier qu'au moment même où elles avaient leur crise, elles auraient pu l'éviter, mais elles se sont laissées aller ; quelques-unes même, sous la promesse du silence, ont reconnu que leurs crises n'étaient pas toujours désintéressées, et qu'elles les avaient dans un but déterminé. Le médecin se trouve ainsi être mis au courant de petits romans ou de ruses savantes, dont l'entourage de la malade n'a pas le moindre soupçon ; et pourtant, sans s'en douter, celui-ci joue un grand rôle, sinon dans la genèse des crises, du moins dans leur réapparition : quelques malades n'ont des crises que devant certaines personnes, alors que devant d'autres elles savent se contenir et les ajourner.

A l'inverse de la rapidité de la guérison si fréquemment enregistrée, la longue période qui s'écoule, dans bien des cas, entre le choc (moral ou physique) et l'éclosion des phénomènes nerveux,

période que Charcot appelait phase de méditation, cette longue période ne permet-elle pas d'affirmer que ces phénomènes ne sont que l'aboutissant d'un long travail psychique dans lequel il faut reconnaître autre chose que du pur automatisme ?

On ne peut admettre que la conscience soit abolie chez les hystériques, puisqu'ils assistent à leur crise : ils se souviennent de tout ce qui s'y passe, et cette conservation de la conscience est un des meilleurs signes qui permettent de faire le diagnostic avec l'épilepsie. Il est à remarquer, en outre, que jamais ces malades ne se blessent au cours de leurs contorsions et que cette absence de contusions ou de blessures est un signe excellent, qui permet d'éliminer le mal comitial, quand le médecin n'assiste pas à la crise, et doit s'en rapporter au dire du malade ou des parents.

L'indifférence des malades vis-à-vis des infirmités qu'elles présentent est encore à mettre en opposition avec les conséquences sociales qu'elles entraînent. La plupart des hystériques ne se lamentent guère sur leur mal, et il leur importe davantage d'éveiller la curiosité que de susciter la commisération.

On peut encore invoquer, en faveur du rôle hystérogène de la simulation, la coexistence des accidents hystériques avec des supercheries évidentes. Leur association avec la mythomanie n'est pas très rare, et leur multiplicité ou leur répétition s'explique chez plus d'un malade par une aptitude morbide et constitutionnelle à la simulation.

Loin de moi la pensée que tous les hystériques sont des simulateurs : parmi ceux que nous avons appelés hystériques, il est très vraisemblable qu'un certain nombre n'étaient que de vulgaires simulateurs et des simulateurs conscients ; mais il y a beaucoup d'hystériques qui échappent à une pareille accusation ; ils sont considérés alors, par quelques auteurs, comme des simulateurs inconscients. L'association de ces deux mots est quelque peu paradoxale, car dans l'acception ordinaire le mot simulation implique l'intention de tromper ; il est préférable alors de ne pas l'employer.

Si certains hystériques ont conscience de leur crise et s'ils sont dans beaucoup de cas libres de les vouloir ou de ne pas les vouloir ; si dans beaucoup d'autres manifestations de la névrose, la même liberté d'action persiste ; si l'autosuggestion n'élimine pas complètement dans le processus psychique initial le calcul, la préméditation, l'intérêt, la poursuite d'un but ; si, d'autre part, avec l'impressionnabilité l'autosuggestibilité est considérée comme une des principales caractéristiques de leur mentalité et en fait des êtres pathologiques spéciaux, il est impossible de considérer invariablement tous les

hystériques comme des simulateurs absolument inconscients. Si le mot simulation implique une responsabilité absolue, il ne convient pas de l'appliquer à tous les cas d'hystérie, et je lui substituerais volontiers celui de complaisance.

Mais tous les hystériques qui ne sont pas des simulateurs sont-ils des complaisants vis-à-vis de leur mal? n'existe-t-il pas toute une catégorie de malades chez lesquels l'apparition ou l'entretien des accidents est purement automatique, en dehors de leur conscience et de leur complaisance? Cela est possible, mais difficile à prouver.

La question de la simulation se pose encore d'une autre manière: un simulateur habile et patient serait-il capable de reproduire une contracture hystérique avec son intensité et sa durée. Les uns répondent oui, les autres non. En réalité, les données du problème sont encore trop insuffisantes pour qu'on puisse le solutionner.

En résumé, en s'appuyant exclusivement sur l'étiologie des accidents dits hystériques, on ne peut donner une définition précise de l'hystérie : l'étiquette « d'hystérie » a été donnée à des simulateurs, à des suggestionnés, à des imitateurs et aussi à beaucoup d'individus, dans l'anamnèse desquels aucun de ces trois facteurs étiologiques n'a pu être décelé, ce qui ne veut pas dire qu'ils aient toujours fait défaut. Chez la plupart, l'émotion a été l'origine de la maladie, mais sans qu'on soit autorisé à la considérer comme l'unique agent étiologique.

Retournons-nous, maintenant, du côté de la mentalité et recherchons si elle nous fournit des éléments assez spécifiques pour définir l'hystérie.

III. — LA MENTALITÉ DES HYSTÉRIQUES.

Le plus grand reproche que l'on ait fait à la définition de Babinski, c'est de ne pas avoir tenu compte de la mentalité hystérique. Or, existe-t-il une mentalité hystérique? Elle a suscité bien des travaux et des opinions, mais il semble que trop souvent on a pris pour des caractères spécifiques ce qui n'était que de l'interprétation : la formule simple qui satisferait tous les esprits n'a pas encore été proposée.

Je laisse donc de côté tout ce qui est exclusivement théorique, non pas parce que je n'en fais aucun cas, ou parce que je n'y trouve aucun fondement sérieux, mais parce qu'il s'agit plus d'explications que de faits. Qu'il suffise de rappeler qu'on a mis en cause « un trouble dans le jeu des activités réciproques entre les faits de la série psychique et ceux de la série matérielle » (Binswanger) ; « l'instabilité des molécules » (Oppenheim) ; « l'inhibition des fonctions cérébrales »

(Sollier). Grasset définit l'hystérie : « Une maladie psychique dépendant d'altérations du polygone et de ses communications avec le centre O. » Janet : « Une psychose appartenant au groupe des maladies mentales par insuffisance cérébrale, elle est surtout constituée par des symptômes psychiques ; le symptôme principal est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique, une faiblesse de la volonté (aboulie), un rétrécissement du champ de la conscience, c'est une forme de désagrégation mentale caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité. »

On dit couramment que les hystériques sont des êtres impressionnables, suggestibles, dénués de jugement. Or, l'impressionnabilité n'appartient pas en propre à l'hystérie : beaucoup d'hystériques ne sont pas plus impressionnables que le commun des mortels : beaucoup d'individus sont très impressionnables, qui n'ont jamais eu le moindre accident hystérique.

Suggestibilité. — De même, la suggestibilité des hystériques est très discutée. S'il y a des hystériques qui guérissent rapidement à la première manœuvre suggestive, il y en a aussi qui résistent à toute suggestion, et qu'il est impossible de guérir rapidement par ce procédé : ce sont généralement des sujets dont le début de la maladie remonte à une période très éloignée. Pour certains auteurs, il y aurait même des malades plus suggestibles que les hystériques : les neurasthéniques par exemple. Quelques-uns vont jusqu'à proclamer que les hystériques sont les individus les moins suggestibles. A mon avis, c'est mal apprécier la suggestibilité des hystériques que de la juger exclusivement d'après les résultats thérapeutiques. On ne peut mettre en doute que les accidents hystériques sont les plus susceptibles de disparaître brusquement par suggestion ; mais inversement, certains accidents de même nature ne guérissent pas dans les mêmes conditions. Il ne faut pas oublier que les hystériques sont, dans une certaine mesure, maîtres d'accepter ou de ne pas accepter la suggestion qu'on cherche à leur imposer ; les hystériques n'acceptent que le genre de suggestion qui leur plaît et de la personne qui leur plaît.

On faisait autrefois, à la Salpêtrière, beaucoup d'expériences de suggestion sur les hystériques, et quelques sujets spécialement prédisposés ou cultivés se prêtaient merveilleusement à ce genre d'étude : on pouvait reproduire sur eux, à volonté, toute la série des manifestations de la grande névrose. Mais ce n'était que le triste privilège de sujets exceptionnels, et la plupart des malades ne sont pas suggestibles à ce degré.

La suggestibilité est une aptitude trop variable d'un sujet à l'autre pour qu'on puisse en faire une propriété de la mentalité hystérique ;

et, d'autre part, il n'est pas certain qu'elle soit l'apanage exclusif des hystériques. D'après Gilbert Ballet, le groupe des phénomènes suggestifs déborde par un côté celui des troubles hystériques : « peut-on, en effet, considérer comme hystérique l'enfant pris au hasard chez equel un magnétiseur professionnel va déterminer une contracture ou une attitude forcée, et l'étudiant en médecine qui, à la lecture d'un traité de pathologie, acquerra la conviction qu'il est atteint de l'affection dont il vient de lire la description. »

Il ne serait pas moins utile de distinguer, comme pour la suggestion elle-même, deux formes de suggestibilité : l'autosuggestibilité et l'hétérosuggestibilité ; il n'est pas démontré que, chez le même individu, l'auto et l'hétérosuggestibilité marchent de pair et suivent une évolution parallèle. Lorsque nous essayons d'apprécier le degré de suggestibilité chez les hystériques, nous nous basons surtout sur les résultats de l'hétérosuggestion, et ce que nous mesurons, c'est l'hétérosuggestibilité, tandis que nous sommes à peine renseignés sur cette autosuggestibilité qui, pour beaucoup d'auteurs, contribue à engendrer la plupart des accidents hystériques. Or, cette autosuggestibilité est-elle un caractère permanent de la mentalité hystérique, ou bien n'est-elle pas plutôt un phénomène inconstant susceptible d'apparaître à de certains moments et dans des circonstances déterminées. Un trouble hystérique peut être dans la vie d'un individu un accident unique, qui ne se renouvellera pas ou qui ne sera suivi d'aucun autre accident semblable : cet accident isolé est peu conciliable avec l'hypothèse d'une autosuggestibilité permanente, si c'est elle qui est réellement responsable de son apparition.

Pas plus que l'impressionnabilité, la suggestibilité ne se présente avec une spécificité telle qu'on puisse l'envisager comme la marque caractéristique de la mentalité hystérique.

Stigmates de dégénérescence chez les hystériques. — On peut en dire autant du défaut de jugement, de l'insuffisance du contrôle cérébral si souvent mis en avant, quand on traite du psychisme des hystériques : mais ne figurent-ils pas aussi dans les attributs de la mentalité des dégénérés ? On a soutenu que la mentalité hystérique se rapprochait sensiblement de la mentalité infantile ou bien encore que l'hystérie se développe sur le terrain du nervosisme (Claude). D'après cet auteur, celui-ci se manifeste au point de vue psychique soit par l'exagération de l'émotivité et de la réceptivité sensitivo-sensorielle, soit par l'apathie, l'indifférence : d'ailleurs le nervosisme servirait également d'assises à la neurasthénie et à la psychasthénie. On a encore rangé dans les attributs de la mentalité hystérique la crédulité, la passivité (Hillpach). Récemment Dejerine

et Gauckler soutiennent une opinion semblable et, d'après eux, « ce qui caractérise la mentalité constitutionnelle de l'hystérique, c'est avec son défaut plus ou moins marqué de coordination, son absolue passivité ».

En réalité, tous ces défauts ne sont pas propres à la mentalité hystérique et je ne garantirais pas davantage qu'ils y soient plus accusés que dans toute autre mentalité. La plupart de ces anomalies psychiques ne sont autres que celles qui figurent parmi les attributs de la dégénérescence, et ce serait excessif de dire que tous les individus chez lesquels se sont manifestés des accidents hystériques sont des dégénérés. Il est raisonnable de concevoir que les accidents se produiront plus volontiers chez des sujets psychiquement anormaux et que certaines mentalités leur sont plus accessibles que d'autres ; mais nous sommes actuellement incapables d'en extraire un groupement de troubles psychiques que l'on puisse envisager comme la marque indiscutable de la mentalité hystérique. Nous ne pouvons, même dans les cas où l'enchaînement des causes et des effets paraît le plus évident, analyser dans ses moindres détails la perturbation psychique qui a présidé à l'apparition de la crise, de la paralysie ou de la contracture. Ce n'est donc pas par la mentalité hystérique qu'il faut espérer définir l'hystérie, et cependant c'est elle qu'il importerait le plus de connaître, surtout quand on se trouve en présence d'un malade qui en est à la fois à sa première et à sa dernière manifestation de la grande névrose. C'est elle qui constitue au fond l'accident hystérique et jusqu'ici elle nous échappe.

C'est une idée fixe d'après Charcot ; c'est une représentation mentale exagérée d'après Mœbius ; c'est une puissance extraordinaire d'évocation des représentations mentales d'après Ziehen ; c'est au contraire une sorte de distraction d'après Claparède. Mais que ce soit une idée fixe, ou une représentation mentale excessive, ou même une distraction, ces phénomènes psychiques ne se retrouvent-ils pas dans l'évolution de plusieurs maladies mentales, et cependant elles n'aboutissent pas à la production des phénomènes qui caractérisent l'hystérie.

Mythomanie. — Plus récemment Dupré et Logre (Congrès d'Amiens 1911), ont insisté sur les affinités de la mentalité du mythomane et de celle de l'hystérique. D'après eux « l'essence de leur état mental est dans la tendance constitutionnelle, consciente ou non, volontaire ou non, à l'altération de la vérité et à la fabulation ». L'hystérie, maladie essentiellement imaginative, obéit aux mêmes motifs qui déterminent les manifestations mythopathiques, « mythomanie vaniteuse et mythomanie de luxe, tendance à organiser des

syndromes factices par esprit d'ostentation, goût de mise en scène, théâtralisme, ou par simple besoin de fabuler, pour rien, pour le plaisir, etc. ». Ils arrivent ainsi à définir l'hystérie « la mythomanie des syndromes », parce que chez ces malades la mythomanie reproduit ce qui est pathologique. Cette manière d'envisager l'hystérie s'applique sans doute à un certain nombre de malades, mais s'applique-t-elle à tous les hystériques sans exception ?

Impossibilité de définir l'hystérie. — Rien ne prouve que le désordre mental soit toujours le même ; les manifestations hystériques n'ont-elles pas été mises sur le compte de la simulation, de la suggestion, de l'émotivité, de la mythomanie, etc. Tous ces éléments peuvent se rencontrer seuls ou combinés, dans la mentalité des sujets qui sont atteints d'accidents hystériques. Ce qui est peut-être plus spécifique chez l'hystérique, que l'imagination imitatrice, simulatrice ou reproductrice, c'est la facilité avec laquelle elle se transforme en acte, sans effort appréciable, avec toutes les apparences du naturel.

Peut-on avec Claude envisager l'hystérie comme une diathèse prenant en général son origine dans un état constitutionnel du système nerveux, le nervosisme, caractérisée par un défaut de régulation dans les processus réflexes élémentaires, psychiques ou organiques ? Doit-on, avec Bastian et d'autres auteurs, la considérer comme une sorte de névrose vaso-motrice déterminant momentanément un spasme vasculaire dans tel territoire de l'écorce cérébrale ? Nous ne le pensons pas : le mot diathèse est bien solennel pour caractériser une maladie qui ne se traduira parfois que par un accident isolé ; il est bien difficile de supposer que les crises, les paralysies ou les contractures soient causées par un spasme vasculaire, par conséquent par une perturbation organique momentanée, alors qu'elles peuvent disparaître brusquement par la suggestion et qu'elles ne s'accompagnent pas des signes qui ne font jamais défaut dans les lésions organiques les plus légères ? On ne sait pas ce qu'est l'hystérie en tant que maladie générale, à tel point que Bernheim n'a pas craint récemment d'écrire que *la maladie hystérie*, telle qu'elle est décrite, n'existe pas. Que l'on compare entre elles les définitions et les théories, quels désacords et quelle confusion dans les idées à cet égard !

Si réellement, à l'origine des troubles moteurs dits hystériques, il y a une maladie générale, peu importe qu'on l'appelle hystérie ou autrement, cette maladie-là ne me paraît pas pouvoir être définie actuellement ; mais si tous les symptômes qui portent son nom sont décrits dans tous les classiques sous le même vocable, c'est

que tous les auteurs ont eu l'intuition qu'ils sont de même nature et qu'ils ont des caractères communs spécifiques. Puisque la première nous échappe, essayons au moins de préciser ces caractères.

Caractères des accidents hystériques. — La définition de Pitres répond en partie à ce desideratum : l'hystérie est un vocable abstrait par lequel on désigne non pas une entité pathologique à physionomie distincte et uniforme, mais une foule d'accidents nerveux en apparence très différents les uns des autres, bien qu'ils appartiennent à une seule et même famille naturelle. — Les caractères communs sont les suivants :

1° Ils sont la conséquence de troubles fonctionnels du système nerveux ;

2° Ils subissent de brusques modifications, sont provoqués ou supprimés par les influences psychiques ou des causes physiques, qui n'ont aucune action sur les accidents nerveux similaires dépendant de lésions organiques ;

3° Ils sont très rarement isolés et certains stigmates latents coexistent avec les manifestations éclatantes de la névrose ;

4° Leur évolution n'est pas régulière : ils surviennent sans ordre préétabli et se succèdent sous différentes formes et à différentes époques chez les mêmes sujets ;

5° Malgré leur gravité apparente ces accidents n'ont pas le retentissement profond sur l'état physique ou mental, qu'auraient les accidents similaires organiques.

En somme les accidents nerveux de la grande névrose ont comme principal caractère de ne pas avoir les mêmes propriétés que les accidents nerveux organiques : ce sont avant tout des caractères négatifs, tirés beaucoup plus des influences physiques ou psychiques, de l'évolution, que de la symptomatologie.

La définition de Babinski est, dans une certaine mesure, un progrès sur la précédente, parce qu'il a essayé de donner un caractère positif des troubles primitifs de l'hystérie : la possibilité de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion (phénomènes pithiatiques). Le principal reproche que l'on puisse faire à cette définition est de donner, comme caractère distinctif des accidents hystériques, un caractère qui peut faire défaut, qui n'est pas constant ; il est possible et rien de plus. Que l'on se trouve, par exemple, en présence d'un phénomène qui s'impose comme un phénomène hystérique et que nous ne réussissions pas à le faire disparaître ou à le reproduire par suggestion, rejetterons-nous pour cela le diagnostic d'hystérie ? Évidem-

ment non, et cependant le critérium qu'exige Babinski fera défaut. Mais inversement, en présence d'une paralysie ou d'une contracture, dont la nature porte au doute, essayons l'épreuve de la suggestion et de la persuasion : si elle est positive, il n'est pas moins évident que cette paralysie ou cette contracture n'est pas organique : elle ne peut être qu'hystérique. Lorsque l'épreuve est positive : il ne subsiste aucun doute, le trouble est hystérique; l'épreuve est-elle négative le doute subsiste, elle ne démontre rien. La définition de Babinski suppose que l'épreuve peut être inconstante dans ses résultats, c'est pourquoi elle peut paraître insuffisante.

On lui a encore reproché de laisser entendre que seuls les accidents hystériques sont susceptibles d'apparaître par suggestion ou de disparaître par persuasion : or, cette affirmation ne se trouve pas contenue dans la définition de Babinski, il faut que ces deux conditions soient réalisées, et je rappelle qu'en outre dans sa pensée, il est nécessaire, pour que l'épreuve soit démonstrative que l'effet de la suggestion ou de la persuasion soit immédiat ou rapide.

A ceux qui estiment que cette définition est trop compréhensive, on peut répondre que son auteur abandonne le mot hystérie qui n'a plus de raison d'être et qu'aux accidents qui sont susceptibles d'apparaître et de disparaître ainsi par suggestion il réserve le nom de pithiatiques. L'hystérie elle-même n'a-t-elle pas été par trop compréhensive, suivant l'expression de Lasègue, rappelée par Babinski lui-même. « L'hystérie est une corbeille à papier dans laquelle on jette les papiers qu'on ne sait où classer. » Je ne serais pas éloigné de croire que même actuellement l'accord ne serait pas parfait sur les limites qu'il convient d'assigner à l'hystérie, et que tel phénomène rangé par quelques-uns dans la névrose en serait au contraire distrait par d'autres.

Que les limites des troubles pithiatiques de Babinski ne correspondent pas exactement aux limites des troubles appelés hystériques par d'autres, peu importe; le mérite de la nouvelle définition est d'avoir groupé un certain nombre de phénomènes, et de proposer implicitement une épreuve qui permet à la fois de les définir et de les diagnostiquer.

Mais pourquoi tous ces troubles dits primitifs sont-ils susceptibles de disparaître et de réapparaître par la suggestion? C'est que en réalité, ils ne sont pas causés par une lésion organique des centres, dont dépend la perturbation fonctionnelle : il n'y a pas de lésion et par suite ils ne s'accompagnent jamais des signes qui permettent d'affirmer une lésion organique.

Pour moi, c'est là la vraie caractéristique des accidents hystériques :

ce sont des troubles somatiques que n'accompagnent jamais les signes indiscutables — (je ne dis pas les *symptômes* mais les *signes*), c'est-à-dire ces éléments de certitude que ne peuvent reproduire ni la simulation ni la suggestion — des lésions organiques : c'est en quelque sorte cliniquement la maladie sans les signes.

C'est pourquoi il est très important de connaître les plus petits signes des maladies organiques, parce que, dans les cas frustes, ils ne sont pas toujours au complet et qu'ils peuvent rester isolés pendant une période plus ou moins longue; il suffit que l'un d'eux existe pour affirmer la nature organique de l'affection. Babinski a rendu de grands services en multipliant nos connaissances à ce sujet, particulièrement en ce qui concerne les lésions de la voie pyramidale.

On peut objecter à cette définition d'être trop clinique, ou symptomatique, de ne s'appuyer que sur des caractères négatifs ou de faire table rase de l'élément psychique qui en est la cause immédiate.

Il serait donc préférable de les définir des troubles somatiques d'origine psychique : ainsi formulée, cette définition serait encore par trop compréhensive parce qu'elle pourrait s'appliquer tout aussi bien aux réactions organiques d'origine émotive et à quelques-uns des symptômes de la neurasthénie : qu'il suffise donc d'ajouter qu'ils n'ont pas les caractères des réactions émotionnelles et des troubles neurasthéniques.

En somme ces troubles somatiques simulent les symptômes objectifs des maladies (organiques ou inorganiques), ce sont *des troubles pathoïdes;* mais ils ne peuvent les simuler complètement parce qu'ils ne jouissent pas des propriétés qui appartiennent spécifiquement à la maladie: affirmer qu'un accident est hystérique, c'est affirmer qu'il n'est pas réellement pathologique, parce que l'examen du malade ne révèle pas les signes de la maladie que cet accident simule. « Quand, dit Sydenham, j'ai bien examiné une malade et que je ne trouve rien en elle qui se rapporte aux maladies connues, je regarde l'affection dont elle est prise comme une hystérie. » Perfectionner le diagnostic de l'hystérie, c'est perfectionner le diagnostic des maladies par la connaissance des signes.

C'est pourquoi les limites de l'hystérie sont encore incomplètement tracées; elles le seront définitivement, lorsque les domaines des autres maladies auront été eux-mêmes exactement délimités.

III. — PSYCHOTHÉRAPIE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE.

Le traitement psychothérapique de l'hystérie comprend :
1° Les méthodes appliquées au traitement général de l'hystérie ;
2° Le traitement de chaque accident en particulier.

TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE EN GÉNÉRAL

I. — PSYCHOTHÉRAPIE INDIRECTE.

Agents physiques. — On a appliqué aux hystériques les traitements par les agents physiques ou médicamenteux, avec des résultats très variables, qui dépendent peut-être moins de leurs vertus intrinsèques que de l'importance que leur a accordée le médecin.

Hydrothérapie. — Parmi les moyens physiques, l'hydrothérapie froide a été souvent prescrite ; on en a aussi abusé. Elle était conseillée en vertu de ce principe qu'elle pouvait être un anesthésique local, à l'instar de tout agent réfrigérateur et, par suite, exercer une action immédiate sur les zones hystérogènes ou douloureuses. A un point de vue plus général, elle agit sur la circulation, elle chasse le sang de la périphérie vers les centres, mais dès que l'aspersion a cessé, le sang est ramené en plus grande quantité à la périphérie, c'est le moment de la réaction. Ces oscillations de la circulation cutanée exerceraient une action bienfaisante sur la sensibilité cutanée dont les modifications jouaient autrefois un si grand rôle sur l'apparition des accidents hystériques. Lorsque la douche froide en jet brisé de courte durée était mal supportée, on lui substituait le bain froid en piscine, ou la douche écossaise, ou le drap mouillé. Le traitement devait être prolongé pendant des semaines, des mois ou même davantage, longtemps encore après la disparition des symptômes.

En dehors de ses propriétés physiques, l'hydrothérapie peut exercer une influence psychique indéniable et de diverses manières. Il y a beaucoup de sujets auxquels l'eau froide est désagréable, et ils la supportent mal ; il n'est pas invraisemblable de supposer que, mettant dans les plateaux de la balance, d'un côté les désagréments de la douche, de l'autre leur complaisance vis-à-vis de leur maladie, certains hystériques fassent pencher la balance de ce dernier côté et se décident à guérir. Il suffirait de leur laisser comprendre que les douches froides seront prolongées jusqu'à une complète guérison pour obtenir de ce mode de suggestion un succès rapide. Il est encore possible que, dans certains cas, la douche ait dû ses bons effets à la suggestion même dont le médecin a accompagné la prescription ;

la promesse de la guérison par l'hydrothérapie a dû être employée plus d'une fois par lui comme un mode de suggestion.

Électricité. — Ce qui est vrai pour l'hydrothérapie l'est également pour l'électricité, sous quelque mode qu'on l'emploie, qu'il s'agisse d'électricité statique, recommandée par Charcot, ou de l'électricité faradique essayée avec succès par Duchenne de Boulogne, dans le service de Briquet à la Charité. On peut en dire autant des bains hydro-électriques, de l'électricité galvanique, de la métallothérapie externe ou interne, de la massothérapie, de la kinésithérapie, de la gymnastique médicale. Parmi ces moyens, quelques-uns, l'électricité faradique entre autres, sont désagréables, et pour s'y soustraire le plus rapidement possible, la guérison est le meilleur procédé : les traitements électriques jouissent en outre, vis-à-vis des malades, d'un prestige qui touche presque au surnaturel, et par cela même comporte une influence suggestive de premier ordre.

Agents médicamenteux. — Plusieurs médicaments ont dû leur succès et leur vogue à ce qu'ils ont frappé l'imagination par leur nom ou l'apparition de phénomènes extraordinaires.

Cette thérapeutique médicamenteuse d'imagination a été exploitée de longue date : Briquet se faisait peu d'illusions sur les vertus des médicaments prescrits aux hystériques. « Ordonnez des pilules de mie de pain, écrivait Georget, et autres substances de même énergie ; faites prendre pour boisson de l'eau et autres tisanes de vertu, mais n'allez pas exaspérer le mal, incendier le cerveau ou l'estomac de vos malades pour le plaisir ou le besoin de faire des ordonnances. »

Les pilules *fulminantes* avec lesquelles Gueneau de Mussy et Fernet ont guéri des hystériques n'étaient que des pilules de mie de pain, mais elles s'appelaient pilules fulminantes. C'est à la valeur suggestive de son métal que le *chlorure d'or* doit également ses succès ; le bleu de méthylène qui a la propriété de communiquer sa couleur aux urines a pu frapper plusieurs fois l'imagination des malades, et leur faire croire qu'un médicament doué de telles propriétés devait exercer une action extraordinaire sur l'organisme et par suite entraîner la guérison. D'autre part, un médicament, quel qu'il soit, et pourvu qu'il soit prescrit sous une forme spéciale, ou présenté sur une tartine oratoire convenablement préparée, peut acquérir des propriétés curatives de premier ordre et compter de nombreux succès.

Il serait peut-être préférable de passer sous silence une période lamentable où la chirurgie s'est substituée à la médecine dans la thérapeutique de l'hystérie ; des hystériques souffrant de douleurs pelviennes plus ou moins intenses ont été castrées et les organes enlevés étaient absolument sains. Les résultats obtenus ont été

d'ailleurs variables; chez certaines malades ils furent nuls; chez d'autres l'accalmie ne fut que momentanée; chez quelques-unes, les accidents douloureux et les phénomènes connexes disparurent complètement et définitivement, mais combien ont souffert d'accidents nerveux encore plus pénibles que le mal. Même dans les cas heureux, l'opération n'est pas la cause efficiente de la cure (Pitres). « Quand elle détermine la guérison, c'est purement et simplement par voie de révulsion psychique, tout comme l'inoffensive pilule de mie de pain, à laquelle on doit des succès tout aussi remarquables et beaucoup moins dangereux. » Chez plusieurs hystériques, on s'est contenté de pratiquer une incision cutanée de la paroi abdominale, après anesthésie au chloroforme, et quelques-unes ont guéri, mais on leur avait laissé croire que la paroi abdominale avait été complètement ouverte et les ovaires extirpés (Chiarleoni).

Il n'existe pas de thérapeutique médicamenteuse, physique ou chirurgicale de l'hystérie ou des accidents hystériques; mais tous ces agents peuvent être utilisés comme procédés de suggestion, ou dans le but de renforcer la suggestion. La cause étant exclusivement psychique, c'est dans ce sens que doit être orientée toute intervention thérapeutique.

II. — PSYCHOTHÉRAPIE PROPREMENT DITE.

Examen clinique. — La psychothérapie de l'hystérie commence au premier contact que l'on prend avec le malade, au premier examen. Le médecin ne doit pas se départir de sa ligne de conduite habituelle : plus ici encore que dans toute autre affection, il doit se garder de poser des questions telles qu'elles puissent influencer les réponses, et cependant malgré soi, on a une tendance à vouloir expliquer ou interpréter les choses au fur et à mesure qu'on prend possession du malade : ses réponses deviennent alors peu à peu conformes à l'idée que l'on se faisait de la nature des accidents; et une enquête ainsi dirigée n'amènera jamais une anamnèse exacte de la maladie, elle ne donnera qu'une histoire plus ou moins fantaisiste, œuvre de l'imagination du médecin.

De même au cours de l'examen somatique, il faut éviter de laisser paraître ses impressions : doute, inquiétude, contentement, assurance, etc... Cet examen doit être aussi complet que possible : en admettant même que très rapidement on ait pu acquérir l'impression que le malade est atteint d'accidents hystériques, il faut écarter également l'hypothèse d'une association morbide. Dans le cas où le doute ne pourrait être complètement éloigné que par l'examen des

yeux, du larynx ou d'autres appareils, pour l'exploration desquels une compétence spéciale est indispensable, il faut s'abstenir de toute conclusion avant d'en avoir les résultats. En présence d'un malade dont les accidents font naître dans l'esprit l'idée de l'hystérie, par leur nature, leur localisation, il est nécessaire de s'abstenir de toute manœuvre susceptible d'exercer une suggestion. C'est surtout dans l'examen de la sensibilité, lorsqu'il peut avoir une certaine importance diagnostique, qu'il faut éviter un tel écueil. Autrefois Babinski constatait très fréquemment l'hémianesthésie chez les hystériques; aujourd'hui il l'observe beaucoup moins, et il explique cette contradiction apparente par la différence des procédés appliqués à l'étude de la sensibilité. Il est évident que, si après avoir touché ou piqué le malade, on lui dit : Sentez-vous, ou sentez-vous bien? Sentez-vous aussi bien d'un côté que de l'autre? on introduit en même temps dans son esprit la possibilité qu'il pourrait ne pas sentir ou sentir également des deux côtés. J'ajouterai même que le procédé qui consiste à explorer successivement deux régions symétriques n'est pas exempt de toute critique; cette comparaison laisse supposer qu'il peut y avoir une inégalité de perception dans les deux côtés; et à mon avis, les troubles de la sensibilité chez les hystériques se présentent plus souvent sous la forme hémianesthésique, que sous la forme paraplégique, parce que, le plus souvent, au cours de ses examens, le médecin compare entre eux le côté droit et le côté gauche, et qu'il est beaucoup plus rare qu'il compare les membres supérieurs et les membres inférieurs.

Peut-être même la prédominance de l'hémianesthésie du côté gauche pourrait-elle s'expliquer parce que l'observateur, tenant une épingle de la main droite, commençait tout naturellement par piquer le côté gauche du malade, placé en face de lui; par là même il attirait d'abord l'attention sur ce côté (Meige).

Un malade dont on explore la sensibilité doit être privé momentanément de la vision, de manière à éviter la tricherie : on lui applique un bandeau sur les yeux ou bien les paupières sont maintenues par un aide. Qu'on explore la sensibilité tactile sous ses diverses modes, ou la sensibilité profonde, il faut tout d'abord attendre ce que dira spontanément le malade. S'il ne dit rien, et pour rendre l'examen plus rapide, se borner à lui donner les indications suivantes : avec le doigt, vous me montrerez où je touche, vous me direz ce que je vous fais! Enfin il me paraît préférable, sauf indications spéciales, de se contenter d'une exploration assez grossière de la sensibilité.

Les mêmes règles doivent être suivies pour l'examen du champ visuel; le rétrécissement, si commun autrefois, n'est plus constaté

aujourd'hui. Il est vrai qu'autrefois, le médecin croyait bien aux troubles sensitivo-sensoriels chez les hystériques, et que les malades, généralement bien préparés, n'auraient eu garde d'ébranler leur croyance. Les résultats de l'examen étaient tellement escomptés, que les investigations n'étaient peut-être pas poussées avec tous les soins désirables. Souvent mal renseignés sur ce qu'on leur demandait dans l'épreuve campimétrique, les malades n'accusaient la perception de l'index périmétrique que lorsqu'il arrivait au centre du champ visuel (Babinski, Rochon-Duvigneaud). Autrefois le rétrécissement du champ visuel ne faisait presque jamais défaut, aujourd'hui il manque toujours. La conclusion s'impose !

Les mêmes précautions, les mêmes règles de prudence doivent être soigneusement observées, quel que soit l'appareil ou la fonction que l'on examine.

La suppression du contrôle de la vue, dans toutes les épreuves où il n'est pas nécessaire, est une excellente mesure ; elle masque les intentions et les impressions de l'observateur. L'hystérique est un sujet devant lequel il ne faut dire et faire que le nécessaire. Ces précautions seront malheureusement quelquefois sans effet, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade qui, au cours d'examens antérieurs, n'aura pas été l'objet de la même prévoyance.

Qu'on l'interroge ou qu'on l'examine, qu'après avoir terminé l'investigation, on s'adresse à l'hystérique pour lui donner son opinion sur le pronostic et le traitement que comporte son état, il faut se rappeler qu'il y a des causes et les mobiles qui ont pu déterminer l'apparition des accidents, et qu'il y en a également qui ont contribué à les entretenir.

On a vu plus haut que, parmi les hystériques, il y a des simulateurs, des mythomanes, des suggestionnés et que dans plus d'un cas il est difficile, au premier abord, de débrouiller la mentalité du malade, et de découvrir le mobile qui a déterminé l'apparition des accidents.

Il est presque toujours impossible d'établir un diagnostic différentiel entre un trouble hystérique et un trouble simulé. C'est pourquoi la possibilité de la simulation doit être toujours présente à l'esprit du médecin, mais c'est un soupçon qu'il est préférable de ne pas laisser paraître. Il faut se rappeler encore qu'à défaut de simulation, les hystériques ont quelque complaisance vis-à-vis de leur mal, et que celle-ci n'est pas étrangère à sa persistance ; il n'en faut pas moins croire à leur sincérité entière, tant qu'on n'a pas fait soi-même la preuve du contraire. On sait enfin la part qui revient à la suggestion dans la genèse des accidents hystériques.

Interrogatoire. — C'est pénétré de ces principes qu'il faut procéder à l'interrogatoire du malade quand on veut remonter à l'origine des accidents. La date exacte du début est importante à connaître et à retenir ; c'est autour d'elle que doit graviter l'enquête sur les événements auxquels a été mêlé le malade, sur son genre de vie : ce premier interrogatoire doit être discret, surtout s'il a lieu devant témoins, le malade pouvant avoir des raisons spéciales pour dissimuler certaines circonstances de sa vie, ou les dépouiller d'une importance prépondérante devant ses parents ou ses amis. On ne saurait d'ailleurs exiger une confiance absolue d'un malade que l'on voit pour la première fois : c'est au médecin de savoir l'acquérir et la conserver; la marche à suivre ne diffère en rien de celle qui a été tracée quelques pages plus haut. Il y aura parfois un certain intérêt à se renseigner auprès de ses proches, mais toujours avec la même discrétion ; pourquoi éveiller leur attention sur l'importance d'accidents, dont il est parfois préférable qu'ils ignorent la portée.

Le diagnostic une fois posé, la cause connue ou non, quelle conduite tenir ? Elle peut varier avec la nature de l'accident, avec les mobiles qui l'ont provoqué, mais c'est toujours à la thérapeutique psychique qu'il faut avoir recours sous l'une de ses formes : la suggestion, la persuasion, la psychothérapie associée à l'isolement.

La suggestion brève, impérative, a beaucoup de succès à son actif, la persuasion sous toutes ses formes également, et nous y reviendrons à propos de chaque cas particulier ; mais il est incontestable que ces procédés réussissent beaucoup mieux lorsque les malades sont sortis de leur milieu habituel et soumis au régime de l'isolement. L'isolement à lui seul est déjà, comme je l'ai déjà indiqué plus haut, un merveilleux moyen psychothérapique, surtout lorsqu'il est présenté ou imposé d'une certaine manière aux malades. Dans un très grand nombre de cas il est même indispensable.

I. — L'isolement dans le traitement de l'hystérie.

Historique. — La nécessité de séparer les hystériques de leur milieu habituel a été reconnue de longue date, et dans les leçons de Charcot à la Salpêtrière nous trouvons la citation suivante empruntée à Jean Wier (1554) : « Au reste s'il y a plusieurs ensorcellez ou demoniaques en un lieu comme ordinairement nous voyons cela venir ès monastères, principalement de filles (comme estans les commodes organes des tromperies de Satan) il faut, avant toute chose, qu'elles soient séparées, et que chacune d'elles soit envoyée vers ses parens ou alliez ; afin que plus commodément elles puissent estre instruites et

guéries, ayant toutefois esgard au moyen selon la nécessité de chacune, à ce qu'on ne les chausse toutes à une mesme forme comme on dit communément. »

A propos d'une petite épidémie de crises hystériques survenue dans l'église de Saint-Roch un jour de première communion, épidémie qui eut pour point de départ une crise de convulsions d'une jeune communiante, Bailly (1780) raconte que douze jeunes filles appartenant à la même institution ayant continué à avoir des crises, il fallut envoyer chaque enfant chez ses parents. « En séparant ainsi les enfants et en ne les tenant assemblés qu'en petit nombre, trois semaines suffirent pour dissiper cette affection convulsive épidémique.»

Briquet propose à son tour le changement de milieu comme une sorte de révulsion ; il conseille le séjour à la campagne, le voyage, en un mot, les conditions nouvelles où la malade se trouve mieux qu'auparavant. « Si l'on consulte les faits, on trouvera constamment que la plupart des guérisons se sont produites sous l'influence de ce dernier ordre de moyens thérapeutiques, et l'on sera étonné de voir avec quelle rapidité elles ont le plus souvent eu lieu. »

L'isolement fut appliqué systématiquement au traitement de l'hystérie, par Weir Mitchell (1881), puis par Playfair en Angleterre, par Burkart en Allemagne. Dans une leçon qu'il fit sur ce sujet en 1890, Charcot réclame l'antériorité : depuis quinze ans (par conséquent depuis l'année 1875) il conseillait l'isolement aux hystériques ; et l'isolement était au fond l'élément fondamental de la méthode préconisée par Weir Mitchell.

« Je ne saurais trop insister devant vous sur l'importance capitale que j'attache à l'isolement dans le traitement de l'hystérie, où, sans contestation possible, l'élément psychique joue dans la plupart des cas un rôle considérable, quand il n'est pas prédominant. » Il recommandait d'envoyer les malades dans les maisons de santé hydrothérapiques. « Les malades sont placées sous la direction de personnes compétentes et expérimentées : ce sont habituellement des religieuses devenues par une longue pratique très expertes dans le maniement de ce genre de malades. Une main bienveillante et ferme, beaucoup de calme et de patience sont des conditions indispensables. Les parents sont systématiquement éloignés jusqu'au jour où, une notable amélioration s'étant montrée, on permet au malade, à titre de récompense, de les voir, d'abord à intervalles éloignés, puis de plus en plus rapprochés, à mesure que la guérison s'accentue ; le temps et l'hydrothérapie, sans compter la médication intérieure, font le reste. »

Au fond c'est l'isolement qui fait tout, comme le pensait d'ailleurs

Charcot ; l'hydrothérapie et la médication intérieure qu'il y adjoignait sont tout à fait inutiles.

Le traitement par l'isolement était alors réservé aux malades de la clientèle privée, par conséquent aux malades de la classe aisée. Dejerine prit l'initiative d'en faire bénéficier les malades moins fortunés : dans son service de la Salpêtrière, il leur réserva une salle de 24 lits et quelques chambres, dans lesquelles il traita les hystériques en même temps que d'autres psychopathes par l'isolement.

La méthode de Dejerine a été décrite tout au long dans les premières pages de ce livre. Je n'y reviendrai donc pas, mais je rappelle seulement qu'elle diffère assez notablement des méthodes des auteurs précédents en ce sens que pour lui l'isolement doit être absolu. Les malades sont complètement séparées de leurs voisines. Le service de la salle Pinel à la Salpêtrière ne comporte que des lits de femmes et elles ne communiquent avec leur famille ni médiatement, ni immédiatement : pas de visites, pas de correspondance jusqu'à leur guérison. « Elles restent au lit et ne peuvent — au commencement de leur isolement et pendant un temps variable, selon les cas — ni lire, ni écrire, ni faire aucun travail manuel. » Je cite textuellement Manto (1899), dont la thèse sur le traitement de l'hystérie à l'hôpital par l'isolement a été inspirée par le professeur Dejerine, et rédigée d'après les observations de son service :

« La malade est soumise à un repos absolu ; elle n'a pas le droit de se lever et ceci permet, avec la suralimentation lactée, d'élever son poids et par ce fait d'améliorer son état physique. »

« La malade reste dans son lit, s'ennuyant de n'avoir aucune distraction. Et ceci est de la plus haute importance, car si on ne poursuit strictement les règles de l'isolement ainsi comprises, on est presque sûr de l'échec..... L'hystérique doit être traitée avec la plus grande sévérité, et on ne doit céder à aucun de ses désirs, car si par faiblesse on cède, le médecin perd de son autorité. » (Manto.)

Le service de Dejerine comporte également, pour les natures rebelles et les tempéraments qui doivent être matés, une chambre spéciale, dite cabinet noir, pourvue d'une petite fenêtre, pouvant même être fermée complétement, de manière qu'une obscurité parfaite y règne. Cette chambre était destinée aux malades qui avaient des crises, mais elle n'a pas été très souvent utilisée : la simple menace suffisait le plus souvent à obtenir le résultat désiré.

Les malades sont visitées tous les jours par le médecin ou les internes qui les encouragent et les invitent à guérir.

Rôle psychothérapique. — Le traitement par l'isolement a une valeur psychothérapique et suggestive de premier ordre ; j'ai pu

m'en rendre compte soit à l'hôpital dans le service du Pr Dejerine, que j'ai remplacé à plusieurs reprises pendant les vacances, soit dans la clientèle privée.

L'idée seule de l'isolement cause à certaines malades une profonde émotion : lorsque le médecin conseille aux familles des femmes ou des jeunes filles hystériques d'avoir recours à ce procédé, celles-ci se lamentent, elles pleurent, elles promettent même de ne plus avoir de crises, l'effet de ce premier choc est déjà de bon augure. D'autres malades se font très bien à l'idée de l'isolement (c'est plus rare chez les jeunes sujets) et l'acceptent très volontiers : il n'y a pas lieu de s'en étonner ; bien souvent cette soumission marque une très grande satisfaction d'être séparé momentanément de la famille qui, volontairement ou involontairement, a joué un rôle dans les émotions hystérogènes.

Dans le premier cas l'influence suggestive de l'isolement tient à l'ennui et au désagrément qu'il occasionne, d'autant plus que ces malades sont averties qu'elles ne reverront leur famille et qu'elles ne rentreront chez elles qu'après complète guérison. Je ne manque jamais de prévenir les malades dès le début de leur isolement, lorsqu'il s'agit d'accidents intermittents tels que des crises de nerfs, ou des crises de sommeil, qu'elles resteront isolées tant de jours ou tant de semaines, après la disparition complète de ces accidents ; chaque fois qu'ils se renouvelleront, le séjour à la maison de santé se prolongera encore de plusieurs semaines. Il est exceptionnel que dans les quarante-huit heures elles ne soient pas entièrement guéries. Il est très rare que je sois obligé d'imposer un régime de sévérité et si je laisse les malades au lit, parce que souvent ils sont au-dessous de leur poids et parce que en agissant ainsi je simplifie la surveillance, je ne les empêche pas de s'occuper, de faire des petits ouvrages manuels, de lire, de jouer même avec leur garde. Vis-à-vis des malades plus difficiles, il est pourtant nécessaire de se montrer plus sévère ; il peut se produire, par exemple, qu'après les premières visites de la famille ou les premières lettres, les accidents aient tendance à réapparaître, et cela je dois le dire n'est pas toujours la faute des enfants, c'est souvent celle des parents qui posent des questions maladroites et ravivent l'idée de la maladie au moment où elle était sur le point de se dissiper complètement. Parfois même la simple présence des parents peut, pour des motifs divers, réveiller complètement les suggestions antérieures. Voici un exemple des plus démonstratifs.

On m'amène une fillette âgée d'une douzaine d'années pour des vomissements qui remontent à la première enfance ; au dire de la

mère, cette enfant aurait eu constamment, à des intervalles inégaux, des vomissements depuis l'âge de deux ans : ces vomissements ont été désignés par plusieurs médecins sous le nom de vomissements périodiques, par d'autres sous celui de *vomissements acétonémiques*. En outre depuis quelques années, quatre ou cinq ans environ, la mère ne peut pas préciser nettement, l'enfant se plaint de maux de tête qui reviennent à période presque fixe. Ces maux de tête sont parfois suivis de vomissements, mais parfois aussi ils restent secs ; aussi la mère et la fille qui se préoccupent beaucoup de cet état, qui l'analysent trop souvent, ont-elles établi une classification des migraines : il y a la grande migraine et la petite migraine. La grande migraine est celle qui s'accompagne de vomissements. Le médecin qui m'amène l'enfant s'était fort bien rendu compte du mécanisme de tous ces accidents et il avait plusieurs fois conseillé à la mère de se séparer de sa fille. Elle était sur le point de se décider au commencement de l'été ; mais elle voulut essayer auparavant d'emmener sa fille à la campagne, escomptant les bons effets du grand air : l'expérience lui donna raison, puisque pendant cette période, maux de tête et vomissements cédèrent presque complètement. Mais cette sédation n'était que temporaire : avec la rentrée à l'école, où la petite malade n'était que demi-pensionnaire, tous les accidents reparurent et après quelques semaines ils se répétaient avec une telle fréquence qu'il fallut songer à prendre une mesure radicale. Il serait presque inutile d'ajouter que cette enfant est une enfant gâtée ; mais la mère est elle-même une névropathe tant soit peu déséquilibrée, qui par moments adule sa fille d'une manière exagérée, et à d'autres la gronde inconsidérément.

Après l'avoir soigneusement examinée à tous les points de vue, après lui avoir affirmé que son état ne m'inspirait aucune inquiétude, qu'elle n'avait rien, que ne pensant plus à ses migraines et à ses vomissements et le repos aidant, elle guérirait très rapidement ; je prévins l'enfant qu'elle ne verrait sa mère que quinze jours ou trois semaines après le dernier vomissement. Trois ou quatre jours après son entrée, elle vomit pour la première fois son repas du soir ; la migraine aurait commencé à quatre heures de l'après-midi et à sept heures et demie elle rendait son repas. Sur mes indications, la religieuse chargée de la soigner lui en avait servi un autre immédiatement, et l'enfant avait été prévenue qu'on ne lui céderait pas, qu'on lui ferait reprendre un repas jusqu'à ce qu'elle le garde : le deuxième repas fut pris sans maugréer,, il passa fort bien, la nuit fut excellente et le lendemain matin il n'y paraissait plus rien. Huit jours plus tard, jour pour jour, l'enfant fut prise, vers quatre heures de l'après-midi, du mal de tête ;

mais elle ne voulut pas cesser ses occupations, elle parut même s'y attacher davantage. Elle pria la sœur de la distraire, de lui causer, prétextant que si elle restait seule elle penserait de nouveau au mal de tête et aux vomissements, et qu'elle finirait par vomir. La religieuse l'encouragea dans de si bonnes résolutions : le mal de tête s'évapora rapidement, et de vomissements il ne fut plus question. Le lendemain l'enfant, très maligne, me raconta tout cela et m'insinua qu'elle serait bien heureuse de voir bientôt sa maman, le dimanche suivant, par exemple ; elle me promettait que maux de tête et vomissements ne se renouvelleraient plus. Tenant compte de l'effort qu'elle avait fait, je lui accordai cette permission, et le dimanche suivant elle reçut la visite promise. Le résultat fut mauvais, les vomissements se renouvelèrent encore une fois le mardi suivant (c'était le jour fatidique) ; mais ils furent traités comme il convenait, et ils ne reparurent plus. Après m'être fâché et lui avoir reproché de ne pas avoir tenu sa promesse, je la condamnai de nouveau à une séparation d'une quinzaine de jours. Cette fois les délais furent maintenus ; lorsque la quinzaine fut écoulée et que la mère revint, une explication maladroite provoqua une scène de la part de l'enfant, qui se mit en colère et menaça sa mère d'avoir encore des maux de tête et des vomissements. Toute sa mentalité, ou plutôt toute la pathogénie de ses vomissements étaient éclairées par ces quelques mots. Je dois ajouter que l'enfant m'avait avoué très simplement qu'elle aurait pu bien souvent se dispenser de rendre ses repas, et qu'elle vomissait lorsqu'elle y pensait trop, l'influence de la suggestion était manifeste. Après la colère qu'elle fit à sa mère, elle fut sévèrement admonestée, et de nouveau privée de visites. La leçon a porté ; voici un mois que tous les accidents ont disparu, et il est permis de supposer qu'ils ne réapparaîtront plus. L'enfant a engraissé d'une dizaine de livres, elle est très gaie et elle ne pense plus à sa maladie. La seule crainte que l'on puisse avoir c'est que la mère, qui prenait tout cela au sérieux et qui s'effrayait de la santé de sa fille, n'entretienne à nouveau dans son esprit des idées de maladie : mais elle aussi a été sérieusement convertie pendant l'isolement de sa fille, et j'espère que cette fois elle est convaincue du rôle involontaire et inconscient qu'elle a joué dans l'entretien de tous ces troubles, et à l'appui de cette manière de voir je lui donne comme preuve l'influence de ses visites. Elle s'engage à ne plus questionner continuellement son enfant sur sa santé, sur la grande et la petite migraine, et autres classifications symptomatiques qui ont eu une répercussion si nuisible.

L'isolement, par lui-même, en dehors de toute autre intervention psychique, est donc une cure psychothérapique de premier ordre

pour les trois motifs suivants : 1° les malades sont séparés du milieu dans lequel ils vivent habituellement et dans lequel ils trouvent des éléments (parents, amis, domestiques) qui inconsciemment entretiennent l'idée de la maladie, c'est-à-dire des éléments de suggestion ; 2° cette séparation brusque agit à son tour par l'émotion et l'ennui qu'elle provoque : la disparition des accidents hystériques sous le coup d'une émotion vive est un fait trop connu pour qu'il soit utile d'y insister ; 3° lorsque les malades sont isolées, elles ne pensent plus qu'à leur désir de rentrer chez elles, et cette idée se substitue à celle de la maladie ; 4° pour celles qui ont eu vis-à-vis de leur mal une complaisance excessive, et qui ne savaient plus comment sortir de la situation fausse dans laquelle elles s'étaient mises, l'isolement est une manière élégante de s'en tirer, loin du contrôle de leur famille, sans que celle-ci puisse avoir le moindre soupçon à leur égard. Enfin l'isolement, pour toutes ces raisons et pour celles énumérées plus haut (Voy. p. 84), facilite et renforce l'œuvre de la suggestion et de la persuasion.

Indications. — L'isolement est-il applicable à tous les malades indistinctement ? Oui, en principe : mais en pratique il soulève quelques difficultés. Lorsque les parents y consentent, on peut toujours isoler des mineurs dans des maisons libres : ils ne dépendent pas encore d'eux-mêmes et doivent s'incliner devant l'autorité paternelle ou maternelle. C'est aux parents à se résigner, et souvent ce sera une véritable plaidoirie en faveur de l'isolement que devra soutenir le médecin, surtout si le début de la maladie ne remonte pas très loin, si les parents sont des êtres faibles qui se laissent mener par leurs enfants : quelques baisers, quelques promesses, quelques enlacements les auront bien vite subjugués; au contraire, si la maladie se prolonge depuis des mois et quelquefois même des années, les parents las de voir une situation s'éterniser, et plus facilement convaincus de sa gravité, acquiesceront plus volontiers aux conseils médicaux.

S'agit-il, au contraire, d'un sujet ayant atteint sa majorité ; la difficulté est beaucoup plus grande. Ici la décision ne dépend plus de la famille, mais de la malade, c'est-à-dire de la principale intéressée, qui, dans la circonstance, devient juge et partie. Pour la pousser à une résolution, qui presque toujours lui répugne, il faut prendre des gants : il faut y mettre, dans certains cas, beaucoup de forme. Ce n'est plus sur le ton d'autorité qu'il faut lui parler ; ce n'est pas, en effet, un ordre qu'on lui donne, mais un conseil ; on plaint la malade, on déplore la durée de sa maladie, on fait ressortir tous les inconvénients individuels ou sociaux qu'elle entraîne, on essaie de lui faire com-

prendre que tous les moyens médicaux ordonnés ont été essayés, il faut avoir maintenant recours aux grands moyens. C'est par le sentiment et le raisonnement, alternativement ou simultanément exploités, qu'on arrache la décision ; il est même utile d'avoir l'air de consulter la malade, et comme il est très rare que la mesure à prendre soit urgente, si l'on s'aperçoit que la résistance est grande, on lui laisse le temps d'y réfléchir et la liberté de prendre la décision. C'est sur cette impression qu'on la quitte. La manière de circonvenir la malade varie beaucoup suivant les cas : il y en a que l'on prend de face, d'autres latéralement; c'est un peu une question de flair, et au cours de son examen, de son interrogatoire, le médecin a déjà dû se faire une opinion sur le moyen qu'il devra employer pour assiéger la place. Dans quelques cas, l'isolement sera accepté ou consenti, sans enthousiasme apparent, mais avec résignation comme un essai ; au fond la malade sera satisfaite d'être tirée d'embarras. Beaucoup plus souvent il sera repoussé : n'oublions pas la complaisance de certains sujets vis-à-vis de leur mal, et surtout n'oublions pas les mobiles et les mentalités diverses qui sont à l'origine de toute cette pathologie artificielle. Ils ont parfois des motifs sérieux de ne pas abandonner leur intérieur, motifs qui ont un rapport plus ou moins étroit avec leur état morbide.

Si tel accident s'est développé parfois sur un terrain relativement vierge de tares mentales, combien de fois a-t-il germé sur celui de la dégénérescence, de la débilité : celle-ci est une mythomane, celle-là une jalouse ou une orgueilleuse, telle autre a des entêtements farouches : c'est souvent pour ces diverses raisons que leurs troubles se sont incrustés chez elles avec cette solidité et cette résistance à toute épreuve. De par leur mentalité, il y a dans leur maladie une certaine logique qui, au lieu de se désagréger, s'est toujours affermie avec le temps ; elle est la base de l'entretien de la maladie, de sa persistance, de sa ténacité; elle est inaccessible aux influences extérieures et contre elle se brise toute logique saine et rationnelle venue du dehors. Allez donc raisonner et persuader une de ces malades ; presque toujours c'est du temps perdu, vous usez en vain votre salive ; vous lui parlez, elle est sourde, à peine entend-elle, en tout cas elle n'écoute pas. Vous désirez obtenir d'elle ceci et cela, elle veut tout le contraire. Il y a quelque chose d'égal à leur maladie, c'est la volonté de ne pas guérir, c'est la manie de la résistance ! Cette anomalie mentale n'est pas toujours un brevet d'incurabilité ; après des années de maladie, pour des prétextes qu'il est souvent difficile de saisir, ou même parce que leur infirmité est définitivement acceptée par l'entourage et qu'on n'y fait plus attention, quel-

quefois aussi pour des raisons ou à l'occasion d'événements qui nous échappent, tout disparaît comme par enchantement. Que la guérison se produise en lieu saint, au cours d'un pèlerinage, et on crie au miracle ! Mais ces miracles, il nous est arrivé à nous autres, médecins, de les réaliser, peut-être moins brusquement, et en tout cas avec moins de solennité, même chez les malades les plus invétérés dans leur mal, lorsque, par un ensemble de circonstances heureuses, que souvent nous avons contribué à faire surgir, la malade a guéri entre nos mains. Dans les pèlerinages, tels que ceux de Lourdes, où toutes les cures ne peuvent être envisagées comme des miracles, la guérison n'est instantanée que d'apparence, elle est le dernier terme d'une suggestion qui a commencé avec la décision de la malade de se rendre à Lourdes et qui prend fin avec la cérémonie officielle ; elle est toujours préparée par une période plus ou moins longue.

Que d'accidents se développent chez des mystiques, qui offrent l'épreuve de leur mal à la divinité et en font un sacrifice ! quelquefois même elles y ajoutent des tortures ; entre la paralysie ou la contracture hystérique et la série des automutilations on peut alors observer tous les intermédiaires.

Mais revenons à l'isolement. Il est, par conséquent, plus facile de l'imposer à des mineurs qu'à des sujets ayant atteint leur majorité. C'est une méthode qui réussit mieux et plus rapidement sur des sujets jeunes ou bien encore sur des sujets, dont le début de la maladie ne remonte pas à une période très éloignée. L'explication en est aisée, la mentalité des enfants est plus malléable, les procédés de menace et d'intimidation réussissent mieux vis-à-vis d'eux, ils sont plus facilement suggestibles, la crainte les fait céder plus rapidement.

La réussite est plus sûre avec l'isolement qu'avec n'importe quel autre procédé thérapeutique, même et surtout pour les cas les moins favorables. N'est-ce pas la mesure à laquelle se résout le malade ou la famille en dernier ressort, lorsque toutes les autres ressources de la thérapeutique ont été épuisées?

2. — Suggestion et persuasion.

L'isolement n'exclut pas la suggestion et la persuasion : au contraire, il les facilite et les renforce. A elles seules, même sans séparation de la famille, elles peuvent rendre les plus grands services : les résultats sont, néanmoins, plus problématiques. Le succès s'obtient plus facilement quand on se trouve en présence de sujets jeunes et que les accidents sont récents : cependant, même dans les

cas les plus invétérés et lorsque les malades sont dans l'impossibilité de s'isoler, il faut y avoir recours.

J'ai donné mes soins, il y a quelques années, à un homme de trente ans, atteint de paraplégie avec contracture depuis environ sept ans. Les cuisses étaient légèrement pliées sur le bassin, les jambes en flexion sur les cuisses, les pieds en extension sur les jambes. La contracture des cuisses et des jambes pouvait être corrigée, il n'en était pas de même de celles des pieds : leur attitude était incomplètement corrigible à cause de la présence de rétractions fibro-tendineuses. Le malade ne marchait pas, à proprement parler, il se traînait soutenu d'un côté par un domestique, s'appuyant de l'autre sur une canne. Un examen complet ne me révéla aucun signe de maladie organique du système nerveux. Dès qu'on lâchait le malade, il tombait comme un château de cartes, ou bien il cherchait aussitôt à s'accrocher aux objets environnants. La paraplégie était survenue dans les conditions suivantes : sept ans auparavant il avait été victime d'un accident : au cours d'une promenade, sa voiture avait versé, et il avait été projeté sur le sol, mais fort heureusement il n'avait eu ni contusion, ni blessure. Lorsqu'il se releva il put marcher, mais les jours suivants, étant devenu très émotif, il ne put se décider à remonter en voiture ; le souvenir de l'accident le faisait trembler ; il ressentit peu après une certaine faiblesse dans les jambes et de la difficulté pour marcher. Ces phénomènes s'accentuant, il consulta au bout de quelques semaines un grand spécialiste de l'époque, qui, après l'avoir examiné soigneusement, lui déclara solennellement « qu'il était muet des jambes ». Après cette visite, son état empira sérieusement et une cure dans une ville d'eaux où il devait rencontrer beaucoup d'infirmes, le rendit complètement impotent ; on devine aisément pourquoi !

Lorsque je vis le malade, il était donc absolument incapable de se tenir debout sans appui et sans soutien : même au lit, il avait beaucoup de peine, sinon une impossibilité à se déplacer. Dans les actes les plus intimes de la vie, il devait être assisté par son domestique, qui plus d'une fois fut le témoin oculaire des secrets de l'alcôve.

Après l'avoir examiné et avoir écouté l'histoire de sa maladie, je lui affirmai qu'il n'était atteint d'aucune maladie organique, qu'il avait mal interprété le soi-disant mutisme de ses jambes : je lui expliquai comment, à mon avis, s'était installée sa paraplégie, et je lui affirmai qu'il était curable. Je lui proposai de l'isoler de sa famille qui me paraissait pouvoir exercer une mauvaise influence, tellement elle était aux petits soins pour lui ; mais il était alors à la tête d'une grosse industrie qu'il lui était impossible d'abandonner, et je dus me

rendre à ses arguments qui, d'après les renseignements que j'avais obtenus d'autre part, étaient irréfutables.

J'entrepris donc le traitement dans d'assez mauvaises conditions. Après avoir essayé d'obtenir un peu d'assouplissement des articulations par des mouvements passifs auxquels j'associais tous les moyens de suggestion et de persuasion, j'essayai de rééduquer le malade dans la station debout et dans la marche ; mais naturellement toutes ces séances se faisaient en dehors de son domestique, dont la présence n'eût guère été encourageante et qui était peut-être trop intéressé à la persistance de la maladie ; de son côté, son maître comptait trop sur lui.

Les débuts furent des plus laborieux ; il fallut tout d'abord plusieurs jours pour l'habituer à se passer de sa canne et puis plusieurs semaines pour qu'il se tienne debout sans appui. Dès qu'on le lâchait, il se rattrapait aux meubles qui se trouvaient sous sa main ; je dus lui faire exécuter des exercices dans une pièce vide où il n'eut aucun appui à sa portée ; alors, au moment où je m'éloignais et que je lui enlevais tout contact, n'était-ce que le bout du petit doigt, il se laissait tomber, sans jamais du reste se faire de mal, mais cela lui arrivait assez rarement, car à peine sentait-il que j'allais me dérober, qu'il se jetait sur moi. C'est alors que je me décidai, pour éviter le retour de pareilles manœuvres, à lui donner des petits coups de canne sur les doigts, chaque fois qu'il tenterait de me saisir ; il en eut rapidement assez et bientôt il réussit à se tenir debout par ses propres moyens. Alors je lui appris à marcher en décomposant les mouvements et à exécuter divers exercices qui devaient perfectionner son équilibre. Malgré tout il restait craintif et ses appréhensions redoublèrent lorsque je le fis marcher dans la rue, privé de sa canne et de son domestique ; néanmoins au bout de deux mois il marchait avec assez de confiance pour traverser la place du Carrousel sans aucun aide. Mais la marche était encore assez sérieusement entravée par l'attitude vicieuse des pieds : aussi lui proposai-je de rompre les rétractions fibro-tendineuses qui en étaient la cause, et de l'immobiliser ensuite pendant quelques jours dans un appareil plâtré. Il s'y refusa, nous nous quittâmes, et j'ignore ce qu'il est devenu.

Pour être incomplète, la guérison n'en était pas moins virtuellement acquise ; des éléments divers y avaient concouru : suggestion, persuasion, rééducation ; il faut compter également avec la menace, l'intimidation, tous procédés qui peuvent être rangés sous le vocable suggestion ; mais tout cela ne s'était obtenu en quelque sorte qu'à coups redoublés et nous sommes loin des résultats brusques, immédiats, que donne la suggestion, lorsqu'elle s'adresse à des cas rela-

tivement récents. Le malade était d'ailleurs plus qu'un hystérique, il était manifestement dégénéré et phobique.

C'est en effet en présence d'accidents de courte durée que la suggestion proprement dite ou impérative est susceptible de produire des guérisons immédiates. Mais souvent aussi la suggestion doit être renouvelée et c'est à petits coups qu'elle en vient à bout. La suggestion s'adresse d'emblée au trouble qu'il faut guérir; le malade ne peut-il marcher, on lui commande de marcher, on l'aide tout d'abord, en lui persuadant qu'il en est capable, qu'il se tient déjà mieux, que bientôt il va marcher seul. On le force en quelque sorte, on ne le consulte pas. Par la persuasion on essaie de le convaincre, on le prend par la raison ou par le sentiment de manière à provoquer ses efforts.

En réalité il est rare que persuasion et suggestion ne soient pas combinées.

Lorsque la guérison est immédiate ou presque immédiate, c'est bien l'élément suggestif qui paraît en être le principal agent. Lorsqu'elle est plus lente, la persuasion a déjà une part plus large, d'autant plus qu'il y a à lutter contre la mentalité du sujet, en tout cas on ne peut éliminer la suggestion qui revient à tous moments et la rééducation qui n'est, dans le traitement de tels malades, qu'une application pratique de l'une et de l'autre. J'aurai l'occasion d'y revenir, lorsque j'étudierai en particulier les manifestations de l'hystérie.

Quel que soit le procédé employé pour obtenir la guérison, on ne devra la tenir comme complète et décisive que si on a pu remonter à l'origine des accidents et désagréger l'idée pathogène. Il est alors nécessaire de faire appel à toutes les ressources de la persuasion rationnelle ou sentimentale : on ne s'adresse plus à l'accident en lui-même, mais à la mentalité du malade.

Ce sont les hystériques qui bénéficient le plus largement des multiples pratiques religieuses (cérémonies, pèlerinages, adoration des reliques) consacrées à la guérison des malades : ce sont eux qui fournissent le plus gros contingent des guérisons dites miraculeuses. Quelles que soient les opinions que l'on professe en matière de religion, on aurait mauvaise grâce à détourner les malades, — ce principe ne s'applique pas seulement aux hystériques, mais à tous les malades — des pratiques dans lesquelles ils ont foi.

3°. — Distractions.

Autrefois on préconisait beaucoup, à titre de révulsions morales, les distractions de toute espèce : voyages, spectacles, études, occupations nouvelles, qui sont destinés à faire une diversion par l'agrément, le plaisir, ou l'intérêt qu'ils procurent. Et de fait, ces divers

moyens ont réussi quelquefois; tout d'abord ils entraînent ordinairement le changement de milieu, l'éloignement des causes qui ont provoqué l'apparition des accidents, et puis l'introduction d'influences morales, susceptibles de modifier l'orientation des idées.

4°. Traitement prophylactique de l'hystérie.

L'hystérique peut être un imitateur, un simulateur, un suggestionné; souvent aussi c'est un mental, un déséquilibré, un dégénéré. Voici les données qu'il ne faut pas perdre de vue quand on est appelé auprès d'un hystérique, et plus encore quand on est le médecin d'une famille dans laquelle la névrose a déjà fait une ou plusieurs apparitions. Il faut s'élever au-dessus de ses devoirs ordinaires; consulté sur un accident isolé, le médecin ne doit pas craindre de prodiguer des conseils d'une portée générale, empreints des principes les plus sévères de la psychothérapie et de la pédagogie; c'est faire de la bonne prophylaxie.

Elle commence dans certains cas aux premières années de la vie, avec les premiers pas dans la vie familiale ou sociale. Briquet insiste déjà sur cette partie du traitement et il consacre un chapitre spécial à la prophylaxie : « L'observation montre que le quart environ des filles qui naissent d'une mère atteinte d'hystérie est inévitablement destiné à devenir hystérique; il est évident que la direction de la grossesse de la mère et celle de l'éducation de l'enfant, si c'est une fille, devront se faire d'après certaines règles que le médecin aura à déterminer. »

Malheureusement Briquet, qui passe en revue les étapes successives de la jeunesse, depuis la naissance jusqu'à l'adolescence, ne fait intervenir le traitement moral qu'à l'époque de la puberté. Jusque là, l'enfant devra être entouré des précautions physiques les plus minutieuses. Il formule certains conseils à l'adresse de la femme hystérique, lorsqu'elle devient enceinte : la vie à la campagne, dans le grand calme, loin des préoccupations, des passions et des émotions vives, les exercices modérés, une nourriture substantielle..... Mais elle ne devra pas nourrir son enfant qui sera confié à une nourrice de bonne santé, de constitution sanguine, de caractère calme et point trop impressionnable. Pour lui, l'hystérie résultant très souvent d'une disposition héréditaire du système nerveux, la fille née d'une mère hystérique devra, dès la naissance, être dirigée dans la vue « de favoriser une bonne hématose, d'aider au développement des muscles, et d'empêcher la prédominance du système nerveux », et il donne des conseils d'éducation qui se rapportent davan-

tage à la vie physique qu'à la vie morale, bien que, dans cette prophylaxie physique, on trouve certains éléments qui peuvent avoir une répercussion psychique.

Prédispositions. — Au premier âge, la psychothérapie est avant tout pratique ; on ne raisonne guère le tout jeune enfant, et les plus belles démonstrations ne leur tiendront jamais lieu d'exemple. Ce qui frappe l'enfant, ce qui le décide à agir, c'est ce qui le pénètre par la voie des sens. L'enfant est avant tout un imitateur, il copie d'abord, ce n'est que plus tard qu'il invente ; l'activité et l'originalité, son initiative dépendent dans de larges proportions de ses dons naturels ; celle-ci est en quelque sorte façonnée par les images et les souvenirs que lui ont laissés ses sensations. Si l'enfant copie ce qu'il voit, qu'on lui présente au moins des modèles dignes d'être reproduits, et qu'on le soustraie aux mauvaises influences des spectacles impressionnants, qu'il s'agisse de choses ou de gens, susceptibles de lui procurer des sensations trop irritantes, de lui laisser des images trop vives, d'éveiller trop tôt son attention et son imagination et de provoquer des réactions trop exubérantes. Il y a des natures qui n'ont peur de rien, et auxquelles il faut prêcher la prudence ; mais combien y en a-t-il aussi auxquelles il faut préparer ou ménager les émotions ; le mystérieux et le surnaturel, des pratiques religieuses excessives, les contes fantastiques ne sont pas toujours sans danger. En somme il y a des sujets qu'il faut idéaliser, il y en a aussi qu'il faut ramener à des notions plus positives.

Les spectacles impressionnants, les séances de suggestion et d'hypnotisation doivent être scrupuleusement évitées.

Si l'enfant est exposé à assister à des crises de nerfs, que ce soit de la part de sa mère, de sa sœur ou d'une personne quelconque de son entourage, que l'on prenne les précautions nécessaires pour l'éloigner le plus possible d'un milieu qui lui laisserait des impressions irritantes et des souvenirs dangereux. C'est encore une des raisons pour lesquelles l'isolement des hystériques doit être recommandé avec tant d'insistance auprès de leurs familles ; ce sont des éléments de contamination, dont il est préférable de se séparer jusqu'à complète guérison.

Il y aurait beaucoup à dire à propos de la prophylaxie, mais les principes qu'il y a lieu d'observer vis-à-vis des enfants d'hystériques ne diffèrent guère de ceux qu'il faut suivre dans l'éducation de l'enfance en général, si ce n'est qu'ils doivent être encore plus scrupuleusement appliqués, d'autant plus qu'il faut lutter non seulement contre les mauvais effets de l'exemple, mais encore contre les influences de l'hérédité.

S'il est vrai que, chez beaucoup d'hystériques, on a relevé la tendance au mensonge, à la confabulation, une imagination trop vive, un défaut de jugement, parfois même la simulation, une trop grande impressionnabilité, il faut se tenir sur ses gardes et multiplier les moyens de parer à ces aptitudes.

On s'appliquera à développer le mieux possible la franchise et la sincérité, à s'assurer la confiance des enfants; les habituer à agir et à parler ouvertement est indispensable.

Ceux qui se montrent tels qu'ils sont, quelle que soit leur exubérance, sont moins dangereux que les êtres réservés et timides qui, sous une sagesse apparente, dissimulent des aspirations souvent malsaines; ceux-ci vivent trop souvent dans le rêve et développent leurs facultés imaginatives aux dépens de leur connaissance du réel. Il y a des enfants qui manquent de franchise par crainte de la réprimande : ils cachent leurs fautes afin de ne pas être punis; ce sont des timides et des pusillamines, auxquels des admonestations trop sévères enlèvent le peu de confiance dont ils étaient doués, et ils se replient de plus en plus sur eux-mêmes; le remède a été presque aussi mauvais que le mal.

Les natures ouvertes sont généralement des êtres simples, tout d'une pièce, il est d'autant plus facile de les diriger qu'on les connaît mieux. Au contraire les natures fermées sont des êtres compliqués, qu'il est difficile de conduire, parce qu'on les ignore; ils ne se montrent pas tels qu'ils sont; dans leurs manières, leurs allures, leurs paroles il y a quelque chose d'artificiel, de préparé. Pourvu que leur amour-propre soit mal servi par une intelligence plutôt au-dessous de la moyenne, ils s'efforcent de se faire passer pour supérieurs à ce qu'ils sont, d'où l'affectation, le désir de paraître, le maniérisme, les premières ébauches des tares mentales qui ont été souvent relevées dans le caractère de l'hystérique. Pour se tirer d'une situation fausse, ils auront recours aux subterfuges, à la supercherie même; pour éviter une besogne ennuyeuse, ils jouent au malade; ils ont tout ce qu'il faut pour verser dans la mythomanie, je ne dis pas immédiatement, mais dans un avenir plus ou moins rapproché.

Il y a aussi la catégorie des enfants gâtés, auxquels on accorde tout; leurs désirs sont exaucés avant même qu'ils aient été exprimés; au lieu d'être dirigés, ils dirigent leurs familles; aussi au premier refus des parents se révoltent-ils et tous les moyens leur sont bons pour obtenir ce qu'ils exigent.

Chez certains enfants, d'une sensibilité naturelle déjà exagérée, les parents contribuent encore à développer la sentimentalité et

l'affectivité d'une manière excessive; ces êtres-là fléchissent au moindre choc, et pour peu que leur imagination soit elle-même trop développée, ils deviennent d'excellents candidats à l'hystérie.

D'autres ne sont pas méchants naturellement, mais ce sont des faibles qui se laissent mener et conduire comme des moutons; ils sont accessibles aux bonnes comme aux mauvaises influences; ce sont des êtres très suggestibles, chez lesquels l'idée passe à l'acte d'autant plus facilement que leur jugement est faible et que souvent ils sont aussi dénués de résistance que d'initiative.

Enfin chez certains enfants s'accusent déjà des signes manifestes de la dégénérescence : l'irritabilité, la manie du mensonge, le manque de volonté, la folie morale, les vices, etc.; ce sont des êtres déjà moins intéressants, parce que leurs tares sont le plus souvent au-dessus de nos moyens.

Au contraire les premiers groupes nous intéressent davantage parce que, par une éducation rationnelle et méthodique, savamment orientée, on peut lutter avantageusement contre tous ces penchants et modeler dans une certaine mesure leur mentalité. Pour être un bon éducateur, il faut être bon observateur et quelque peu psychologue : tous les enfants ne sauraient être pris de la même manière et cela n'est pas vrai seulement au point de vue moral, mais encore au point de vue intellectuel. L'éducation est une chose individuelle; il y a des enfants qu'il faut pousser et d'autres qu'il faut retenir; il y en a pour lesquels la sévérité est de mise, d'autres au contraire pour lesquels elle est tout à fait contre-indiquée. L'imagination des uns est bornée, celle des autres vagabonde; les mêmes distractions, les mêmes jeux, les mêmes lectures ne conviendront pas aux uns et aux autres. Les fréquentations des enfants, leurs réunions doivent en tout cas être surveillées; pour les raisons exprimées plus haut, il y a des enfants qui se corrompent très facilement au contact de certains camarades, de même que certaines lectures journalières peuvent avoir sur eux une fâcheuse influence. « Si votre fille lit des romans à quinze ans, elle aura des vapeurs à vingt ans. » (Tissot.)

Beaucoup de femmes deviennent hystériques parce qu'elles ne sont pas suffisamment armées pour la lutte pour la vie; elles n'ont pas de par leur nature et leur éducation acquis une endurance à toute épreuve. Elles ne sont pas trempées pour résister aux émotions et aux chocs. Leurs parents ne leur ont pas inculqué la force dans le caractère et ne leur ont pas inspiré « du mépris pour la faiblesse d'esprit et pour ce qu'on nomme la sensiblerie ». Trop égoïstes et trop pusillanimes, elles ont alors recours à des artifices, dans lesquels elles

se complaisent, qu'elles mettent en jeu lorsque les circonstances et l'ambiance s'y prêtent.

En résumé, il faut s'attacher à développer chez l'enfant les facultés de perception, de préférence à l'imagination, à leur inculquer le sentiment du réel et les éloigner le plus possible du rêve et de la fable, à développer l'extériorisation aux dépens de la vie intérieure.

Mais tout ceci regarde plus l'éducateur et le pédagogue que le médecin, qui est rarement consulté. Et cependant, appelé pendant sa longue carrière à suivre des sujets depuis l'enfance jusqu'à l'adolescence, il a acquis une expérience dont il pourrait faire bénéficier bien des familles.

On lui demandera plus souvent son avis au moment de la puberté qui fait surgir parfois, en même temps qu'un bouleversement physique, quelques désordres psychiques. Il y a des jeunes filles qui se font difficilement à l'idée que tous les mois elles seront indisposées et elles ont un moment de révolte contre la nature. Tout d'abord les mères devront les surveiller attentivement à cette époque, et les prévenir au besoin de ce qui doit arriver; il sera utile d'éviter toute cause de surexcitation, de diminuer les fatigues et de recommander le plus grand calme.

Il est presque banal d'ajouter qu'il faut leur ménager des occupations sérieuses et attrayantes à la fois, d'éviter la fréquentation ou plutôt l'abus des bals et des spectacles, de surveiller leurs amitiés les plus intimes, de leur ménager des distractions saines et morales.

Mariage. — Plus tard on viendra encore consulter le médecin sur la grave question du mariage. Voici une jeune fille qui, à plusieurs reprises, a eu des crises de nerfs, sûrement d'origine hystérique. Peut-on l'autoriser à se marier ? Les anciens n'auraient pas hésité à répondre par l'affirmative : *nubat illa et morbus effugiet;* mais leur réponse était dictée par des idées sur la pathogénie de l'hystérie, qui n'ont plus cours aujourd'hui. Les accidents hystériques, crises, paralysies, contractures peuvent être et rester des accidents isolés pendant toute la vie ; mais ils peuvent aussi se répéter avec une très grande fréquence et sous un polymorphisme très riche : ce qui fait la cause de cette répétition intempestive, ce n'est pas l'hystérie elle-même, nous ignorons ce qu'elle est ! c'est la mentalité du sujet. C'est sur elle qu'il faut surtout baser nos prédictions : nous sommes en mesure de présumer ce qu'on peut attendre d'elle dans telle ou telle circonstance de la vie, avec tel ou tel genre d'existence ; notre rôle est assez limité, et nous n'avons qu'à exposer les risques, les dangers ou les avantages que comporte telle ou telle union. Nos conseils sont, d'autre part, assez rarement suivis : les parents sont d'autant moins

scrupuleux à cet égard, qu'ils sont plus pressés de se débarrasser d'un sujet encombrant : eux-mêmes ne sont pas indemnes de toute tare et leur jugement n'est pas impeccable. Par contre, certaines familles qui pèchent par excès de scrupules, n'oseraient prendre sur elles la responsabilité d'un mariage, lorsque leur fille a présenté quelque accident de la névrose, mais souvent nous pourrons dissiper leurs appréhensions et les rassurer avec une quasi certitude si, après connaissance de l'intéressée et des circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident nerveux, nous sommes à même d'apprécier qu'il est isolé et que la mentalité du sujet n'est pas de nature à en faire présager le retour.

Le médecin peut encore être appelé, dans d'autres circonstances, à prévenir la propagation et la dissémination de l'hystérie. Des épidémies d'école ont été plusieurs fois enregistrées : une enfant a des crises de nerfs en classe ; bientôt, sous le coup de l'émotion, par crainte et par esprit d'imitation à la fois, plusieurs élèves sont prises de crises à leur tour. Toute enfant présentant des manifestations morbides bruyantes ne devrait pas être maintenu en classe, qu'il s'agisse de crises d'hystérie ou de crises organiques, telles que l'épilepsie, ou même de maladies telles que les tics ou les chorées, susceptibles de frapper et de retenir l'attention. Consulté sur ce point, le médecin d'école ou de collège doit s'opposer systématiquement à ce qu'on laisse venir en classe de tels enfants, dont la présence est dangereuse à divers égards pour leurs camarades.

III. — TRAITEMENT DES MANIFESTATIONS HYSTÉRIQUES EN PARTICULIER

1°. — Crises.

Rôle de l'ambiance. — Lorsque les crises de nerfs se renouvellent à de courts intervalles, il n'est pas rare que le médecin ait l'occasion d'y assister. Il constate au moins deux choses : du côté du malade, les signes qui appartiennent indiscutablement à la crise d'hystérie, du côté de l'assistance, l'attitude et le nombre des spectateurs qui vont, viennent, s'effraient, se lamentent. Les soins sont multiples et variés ; les uns maintiennent le malade, d'autres lui font respirer de l'éther, lui appliquent des sinapismes ; en un mot, ils font tout le nécessaire pour prolonger la crise et la rendre plus intense. « On peut, en effet, dit Gilles de la Tourette, poser comme règle générale que les soins trop empressés, excessifs, doublent au moins la longueur et l'intensité de la crise ; plus on entoure l'hystérique, plus il se débat,

et souvent l'attaque cesse d'elle-même, lorsque le sujet reste en la seule présence du médecin ou d'une personne qui ne troublent pas ses cris. » S'il est habituel que les hystériques disposent si habilement leurs crises qu'ils ne se blessent jamais, il est tout autant de règle qu'ils ne les ont jamais, lorsqu'ils sont seuls ou du moins tellement isolés, qu'ils ne puissent solliciter aucune attention. On est presque en droit de considérer l'hystérique comme un comédien convaincu, qui joue si bien son rôle qu'il finit par entrer complétement dans la peau du personnage et qu'il ne fait plus qu'un avec lui; mais, pour continuer la comparaison, de même que le comédien qui essuie le feu de la rampe est stimulé par les applaudissements des spectateurs, de même l'hystérique trouve dans la stupéfaction ou l'apitoiement des parents et des amis le meilleur encouragement, et je dirai même la meilleure raison pour continuer. Tous ceux qui compatissent à son mal lui deviennent même des partenaires, et, à son insu, le médecin n'est pas toujours le moins prompt à lui donner la réplique. La crise d'hystérie ne se joue jamais seule et devant des banquettes vides.

Notre premier soin doit être d'éloigner tous les assistants, parents, amis, voisins, et de faire le vide auprès du malade : mesure d'autant plus utile que, parmi eux, il y a souvent une ou plusieurs personnes qui ont joué le rôle d'agents hystérogènes. Que l'on fasse disparaître en même temps toute mise en scène, les serviettes, les draps, toutes sortes d'entraves que l'on a trop souvent employées pour combattre les contorsions et les convulsions. La solitude, le calme, voilà le vrai traitement de la crise d'hystérie. Il est contre-indiqué d'avoir recours aux préparations médicamenteuses, injections de morphine, inhalations de chloroforme, et encore davantage de rechercher l'existence des zones frénatrices : on peut se dispenser, sous prétexte de comprimer les ovaires, d'enfoncer comme jadis le poing dans l'abdomen, et de s'asseoir sur le ventre de la malade. Qu'elle ait la conviction qu'elle n'est pas prise au sérieux, et qu'elle n'est plus intéressante pour la galerie, et toutes ses acrobaties cesseront comme par enchantement. Si elle se fait encore quelques illusions sur la naïveté du médecin, qu'il se retire à son tour, ou bien qu'à la rigueur il lui jette une bonne potée d'eau sur la figure, et il n'y aura plus qu'à baisser le rideau. La comédie est terminée.

On s'est préoccupé souvent, en présence d'une crise d'hystérie, d'éviter le passage à l'état de mal convulsif qui n'est, en somme, qu'un paroxysme prolongé; on avait alors recours à la compression d'une zone frénatrice, à l'hypnotisation. L'état de mal passait-il de

la forme convulsive à la phase léthargique, on cherchait alors les zones frénatrices et momentanément, par la pression, on faisait sortir le malade de son sommeil; la compression une fois suspendue, le sommeil réapparaissait. Il était même préférable de chercher les zones spasmogènes, parce qu'on avait plusieurs fois remarqué que l'attaque de sommeil se terminait spontanément par des convulsions. L'état de mal était-il délirant? on essayait encore de provoquer des convulsions; ou bien par un procédé quelconque de suggestion, que ce soit par l'ouïe ou par la vue, on tentait de modifier le délire dans le sens le plus favorable.

Enfin, pour s'opposer au retour des crises, on s'était appliqué à modifier ces fameuses zones hystérogènes qui jouaient un si grand rôle dans la réédition des phénomènes paroxystiques : on utilisait le transfert et les aimants. « C'est ainsi qu'en plaçant un barreau aimanté près de la région ovarienne droite, par exemple, siège d'une zone hyperesthésique hystérogène, on noterait dans certains cas, au bout d'un temps variable — de quelques minutes, à plusieurs heures — le transfert de la zone et des troubles de la sensibilité cutanée, presque toujours concomitants, sur le côté opposé. Plaçant alors l'aimant à gauche, puis revenant à droite, on observerait des oscillations dans les phénomènes morbides; à chaque passage, l'hyperesthésie allait s'atténuant pour disparaître en fin de compte » (Gilles de la Tourette). On ne met plus en doute l'influence exclusivement suggestive de la métallothérapie (métallothérapie externe de Burq), dont les résultats sont très infidèles. Dans le même but, on a utilisé les courants faradiques, l'électricité statique. Tout cela n'est plus que de l'histoire, on pourrait même ajouter « et du mythe », tellement cela paraît invraisemblable aujourd'hui.

La première crise une fois terminée, que convient-il de faire? Il ne faut pas oublier que cette crise peut rester une manifestation isolée, et que dans un grand nombre de cas elle est accompagnée au moins d'une circonstance atténuante, d'un choc moral très intense. Si la malade n'a jamais eu de crise antérieurement, si l'émotion qu'elle a ressentie est légitime et si les réactions sont seules excessives, il est inutile de prendre d'emblée des mesures radicales. Il suffit de conseiller le calme et le repos, la solitude, de laisser habilement entendre à la malade que, si vive que soit une émotion, elle peut se dispenser de démonstrations aussi tapageuses. C'est question de tact. Ce n'est pas en brusquant et en secouant les malades qu'on en viendra à bout dans de pareilles conditions, c'est par une persuasion douce, par un heureux mélange de raisons et de sentiments qu'on obtient les meilleurs résultats; mais, en soi-même,

il faut toujours faire quelques réserves sur le pronostic. Lorsque le traumatisme moral est justifié et provoqué par un événement dont les effets ne pourront que s'atténuer avec le temps, il y a encore quelques chances pour que la crise ne se renouvelle pas ; mais on ne saurait rien affirmer, parce qu'il faut tenir compte de la mentalité du sujet et qu'on ignore le plus souvent toutes les associations psychiques qu'a évoquées le choc hystérogène. Il n'est pas moins utile de réconforter l'entourage, de telle sorte que l'intéressée se repose dans une ambiance de calme et de sécurité.

Voici, par contre, une autre malade dont la première crise se manifeste en quelque sorte spontanément, sans que la famille ou elle-même en reconnaisse l'origine. Il faut se méfier davantage. Si la cause reste inconnue, si elle n'est pas soupçonnée de la famille, c'est que la malade a de bonnes raisons pour ne pas la dévoiler. Ces causes secrètes prédisposent davantage aux récidives que d'autres : c'est pourquoi il est important de les connaître, et ce n'est généralement pas dans le milieu familial que se feront les confidences : aussi, au premier retour, ne faut-il pas hésiter et conseiller la séparation de milieu et l'isolement.

Il faudra procéder de même vis-à-vis des enfants gâtés qui, dans leur colère, et pour intimider leur famille, se roulent par terre et jouent déjà les crises de nerfs : ces crises précoces appellent une thérapeutique immédiate et sévère. Il en est de même vis-à-vis des adolescents ou des adultes, dont les crises sont intéressées ou bien provoquées par des situations fausses, des cohabitations pénibles, des chagrins conjugaux pas toujours avoués, mais souvent supposés. L'isolement est encore nécessaire pour venir à bout des crises invétérées, passées à l'état d'habitude ou de manie et il doit être prolongé jusqu'à leur disparition complète. Il est, en somme, indiqué chaque fois qu'il existe un agent provocateur permanent dans le milieu habituel ou dans la situation présente du malade, ou bien encore lorsque la mentalité du sujet intervient pour une très large part dans le retour des accidents.

Isolement et psychothérapie. — A lui seul et plus souvent chez les enfants, l'isolement peut arrêter définitivement le retour des crises. C'est qu'il marque le début d'une nouvelle ère : jusqu'ici ils ont mené leurs parents, ils leur ont imposé leurs caprices, mais à l'heure de la séparation, lorsqu'ils se rendent compte que cette fois ils doivent céder et que leur famille reste inflexible, ils ont déjà pris leur parti, les beaux jours sont passés ! Malgré cela, il est utile et même indispensable de doubler les effets de l'isolement en faisant valoir devant ces enfants qu'ils sont leurs propres victimes,

qu'ils ont exploité la bonté et la faiblesse de leur famille, qu'ils ont voulu leur en imposer par des moyens fallacieux qui frisent la ruse et la supercherie. Lorsqu'ils ont atteint un âge plus avancé, que ce sont des adolescents, on peut faire beaucoup auprès d'eux par le sentiment et le raisonnement : ils finissent le plus souvent par dénoncer toute leur tactique, et on peut d'autant plus abuser de leur attention qu'on les tient, et qu'ils sont prévenus qu'on ne les relâchera qu'après guérison complète.

Éclairer la pathogénie de la première crise, rechercher pourquoi et comment elle s'est produite, doit être le premier but que se propose le médecin. Cette enquête ne diffère pas, dans la forme, de celle que j'ai déjà proposée dans les premières pages de ce livre. Il faut partir de ce principe qu'à l'origine de tous ces accidents nerveux il y a eu une cause morale, que ce soit une émotion, un chagrin, une préoccupation, un souci, voire même dans quelques cas un intérêt. C'est ce motif qu'il faut découvrir, c'est lui qui sert de base aux suggestions ou aux représentations plus ou moins imaginatives, ou même aux émotions qui entraînent la répétition des crises : pour combattre par la psychothérapie ces divers processus psychiques il faut, au préalable, avoir pu les étudier et les analyser, et il est indispensable de connaître la cause qui les a suscités. La méthode de psychoanalyse de Freud, qui a été exposée plus haut (page 60) ne repose pas sur une autre principe ; la principale critique qu'on peut lui faire est d'orienter l'interrogatoire exclusivement vers les traumatismes de la vie sexuelle et d'admettre en principe que tous les actes, tous les phénomènes de la vie psychique leur sont intimement liés. Cela peut être vrai dans quelques cas, mais ce n'est pas une règle absolue.

Provoquer les confidences du malade n'est pas toujours chose facile, d'autant plus que beaucoup d'hystériques gardent très jalousement leurs secrets, et cela est pourtant nécessaire ; sans cette confidence, les crises peuvent momentanément se suspendre, on ne saurait garantir que plus tard elles ne récidiveront pas. Chez les enfants, cette cause est souvent plus facile à surprendre, leur vie se passe dans un cercle plus étroit et les conditions dans lesquelles les crises sont apparues sont ordinairement plus apparentes : chez l'adulte, au contraire, dont la vie est déjà plus compliquée et s'écoule dans un champ d'idées et d'incidents plus vaste, le motif a pu passer tout à fait inaperçu ; le malade peut avoir des raisons spéciales pour le dissimuler à ses parents, que ce soit par crainte, par orgueil, par jalousie, par intérêt, ou même par vengeance. Chez beaucoup de femmes, les crises sont souvent occasionnées et entretenues

par les déceptions de la vie conjugale, par les infidélités du mari, par les inimitiés de la belle-mère, quelquefois même par des motifs encore plus intimes, des peines de cœur, un amour contrarié ou non partagé : ce sont de ces tracas moraux que l'on cache volontiers au plus profond de soi-même et qui, d'ailleurs, font d'autant plus de mal qu'ils ne peuvent s'épancher. Dans ces conditions, les nerfs que la malade sent à fleur de peau se soulagent en se déchargeant, et la crise est pour elle un remède à la surexcitation antérieure dont elle souffre.

C'est cet aveu qui constitue le premier pas et c'est celui qui coûte le plus : c'est le point le plus délicat de la psychothérapie. Celui qui a réussi à l'arracher est à peu près sûr de guérir sa malade ; parce qu'il a désormais sa confiance : avec beaucoup de sentiment et un peu de logique il viendra à bout du reste. Mais tout cela suppose qu'on se trouve en présence d'une mentalité assez bien équilibrée : la tâche est autrement plus difficile quand on se trouve en présence de débiles, de dégénérés, de mythomanes, chez lesquels les meilleurs arguments se heurtent à une mauvaise volonté et à des entêtements inébranlables, sur lesquels ils n'ont pas prise ; certes il est préférable de commencer par les moyens de douceur, mais si rien n'y fait, il faut se montrer sévère et laisser comprendre à l'hystérique qu'on ne cèdera pas. Il doit en être de même pour les enfants gâtés, susceptibles, rancuniers, autoritaires ; pour soigner des hystériques on dit couramment qu'il faut une main de fer sous un gant de velours ; vis-à-vis de ces derniers malades je ne pense pas qu'il y ait d'inconvénient à se déganter. Chez les enfants, en général, la suggestion impérative réussit souvent mieux que la persuasion ; la menace et l'intimidation sont d'autant plus aisées à manier, qu'on se sent vis-à-vis d'eux plus d'autorité.

D'ailleurs, il faut savoir être éclectique et on ne saurait formuler que des règles très générales ; chaque cas particulier comporte des indications spéciales suivant le caractère, le tempérament, la mentalité, les conditions sociales, les causes, les réactions individuelles ; avant de manœuvrer, il est utile de reconnaître les accidents du terrain.

L'isolement, associé à la psychothérapie, donne des résultats excellents dans le traitement des crises d'hystérie : la guérison est, pour ainsi dire, constante, lorsqu'elles ne sont pas par trop invétérées. Quel que soit le nombre des crises avant le début du traitement, il est exceptionnel qu'elles ne disparaissent pas dans les premiers jours qui suivent la séparation du milieu : le plus souvent même elles ne se reproduisent pas, dès que les malades ont franchi

la porte de l'établissement dans lequel ils vont se soigner. Pour consolider la guérison, l'isolement doit être prolongé pendant plusieurs semaines; la psychothérapie quotidienne assure alors la guérison définitive, en détruisant l'aptitude hystérogène qui, sans elle, pourrait encore faire des siennes, lorsque les malades sont rendus à leurs familles.

2°. — Paralysies et contractures.

Ce qui est vrai pour les crises hystériques l'est également pour les paralysies et les contractures.

Il y a des malades qui ont été guéris brusquement et définitivement par la suggestion impérative seule ou combinée à la persuasion ; il y en a beaucoup aussi qui résistent à ce procédé et qui guérissent plus lentement par l'isolement et la psychothérapie, auxquels on adjoint presque toujours la rééducation. Celle-ci, agit, il est vrai, le plus souvent en renforçant la suggestion.

On retrouve ici, comme facteurs pathogéniques, la suggestion et l'imitation souvent liées à une émotion, la simulation ; la constitution mentale du sujet entre également en ligne de compte, surtout au point de vue du pronostic : les malades ne se laissent suggestionner et persuader que s'ils le veulent bien.

Ce sont des accidents qu'il importe de traiter le plus tôt possible ; leur ténacité est en effet d'autant plus grande qu'ils durent depuis longtemps, et Charcot se plaisait à répéter « qu'il ne faut pas laisser traîner les contractures ».

Paralysies et contractures s'observaient très fréquemment autrefois à la Salpêtrière, lorsque la culture de l'hystérie fut poussée à l'extrême ; elles se produisaient assez fréquemment à la période terminale des paroxysmes, et pour expliquer la contracture, on mettait en cause la diathèse du même nom, qui a tenu une si grande place dans la conception de l'hystérie. Ce genre de contracture cédait d'ailleurs assez rapidement à la malaxation des muscles : lorsqu'elle se localisait sur les muscles fléchisseurs, il suffisait de manier les extenseurs, c'est-à-dire les antagonistes pour la voir disparaître presque aussitôt. Ces contractures ont diminué considérablement de fréquence depuis que les crises elles-mêmes se font rares ; le milieu si spécial de la Salpêtrière, dans lequel affluaient paralysies hystériques et paralysies organiques, était éminemment propre à les faire naître.

Toutes les contractures hystériques ne surviennent pas dans les mêmes conditions : les plus importantes à connaître sont celles qui

s'installent lentement, insidieusement, dans l'espace de quelques jours à quelques semaines, ou même brusquement, mais sans être précédées par une crise. La coxalgie hystérique est un exemple des plus typiques. On insistait également sur la superposition de zones hyperesthésiques, elles sont loin d'être aussi constantes qu'on le prétendait et la suggestion médicale a dû contribuer plus d'une fois à les créer. Divers procédés thérapeutiques ont été mis en usage : ce sont toujours les mêmes que pour les autres manifestations de la névrose: l'électricité faradique et statique, le massage, la chloroformisation; on a recommandé aussi les appareils plâtrés, mais leur valeur a été diversement appréciée par les auteurs. Ces agents thérapeutiques n'intervenaient pas par leurs propriétés intrinsèques, mais par leur vertu suggestive.

Dans la plupart des cas, le diagnostic de la contracture organique est des plus faciles : si par hasard il y a hésitation sur la possibilité de l'origine articulaire de la contracture, il faut, avant toute tentative thérapeutique, procéder à l'examen de l'articulation sous le chloroforme ou même par la radiographie. L'examen chloroformique a encore l'avantage de renseigner sur l'existence de rétractions fibro-tendineuses qui ne sont pas exceptionnelles dans les contractures de vieille date, et on peut en profiter pour commencer à les rompre.

C'est toujours la suggestion que l'on emploie dans le traitement de ce genre d'accidents ; elle réussit quelquefois d'emblée dans les cas récents, soit sous la forme impérative, soit sous la forme impérative et persuasive. On commence par affirmer au malade que la contracture n'est pas durable, qu'il guérira inévitablement ; au reste, la contracture siège-t-elle au membre supérieur, on insinue adroitement qu'il est beaucoup plus maître d'étendre son bras qu'il ne le croit tout d'abord, surtout s'il veut bien faire un grand effort, et on lui prescrit d'essayer d'étendre son bras (s'il s'agit d'une contracture en flexion du membre supérieur), en rassemblant toutes ses forces et son attention. On l'aide un peu au besoin, en tirant sur la main et dès que le bras s'est légèrement étendu, on souligne le résultat obtenu par le malade, grâce à ses efforts. On peut encore ajouter l'effet psychique de l'effleurage, en le prévenant qu'il est toujours suivi de bons résultats et qu'il contribue très activement à relâcher les muscles. L'électricité aurait les mêmes vertus, à la condition qu'elles soient vantées par le médecin.

En résumé, le meilleur traitement à opposer aux contractures consiste dans la suggestion associée à la rééducation des mouvements, et il faut comprendre ici la suggestion dans son sens le

plus large : suggestion directe et suggestion indirecte (électricité, massage, mobilisation, etc.). Souvent ces manœuvres ne suffiront pas, et ici encore, en présence d'accidents ayant trop longtemps duré, l'isolement et la psychothérapie conservent toute leur valeur. Il faut persuader au malade qu'il peut, qu'il doit et surtout qu'il veut guérir ! Le succès dépend avant tout de sa bonne volonté.

3°. — Traitement des divers accidents hystériques.

Les considérations précédentes s'appliquent presque intégralement à tous les accidents de l'hystérie : l'astasie-abasie, les tremblements, les chorées rythmées, les spasmes, etc. Se trouve-t-on, par exemple, en présence d'un astasique-abasique, c'est-à-dire d'un malade qui, malgré la conservation de toutes les fonctions sensitivo-motrices et des coordinations partielles, est incapable de se tenir debout et de marcher, tandis qu'il est souvent capable de sauter, de danser, etc., on peut tout d'abord essayer de la suggestion directe, impérative, mais il est préférable d'employer simultanément la suggestion et la persuasion et d'y adjoindre la rééducation des mouvements. Les tremblements, les chorées rythmées seront traités par des séances d'immobilisation de plus en plus longues. Il est bien rare que tous ces moyens réussissent dans les cures à domicile, et surtout quand on s'attaque à des accidents dont le début remonte assez loin et alors, cette fois encore, on aura recours à l'isolement et à la psychothérapie.

Il est habituel que l'aphonie, le mutisme, l'aphasie hystérique cèdent assez facilement ; le mutisme, qui s'installe presque toujours à la suite d'émotions violentes, disparaît bien souvent après quelques heures ou quelques jours de séparation.

Enfin qu'on se rappelle toujours, en présence d'accidents qui paraissent bizarres, que, si parfois l'hystérie et la simulation en sont la cause immédiate, souvent aussi ils doivent être attribués à une tout autre origine. Cette réflexion s'applique à toutes les manifestations dites viscérales de l'hystérie : hématurie, hémoptysie, polyurie, anurie, etc.

La léthargie ou le sommeil hystérique était traitée autrefois par la compression de zones frénatrices ou au contraire hystérogènes ; on avait remarqué, en effet, que les accès de léthargie se terminaient par des crises convulsives : en les provoquant on espérait faire cesser le sommeil. On profitait encore des retours momentanés à l'état de veille pour faire de la suggestion hypnotique. Des dormeuses célèbres, dont

le sommeil se prolongeait des semaines et même des mois, ont défrayé la chronique des journaux : quelques-unes ont dû être nourries à la sonde, les autres trompaient la surveillance et se nourrissaient dans les moments de solitude ; en tout cas, la réclame que l'on faisait autour d'elles, les visites et les curiosités dont elles étaient l'objet étaient le meilleur moyen de prolonger leur état. Dans l'intérêt de la malade (car il s'agit presque toujours de femmes) aussi bien que dans celui du voisinage — ces cas ne restant pas toujours isolés — le changement de milieu, avec isolement, est l'unique remède : c'est à la fois une mesure de thérapeutique et d'hygiène.

Épidémies. — Les épidémies hystériques sont devenues fort rares à notre époque ; mais dans le cas où elles viendraient à se produire, elles sont justiciables des procédés de rigueur. La dissolution des groupements contagionnés est le meilleur remède et c'est ainsi que se sont terminées les épidémies de couvent et autres épidémies semblables des siècles passés. Cependant lorsque l'épidémie ne porte pas sur un groupement circonscrit, mais diffus, au contraire, comme cela a eu lieu au XVIII^e^ siècle pour les convulsionnaires de Saint-Médard, toute tentative de répression ou de persécution avive les foyers, multiplie les accidents (Carré de Montgeron). L'ordonnance du roi (1732), prescrivant de fermer la porte du petit cimetière de Saint-Médard.., avec défense de l'ouvrir un mois, a définitivement constitué l'épidémie qui ne s'éteignit ensuite que lentement : elle n'avait pas complètement cessé en 1760.

Hystéro-traumatisme. — Parmi les causes des accidents hystériques, le traumatisme occupe une place importante. Les crises, les paralysies, les contractures s'installent souvent à la suite d'un traumatisme plus ou moins violent, soit immédiatement après l'accident, soit dans un délai plus ou moins long ; les accidents de chemin de fer et de voiture sont particulièrement fertiles en complications de cet ordre. On a discuté très longtemps sur le mécanisme qui précède leur apparition ; aujourd'hui l'accord semble s'être fait à ce sujet.

Les troubles nerveux peuvent être de deux ordres : ou bien ils sont de nature organique, et dans ce cas ils sont produits par la commotion ou la contusion des centres nerveux, ou bien ils sont purement fonctionnels et rentrent dans le cadre des névroses traumatiques.

Les névroses traumatiques ne sont des névroses spéciales que par leur étiologie ; elles sont sous la dépendance d'un état mental particulier et les symptômes auxquels elles donnent lieu sont ceux de la

neurasthénie ou de l'hystérie : d'où le nom de neurasthénie et d'hystérie traumatiques.

Les symptômes de l'hystérie traumatique ne différant pas de ceux de l'hystérie ordinaire, sont justiciables de la même thérapeutique : il n'y aurait pas lieu d'y insister, si ces accidents ne présentaient une ténacité et une persistance tout spéciales, lorsque par les conditions dans lesquelles ils sont survenus, le trauma est devenu le point de départ de revendications et de procès. Supposons qu'un individu, pris dans un accident de chemin de fer, soit atteint dans les jours qui suivent l'accident d'une paralysie ou d'une contracture, et qu'il réclame une indemnité à la compagnie soit pour l'incapacité provisoire du travail, soit pour infirmité définitive ; il n'y a guère de chance qu'il guérisse tant que l'indemnité ne sera pas accordée ou que le procès — dans le cas où cette indemnité serait contestée — sera en cours. Au contraire un très grand nombre de ces troubles nerveux disparaîtront comme par enchantement, dès que les malades auront obtenu leur indemnité ou gagné leur procès.

On ne peut nier que dans ce cas l'espoir ou le règlement de l'indemnité ne provoque ou n'entretienne les troubles nerveux ; à plus forte raison doit-il en être ainsi lorsque le droit à l'indemnité est reconnu d'avance par une loi. C'est pourquoi tous ces troubles nerveux, rangés autrefois dans l'hystérie traumatique, ont augmenté en France dans des proportions considérables depuis l'application de la loi sur les accidents du travail.

Les troubles nerveux dépendent dans ce cas non pas de l'intensité du traumatisme, mais de ce que l'intéressé a la notion que tous les accidents survenus au cours du travail lui donnent droit à une indemnité et que cette indemnité est proportionnelle au degré de l'incapacité. La plupart de ces troubles ne surviennent pas immédiatement après le trauma, mais dans les jours qui suivent. Il y a des cas dans lesquels le traumatisé trouve dans sa propre mentalité tous les éléments constitutifs de la complication nerveuse, quelquefois il s'agit d'une création complète, quelquefois aussi de la prolongation d'une impotence réelle, mais momentanée, provoquée par le traumatisé ; il y a aussi des cas dans lesquels ce sont des suggestions plus ou moins intéressées du dehors, qui viennent souffler au traumatisé sa conduite et le guider dans l'élaboration des troubles nerveux. Il est incontestable que, dans un très grand nombre de cas, cette pathologie des accidents du travail ne soit le résultat de la suggestion exercée sur le traumatisé par la perspective d'une indemnité ou d'une rente, ou de la

simulation pure. C'est à l'ensemble des troubles nerveux survenus dans ces conditions que Brissaud a donné le nom de *sinistrose :* en dehors des manifestations hystériques, les symptômes les plus habituels sont la céphalée, les vertiges, l'insomnie, l'irritabilité du caractère ; ceux-ci peuvent même exister seuls et, par leur groupement, pasticher un syndrome neurasthénique. Il ne faudrait pas cependant en conclure que toutes les complications nerveuses des accidents du travail rentrent dans la sinistrose.

La plupart des individus atteints de sinistrose sont rebelles à la psychothérapie, et quelle psychothérapie pourrait en effet lutter contre l'appât du gain !

Il y aurait donc tout intérêt à régler le plus vite possible la question d'indemnité en cas d'accident du travail, aussi bien dans l'intérêt de l'ouvrier que dans celui du patron ou de la compagnie d'assurances. Il faudrait en outre faire soigner les malades, dès l'apparition des troubles nerveux, dans des établissements spéciaux, à l'abri des mauvaises sollicitations du dehors. Enfin, dans les certificats qu'ils délivrent, les experts devraient insister sur le délai qui s'est écoulé entre le traumatisme et les premiers troubles nerveux, sur leur nature purement fonctionnelle et sur l'état mental spécial qui préside à leur éclosion. Des certificats ainsi établis par Brissaud ont éclairé le tribunal qui a débouté de leur demande les réclamants. Des jugements rendus dans ce sens sont encore la meilleure prophylaxie que l'on puisse opposer à la propagation et à la généralisation de cette pathologie artificielle.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE

I. — UTILITÉ DE DÉLIMITER LA NEURASTHÉNIE.

Le mot neurasthénie est employé aujourd'hui pour désigner des états ou des maladies si diverses, qu'il entraîne des confusions regrettables non seulement dans l'esprit du public, mais encore — ce qui est plus fâcheux — dans les consultations médicales et les livres médicaux. C'est un terme commode pour le praticien qui ne se soucie guère de faire un diagnostic précis, ou qui préfère dissimuler au malade et à sa famille la nature véritable des troubles qu'il accuse, et éviter une étiquette susceptible de leur porter quelque préjudice. Neurasthéniques : les mélancoliques avec ou sans anxiété, avec ou sans idée délirante! Neurasthéniques : les persécutés ! Neurasthéniques : les scrupuleux, les obsédés, les impulsifs, les phobiques, les dégénérés ! Neurasthéniques : les paralytiques généraux ! Neurasthéniques : tous ceux qui peuplent les asiles ! Neurasthéniques encore tous ceux dont le suicide s'étale dans les colonnes des journaux quotidiens. Pour avoir masqué notre ignorance et préservé bon nombre d'aliénés du diagnostic qui leur convient, le mot neurasthénie signifie tout et, par suite, ne signifie rien. Ceux auxquels il s'appliquerait le mieux sont injustement confondus avec les divers types de l'aliénation mentale et seraient par suite fondés à se plaindre d'un abus qui jette quelque discrédit sur le diagnostic dont on les gratifie.

La neurasthénie a perdu ainsi peu à peu le sens que lui avait donné Beard en 1868 ; peut-être pourrait-on reprocher aussi à cet auteur, qui n'a fait que découvrir le nom et non la chose, de ne pas avoir suffisamment précisé les limites de la maladie et d'avoir laissé aux flancs de l'édifice trop de place pour les annexes.

La neurasthénie de Beard n'est-elle pas plutôt un syndrome qu'une maladie, syndrome peut-être moins important par lui-même que par les associations morbides qu'il contracte et que par la mentalité des sujets chez lesquels il se développe? C'est ce qu'il convient d'étu-

dier avant de définir la part qui revient à la psychothérapie dans le traitement de cette affection.

Il faut ramener la compréhension du mot neurasthénie à son sens étymologique tout court : faiblesse nerveuse, et le syndrome neurasthénique à l'ensemble des symptômes, dits stigmates neurasthéniques, par lesquels se manifeste cet état d'épuisement nerveux. Il est nécessaire d'en distraire, ne serait-ce que pour la commodité de la description, divers accidents névropathiques ou mentaux qui ne rentrent pas dans le cadre de ce syndrome, mais qui surviennent souvent — pour ne pas dire toujours — à titre d'épisodes, d'associations ou même de complications.

Ce n'est qu'après avoir défini ce syndrome et tracé les limites qui le séparent de l'hypocondrie, de la mélancolie, de la psychose maniaque dépressive, de la cyclothymie, que pourront être étudiées les formes de la neurasthénie, et leurs rapports avec l'hystérie, la suggestion ou la dégénérescence mentale et ses diverses manifestations : scrupules, phobies, obsessions, manies, impulsions, etc.

I. — ÉLÉMENTS FONDAMENTAUX DU SYNDROME NEURASTHÉNIQUE.

Si la neurasthénie est bien réellement en principe la faiblesse nerveuse, une telle définition se base beaucoup plus sur la description que donne le malade de ses sensations ou de ses sentiments que sur un ensemble de signes accessibles à l'observation du médecin : c'est le cas de dire qu'on fait davantage le diagnostic sur parole qu'après examen. Cette faiblesse nerveuse est moins démontrée que déduite du récit du malade, de ses interprétations et de ses comparaisons ; il accuse presque toujours dans ses moindres actes une sensation de fatigue, pénible, irritante, presque obsédante, tant elle remplit la conscience et fixe l'attention. C'est pourquoi certains auteurs définissent la neurasthénie : épuisement nerveux, fatigabilité nerveuse. Avant d'accepter une telle conception, il est indispensable de serrer de près les arguments qu'on a invoqués pour admettre l'existence réelle d'un phénomène essentiellement subjectif : et nul n'ignore à quel point est hypertrophiée la subjectivité du neurasthénique.

Tandis qu'il est nécessaire d'interroger les malades sur la nature et la forme de leurs malaises et de leurs souffrances, le neurasthénique devance le médecin ; il a fait lui-même son questionnaire et il y a répondu sans ménager ni son temps ni son imagination, tant il redoute, au cours de la consultation qu'il vient chercher, de

laisser un point dans l'ombre, d'omettre un détail. A peine a-t-il pénétré dans le cabinet du médecin qu'il sort de sa poche la petite notice, en s'excusant, avec quelque émotion... ; à cette simple exhibition, le diagnostic est déjà fait ; c'est qu'en effet le malade au petit papier est un type bien particulier, que nous reconnaissons tous sans hésitation. Pour celui qui veut lire entre les lignes, il y a plus que de l'analyse et des mots soulignés dans ce grimoire, il y a sa mentalité ; pour s'en excuser, le neurasthénique incrimine sa mémoire ; ne serait-il pas plus sincère en avouant sa crainte de ne pas tout dire ?

Asthénie. — Le principal de ces stigmates est l'asthénie : asthénie nerveuse, asthénie psychique, asthénie musculaire. L'asthénie psychique sera étudiée plus loin avec les troubles psychiques et la mentalité du neurasthénique.

Dans les formes les plus sévères, les malades se déclarent incapables de tout effort ; ils ont de la peine à se lever, à se tenir debout pour faire leur toilette, la marche est pénible ; ils n'avancent que lentement, le corps plié en deux, en se traînant, en s'appuyant aux personnes ou aux objets qui les entourent, ils ont à peine fait quelques pas qu'ils doivent s'asseoir. Quelques-uns ne peuvent monter ou descendre les escaliers et sont réduits à se faire porter ; il en est qui ne peuvent abandonner le décubitus horizontal ; le moindre mouvement de la tête est insupportable et ils doivent sans cesse la soutenir. A ce degré, les mouvements isolés des membres leur coûtent un effort, même pour serrer la main d'un ami ou saisir un objet ; l'élévation des bras est lente et sans énergie. Il en est même qui mesurent leurs mots et ouvrent à peine la bouche pour parler.

Dans les formes les plus légères, les malades accusent simplement une fatigue plus rapide : leurs efforts sont limités dans le temps et dans l'espace. Ils peuvent encore vaquer à leurs occupations habituelles et exercer leur profession, mais c'est tout ce qu'on peut exiger d'eux : au delà c'est l'incapacité.

Entre les formes les plus graves et les plus légères, on peut observer tous les intermédiaires.

L'asthénie musculaire des neurasthéniques se présente avec des caractères assez spéciaux ; elle n'est en rien comparable à l'asthénie des addisonniens, de certains diabétiques et des divers malades qui sont atteints d'une affection organique du système nerveux. Elle est plus marquée le matin au réveil et s'atténue au début de l'après-midi pour descendre à son minimum le soir. A ce point de vue elle diffère de la fatigue physiologique.

Les rêves et principalement les rêves sexuels, les pollutions nocturnes contribuent à l'exalter.

Elle est assez capricieuse et assez élective dans ses manifestations. Tel neurasthénique ne peut exécuter certains mouvements et affronter certains exercices, alors qu'il pourra accomplir des mouvements plus compliqués et se livrer à des exercices qui exigent plus d'efforts. Tel malade qui affecte de ne pouvoir travailler ou marcher, retrouvera brusquement bras et jambes dans un mouvement d'oubli et de distraction. Ces bizarreries ne restent pas toujours inaperçues aux personnes de l'entourage, ce qui leur fait mettre en doute la bonne foi et la sincérité des malades et les fait traiter de malades imaginaires ; appellation, il est vrai, injustifiée.

Interroge-t-on les malades sur la cause de leur asthénie? La plupart répondent qu'ils sont fatigués, épuisés, qu'ils n'ont plus d'énergie; plus rarement ils déclarent qu'il leur semble être paralysés. Ils le disent dans des termes plus ou moins imagés, quelquefois aussi avec un luxe de métaphores et d'expressions, dont ne se servent pas les autres malades. Leur demande-t-on, pour éprouver le degré de conservation de leur énergie, de faire un effort, d'esquisser un mouvement : ils refusent net tout essai, en déclarant que cela leur est impossible.

Le sentiment d'impuissance, de fatigue, d'épuisement s'accompagne souvent de sensations pénibles dans les membres. Les malades se disent fatigués, courbaturés, comme s'ils avaient fait de longues courses ou exécuté un travail au dessus de leurs moyens.

En réalité la fatigue n'existe pas, car il n'y a pas de fatigue sans effort et sans travail ; il existe par contre une sensation de fatigue, ce qui n'est pas tout à fait la même chose. La fatigue ou l'asthénie musculaire ne peuvent être vérifiées, contrôlées par l'observation ou l'expérimentation : l'observation tendrait plutôt à en faire douter, ne s'en rapporterait-on qu'à ces bizarreries qui ont été signalées quelques lignes plus haut. La sensation ou le sentiment de fatigue et la réduction de l'effort sont les deux seuls points sur lesquels il ne saurait y avoir discussion : mais faut-il encore les interpréter et on n'a guère éclairci le mécanisme de l'asthénie en invoquant de grands mots vides de tout sens, tels que la diminution de tension ou de potentiel. L'explication sera peut-être plus aisée, lorsque les autres stigmates de la neurasthénie auront été passés en revue et rapprochés les uns des autres.

Insomnie. — La nuit amène avec elle d'autres incommodités dont la principale est l'insomnie. Elle est précoce et rarement absolue : les malades éprouvent avant tout de la peine à s'endor-

mir : le sommeil est irrégulier, entrecoupé ; comme le fait remarquer Levillain. « Souvent même ce n'est qu'une sensation exagérée d'une insuffisance en réalité très restreinte. Certains neurasthéniques dorment en effet plus qu'ils ne le croient ; mais ils croient avoir peu dormi, parce qu'ils ont été souvent réveillés, et que le matin ils ne se sentent aucunement reposés, quand ils ne sont pas plus fatigués ; c'est du reste un phénomène fréquent et remarquable de cette affection que certains symptômes et plus fréquement la courbature musculaire, la céphalée, l'impuissance intellectuelle sont plus accusées le matin que le soir. » Et voici l'explication que propose le même auteur : « Le phénomène peut s'expliquer de deux manières, soit que le sommeil ait été agité, pénible, plein de rêves et d'obsessions et par suite fatigant, soit que l'*inirritation* du repos nocturne ait exagéré les phénomènes de l'épuisement nerveux. » La première hypothèse n'est valable que pour les neurasthéniques qui ne dorment pas ; elle ne l'est pas pour ceux dont le sommeil n'est ni interrompu ni agité ; la deuxième hypothèse me paraît tout à fait illogique. N'est-ce pas plutôt parce que après l'oubli du sommeil le malade se trouve de nouveau, tout d'un coup, face à face avec ses malaises et ses ennuis, et qu'il n'a pas encore eu le temps de s'y habituer : la transition brusque du sommeil à l'état de veille, le passage de l'oubli à la réalité me paraît être la condition essentielle de ce regain de morbidité.

Céphalée. — La céphalée est, avec l'asthénie ou plutôt la sensation de fatigue, un des stigmates les plus constants de la neurasthénie. Elle n'a aucun des caractères de la migraine ou de la névralgie du trijumeau. Les malades usent très volontiers de comparaisons pour les décrire ; les suivantes sont le plus fréquemment employées : ce sont la sensation de poids ou de casque, l'étau circulaire ou un cercle de fer, une bague très lourde dont le chaton serait fixé à l'occiput, une calotte de plomb, etc., les nerfs se nouent dans la tête. La description se renforce généralement d'une mimique expressive, d'un regard qui cherche à en imposer, d'un geste approprié : le malade les développe volontiers, il analyse les sensations qu'il éprouve pour lui-même et pour les autres : ce sont les exacerbations par le port du chapeau, les points maxima au front et à la nuque, les redoublements sous l'influence de l'effort, de la fatigue, des émotions, des mouvements ou des déplacements trop brusques, d'une lumière très vive : l'atténuation dans la position horizontale, lorsque la tête est immobilisée et bien soutenue. Chez les uns, la douleur est surtout profonde, chez les autres, elle est plus superficielle, à fleur de peau : le simple contact du peigne ou de la brosse, le poids de la coiffure chez la femme sont intolérables. La céphalée

est tenace, quelquefois même obsédante et énerve davantage par sa persistance que par son intensité.

Les malheureux patients dont la céphalée est occasionnée par l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, comme dans les tumeurs de l'encéphale ; ceux qui sont en proie aux élancements atroces de la prosopalgie sont plus sobres dans leurs plaintes et dans leurs descriptions.

Rachialgie. — La céphalée s'associe souvent à la rachialgie qui présente, elle aussi, ses points maxima à la nuque, aux lombes : la douleur est généralement profonde ; le malade se plaint de craquements articulaires et y attache une grande importance; mais quelquefois elle est également superficielle, le contact des vêtements, de l'eau froide ou chaude, la fait apparaître ou l'augmente, elle s'exalte pendant la station debout et la marche. Les malades ne se contentent pas d'expliquer leurs sensations, mais encore ils les interprètent suivant le siège de la douleur; ils se croient atteints de lumbago, de rhumatisme articulaire, de pleurésie, etc.

La rachialgie est liée en partie à l'asthénie : les sensations dont elle est faite sont très comparables aux sensations de courbature des membres ou aux sensations de fatigue que le malade perçoit dans tout le corps. C'est elle qui commande la difficulté qu'éprouvent beaucoup de neurasthéniques à mobiliser la tête et à la redresser en arrière : voyez, disent quelques-uns, je ne puis exécuter ce mouvement et simultanément ils tentent, au prix d'un grand effort, de relever la tête, mais à un autre moment, où leur attention sera distraite, ils feront la même manœuvre sans gêne et sans s'en apercevoir.

En somme, quel que soit le siège des sensations de fatigue ou de courbature, quels que soient les points maxima de l'asthénie musculaire, il semble que si on s'en rapporte non seulement aux impressions ou aux paroles du malade, mais encore à l'observation, je dirais volontiers à la surveillance prolongée de leur existence et de leurs actes, — et nous n'avons pas à notre disposition d'autre moyen de contrôle — on est en droit de supposer que l'asthénie musculaire est plus apparente que réelle. Elle est intimement liée à la sensation de fatigue, à la crainte de l'exagérer par l'exercice et par le mouvement, et aussi à l'illusion fausse de l'impuissance, qui a pour point de départ cette sensation.

En présence du médecin ou dans certaines circonstances, dans certains moments, l'effort est impossible ou vain ; mais ailleurs, et surtout lorsque l'esprit du malade est distrait, les mêmes muscles

qui ont refusé d'obéir à la volonté, se contractent avec la plus entière soumission. L'asthénie musculaire n'est donc pas un phénomène permanent, elle est essentiellement variable dans ses manifestations et dans son intensité : tandis qu'elle est à son maximum dans les mouvements, qui exigent une intervention plus effective de la volonté, elle est souvent absente dans les mouvements spontanés ou automatiques.

On ne saurait donc l'envisager comme un phénomène occasionné par une lésion organique ou même par un trouble survenu dans la fonction des organes ou des muscles. Pour des raisons identiques, elle n'est pas davantage d'origine nerveuse, si on entend par là un trouble fonctionnel des éléments nerveux, cellules ou fibres qui actionnent les muscles : ce sont des points qui seront, d'ailleurs, discutés plus utilement au chapitre de la pathogénie. Les mêmes considérations s'appliquent naturellement à la céphalalgie et à la rachialgie.

Il y a, cependant, une réserve à faire pour les neurasthéniques qui ont subi de grands amaigrissements et dont le poids est descendu à plusieurs kilos au-dessous de la normale, ainsi que pour ceux qui se condamnent à l'inertie, dont la faiblesse musculaire est occasionnée à la fois par le manque d'entraînement et l'insuffisance de l'alimentation.

Troubles gastro-intestinaux. — La dyspepsie est encore comptée par Charcot et par les classiques comme un des stigmates fondamentaux, bien que, de l'aveu de Charcot lui-même, elle puisse faire défaut. Par contre, quand elle existe, elle peut accaparer à un tel point l'attention du malade, qu'elle semble constituer à elle seule toute la maladie, et qu'elle a été considérée par beaucoup d'auteurs comme la cause principale.

L'estomac est douloureux spontanément et à la pression ; la douleur s'exagère après les repas ; les digestions sont lentes et pénibles et s'accompagnent de sensations variées : tension, ballonnement, torsion, brûlure, tiraillements, et de phénomènes divers : éructations, rougeurs, tachycardie, lassitude et torpeur intellectuelle. Souvent la langue est blanche et épaisse.

L'organe se vide moins facilement; il descend souvent très bas au-dessous de ses limites normales, et le clapotage peut être perçu très au-dessous de l'ombilic. En un mot, il est dilaté. Sous l'inspiration de Ch. Bouchard cette dilatation a joué un très grand rôle dans la pathogénie de la neurasthénie, mais on en est revenu et la mode en est passée. C'est le sort d toutese les doctrines hâtives, édifiées systématiquement sur un petit point d'observation et surtout sur

l'interprétation d'un symptôme dont la valeur n'a pas été suffisamment discutée.

Nous savons aujourd'hui que le clapotage peut exister chez des sujets normaux, et le clapotage perçu au-dessous de l'ombilic dans la région sous-ombilicale n'a aucune signification quant aux dimensions de l'estomac (Leven et Barret). Inversement le clapotage peut faire défaut sur des estomacs dilatés. La radioscopie a permis de résoudre définitivement ces divers problèmes. De même le clapotage intestinal ne peut être différencié du clapotage stomacal, si ce n'est encore par la radioscopie. Pour Leven et Barret, l'estomac est dilaté quand le remplissage n'est plus normal, c'est-à-dire qu'il est graduel au lieu d'être immédiat, « alors même que le clapotage fait défaut et que les dimensions du viscère ne sont pas considérables ».

A la dilatation d'estomac a succédé la ptose, à laquelle on n'a pas fait jouer un moindre rôle dans la pathogénie de la neurasthénie. La ptose ne peut être réellement diagnostiquée par la simple palpation. Un estomac ptosé est un estomac dont la grosse tubérosité est détachée du diaphragme ; ainsi définie, la ptose est rare et ne peut être diagnostiquée sans le secours de la radioscopie ; dans les cas considérés comme des ptoses gastriques, nous avons toujours trouvé, disent Leven et Barret, le contact parfait de la zone en dôme (c'est-à-dire de la grande tubérosité et du diaphragme).

Aujourd'hui on n'incrimine donc plus ni la dilatation gastrique, ni la ptose gastrique dans la pathogénie de la neurasthénie, et nous venons de rappeler le peu de cas qu'il faut faire des soi-disant signes de dilatation ou de ptose.

La dyspepsie n'en existe pas moins et elle aura souvent un retentissement sérieux sur l'état général. Pour éviter les souffrances de la digestion et tous les malaises qui l'accompagnent, les malades réduisent le régime alimentaire, et ils le font d'autant plus volontiers que, chez le plus grand nombre, l'appétit est diminué, et cela dès le début de la maladie. La diminution des aliments entraîne l'amaigrissement, et celui-ci se produit avec d'autant plus de rapidité que le malade continue à vaquer à ses occupations et à se fatiguer. Par habitude ou par entraînement, l'appétit s'émousse à son tour de plus en plus, et la neurasthénie aboutit ainsi progressivement à l'anorexie mentale ou psychique. Lorsque les douleurs sont trop vives et que l'intolérance est très prononcée, les vomissements viennent compliquer le tableau clinique : c'est dans ces formes qu'on observe les amaigrissements extrêmes.

La constipation est de règle : la diarrhée est plus rare, sauf pour les cas où il existe simultanément de l'entérite muco-membraneuse,

qui ne représente qu'une complication ou une association morbide.

Troubles gastriques et troubles intestinaux sont généralement mis sur le compte de l'atonie gastro-intestinale, atonie du système musculaire lisse qui ferait pendant à l'asthénie du système musculaire strié. En un mot l'atonie serait générale, frappant à la fois la vie animale et la vie de relation : atonie musculaire pour les uns, atonie nerveuse pour les autres. Cette dernière théorie a encore besoin d'être expliquée.

Troubles génito-urinaires. — Ils occupent plus rarement le premier plan, surtout au début de la maladie; mais à une période plus avancée, ils peuvent dominer la scène. C'est une loi qui s'applique à tous les stigmates de la neurasthénie : confondus dans l'ensemble des symptômes pendant une période plus ou moins longue, il sont susceptibles, à un moment donné, de prendre le pas sur les autres et d'imprimer à la maladie un caractère spécial, d'où autant de formes de neurasthénie.

Les troubles de l'appareil génital sont plus fréquents et plus frappants chez l'homme que chez la femme. Ordinairement l'hypoexcitabilité ou l'inexcitabilité sexuelle se manifeste d'emblée, quelquefois, cependant, elles sont précédées d'une phase d'hyperexcitabilité. Quoi qu'il en soit, les fonctions génitales sont très rapidement compromises, l'érection est souvent incomplète, l'éjaculation trop prompte précède l'introduction du pénis. D'autres malades viennent consulter pour des pollutions nocturnes qui se répètent presque toutes les nuits et qui sont suivies d'un anéantissement des plus pénibles.

Pour peu que ces diverses irrégularités de l'acte vénérien impressionnent le malade, les désirs diminuent et l'impuissance devient rapidement complète.

Pour des raisons qu'il est inutile de rappeler, la neurasthénie génitale est moins impressionnante chez la femme, elle se réduit à une diminution des désirs vénériens, à l'absence de sensations voluptueuses, et quelquefois à une répugnance complète pour le coït.

Les troubles urinaires se rencontrent moins souvent, mais lorsqu'ils existent ils sont susceptibles d'atteindre une intensité très grande, sur laquelle je reviendrai à propos des formes de la neurasthénie.

Vertiges. — Beaucoup de neurasthéniques se plaignent de vertiges : ils comprennent généralement sous ce vocable des sensations très variables d'un malade à l'autre. Il est rare que le vertige des neurasthéniques rappelle de plus ou moins près le vertige auriculaire,

c est-à-dire l'illusion d'une rotation ou la titubation. C'est une sensation que les malades ont souvent beaucoup de peine à définir. Chez quelques-uns le vertige présente les caractères du vertige mental, tel qu'il a été décrit par Lasègue : angoisse précordiale avec sensation de collapsus et de défaillance aux jambes, brouillard devant les yeux, pâleur de la face, le tout ordinairement provoqué par une émotion ou une phobie.

Troubles cardiaques, circulatoires. — Ils sont très fréquents, ce sont des palpitations cardiaques, de l'arythmie, de la tachycardie ; de la rougeur ou de la pâleur de la face, des transpirations abondantes : ces divers phénomènes seront décrits plus en détail au chapitre des formes de la neurasthénie.

État mental des neurasthéniques. — Les neurasthéniques sont au moral ce qu'ils sont au physique, c'est-à-dire en état de dépression. On retrouve dans le domaine intellectuel la même asthénie que dans le domaine physique.

Activité. — L'effort appliqué au travail intellectuel est pénible, difficile, impossible : l'effort soutenu entraîne rapidement la fatigue, c'est pourquoi ils se lassent vite de leurs occupations. Il passent de l'une à l'autre soit par ennui, soit par manque d'énergie, soit même intentionnellement, dans le but d'éviter la fatigue.

Tant qu'ils sont astreints par leur profession à fournir régulièrement un certain travail, ils s'occupent par nécessité et leur énergie intellectuelle ne se distingue de celle dont ils jouissaient autrefois que par son intermittence : mais lorsqu'ils ne dépendent plus que d'eux-mêmes, ils négligent peu à peu tout ce qui exige la moindre activité. Ils en arrivent ainsi insensiblement à oublier leurs devoirs vis-à-vis de la société, vis-à-vis de leur famille et à certains égards vis-à-vis d'eux-mêmes.

Volonté. — Ils perdent d'abord l'initiative, plus tard la décision : ils se refusent à prendre une détermination, non pas seulement celle qui demande un dérangement personnel, mais encore celle qui réclame un simple rassemblement d'idées. L'attention ne réussit plus à se concentrer ; elle se disperse aisément de côté et d'autre, mais presque toujours pour planer finalement dans un champ étroit, et se fixer alors définitivement sur des faits essentiellement personnels, liés intimement à l'idée de maladie. C'est ainsi que se désagrège peu à peu la volonté ; elle se dépouille d'abord de ses attributs les plus élevés, l'initiative, pour perdre jusqu'aux plus essentiels, la décision, l'attention. Lorsque l'émiettement du vouloir a atteint ce degré, les neurasthéniques remettent indéfiniment les choses les plus urgentes, et ne se décident que lorsqu'ils sont acculés, lorsqu'ils ne peuvent plus faire autre-

ment. Au dernier échelon, ils se désintéressent de tout ce qui les entoure, ils n'écoutent même plus, à plus forte raison ne se soucient-ils guère de converser : ils prétendent ne plus pouvoir rassembler leurs idées ; ils allèguent qu'ils ont perdu la mémoire.

Intelligence. — Et cependant la mémoire n'est nullement altérée : les prétendus troubles qu'accusent les malades relèvent de la faiblesse de leur attention, de la paresse de leur évocation : on peut s'en rendre compte plus tard, lorsqu'ils sont sortis de la crise. Les souvenirs des événements, des faits antérieurs à la maladie sont restés intacts, il n'y a pas d'amnésie de conservation. Pour les faits qui se sont écoulés pendant la durée de la crise, il y a une sélection à faire : seuls ceux qui sont rigoureusement personnels et intimement liés à l'idée de la maladie ont été bien gravés dans l'esprit.

L'intelligence en elle-même n'est pas altérée : leur lucidité est parfaite, elle n'est, hélas ! que trop parfaite. Les facultés de *compréhension* sont intactes. Par contre le *jugement* est faussé, non par rapport aux autres mais, par rapport à eux-mêmes : leur jugement est partiellement et systématiquement troublé. Ces erreurs de jugement ne sont qu'apparentes et ne résultent pas d'un désordre de leur discernement, mais de renseignements faux sur leurs propres personnes. La *mémoire* est saine, mais on ne peut en dire autant de leur *attention* dont la faculté est intacte, mais dont l'application est monopolisée par tous les actes, les faits, les sensations qui viennent de leur propre individu.

Ils sont tristes, ennuyés, inquiets ; les souffrances physiques, leur impuissance, leur incapacité ne sont pas étrangères à l'apparition de leur découragement ; mais ils souffrent surtout de leur personnalité morale et intellectuelle : ils éprouvent en dedans d'eux-mêmes quelque chose d'indéfinissable qu'ils ne peuvent exprimer. Tout ce qui se passe en eux devient sensible et est perçu ; ils ont une conscience exagérée de leur personnalité. Parfois encore accessibles aux chagrins et aux soucis des leurs, ils restent indifférents à leurs joies. Ils sont ordinairement susceptibles et irritables.

C'est qu'en effet, si les neurasthéniques se détachent peu à peu du monde extérieur, ils s'attachent de plus en plus à leur propre personnalité ; ils ne voient pas au dehors, mais ils regardent en dedans d'eux-mêmes. D'ailleurs s'étant séparés du monde, ils n'aperçoivent plus qu'eux-mêmes et ne pensent qu'à eux-mêmes.

Et ce continuel repliement sur soi-même développe l'auto-observation, l'auto-analyse. M^me^ de Sévigné le fait joliment remarquer à propos de l'abbé Têtu, un ami de M^me^ de Maintenon et de la Montespan : « Il se fait des points de fièvre des moindres

choses ; il sent son état et c'est une douleur. » Le malade étudie dans les moindres détails ses sensations, ses idées. Elles prennent bientôt une importance et des proportions qu'elles n'ont pas : s'il voit en lui-même, c'est avec des verres grossissants, à la loupe. Les grossissements exagérés déforment les images ; les images grossies ne deviennent-elles pas bientôt des idées fausses, les idées fausses de interprétations fantaisistes : car l'imagination du neurasthéniques est encore capable de s'exalter dans le domaine de sa propre personnalité, comme le démontrent son langage, ses gestes. Et ce n'est pas un des moindres paradoxes de la maladie, que la précision, la volubilité, la richesse d'expressions ou d'images que de tels malades prodiguent dans l'exposition de leurs misères morales ou physiques : chacun y apporte son cachet, son originalité, son instruction, les reflets de l'entraînement professionnel, de l'éducation artistique ou de l'érudition littéraire, en un mot toutes les ressources de l'observation et de l'imagination ; tandis qu'ils restent muets et sourds sur tout ce qui leur est étranger. C'est un peu l'hyperesthésie et l'obsession de soi-même.

Affectivité. — On peut en dire autant de l'affectivité qui est toujours aiguillée par les préoccupations personnelles : les événements les plus tragiques ne les émeuvent qu'autant qu'ils peuvent avoir une répercussion sur leur personnalité.

Le moi est toujours présent, d'une manière plus ou moins visible ; tous les actes s'accompagnent d'un sentiment exagéré de son intervention ; tous les sentiments et toutes les sensations personnelles sont démesurément grossies. Il existe une exaltation de la sensibilité psychique qui trouve raisonnablement son origine dans une exaltation des représentations individuelles et indirectement dans une exaltation des sensations sur lesquelles se sont édifiées ces représentations et plus particulièrement des sensations viscérales : ce sont alors des cœnestopathes.

De cet égoïsme psychique, ils ne sont donc pas absolument responsables ; il est parfois constitutionnel et ils ne peuvent être autres que ce qu'ils sont. Ils sont constamment illusionnés par des représentations excessives qui sont en désaccord avec les impressions périphériques ; mais il n'est pas illogique de supposer qu'elles sont le résultat d'une sensibilité exagérée native.

Emotivité. — Ils souffrent au moral comme au physique : les moindres contrariétés, les plus petits soucis prennent des proportions gigantesques et provoquent des réactions émotives disproportionnées. Si l'émotivité s'exalte, c'est toujours par rapport à eux-mêmes : émotivité et suggestibilité se développent à leur tour l'une l'autre et toujours

dans le même sens. C'est ainsi que n'ayant plus d'yeux ou d'oreilles que pour leur propre personne, ils tombent insensiblement dans la plus complète indifférence vis-à-vis de leurs semblables et poussent à l'extrême la maxime de La Rochefoucauld. « Nous avons tous assez de force pour supporter les maux d'autrui. » Ils ne parlent des autres que pour se comparer à eux, les envier : seuls ils sont à plaindre et les maladies les plus terribles ne sont rien à côté de la leur. Ils ne pensent qu'à eux, ils ne se lamentent que sur eux, ils ne se s'émeuvent que pour eux : tous leurs sentiments convergent sur eux, ils se renferment dans un égoïsme maladif. Malgré cela, ils implorent encore les secours de la médecine, ils sont à l'affût du remède nouveau, des innovations thérapeutiques ; ce qui démontre une fois de plus que malgré leurs affirmations tout espoir n'est pas éteint en eux. Cette hypocondrie neurasthénique est toutefois loin d'être tenace et obsédante comme la véritable hypocondrie, dit Levillain ; c'est qu'en effet dans la neurasthénie il y a plus d'obsession que d'idée fixe, plus de crainte que de réalité.

Phobies. — La phobie existe toujours à un moment donné chez le neurasthénique ; mais elle s'accompagne rarement de l'angoisse et de l'émotion qui sont les satellites habituels des phobies des grands dégénérés. La principale phobie est de ne pas guérir. Elle affecte des variétés multiples, sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir en étudiant les formes de cette affection.

Des considérations précédentes ressort l'extrême complexité de l'état mental des neurasthéniques ; le principal stigmate intellectuel de l'asthénie, c'est la diminution ou l'abolition de la volonté, ou l'aboulie, mais il n'est jamais isolé ; il se complique toujours d'un égoïsme douloureux et maladif, d'une diminution de l'attention, d'une exaltation de l'émotivité et de la suggestibilité. L'aboulie est variable dans son intensité, mais constante ; comme l'asthénie musculaire, elle est souvent paradoxale : dans un moment d'oubli ou de distraction elle est susceptible de disparaitre momentanément, mais pour se manifester de nouveau. Elle s'accompagne toujours d'un état de souffrance morale. Les autres troubles mentaux sont plus inconstants et diffèrent davantage d'un sujet à l'autre, parce qu'ils reflètent les influences multiples de la prédisposition ou de l'individualité (émotivité, égoïsme), ou des agents extérieurs (suggestibilité).

II. — ÉTIOLOGIE.

Hérédité. — Une part toujours très large a été faite à l'hérédité dans l'étiologie des maladies mentales et nerveuses; elle a été très

souvent exagérée. Il est indiscutable que dans les antécédents de plus d'un neurasthénique, l'hérédité nerveuse similaire ou dissemblable a été mentionnée; mais ce n'est pas une règle absolue. A défaut d'hérédité nerveuse on a retrouvé chez les ascendants des accidents de la série dite arthritique, goutte, gravelle, diabète, migraine, et on a fait de l'hérédité neuro-arthritique la principale cause prédisposante de la neurasthénie.

Éducation. — Parmi les causes favorisantes ou prédisposantes il est un autre facteur qu'il est souvent très difficile de dissocier de l'hérédité : c'est *l'éducation* ; qu'il suffise de rappeler qu'elles se combinent très souvent, ou mieux encore que l'éducation ne fait que renforcer l'hérédité. La première lègue une constitution spéciale, dite émotive ; la seconde la cultive. « Il va de soi, dit Brissaud, que les enfants gâtés, dont les fantaisies et les caprices ont facilement raison de la faiblesse de leurs parents, n'acquièrent pas l'endurance physique et la force morale qui, bien mieux que la capacité intellectuelle, caractérisent l'énergie nerveuse. »

Contagion. — Une part doit encore être réservée à la *contagion* qui trouve dans un milieu si spécial des conditions éminemment propres à propager et à développer la maladie.

Agents provocateurs. — ***Surmenage.*** — Parmi eux, le *surmenage* occupe pour beaucoup d'auteurs la première place; n'est-ce pas lui, en effet, qui logiquement doit expliquer le mieux la sensation de fatigue ou la fatigabilité ? Et cependant le surmenage physique n'entre guère en ligne de compte : on a bien signalé quelques-uns des troubles mentaux propres aux états neurasthéniques, et en particulier l'ennui, chez des individus épuisés par des exercices forcés ou des sports excessifs, tels que des courses de bicyclettes ; ce sont en réalité des phénomènes de fatigue très transitoires. C'est plus ordinairement le surmenage intellectuel que l'on trouve dans les antécédents des neurasthéniques, mais il est exceptionnel qu'il puisse être mis seul en cause ; il se double presque toujours de préoccupations ou de soucis. La fatigue produite par la préparation d'un concours ou d'un examen, par un effort intellectuel soutenu et prolongé, par des recherches poursuivies sans répit, n'aboutit guère à la neurasthénie, que si elle coïncide avec des tracas ou des préoccupations d'ordre moral. Ce n'est pas le travail, même exagéré, qui rend neurasthénique, c'est le travail doublé d'inquiétude (Dejerine).

Emotions. — Bien plus efficace est l'influence des émotions vives, des émotions prolongées; n'est-ce pas par leur intermédiaire que l'effort cérébral des concours ou des recherches produit la neurasthénie. Encore une fois, ce n'est pas le travail qui agit, mais l'émotion sollicitée

par le but que l'on poursuit et que l'on craint de voir échapper.

La neurasthénie est surtout d'*origine émotive et d'ordre moral*. Elle est précédée par une désillusion, une déception, une perte d'argent, un échec dans une entreprise, l'insuccès dans un concours, un amour contrarié, le remords d'une faute commise ou d'une inconséquence. Toutes ces causes agissent en produisant une émotion ; mais les émotions les plus aptes à déprimer, les plus neurasthénisantes ne sont pas forcément les plus vives. Dejerine insiste avec raison sur ce fait que les émotions lentes et prolongées sont plus souvent mises en cause que les émotions chocs. En réalité ce sont celles qui créent une situation critique et qui ont une longue répercussion sur l'existence.

Et cependant il existe des états neurasthéniques, dans les antécédents desquels l'interrogatoire le plus minutieux ne laisse découvrir aucun choc moral antérieur, ni même aucun surmenage. La contradiction avec ce qui précède n'est qu'apparente. Les malades ne révèlent pas toujours la cause de leur mal dès le premier entretien ; pour des raisons diverses, soit dans un intérêt mal compris, soit par amour-propre ils dissimulent soigneusement la cause de leur mal. Dans plus d'un cas ce n'est qu'au bout de plusieurs jours ou de plusieurs semaines d'investigations patientes et réitérées qu'on obtient des aveux. Les émotions secrètes, contenues, concentrées, refoulées, sont éminemment propres à produire la neurasthénie.

Si le jugement des neurasthéniques est souvent en défaut, gardons-nous de laisser le nôtre s'illusionner ; ne jugeons pas la mentalité des autres, leurs sentiments, leurs intuitions, leurs actes d'après notre propre sentimentalité, d'après les motifs et les mobiles qui nous font agir. Ce qui n'est pas une source d'émotion pour nous peut l'être pour un autre ; c'est affaire de tempérament et de constitution, qui trouvera mieux sa place en étudiant la pathogénie.

Intoxications. Infections. — On ne peut cependant passer sous silence les *intoxications* (morphine, cocaïne, opium), et les maladies infectieuses (fièvre typhoïde, grippe, malaria) qui sont encore si souvent incriminées. Elle seraient susceptibles, les unes et les autres, d'amener, en dehors de leurs effets spécifiques, une asthénie nerveuse qui se traduit par un syndrome neurasthénique. Ce n'est pas toujours pendant la période de décroissance des maladies infectieuses qu'il tend à se manifester, c'est quelquefois pendant la période de convalescence ou même après le retour complet à l'état normal. Je ne pense pas cependant que ces diverses maladies agissent en réalité au titre d'intoxication ou d'infection ; nous connaissons tous, pour la plupart, la faiblesse et la dépression qui accompagnent la période de convalescence des

grandes pyrexies, elles n'ont généralement rien de déconcertant, parce qu'elles diminuent de jour en jour et qu'avec le retour des forces revient également l'espoir de la santé ; mais elles sont accessibles à notre conscience et elles coïncident avec un regain de sensibilité et d'émotivité, et il n'est pas très difficile de s'imaginer que le concours de ces circonstances est susceptible d'avoir un retentissement sur la mentalité d'un sujet spécialement prédisposé. Parmi les maladies infectieuses, les maladies vénériennes, la syphilis, la blennorragie sont de celles qui comptent le plus souvent la neurasthénie parmi leurs complications, sans qu'on puisse établir un rapport constant entre la gravité de la maladie et l'intensité de la dépression ; mais ce sont aussi des maladies qui dépriment le plus l'énergie morale, et si on ridiculise à juste raison l'épithète de honteuses qu'on leur adjoint, du moins dans le sens qui lui est généralement donné, il faut reconnaître que le qualificatif indique fort bien l'état d'âme de la plupart de ceux qui sont atteints. Ces maladies frappent l'individu dans son amour propre, de même que tout ce qui porte atteinte à sa virilité. Elles suscitent des craintes et elles demandent à rester secrètes, elles entraînent souvent des complications d'ordre familial et social.

Ce qui est vrai pour les infections l'est également pour les intoxications, et davantage encore pour l'intoxication par l'opium et la morphine, la cocaïne, d'autant plus que ces intoxications-là ne sont pas des accidents fortuits ; elles sont généralement acceptées, consenties en vertu d'une mentalité plus ou moins tarée.

Les états neurasthéniques qui surviennent au cours ou dans la convalescence des infections et des intoxications, des maladies locales et générales, ne sont donc pas le produit direct de la morbidité sur les éléments nerveux, mais du regain d'émotivité qu'elles occasionnent. Par les sensations qu'elles procurent, le changement de vie qu'elles entraînent, elles augmentent le sentiment de la personnalité, elles font remonter le moi à la surface, et c'est un moi diminué, plus ou moins amoindri suivant l'émotivité du malade. D'autre part, n'est-il pas surprenant que la neurasthénie s'observe exceptionnellement pendant l'évolution des maladies les plus graves, telles que le cancer ; parfois même c'est l'inverse qui se produit, témoin l'euphorie terminale des tuberculeux.

La même interprétation s'applique au *traumatisme*. On ne peut toujours établir un rapport entre sa gravité et l'asthénie qu'il entraîne quelquefois à sa suite. Les circonstances dans lesquelles il se produit, les modifications qu'il apporte dans la vie au point de vue familial et social, sont déjà suffisamment riches en émotions pour

qu'il n'y ait pas lieu d'insister : ici encore l'émotivité antérieure du sujet, jusque-là contenue ou latente, n'attendait que le moment de s'extérioriser.

De cette brève revision des causes de la neurasthénie se dégage donc cette formule : que le principal agent étiologique est l'émotion. Tout ce qui est susceptible de produire une émotion durable chez un individu ou d'augmenter son émotivité peut être une cause de neurasthénie.

III. — DES FORMES DE LA NEURASTHÉNIE

On a décrit beaucoup de formes de neurasthénies : peut-être serait-il plus exact de leur accorder la simple valeur de variétés cliniques et de réserver le nom de formes aux deux types de neurasthénie, dans lesquels l'étiologie paraît, au premier abord, essentiellement différente : c'est-à-dire la neurasthénie accidentelle ou acquise et la neurasthénie constitutionnelle ou héréditaire : la première étant produite par un choc moral, la seconde survenant d'emblée sans cause occasionnelle apparente ou pour un motif insignifiant. Le terme constitutionnel me semble préférable, parce que, d'une part, l'hérédité n'est pas fatale et que, d'autre part, il convient mieux pour désigner une manière d'être qui est intimement liée à la constitution du sujet.

Sur la neurasthénie acquise peuvent se greffer certains symptômes, des complications le plus souvent d'ordre héréditaire : tels les cas d'anxiété poussée jusqu'à la phobie avec crise ; tels encore certains tics ou crampes professionnelles ; tels enfin certains états psychopathiques, la manie du suicide, le délire du toucher, la mélancolie paroxystique. On peut dire alors avec Legrand du Saulle « que la neurasthénie est le germe des états morbides graves qui éclosent et suivent leur marche, sous l'influence de l'hérédité, dès que ce germe est fécondé par de nouveaux états morbides ; mais il serait peut-être exagéré, ou du moins il n'est que partiellement vrai, d'affirmer avec Mœbius que la neurasthénie est le germe originel d'où dérivent, par développement ultérieur, l'hystérie, la mélancolie, l'hypocondrie, la manie, l'aliénation mentale ».

S'agit-il, dans les deux formes, d'une seule et même affection? On peut répondre par l'affirmative, si avec Féré, Dejerine et beaucoup d'autres on admet une prédisposition constante chez tous les neurasthéniques ; entre les deux formes il ne saurait alors exister qu'une différence de degré, suivant le degré même de la prédisposition constitutionnelle. Entre la neurasthénie acquise et la neurasthénie constitutionnelle,

on peut rencontrer tous les intermédiaires, et de fait il est quelquefois très délicat, en présence de certains malades, de faire la part de ce qui revient à l'accident et à la constitution. Par contre, en se plaçant exclusivement sur le terrain clinique, les types extrêmes s'opposent suffisamment pour justifier la séparation qu'en ont faite certains auteurs.

1° Neurasthénie accidentelle. — La neurasthénie accidentelle est celle qui s'installe chez un sujet jusque-là bien portant et paraissant bien équilibré ; tout au plus met-elle en évidence une impressionnabilité et une émotivité au-dessus de la normale, qui n'attendaient que l'occasion pour se révéler. Elle ne se complique jamais des grandes manifestations de la dégénérescence mentale. Elle n'a qu'un temps, et sur elle la psychothérapie exerce une action rapidement curative.

La neurasthénie constitutionnelle peut n'être, dans certains cas, que la transformation de la précédente, lorsque celle-ci évolue sur un terrain spécial, fortement prédisposé par la constitution antérieure ou par l'hérédité. Le plus souvent elle se développe spontanément ou pour un motif insignifiant : des facteurs tels que la fatigue, les maladies infectieuses, les traumatismes quelconques peuvent être l'occasion de son apparition. Ces rapports étiologiques ne s'imposent pas toujours à première vue, et c'est souvent parce qu'on n'a pu découvrir une cause évidente qu'on se risque à faire jouer un rôle à des incidents qui n'ont été que des coïncidences. Les individus qui en sont atteints n'ont jamais été, à proprement parler, des individus normaux ; et un interrogatoire minutieux sur leur passé, sur leur mentalité antérieure laisse toujours apercevoir quelques tares et quelques anomalies du caractère. Normaux ils n'ont pas été, normaux ils ne le seront jamais. La neurasthénie pourra passer chez un dégénéré, de même qu'une bouffée délirante, mais il leur restera toujours une constitution mentale imparfaite, détériorée encore par l'accès qu'ils ont subi. Elle n'est donc que partiellement curable, et la psychothérapie exerce sur elle plutôt une action palliative qu'une action curative. Elle se complique très souvent des stigmates, et des accidents de la dégénérescence mentale.

On peut encore envisager les rapports de la neurasthénie et des symptômes de la dégénérescence à un autre point de vue. Les obsessions, les grandes phobies, lorsqu'elles se répètent avec une grande insistance, et surtout lorsqu'elles reviennent sans trêve et sans merci à l'état de mal obsédant, finissent par créer un état neurasthénique dont l'impression morale est encore ici la cause déterminante.

Il existe enfin un certain nombre de cas dans lesquels se combinent à des titres divers les manifestations de la neurasthénie et celles de l'hystérie : ce ne sont, en réalité, que des associations.

La neurasthénie accidentelle, même dans sa forme la plus pure, revêt des aspects assez variés, dont le facteur étiologique est un des principaux, mais non le seul dispensateur : tout ce qui fait le tempérament et le caractère de l'individu lui imprime une allure différente. La maladie grossit les traits (émotivité, affectivité, égoïsme, violence, douceur, timidité, inquiétude) ; elle accentue la personnalité plus qu'elle ne la transforme. Elle n'est pas la même chez un individu très intelligent et chez un débile, chez un audacieux et un timoré, chez un doux ou un violent ; c'est pourquoi chez certains malades la faiblesse l'emporte sur l'irritabilité ou inversement ; chez quelques-uns elles se combinent, d'où le nom de faiblesse irritable qui a encore été donné à la maladie.

Elle peut survenir à tout âge et ne semble pas avoir une préférence marquée pour l'un ou l'autre sexe.

Comme elle s'installe toujours à la suite d'émotions sérieuses, on peut toujours sinon d'emblée, au moins après quelques entretiens, remonter à l'étiologie ; d'autant plus que dans les premières phases de l'affection, la malade rend presque toujours compte de la cause qui a déclanché tous ces symptômes. Plus tard, il n'en est plus toujours de même, parce que à la perturbation morale, qui marque le début de la maladie, succède une phase de malaises physiques qui occupent le premier plan. Les chagrins se sont atténués avec le temps, mais le retentissement organique subsiste, et le souvenir des premiers est déjà émoussé ou même effacé, que celui-ci inquiète encore le malade et remplit presque à lui seul le champ de la conscience.

Dans le tableau général de la symptomatologie que j'ai esquissé au début de cet article, j'ai exposé l'ensemble des signes propres à l'état neurasthénique, sans me soucier des nuances et des proportions que comporte chacune des formes. Or, parmi ces signes, il y en a beaucoup qui sont très atténués dans la neurasthénie acquise. Tout d'abord l'égoïsme, à moins d'un caractère spécial, y est moins prononcé que dans la neurasthénie constitutionnelle et les inquiétudes des malades ont une orientation moins égocentrique ; ils sont encore susceptibles de s'émouvoir et de souffrir pour les leurs et pour les autres, et s'ils se tourmentent presque constamment de leur état, s'ils sont poursuivis presque sans trêve par leur moi, ils essaient encore de s'en distraire. Je ne crois pas qu'on puisse dire d'eux ce qu'écrivait M^me^ de Sévigné à propos de M^lle^ de Méry : « Pour moi, je

crois qu'il y a quelque sorte de plaisir dans la plainte, plus qu'on ne pense; » cela s'appliquerait mieux à certains neurasthéniques constitutionnels, qui ont presque l'air de se complaire dans leur mal.

Au milieu de leurs malaises, ils n'oublient pas les devoirs que leur impose la famille; dans les classes pauvres, les soucis de la maladie se doublent de ceux qu'entraîne la suppression du travail, des regrets de ne pouvoir subvenir aux besoins des enfants, quelquefois même de scrupules. Les sentiments les plus nobles ne sont pas disparus; ils sont tour à tour une source de tristesse et d'espoir; et c'est précisément parce qu'ils subsistent que ces malades sont curables et même facilement curables: ils sont de bonne prise pour le médecin qui sait habilement les exploiter.

Plus tard, lorsque l'émotion entretenue et prolongée a déjà eu sa répercussion sur la santé physique; que le neurasthénique passe peu à peu des inquiétudes morales aux malaises physiques, ses préoccupations ne sont que des préoccupations, que ce soient des troubles dyspeptiques, des palpitations ou toute autre manifestation, et ne deviennent jamais les grandes phobies avec angoisse et anxiété, que l'on observe ordinairement chez les neurasthéniques constitutionnels. Ils ne sont pas désemparés au même degré, et si, soucieux du passé et inquiets de l'avenir, ils vivent rarement la minute présente, ils sont encore capables d'osciller entre l'inertie et la crainte, le désir et l'espérance; ils n'exagèrent, en somme, qu'une des tendances propres à la nature humaine. « Nous ne sommes jamais chez nous, écrivait Montaigne; nous sommes toujours au delà: la crainte, le désir, l'espérance nous élancent vers l'avenir et nous dérobent et le sentiment et la considération de ce qui est pour nous amuser à ce qui sera, voire même quand nous ne serons plus. *Calamitosus est animus futuri anxius* (Senèque). »

Leurs préoccupations sont logiques dans une certaine mesure et ainsi elles se distinguent des vraies phobies qui sont généralement injustifiées ou même absurdes. Elles sont accessibles au raisonnement et, quand on leur a prouvé amicalement qu'elles ne sont pas fondées, quand on leur explique pourquoi ils sont malades, je ne dis pas qu'ils se laissent persuader du premier coup, mais ils ne demandent, au fond, qu'à se laisser convaincre.

Évidemment on trouve chez eux en miniature les stigmates physiques et psychiques de la neurasthénie constitutionnelle, l'aboulie, la crainte, l'orientation égocentrique de leurs idées, de leurs conversations, l'émotivité; mais tout cela est plus en surface que dans le fond, et chaque trouble a encore sa contre-partie: à l'aboulie s'oppose l'effort momentané; à la crainte, le désir; à l'egocentrie, leur senti-

mentalité. Le bouleversement n'est que superficiel, et la peur de ne pas guérir est encore contrebalancée par le désir de guérir.

2° Neurasthénie constitutionnelle. — La neurasthénie constitutionnelle est généralement plus précoce dans son apparition. « Certains sujets, issus de familles tarées, sont dès la naissance, dit Ballet, en état de continuelle imminence de neurasthénie. Leur système nerveux se fatigue au train même d'une vie régulière et paisible, et ils sont appelés à verser, pour ainsi dire, fatalement dans la névrose. » Cette forme héréditaire a une évolution spéciale : « elle est généralement précoce; elle se montre d'habitude à l'époque de la puberté, quelquefois même avant, elle est particulièrement tenace : c'est pourquoi il importe de la reconnaître dès les premiers signes du début, car c'est seulement à sa période initiale qu'il est possible d'en enrayer le développement en imposant aux jeunes malades les règles d'une hygiène appropriée à leur état. » Certains auteurs ont attaché une importance exagérée à l'accroissement trop rapide de la taille : les fatigues transitoires qu'il produit quelquefois sont loin d'être comparables à la fatigue qu'accusent les neurasthéniques constitutionnels.

Les premiers symptômes sont physiques ou psychiques, suivant les cas : la neurasthénie prend souvent d'emblée la forme hypocondriaque ; les malades se plaignent sans cesse de maux de tête, de lassitude, de digestions pénibles, de céphalées tenaces, de rêves, d'insomnies. Il est bien rare que les troubles digestifs n'occupent pas une place importante dans leurs préoccupations ; le moindre écart de régime, le plus petit retard dans leur repas, la moindre fatigue augmente la dyspepsie ; leur ventre se ballonne, la tête se serre, la face se congestionne, ils ont des éructations, ils perçoivent du clapotage. Aussi se croient-ils obligés de s'étendre pendant une heure ou deux après le repas, au moment de la digestion ; ils en surveillent attentivement toutes les phases, depuis l'entrée jusqu'à la sortie des aliments, et passent tous les jours en revue leurs menus, leur langue, les sensations produites par les divers aliments, l'heure à laquelle ils vont à la garde-robe, la quantité, la forme, la consistance de leurs excréments. Le nombre des mictions et la quantité des urines sont scrupuleusement notés. Non seulement ils regardent, mais ils palpent et ils tâtent : tous les moyens d'exploration leur sont bons. Ils ne peuvent se lever et se coucher qu'à telle heure, sinon ils risquent ou même ils sont certains de souffrir de la tête ; ils ne peuvent supporter que tel ou tel régime et leurs exigences sont d'autant plus grandes qu'ils ont davantage consulté, surtout si les médecins ont opiné dans leur sens. Ils doivent faire tant de repas

par jour, et chaque repas doit avoir une durée déterminée qui laisse le temps utile à la mastication et aux divers temps de la déglutition. Leurs promenades et leurs occupations sont également réglementées.

C'est généralement sur le tube digestif que convergent toutes leurs préoccupations : chez d'autres ce peut être le cœur, ou les reins, ou les organes génitaux ; chez d'autres encore c'est la fatigue, la lassitude générale, la courbature dans les jambes ou dans la colonne vertébrale avec ses points d'élection à la nuque et à la région sacrée.

Naturellement ils essaient d'interpréter leur état, et c'est toujours dans le mauvais sens : ils se croient menacés d'un ulcère, d'un cancer, d'une tumeur, d'une maladie de la moelle épinière : heureux quand ils ont à leur disposition quelques termes médicaux pour mieux préciser leur état. Lorsqu'ils ont vu un certain nombre de médecins, et il est exceptionnel qu'ils n'en aient pas vu plusieurs, ils se sont fait une petite vie thérapeutique par la combinaison des diverses prescriptions qui leur ont été données ; il ne peuvent dormir qu'avec tel cachet, digérer qu'avec tel autre, se promener qu'après telle injection sous cutanée, etc. Occupés et préoccupés sans cesse de leur personne, il leur reste fort peu de temps pour s'intéresser à d'autres choses et à leurs semblables.

Voici un premier type qui se déclare souvent à l'adolescence, quelquefois un peu plus tard, voire même à l'âge adulte : il peut guérir, mais il peut aussi récidiver. Il y a des sujets qui restent tels pendant toute leur vie ; il y en a aussi qui ne le sont que par intermittences. Dans le plein de l'accès ils n'ont souci que d'eux et ils n'ont d'idée que sur ce qui concerne leur état maladif. Ils sont systématisés sur eux-mêmes et ils ont la manie de leur propre personne. Ils ont déjà le sentiment qu'ils ne sont pas faits comme les autres, c'est la première ébauche du doute qui prend un développement si considérable chez d'autres malades.

Dans un groupe différent, ce sont les troubles cardiaques qui prennent le pas sur les autres manifestations morbides ; les malades ont des palpitations, leur pouls s'accélère au moindre effort ou à la plus petite émotion, en même temps ils ont le vertige et ils se sentent défaillir. Parfois même ils accusent de l'angoisse précordiale, ils croient qu'ils vont mourir, c'est la forme cardiaque de la maladie ou *névrose cérébro-cardiaque de Krishaber :* elle s'observe dans la forme constitutionnelle comme dans la forme acquise, mais dans la première elle se présente avec une ténacité et une intensité beaucoup plus grandes ; l'émotivité est généralement plus atteinte.

Chez tous ces malades, quel que soit l'appareil sur lequel se localisent leurs préoccupations, la résistance à la fatigue est généralement très faible, et ils sont incapables d'un effort soutenu et prolongé.

Il y en a chez lesquels les troubles génitaux dominent la scène : les érections sont pénibles et douloureuses, les testicules sont douloureux à la pression, le coït est suivi d'une très grande fatigue. Les érections se reproduisent par périodes presque toutes les nuits, elles sont pénibles ; d'autres ont des pollutions nocturnes. Je connais des sujets chez lesquels ces phénomènes réapparaissent ou s'accentuent à des intervalles variables, s'accompagnant d'une émotivité et d'une dépression très grandes, d'un découragement insurmontable ; les troubles génitaux coïncident habituellement avec les autres stigmates de la neurasthénie.

A côté de la neurasthénie viscérale il existe une neurasthénie psychique ou cérébrasthénie dans laquelle la fatigue est surtout intellectuelle. C'est l'effort cérébral qui cause la fatigue ; le moindre travail amène de l'épuisement, de la céphalée, du malaise, du vertige, de la tristesse. De tels malades sont incapables de fixer leur attention, ils se plaignent de ne pas avoir de mémoire. Eux aussi sont bien vite persuadés qu'ils ne sont pas faits comme les autres, et ce sentiment d'infériorité native est peut-être la marque la plus caractéristique de la neurasthénie dite constitutionnelle. Il n'y a pas lieu d'être surpris qu'elle s'associe aux autres stigmates de la dégénérescence, à une émotivité anormale, aux phobies et aux obsessions, aux manies, mais cette association n'est pas obligatoire : c'est pourquoi elle ne constitue pas une entité morbide, contrairement à l'opinion de Janet qui l'a décrite sous le nom de *psychasthénie*.

Neurasthénie et dégénérescence. — Ces états ne sont pas fatalement liés, mais ils se rencontrent souvent, à cause de leur parenté morbide et en vertu d'une malformation individuelle.

Chez les neurasthéniques constitutionnels qui sont en même temps des dégénérés, le tableau se complique donc par l'apparition de phénomènes nouveaux : obsessions, phobies, angoisses et aussi par l'accentuation des stigmates neurasthéniques. Les deux ordres de faits retentissent l'un sur l'autre.

Ce sont des abouliques, des hésitants, des perplexes, incapables de prendre une décision, de mener un travail jusqu'au bout ; c'est d'ailleurs la mentalité habituelle des obsédés (Arnaud). L'incertitude existe pour tout, pour la motilité comme pour la pensée : les mouvements sont hésitants, incertains, d'autant plus que les malades y sont moins accoutumés, mais le trouble ne s'en manifeste pas moins dans les mouvements les plus usuels.

Ce qui démontre la diminution de l'action volontaire, c'est l'indolence, l'irrésolution, la lenteur des actes.

L'attention est plus ou moins compromise : elle a de la peine à se fixer. L'aprosexie explique, dans une certaine mesure, la répétition des actes sur lesquels le contrôle cérébral est cependant facile. Les perceptions elles-mêmes sont anormales et l'incertitude plane sur tous leurs processus psychiques; ce sont déjà des douteurs.

Ils ont à un degré très marqué le sentiment de leur insuffisance psychique, de leur incomplétude (Janet), et ils en éprouvent souvent une véritable hantise qui s'accompagne d'angoisse et d'anxiété; c'est la neurasthénie elle-même qui devient le sujet de leur obsession, la cause de leur angoisse.

Un malade âgé d'une trentaine d'années, dont le début de la neurasthénie remonte déjà à cinq ou six ans, se campe devant sa glace pour savoir s'il se reconnaîtra, s'il est toujours bien lui-même. Quelquefois même il s'absorbe pour rechercher dans ses souvenirs comment il était à tel jour et à telle heure, et s'assurer que son moi d'aujourd'hui est toujours bien le même que celui des jours précédents; il a peur que son moi lui échappe, il lui semble qu'il n'est plus le même individu à cinq minutes d'intervalle, etc...., ce qui paraît surtout atteint chez de tels malades, c'est la fonction du réel, c'est-à-dire l'appréhension de la réalité sous toutes ses formes (Janet).

Les exemples précédents démontrent jusqu'à quel point peut être poussé le sentiment de dédoublement de la personnalité si habituel et si profond dans cette forme de la maladie.

Phobies. — Tous les stigmates de la neurasthénie sont susceptibles de devenir des sujets de phobies, que ce soient les troubles gastriques, les troubles cardiaques, les troubles génitaux ou les anomalies psychiques; de même que dans l'ereutophobie, c'est une infirmité qui fait elle-même le sujet de l'obsession.

La phobie peut être généralisée ou partielle : celui-ci a la phobie du cancer, celui-là la phobie d'une maladie de cœur, tel autre la phobie d'une obstruction intestinale ou d'une maladie quelconque; toutes ces pathophobies peuvent avoir pour point de départ la prédominance des symptômes neurasthéniques sur tel ou tel système. Mais souvent aussi la phobie ou l'obsession sont moins intimement liées à l'état neurasthénique lui-même, et le malade se plaint de phobies diverses qui ne diffèrent pas de celles qui seront décrites au chapitre des obsessions; elles sont systématisées ou non systématisées, variables d'un moment à l'autre ou au contraire persistantes sous la même forme, presque indéfiniment. Chez quelques

malades, elles sont diffuses, non intellectualisées et, ce qui domine, c'est une anxiété indéfinissable, accompagnée ou non d'angoisse; ce malaise donne lieu à un sentiment vague de vide, de mort prochaine. *C'est la névrose d'angoisse de Freud.*

Chez les simples neurasthéniques constitutionnels on observe encore assez souvent des appréhensions, des craintes qui ne diffèrent guère des préoccupations hypocondriaques de la neurasthénie aiguë que par leur plus grande intensité; chez les psychasthéniques les phobies et les obsessions se présentent au contraire avec tous les caractères que leur confèrent la dégénérescence, l'impulsivité, l'irrésistibilité, l'angoisse. La peur du neurasthénique est légitime dans une certaine mesure : elle est la déduction logique d'un esprit qui se sent davantage menacé par la réduction de ses moyens de défense; son énergie et ses présomptions ne dépassent pas les limites qu'elles se sont assignées, au delà c'est le danger; au contraire la phobie et l'obsession du psychasthénique sont illogiques et d'ailleurs elles s'imposent, elles franchissent brutalement le seuil de la conscience. Ici, comme le dit Régis, l'obsession est involontaire ou parasite, automatique, inconsciente et irrésistible.

Il me paraît inutile d'insister davantage sur ces phénomènes d'association qui ne font pas partie intégrante de la neurasthénie et dont la description doit trouver sa place dans la chapitre spécial consacré aux obsessions (page 291).

IV. — PSEUDO-ORGANOPATHIES. CRISTALLISATIONS NEURASTHÉNIQUES.

On peut distinguer deux périodes dans la neurasthénie : une période d'épuisement nerveux (psychique et physique); une deuxième dans laquelle les symptômes d'épuisement ont disparu, mais les réactions organiques déclanchées par l'épuisement persistent du fait de l'habitude ou de la suggestion.

Les accidents organiques observés à cette période tiennent avant tout, d'après Dejerine, à la manière dont les individus normaux réagissent somatiquement à une émotion. Chez les uns, c'est l'estomac qui se noue, qui se ferme; chez d'autres, c'est une sensation désagréable, pénible, qui apparaît au périnée et dans la vessie; chez un troisième, l'émotion détermine des palpitations de cœur, de la diarrhée, de la polyurie; un quatrième sent ses jambes devenir comme du coton; un cinquième a beaucoup de peine à rassembler ses idées. Si l'émotivité persiste, le sujet s'autosuggestionne sur les

sensations qu'il vient de ressentir, il se frappe l'imagination et alors surviennent les préoccupations de maladies sur tel ou tel organe (Dejerine).

La raison morale qui a causé la neurasthénie est déjà bien loin que les troubles viscéraux demeurent avec toute leur intensité. Simples réflexes émotifs au début, ils se sont installés définitivement du fait de l'autosuggestion du malade ou même de l'hétérosuggestion ; et dans ce cas la faute en revient souvent à la famille qui, par ses lamentations incessantes, par ses attentions répétées, a entretenu inconsciemment le mal, ou même au médecin qui ne s'est pas donné la peine d'expliquer au malade, que les symptômes qu'il éprouve ne sont pas l'indice d'une maladie grave, mais sont le résultat des émotions qu'il a traversées. Quelquefois même les régimes, les prescriptions médicamenteuses, ont agi dans le même sens et ont participé à ancrer davantage les idées. Quoi qu'il en soit, le pli est pris, et les troubles viscéraux deviennent à leur tour une nouvelle source émotive de phobies, qui les entretiennent et contribuent même à les augmenter. Les malades tournent ainsi dans un cercle vicieux.

A cette période, il est vrai, la neurasthénie est quelque peu déformée ; les émotions morales du début sont moins présentes à l'esprit du malade qui se plaint avant tout au médecin de malaises physiques ; ceux-ci en imposent d'autant plus pour des troubles organiques, que l'état général est moins satisfaisant, l'amaigrissement est parfois extrême, le teint est mauvais et plombé ; c'est cet ensemble que l'on a appelé *cachexie neurasthénique*.

En somme, la perturbation morale se traduit par des réactions physiques, et une augmentation de l'émotivité ; les réactions physiques faussement interprétées du fait de suggestions multiples (d'autant plus actives que l'émotivité est accrue et le contrôle cérébral diminué) entretiennent ou même augmentent l'émotivité ; celle-ci favorise l'éclosion de nouvelles émotions qui accentuent à leur tour les malaises physiques, et ainsi de suite.

Les troubles viscéraux qui subsistent ainsi indéfiniment peuvent être multiples ou se localiser sur un seul organe, suivant la nature et le tempérament ; en tout cas ils reconnaissent toujours le même mécanisme et sont le fruit de l'émotivité et de la suggestion. C'est pourquoi ils ne sont pas tout à fait comparables aux phénomènes pithiatiques qui peuvent apparaître occasionnellement à propos d'une émotion, mais qui sont ensuite exclusivement entretenus par la suggestion.

Il n'est pas invraisemblable que les réactions organiques de l'émotion, à la condition qu'elles soient très fortes et prolongées, soient

susceptibles d'aboutir à une perturbation fonctionnelle très sérieuse de l'organe en jeu, ou même de le rendre plus vulnérable. Soyons donc psychologues, mais restons quand même médecins. Si la plupart des troubles viscéraux d'origine émotive ne sont que des fausses maladies ou des pseudo-organopathies, et c'est ainsi qu'il faut envisager la plupart des reliquats des neurasthénies, ou si l'on préfère les cristallisations neurasthéniques, n'excluons pas complètement et toujours la possibilité d'une maladie réelle.

C'est avec intention que j'ai placé ce chapitre après l'étude des formes de la neurasthénie, parce que les phénomènes qui y sont décrits appartiennent tout autant aux états constitutionnels qu'aux états accidentels; ils se développent même avec une préférence marquée chez les sujets prédisposés par leur constitution émotive et leur aptitude spéciale aux nosophobies. Ils se rencontrent d'ailleurs chez les phobiques, en dehors de tout état neurasthénique, sous l'influence d'un incident fortuit : les accidents neurasthéniques au même titre que les accidents les plus ordinaires peuvent être une cause de phobie.

Ces pseudo-organopathies ont été particulièrement bien exposées par le professeur Dejerine dans un ouvrage récent, écrit en collaboration avec Gauckler, et qui a pour sujet l'étude des manifestations fonctionnelles des psychonévroses. Ce livre est riche en documents précieux, choisis parmi les observations que le professeur Dejerine a recueillies pendant une trentaine d'années. J'aurai l'occasion de lui faire plus d'un emprunt. J'étudierai successivement :

Les pseudo-organopathies digestives.
Les pseudo-organopathies urinaires.
Les pseudo-organopathies génitales.
Les pseudo-organopathies cardio-vasculaires.
Les pseudo-organopathies respiratoires.

1°. — Pseudo-organopathies digestives.

Elle se localisent presque toujours sur l'estomac et sur l'intestin : plus rarement sur les voies digestives supérieures. Dejerine et Gauckler en citent cependant quelques exemples ; mais dans presque tous les cas il s'agit de phobies accidentelles chez des neurasthéniques. L'émotivité développée sous l'influence de tracas moraux favorise l'apparition d'accidents nerveux à propos d'un évènement des plus banaux. C'est l'histoire « d'une jeune femme de trente-sept ans restée veuve avec un enfant, à vingt et un ans, après un an de mariage, et qui avait

promis à son mari sur son lit de mort de ne jamais se remarier. Les luttes qu'elle était obligée de soutenir avec elle-même pour tenir cette promesse l'avaient rendue exagérément émotive. Un jour, en mangeant du poisson, elle avala une arête qui lui resta dans la gorge. On fait chercher un médecin qui ne trouve le corps du délit qu'après des recherches répétées. L'impression avait assez duré pour s'être fixée, et la malade devenue dysphagique en était arrivée à mettre cinq à six heures par jour pour n'arriver qu'à avaler de minimes quantités de liquides. Cet état durait depuis sept ans et cette femme était arrivée à un véritable état cachectique. Les accidents disparurent en quelques semaines. » (Dejerine).

Pseudo-gastropathies. — Les troubles dyspeptiques peuvent revêtir différentes formes :

Parfois ils sont uniquement constitués par le manque d'appétit : c'est un fait bien connu que les individus inquiets, préoccupés, ennuyés, mangent de moins bon appétit et que inversement, quand on est gai et content, on se met à table d'un meilleur cœur. Il y a des neurasthéniques qui non seulement perdent leur appétit, mais encore ils éprouvent un véritable dégoût, quelquefois même une répugnance absolue pour tous les aliments. Il y a encore des sujets spécialement prédisposés, chez lesquels les émotions se traduisent par des vomissements fréquemment répétés. L'anorexie évolue dans ces cas avec tous les caractères de l'anorexie psychique, qui sera décrite plus longuement au chapitre de l'anorexie mentale.

On sait également que la digestion est souvent troublée par une émotion, et il est facile de comprendre pourquoi les troubles dyspeptiques sont habituels chez les neurasthéniques dont l'émotivité est toujours exaltée : le système digestif est celui sur lequel les émotions ont le plus grand retentissement, et il n'est pas étonnant de les voir figurer parmi les stigmates de la maladie. Chez quelques malades la dyspepsie prend de plus grandes proportions et absorbe à elle toute seule la symptomatologie viscérale. Sans être aussi bien connue qu'aujourd'hui dans son mécanisme et son traitement, elle était communément décrite autrefois sous le nom de dyspepsie nerveuse.

Lorsque les troubles dyspeptiques atteignent une certaine intensité et qu'ils s'allient à une émotivité constitutionnelle ou accidentelle très grande, ils sont le point de départ de phobies qui se systématisent sur l'estomac. Celles-ci revêtent rarement l'acuité des grandes phobies des dégénérés ; à moins qu'il ne s'agisse de neurasthénie héréditaire, elles restent ordinairement à l'état de préoccupations. Ces malades craignent de trop manger ; ils ont peur de ne pas digé-

rer; ils se soignent avec une vigilance inlassable; ils observent leur régime avec une rigueur scrupuleuse, rien ne leur échappe depuis l'exactitude des repas jusqu'au choix et à la quantité des aliments; mais, en outre, le repas ou la digestion, ou simplement l'idée de l'un ou de l'autre, font réapparaître l'émotion. Si de tels malades tombent entre les mains de charlatans qui savent exploiter leur crédulité, en leur persuadant qu'ils ont besoin d'un long traitement, dont quelques-uns exigent qu'on paie le prix d'avance, ils s'exposent à une complication non moins regrettable, la réduction de leurs moyens d'existence : nouvelle somme de préoccupation et d'inquiétude.

Chez les précédents malades, la gastropathie n'est encore qu'à l'état de phobie ou d'obsession, chez d'autres, elle est presque devenue idée fixe; ils n'ont plus à la redouter ou il ne cherchent plus à l'éviter, à en atténuer les effets; non, ils sont convaincus qu'ils ont une maladie d'estomac. Ils ont tout ce qu'il faut pour y croire. L'appétit est presque complètement disparu, la langue est mauvaise et saburrale, l'ingestion des aliments est pénible et douloureuse, suivie à plus ou moins bref délai d'éructation et de pyrosis, voire même de régurgitations allant jusqu'aux vomissements. La douleur épigastrique persiste presque indéfiniment dans l'intervalle des repas et des digestions. L'état général est mauvais, le teint plombé plutôt que jaunâtre, l'amaigrissement peut être extrême : la plupart ont de la constipation ; quelques-uns, simultanément entéropathes, ont des diarrhées plus ou moins profuses qui viennent accentuer l'amaigrissement, l'affaiblissement et, ce qui est pis encore, confirmer les malades dans leurs idées. Puisant alors dans leurs souvenirs ou leur lectures antérieures, dans les livres de médecine ou même dans leurs imagination les éléments d'interprétation dont ils ne sont jamais chiches, ils se croient atteints d'ulcère ou de cancer de l'estomac. Et de fait, au premier abord, leur amaigrissement extrême, et leur teint en imposent pour l'un ou pour l'autre. Se croient-ils atteints d'un cancer, ils s'abstiennent de viande. J'ai connu une malade qui n'avait pas mangé une bouchée de viande depuis deux ou trois ans, sous prétexte qu'elle était atteinte de cette affection : quelques jours d'isolement et de psychothérapie ont eu raison de cette privation. et quelques semaines ont suffi pour lui restituer les nombreux kilos qu'elle avait perdus en se mettant à une diète ultra-sévère.

Ce qui prouve bien la part considérable qui revient à l'émotivité et à la suggestion dans la constitution des fausses gastropathies, c'est qu'elles peuvent se greffer tout aussi bien sur de réels accidents dyspeptiques, tels que la gastrite médicamenteuse ou les troubles

gastriques du début de la grossesse ; c'est de cette manière que ceux-ci se transforment quelquefois en vomissements incoercibles.

Parmi les agents pathologiques qui décident d'une telle orientation, il en est deux qui semblent avoir une influence de premier ordre : 1° l'interrogatoire des malades ; 2° les procédés d'examen qu'on leur fait subir. L'interrogatoire du médecin peut être suggestif : de même que, quand on procède à l'examen de la sensibilité chez une hystérique, il ne faut pas lui demander si elle sent aussi bien d'un côté que de l'autre, de même il faut s'abstenir de demander aux malades s'ils ressentent telle ou telle sensation, s'ils ont éprouvé tel ou tel phénomène, d'autant plus que par des enseignements de divers ordres, ils connaissent déjà la valeur sémiologique de la sensation ou du phénomène.

Certaines pratiques, telles que les examens de suc gastrique répétés, les lavages d'estomac, les examens radiographiques ou radioscopiques ne font que confirmer les malades dans leurs idées ; l'intervention chirurgicale a été tentée dans quelques cas, soit pour éclairer le diagnostic, soit dans un but thérapeutique, et au point de vue psychique elle a eu les pires résultats. La règle est de s'abstenir de tout procédé capable de faire naître la suggestion : l'émotivité à elle seule la développe, la suggestion à son tour renforce l'émotivité.

Le diagnostic doit se baser, d'après Dejerine et Gauckler, sur l'origine morale de la localisation gastrique, sur la variabilité des sensations éprouvées par le malade correspondant elles-mêmes à des variations émotionnelles, sur la connaissance d'états antérieurs dans les antécédents, l'illogisme de manifestations contradictoires, la longue durée de l'affection, incompatible avec l'hypothèse d'une tumeur. « Du reste, disent-ils, nous ne sommes pas toujours, à l'heure actuelle, en mesure de définir nettement les limites qui séparent les gastropathies fonctionnelles des gastropathies que l'on est convenu de considérer comme organiques. »

Que, dans un assez grand nombre de cas, le diagnostic saute aux yeux au seul récit du malade, nul ne saurait le contester et l'examen ne fait que confirmer notre première impression : cet examen n'en est pas moins indispensable et, s'il subsiste un doute, il est encore préférable de l'éclairer par les moyens que la technique contemporaine met à notre disposition. Si cet examen donne des résultats conformes à nos prévisions, il nous fournit un argument nouveau pour persuader et convaincre. En résumé, quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur un gastropathe d'après l'interrogatoire ou à première vue, il est préférable de faire un examen complet : on peut alors agir en connaissance de cause, avec confiance, et le malade, lui

aussi, aura d'autant plus de confiance qu'il aura été plus sérieusement examiné. Il faut tout autant éviter de voir partout des vraies que des fausses gastropathies; si l'erreur a été trop souvent commise de prendre pour un cancer une fausse gastropathie, l'erreur inverse a-t elle toujours été évitée?

Pseudo-entéropathies. — Elles s'associent souvent aux fausses gastropathies, et les malades se plaignent alors de tout leur tube digestif; mais chez quelques malades, elles restent isolées. De même que parmi les gastropathes il en est qui sont de simples phobiques ou obsédés et que d'autres en imposent pour une maladie organique de par les troubles fonctionnels et l'idée fixe, de même en est-il des entéropathes, mais la pseudo-entéropathie n'existe réellement qu'à partir du moment où les troubles intestinaux sont manifestes et pourraient en imposer pour une affection intestinale. A l'origine de ces complications, on trouve presque toujours les stigmates habituels de la neurasthénie, la constipation ou la diarrhée, et aussi un accident très fréquent : l'entérite muco-membraneuse.

Les émotions agissent de manières très différentes et quelquefois diamétralement opposées chez les névropathes : c'est ainsi que dans la série des phénomènes que nous étudions elles produisent soit la constipation, soit la diarrhée.

Constipation. — La constipation qui est plus habituelle devient d'autant plus opiniâtre que le malade s'en affecte davantage; tout regain d'émotivité se traduit toujours dans le même sens, c'est-à-dire par la constipation chez un constipé, par la diarrhée chez un diarrhéique.

Lorsque la constipation acquiert cette ténacité, elle s'accompagne de tous les accidents dus à la coprostase, et le malade n'est plus un simple neurasthénique, c'est presque un vrai entéropathe, parce que, quelle que soit l'origine de la coprostase, elle a toujours les mêmes conséquences, la gêne de la circulation sanguine, les fermentations intestinales, le retentissement sur le foie, etc... Et même ce n'est peut-être pas absolument juste de dire fausse entéropathie, parce qu'il y a quelque chose d'anormal dans le fonctionnement de l'intestin et des annexes du tube digestif : l'entéropathie n'est fausse que parce que la constipation n'a pas pour origine une affection localisée en un point quelconque du tractus digestif : rétrécissement, tuberculose, cancer; elle n'est pas due à une obstruction intestinale, l'une des préoccupations les plus ordinaires de cette catégorie de malades. N'empêche que du fait de ces troubles et de la diminution de la ration alimentaire leur état peut aboutir à une cachexie, qui justifie leur inquiétude, ainsi que celle de leur entourage, et qui au premier abord peut lancer le

médecin sur une fausse piste. Ce n'est qu'après un interrogatoire très minutieux et un examen approfondi qu'il sera à même de rectifier sa première opinion.

Les inconvénients de la constipation sont encore beaucoup plus considérables, lorsqu'elle se complique de spasme douloureux et d'entérocolite muco-membraneuse. Celle-ci n'est pas d'origine neurasthénique mais elle est fréquente chez cette catégorie de malades; elle s'exacerbe sous le coup des émotions répétées et prolongées, et des perturbations nerveuses de toutes sortes.

Diarrhée. — Voici une belle observation de fausse entéropathie faite par Dejerine dans sa clientèle privée : « Une jeune femme de vingt-huit ans, mère de trois enfants, est traitée depuis quatre ans pour une affection intestinale. Elle a été mise à tous les régimes et en particulier à l'alimentation farineuse exclusive. On prétendait de la sorte arrêter une diarrhée persistante. Le seul résultat obtenu fut de la faire maigrir de quatorze kilogrammes. Jamais personne ne s'était occupé de son état mental.

« De quoi s'agissait-il dans le fait ? Elle était fille d'un homme politique occupant une situation prépondérante dans un pays étranger. Un jour qu'elle faisait avec lui une promenade en voiture découverte, elle eut à subir une attaque à main armée et à essuyer un certain nombre de coups de feu destinés à son père. Elle se précipita sur lui pour le protéger. Ni son père, ni elle ne furent sérieusement atteints. Mais elle fut prise à ce moment d'une diarrhée émotive dont la reproduction pour elle devint une véritable obsession. De fait elle se trouva atteinte d'une diarrhée, qui n'était cependant point si permanente, qu'elle ne cessât de se manifester quand son attention se trouvait attirée ailleurs, ce qui du reste ne lui arrivait que fort rarement. On avait diagnostiqué chez cette malade une entérocolite muco-membraneuse, et chaque jour elle examinait ses selles pour y chercher les fausses membranes. Elle était très affectée de son état et profondément neurasthénique. Mise à l'isolement et psychothérapiquement traitée, cette malade vit tous ses troubles intestinaux disparaître en quelques jours. Soumise d'emblée au régime ordinaire, elle regagna en trois mois le poids perdu et put reprendre une vie entièrement normale. »

J'observe en ce moment une jeune fille de vingt-deux ans, qui, à la suite d'une grippe et d'une entérite, fut soumise à des régimes de plus en plus sévères, et cela parce qu'elle allait à la selle jusqu'à huit et dix fois dans les vingt-quatre heures. Dans les derniers temps elle n'absorbait plus qu'un litre de lait par jour; lorsque je la vis pour la première fois, elle ne pesait plus que 32 kilos. C'est une

grande impressionnable, dont l'émotivité est augmentée depuis plusieurs mois par une existence très triste; elle vit avec une grand'-mère très âgée, sa mère et sa sœur, très à l'écart de tout le monde, loin de toutes distractions. Lorsqu'elle a souffert de son entérite, elle s'est frappée et elle a continué à se présenter plusieurs fois par jour à la garde-robe, bien que l'entérite fut depuis longtemps terminée. J'ai fait examiner les matières par la religieuse qui est chargée de lui donner des soins, et la quantité évacuée dans les vingt-quatre heures par les exonérations successives ne dépasse pas la quantité normale. Elle accuse sans cesse des douleurs dans le ventre, et la pression des fosses iliaques surtout de la fosse iliaque gauche est particulièrement douloureuse. Dès le premier jour du traitement on la mit au régime lacté (deux litres de lait et des jaunes d'œufs); puis rapidement on substitua au lait des pâtes, des purées, de la viande; en huit jours, la malade était revenue au régime ordinaire et son poids s'était relevé de 800 grammes. La semaine suivante, avec un peu de suralimentation, elle reprenait 2 kilos. Dès le troisième jour elle n'allait plus que deux fois à la selle, mais elle se plaignait encore de coliques et de douleurs dans le ventre; cependant le ventre était beaucoup moins douloureux à la pression, car au début le simple contact était pénible, tandis que, après quelques jours de repos au lit et de psychothérapie, la paroi se laissait déprimer. Elle continue par la suite d'engraisser. En somme, chez elle, c'était l'élément phobique qui dominait la situation, et bien que trop fréquemment repétées les évacuations ne furent jamais diarrhéiques.

Voici deux observations dans lesquelles les manifestations entéropathiques de la neurasthénie ont succédé soit à des réactions émotionnelles soit à la localisation sur l'intestin d'une maladie infectieuse; c'est presque toujours par un mécanisme analogue qu'elles s'installent. Une fois l'attention attirée sur l'intestin, elle se double bientôt de craintes et de phobies, qui contribuent, soit par autosuggestion, soit en augmentant l'émotivité, à entretenir les perturbations fonctionnelles; celles-ci, en se prolongeant et par les désordres secondaires qu'elles entraînent, en imposent tôt ou tard pour une entéropathie. Voici maintenant une autre catégorie de malades chez lesquels la filiation des accidents est différente.

Phobies ou obsessions d'origine organique. — Les phobiques ou obsédés de la constipation le demeurent parfois à la suite d'une fluxion hémorroïdaire ou d'une fistule ou même par la simple gêne qu'occasionne une constipation momentanée, même en dehors de toute neurasthénie antérieure. Ils redoutent la douleur provoquée par le passage du bol fécal, ils se retiennent et

reculent l'heure de l'évacuation. Peu à peu l'intestin prend des habitudes de paresse; les gardes-robes ne se représentent que tous les deux ou trois jours, quelquefois même davantage, la coprostase retentit peu à peu sur l'organisme et la fausse entéropathie est constituée; il existe alors des perturbations organiques. Les malades s'en affectent et, poursuivis par l'idée qu'ils ont une affection intestinale, ils versent dans la neurasthénie. L'enchaînement des événements est le suivant : terrain émotif, petit incident pathologique systématisant l'impressionnabilité du sujet, préoccupation, puis phobie transformant l'indisposition initiale en habitude, et enfin neurasthénie secondaire. Chez les constitutionnels dont l'émotivité est en quelque sorte de fondation, ce mode de succession est assez habituel.

Le plus grand nombre des fausses entéropathies dérive de la constipation si fréquente et si habituelle chez les névropathes et surtout chez les femmes; qu'il suffise de rappeler qu'elle reconnaît pour principales causes l'oubli, l'ennui ou l'inertie. Beaucoup ne vont pas à la garde-robe, parce qu'elles n'y pensent pas, ou parce que cela les ennuie; beaucoup aussi se présentent, mais c'est une démonstration purement platonique, dans laquelle on ne met pas de son côté toutes les chances de succès et la principale : l'effort. Il n'y a pas de produit thérapeutique qui puisse rivaliser avec lui.

2°. — Neurasthénie urinaire.

Chaque organe de l'appareil urinaire peut être affecté par une lésion initiale très bénigne ou par un trouble fonctionnel relevant lui-même d'une modification dans l'innervation soit d'origine organique, soit d'origine psychique. Toute émotion, toute fixation de la pensée, toute exaltation sensitive chez un sujet prédisposé sont susceptibles de produire des troubles de la miction. Toutes ces perturbations peuvent être la cause de troubles réflexes d'origine psychique (Mosso, Pellacani, Janet). Diverses éventualités peuvent se produire au point de vue de la filiation des accidents et de leurs rapports avec la neurasthénie.

1° *La neurasthénie est primitive* : l'une des perturbations précédentes survient et localise la névropathie; sous forme de préoccupations, de phobies qui, la suggestion aidant, se fixent de plus en plus sur l'organe.

2° *La perturbation fonctionnelle s'installe sur un sujet émotif et à l'occasion d'une émotion*, elle augmente à la fois son émotivité et sa suggestibilité, l'idée de la maladie se fixe davantage et devient le

point de départ d'un état neurasthénique, qui persiste avec sa localisation spéciale.

Ces accidents urinaires d'ordre névropathique ont été envisagés comme il convient par Guyon qui, dès 1885, dans ses leçons cliniques des voies urinaires, écrivait. « Nous ne pouvons aborder l'étude du symptôme : fréquence de la miction, tel que nous l'offrent les urinaires, qu'après vous avoir signalé un groupe d'individualités qui le présentent souvent et viendront non moins souvent se plaindre à vous de ce seul symptôme. Ils insisteront avec d'autant plus de ténacité que, pour leur esprit préoccupé et inquiet, l'envie fréquente d'uriner doit être l'irréfutable indice d'une maladie des voies urinaires.

« Nous venons de désigner à votre attention toute cette classe si nombreuse qu'on ne saurait ranger parmi les bien portants, qu'il convient moins encore de ranger parmi les malades, qui se plaignent toujours et souffrent quelquefois, que vous ne pourrez que difficilement améliorer, que vous ne guérirez pas et que vous ne verrez pas d'ailleurs succomber, car ils sont atteints de cette maladie dont on ne guérit pas plus qu'on n'en meurt : de l'hypocondrie.

« Il est nécessaire que vous connaissiez bien ces malades qui parmi les nombreuses affections dont ils craignent de se voir atteints, choisissent une maladie des voies urinaires. Ils désirent un traitement local avec d'autant plus d'ardeur qu'ils espèrent y trouver, d'une façon directe, un allègement qu'ils ont le plus souvent demandé en vain à de nombreuses médications. Le symptôme prédominant accusé par ce groupe de souffrants est la miction. Vous le retrouverez tout aussi bien chez les névropathiques et même chez les gens timides, scrupuleux, préoccupés, chez les sujets continents.

« Rien de plus vulgaire d'ailleurs que l'influence bien connue du système nerveux sur la sécrétion urinaire et que les conditions où souvent il s'exerce, alors qu'une émotion vive, qu'une préoccupation importante vous possèdent tout entier. Cet état passager ou occasionnel est celui qui se reproduit sous toute espèce d'excitation, psychique ou morale, chez les impressionnables dont nous vous parlons. »

Ces quelques lignes font allusion aux principales manifestations de la neurasthénie urinaire; les troubles de la sécrétion et les troubles de la miction.

Pollakiurie. — De tous les troubles de la miction, la pollakiurie est peut-être le plus fréquent ; il provient habituellement de ce fait que le malade préoccupé sans cesse de sa vessie ou de ses mictions, pense plus souvent à uriner. Il lui arrive de se forcer à uriner pour surveiller

son jet qui lui a semblé insuffisant ou déformé, ou même la fin de la miction qui lui a paru plus lente qu'autrefois. Ces phénomènes peuvent exister réellement, qu'ils soient occasionnés par le rétrécissement de l'urètre ou par une hypertrophie de la prostate. Quoi qu'il en soit, l'idée de la miction réveille le besoin d'uriner et c'est ainsi que les mictions se répètent avec une fréquence d'autant plus grande. La pensée et la préoccupation de la miction augmentent le pouvoir excito-réflexe de la vessie (Janet).

Ce n'est plus la distension vésicale qui commande la contraction du muscle, mais la volonté qui se substitue à elle : voilà la vraie origine de ces pollakiuries.

Si la miction se fait mal, et qu'une fois terminée, il vienne encore quelques gouttes qui mouillent la chemise, cela ne fait qu'augmenter les craintes du malade et justifier ses appréhensions.

La pollakiurie sollicite parfois des besoins pressants qui ne peuvent être immédiatement satisfaits; quelques gouttes s'échappent et c'est généralement dans ces conditions que se produit l'incontinence d'urine d'origine névropathique. Au premier abord on se croit en présence d'une cystite, mais il ne s'agit que de fausse cystite.

Chez certains sujets particulièrement impressionnables la pollakiurie devient obsédante et angoissante, la fin de la miction peut même s'opérer dans une angoisse extrêmement douloureuse. Elle est surtout diurne, réveillée sans doute par la vue d'un urinoir, de personnes urinant, mais surtout par l'obsession. L'interprétation s'en mêle-t-elle? les malades deviennent de plus en plus anxieux et s'imaginent qu'ils sont atteints d'une maladie grave de la vessie ou des voies urinaires, ce qui aggrave la neurasthénie ou l'appelle si elle n'existait pas encore.

Lorsque les phénomènes douloureux s'adjoignent à la pollakiurie, il n'est pas exceptionnel qu'ils se fixent dans un point sous une forme d'algie définitive : les algies vésicales sont des plus habituelles.

Algies. — Les douleurs sont encore occasionnées par le spasme urétral, dû à une sensibilité exagérée du sphincter membraneux, cette sensibilité pouvant être la conséquence de l'émotivité et d'une attention prolongée sur l'urètre, ou bien encore d'une émotion dont les effets se sont localisés d'emblée sur cette région. De même qu'il y a des émotions qui vous coupent bras et jambes, de même il y en a qui vous tombent sur la vessie, sur l'urètre. Le spasme donne lieu soit à l'impossibilité d'uriner quand on regarde le malade (bégaiement urinaire de Pajot), soit la gêne de la miction : l'urine s'écoule en jet filiforme et plusieurs gouttes s'échappent alors que la miction est terminée (manque de coup de piston final), ou bien le

coup de piston est retardé (Janet). Souvent aussi ce spasme revient par intermittences ou par saccades lorsqu'il est volontairement provoqué par le malade qui, dans le désir d'avoir un jet plus fort, contracte violemment sa vessie et ses muscles de la paroi abdominale, mais il contracte simultanément son sphincter urétral, d'où les jets en coups de lance. Simultanément le malade éprouve une sensation de pesanteur périnéale, des sensations de froid à la face interne des cuisses, et pour peu que ces malades aient eu autrefois la chaude-pisse, ils se mettent en tête l'idée d'un rétrécissement. Ces faux rétrécis sont des visiteurs fidèles des spécialistes, surtout si on attache de l'importance à leur rétrécissement.

Rétention d'urine. — La rétention d'urine est rare. Complète, elle ne se produit guère que par intermittences chez les grands émotifs, obsédés, qui s'inhibent eux-mêmes ; ils se regardent uriner, le malade « se sert lui-même d'étranger assistant à sa miction » (Janet). Dans le cas de rétention incomplète, il s'agit assez souvent de neurasthéniques qui ne vident pas leur vessie ; mais il n'y a ordinairement que coïncidence et, suivant la remarque de Le Fur, cette rétention est due à des lésions prostatiques, souvent ignorées même chez de jeunes sujets. Par contre, il me paraît un peu osé d'admettre que les lésions prostatiques soient sous la dépendance de la neurasthénie, qui troublerait le fonctionnement physiologique et normal de la glande. Il y a, sans doute, des névropathes faux urinaires, dont les sécrétions des glandes bulbo-urétrales, et en particulier de la prostate, sont exagérées ; quelques-uns se méprennent sur la nature de ces flux, qu'ils croient être des pollutions nocturnes ou une incontinence d'urine ; mais peut-on mettre en cause exclusivement la neurasthénie, et n'existe-t-il pas quelque part une épine inflammatoire qui donne lieu à tous ces phénomènes ?

Certes l'erreur a été souvent commise de prendre pour un prostatique des individus qui n'avaient présenté que des troubles de la miction d'origine émotive ; mais il existe aussi des émotifs dont les préoccupations mictionnelles et les troubles consécutifs ont pour point de départ une petite lésion sur le trajet des voies urinaires.

Chez la femme, les troubles psychiques de la miction se rencontrent moins que chez l'homme. L'incontinence qui se produit chez un certain nombre de femmes au moment du rire, lorsque leur vessie est pleine, peut devenir l'occasion de préoccupations émotives. Dejerine et Gauckler rappellent l'observation d'une dame qui dut se cloîtrer complètement chez elle, par peur de la production d'un tel accident qui, cependant, ne s'était jamais produit en dehors des limites quasi physiologiques. Une autre dame, observée par les

mêmes auteurs, « était si préoccupée de la chose, qu'elle en était arrivée à avoir des mictions involontaires assez abondantes pour traverser son linge et ses vêtements, mictions exclusivement créées par la représentation mentale qu'elle en avait. »

Ces mictions fréquentes qui se caractérisent encore par le sentiment d'angoisse qui les accompagne si souvent, ne doivent pas être confondues avec la polyurie des névropathiques : la fréquence de la miction n'implique pas nécessairement une augmentation de la sécrétion urinaire : c'est plus un trouble d'excrétion qu'un trouble de sécrétion.

Polyurie. — La polyurie se produit chez un assez grand nombre d'individus, sous le coup d'une émotion ou au cours d'une émotivité prolongée ; pour qu'elle persiste, il est nécessaire que simultanément le malade ait de la polydipsie. Quelle que soit son origine, la polyurie est susceptible de devenir, comme toute anomalie, une cause de préoccupation, de phobie : la polyurie entraîne la polydipsie et la polydipsie entretient à son tour la polyurie, les malades s'engagent ainsi dans un cercle vicieux.

Parmi les sujets d'inquiétude et les préoccupations qui assiègent si souvent le cerveau des neurasthéniques, il en est encore un, très fréquent chez la femme, c'est le rein mobile, complication habituelle des neurasthénies avec grand amaigrissement. On sait combien la mobilité du rein est un phénomène banal, lorsque la capsule adipeuse a fondu et que la paroi abdominale s'est relâchée ; lorsque la mobilité du rein ne reconnaît pas d'autre cause, elle disparaît ou s'atténue avec l'engraissement.

Il n'en est pas toujours ainsi ; le rein mobile peut être en même temps un rein déplacé. Or, les grandes néphroptoses ne peuvent être rattachées étiologiquement à la neurasthénie : mais ce sont des accidents qui se produisent volontiers sur le même terrain. La néphroptose est envisagée, par plusieurs auteurs, comme un stigmate de dégénérescence ; en même temps qu'elle, on a noté plusieurs fois d'autres anomalies de l'appareil urinaire, et on l'a rencontrée assez souvent chez plusieurs personnes de la même famille. Comme toute anomalie, elle peut être le point de départ de préoccupations, de phobies qui entretiennent ou font apparaître les états neurasthéniques.

En résumé, pour les faux urinaires de même que pour les faux gastropathes, on peut admettre des relations d'ordre variable entre les troubles physiques et la neurasthénie. Ou bien ils sont la conséquence des perturbations fonctionnelles survenues au cours d'une neurasthénie accidentelle ou constitutionnelle ; ou bien ils surviennent d'emblée chez des émotifs ou chez des prédisposés à la

neurasthénie constitutionnelle; puis entretenus par l'émotivité et la suggestion, ils deviennent phobies, obsessions et jouent un rôle important dans la constitution du syndrome neurasthénique. L'apparition de ces manifestations fonctionnelles me paraît assez souvent préparée par une affection bénigne et latente de l'appareil urinaire. La neurasthénie urinaire coexiste assez fréquemment avec la neurasthénie génitale.

3°. — Neurasthénie génitale.

La neurasthénie génitale est une de celles qui échappent le plus à la clairvoyance du médecin, et les manifestations génitales de la neurasthénie sont de celles que le malade dissimule le plus jalousement, parce que, plus que toutes les autres, elles atteignent l'amour-propre, elles choquent la pudeur, elles concernent les actes les plus secrets.

Elles doivent être étudiées séparément chez l'homme et chez la femme.

Neurasthénie génitale chez l'homme. — Elle est très fréquente ; elle est primitive ou secondaire.

Secondaire elle englobe tous les faits dans lesquels, après une période plus ou moins longue, la neurasthénie se cristallise sur les troubles génitaux. On a vu plus haut que la neurasthénie rafraîchit ordinairement les ardeurs sexuelles : elles deviennent de plus en plus rares, et lorsque par hasard elles se réchauffent, ce n'est presque jamais avec la même vigueur qu'aux beaux jours. L'érection est incomplète, ou bien l'éjaculation est trop rapide et sans volupté. Ces insuccès frappent l'imagination, et restant sur ces mauvais souvenirs, celui qui les a éprouvés n'ose plus tenter l'aventure ou bien il ne le fait que timidement. Les mêmes phénomènes se reproduisent à la première occasion : ils augmentent l'inquiétude du malade, soulèvent des doutes sur sa virilité ; quelquefois même ils ne lui laissent aucune illusion, car l'impuissance est plus d'une fois le dernier terme de ses préoccupations et de son incertitude. Tandis que chez certains malades, ces désordres restent au second plan ou même ne provoquent qu'une inquiétude légère; chez d'autres, au contraire, ils absorbent toute l'attention et deviennent le pivot de leurs soucis et de leurs préoccupations. Le fléchissement de la virilité ou même l'impuissance devient alort l'unique objet de leurs préoccupations, il devient phobie et obsession. La fixation de l'attention et de l'émotivité ne fait qu'accentuer ces désordres sexuels, qui se traduisent presque toujours, à un moment donné, par l'impuissance ; si les regrets et les aspirations diurnes restent sans réponse, ils préparent les rêves de la nuit

et les pollutions nocturnes. La spermatorrhée est une nouvelle cause de fatigues et de préoccupations. Plus le malade y pense et plus son état s'aggrave, c'est une règle commune à toutes les manifestations de la neurasthénie.

Phobies génitales. — Inversement, les accidents de la vie sexuelle sont souvent cause de la neurasthénie et lui donnent une allure spéciale. Cette neurasthénie secondaire s'observe surtout chez des phobiques, des inquiets, des obsédés, en un mot chez des anormaux, qui ne sont pas forcément de grands neurasthéniques constitutionnels, mais qui sont aux confins de la dégénérescence.

La moindre perturbation d'ordre génital peut les faire verser dans la neurasthénie et passer rapidement à l'état de phobie ou d'obsession. Cette perturbation peut être elle-même organique ou fonctionnelle, et alors d'origine émotive.

Il y en a qui versent dans la neurasthénie génitale à la suite d'une maladie vénérienne, orchite, syphilis ou blennorragie ; ils ont peur qu'elle n'ait une répercussion sur les fonctions sexuelles. D'autres versent différemment dans la neurasthénie ; connaissant par les lectures ou les conversations les tristes conséquences qu'entraînent de telles affections, ils sont sans cesse hantés par elles, ils se laissent déprimer par leurs préoccupations qui absorbent tout leur temps, d'où la diminution des désirs, l'appréhension de l'acte, et souvent un demi-succès ou l'insuccès complet, mais alors il ne s'agit pas de neurasthénie génitale, à proprement parler, c'est de la vénéréo ou de la syphilophobie. La crainte de l'impuissance se traduit par l'impuissance et l'échec justifie leurs craintes. La neurasthénie génitale est constituée : mais les choses ne vont pas toujours aussi loin ; il y en a qui se plaignent de ne plus avoir de sensation voluptueuse, d'autres d'avoir une éjaculation trop rapide ou une érection incomplète, d'autres encore de ne pouvoir éjaculer : tout cela n'empêche pas la spermatorrhée nocturne, quelquefois même la spermatorrhée diurne.

Impuissance. — Une impuissance momentanée, mais motivée, peut tout aussi bien être la cause de la neurasthénie : elle est parfois la conséquence d'intoxications, d'infections : certains médicaments ou poisons tels que l'iode, le plomb, le sulfure de carbone jouissent, à cet égard, d'une mauvaise réputation, tels encore le camphre, le haschich, l'opium, la belladone, la jusquiame, le tabac. Cette impuissance peut être la source de préoccupations qui aboutissent, un jour ou l'autre, à la neurasthénie.

L'impuissance reconnaît souvent une origine psychique : tout ce qui tend à développer et analyser l'acte en imagination tend à

amoindrir l'automatisme et à créer l'impuissance. Tout sentiment, toute idée, toute image, tout souvenir se rapportant au fonctionnement des organes génitaux peut être l'occasion d'un faux pas, qui fait tomber, à son tour, dans la neurasthénie.

Le souvenir d'un échec antérieur, au moment de pratiquer le coït a une action inhibitrice de premier ordre, de même une sensation douloureuse produite par un herpès incomplètement cicatrisé ou par la cicatrice d'une opération récente, telle que la circoncision, peut entraver l'achèvement de l'acte vénérien ; d'où la contrariété, l'ennui, l'inquiétude, puis l'impuissance, pour peu que l'intéressé se frappe l'imagination, et enfin la neurasthénie.

On connaît l'impuissance des jeunes mariés déprimés par les longues attentes des fiançailles, chez lesquels le désir de posséder est moins fort que la crainte de l'insuccès ; celle des amoureux transis qui soupirent longtemps après une maîtresse. Souvent il s'agit d'inquiets qui sont poursuivis par l'idée de ne pas réussir, parce que, timorés, ils ne sont entrés en conversation avec la femme qu'à de rares occasions, et encore ne l'ont-ils abordée qu'en tremblant.

Tibulle était refroidi dans ses ardeurs par le souvenir d'une ancienne maîtresse qu'il avait tendrement aimée, mais qui l'avait trompé : il se croyait enchanté. Ovide se comportait aussi piteusement auprès de sa maîtresse pour des raisons analogues : lui aussi incriminait un enchantement, une sorcellerie. « La véritable cause de ton malheur, lui dit Tibulle, est d'avoir trop souvent touché le corps de ta maîtresse, de l'avoir tenu dans des embrassements trop prolongés, et de t'être plu à son contact. »

L'impuissance des jeunes mariés était autrefois attribuée à des sortilèges et des maléfices, dont certaines femmes, mises au rang des sorcières, avaient le secret : c'est ce qu'on appelait nouer l'aiguillette. Sorciers ou sorcières de cet acabit se servaient de figures de cire qu'on déposait à la porte des individus désignés, ou même dans les carrefours ou sur le tombeau des ancêtres.

L'Église croyait aux maléfices et aux manœuvres diaboliques ; ces pratiques furent condamnées par divers conciles : c'était un cas d'excommunication. La légende des sortilèges dura très longtemps, et au commencement du XVII^e^ siècle, la crainte de pareils maléfices et des noueurs d'aiguillettes faisait célébrer les mariages dans le plus grand secret. C'est encore pendant la cérémonie religieuse, au moment où le mari présente l'anneau à sa femme, que les noueurs, suivant certains rites (par exemple tourner les mains en dehors et enlacer les doigts les uns dans les autres), jetaient le sort sur les conjoints. Ceux-ci, pour le conjurer, avaient recours à divers moyens,

tous inspirés de la superstition la plus grossière. L'Église condamnait également les pratiques imaginées pour dénouer l'aiguillette ; par contre, elle préconisait les exorcismes, les messes, les jeûnes, les aumônes.

En résumé, là où on croyait trouver les agissements du diable, il n'y avait, comme aujourd'hui, que l'influence de la suggestion et de l'imagination. « Je pourrais citer, dit F. Siredey, de nombreux exemples de ces variétés d'impuissance ; je me borne à dire que le caprice, l'imagination, l'amour-propre, la timidité, toutes les influences morales vives, en un mot, peuvent produire l'impuissance d'une façon qui varie avec chaque sujet. » Le manque de confiance, un souvenir déconcertant, l'imagination et l'émotion aidant, sont les grands facteurs de cette impuissance psychique : *fortis imaginatio generat casum*. N'est-ce pas l'application de cette observation plus générale de Montaigne : « L'âme de l'assaillant, troublée de plusieurs diverses alarmes, se perd aisément : et à qui l'imagination a fait une fois souffrir cette honte (et elle ne le fait souffrir qu'aux premières accointances, d'autant qu'elles sont plus ardentes et plus âpres, et aussi qu'à cette première cognoissance qu'on donne de soy, on craint beaucoup plus de faillir) ayant mal commencé, il entre en fiebvre et despit de cet accident, qui lui dure aux occasions suivantes. »

Beaucoup d'individus qui ont pratiqué l'onanisme redoutent d'avoir épuisé leur système nerveux et d'être exposés un jour à l'impuissance, et la crainte la fait naître. Il en est de même pour ceux qui ont commis des excès sexuels ; ils sont tourmentés par la crainte de s'être surmenés et ils abordent le mariage avec méfiance ; ils doutent de leurs moyens ou ils appréhendent de procréer des êtres chétifs et malingres. De tels individus sont quelquefois frappés d'impuissance momentanée, puis versent dans la neurasthénie.

L'impuissance neurasthénique peut être, dans un certain nombre de cas, une impuissance de transformation : réelle au début, elle devient ensuite imaginaire, et cela du fait de la suggestibilité, sur un terrain prédisposé de par sa nature phobique et émotive.

Il faut quelquefois fort peu de chose ; un mot, un geste, une surprise pendant le coït, arrêtent l'acte et laissent après eux des souvenirs indélébiles.

J'ai connu un veuf qui était resté pendant plus de deux ans sans pratiquer le coït et qui, sur le point de se remarier, eut quelques doutes sur ses moyens après un silence si long. A la première veillée des armes, ses craintes se réalisèrent, et il dut être réconforté pendant un certain temps avant de pouvoir fournir une preuve décisive de sa virilité.

Autre exemple : un couple en train de sacrifier à Vénus est interrompu par l'entrée inopinée d'un domestique dans la chambre : les choses en restèrent là pour un certain temps.

En résumé, toutes ces impuissances déterminées par une cause psychique retentissent sur le moral et amènent un bouleversement psychique qui, par l'intermédiaire de la phobie et de l'obsession, aboutissent à la neurasthénie. Celle-ci à son tour aggrave les manifestations fonctionnelles et voici le malade entré dans le cercle vicieux ; il en est de la neurasthénie génitale comme des autres formes.

Neurasthénie génitale chez la femme. — Les rapports de la neurasthénie et des perturbations sexuelles doivent être envisagés chez la femme comme chez l'homme à divers points de vue : 1° les fixations secondaires de la neurasthénie sur l'appareil génital ; 2° la neurasthénie causée par les accidents ou les anomalies de la vie sexuelle.

Les premiers cas sont rares ; lorsque la neurasthénie, purement accidentelle, est attribuée à un bouleversement moral, il est exceptionnel qu'elle se fixe définitivement sur l'appareil génital. Ordinairement, elle se borne à diminuer les désirs et à économiser les sensations voluptueuses ; et les cristallisations secondaires, les phobies génitales, ne s'observent que chez les femmes qui, antérieurement à la neurasthénie ou au cours même de leur dépression, ont souffert simultanément d'une maladie des organes génitaux ; par erreur d'interprétation ou par interprétation retrospective, elles mettent sur le compte de la matrice, des trompes ou des ovaires, des phénomènes dont ces organes ne sont pas responsables.

Beaucoup plus fréquente est la neurasthénie qui est secondaire à un incident de la vie sexuelle, qu'il s'agisse d'une maladie des organes génitaux ou d'un trouble dans leur fonctionnement, lui-même étant quelquefois d'origine émotive ou psychique.

Suivant la remarque judicieuse de Bouilly et de Siredey, ce ne sont pas les formes les plus graves des maladies de l'utérus et des annexes qui conduisent aux névroses. « Quelquefois, dit Sirèdey, les malades n'ont, dans l'appareil génital, que des lésions si peu accentuées qu'elles sont discutables, et très différemment interprétées par les médecins ; ce ne sont pas celles qui présentent les réactions nerveuses les moins intenses. »

On ne peut nier cependant que des affections sérieuses des organes génitaux ne puissent être une cause de neurasthénie, mais ce n'est pas tant la maladie elle-même qui intervient, que les préoccupations et les tracas moraux qui en sont, dans plus d'un cas, la conséquence

légitime. A côté de la dépression et de l'affaiblissement causés par les douleurs et les pertes, il faut, en effet, faire entrer en ligne de compte la crainte d'une maladie grave ou d'une opération, l'arrêt de la vie de famille ou de la vie conjugale, l'impossibilité de remplir les devoirs d'épouse et de mère; sans compter que ces maladies sont la cause de chagrins d'ordre intime, qui compliquent et aggravent la situation.

Il y a encore des neurasthéniques qui deviennent « des fausses utérines », parce que, au cours de leurs pérégrinations chez les médecins, leur attention a été attirée sur l'appareil génital; elles ont été interrogées maladroitement sur leurs règles; une importance excessive a été accordée à leur irrégularité, à un écoulement insignifiant; des examens ont été trop fréquemment répétés, et surtout des traitements locaux inutiles, applications de tampons, injections, ont été inutilement multipliés. Elles sont bientôt poursuivies par la peur d'une maladie grave (*phobiques génitales*) et lui attribuent une importance de premier ordre pour expliquer la persistance de leur fatigue, de leur manque d'énergie : la neurasthénie est définitivement orientée dans ce sens.

Alors les douleurs apparaissent et se fixent dans le vagin ou dans les fosses iliaques suivant les cas; c'est là que convergent toutes les fatigues, que se ressentent toutes les émotions. Les algies génitales sont constituées et rivées. Qu'il s'agisse de fausses utérines ou d'utérines vraies, chez lesquelles il y a coexistence de neurasthénie, les malades sont souvent poursuivies par ces algies, et elles finissent par se confiner sur un lit ou sur une chaise longue, dont elles prennent l'habitude ; elles se vouent à l'immobilité. Ce sont des clinomanes; d'après Batuaud, la crainte d'une maladie grave et même la peur de la mort sont responsables de cette manie, bien plus que la crainte de la souffrance. L'apparition de la clinomanie est parfois favorisée par la coexistence de localisations viscérales multiples : entéroptoses, dilatations de l'estomac, néphroptoses, etc...

Beaucoup de jeunes filles sont mal ou même nullement préparées au mariage de par leur éducation. Les unes ignorent tout ou presque tout de la vie sexuelle, et si l'éducation en a fait en même temps des êtres timorés ou exagérément prudes, si l'union qu'elles contractent est toute de convenance, le premier rapprochement transforme quelquefois en une répugnance presque invincible l'inappétence de leurs instincts. Que ce soit la faute de leur résistance ou de la maladresse de l'époux, une défloration trop brutale et les sensations pénibles qui s'en suivent deviennent une cause de dégoût et de crainte pour les rencontres futures. Les premiers fondements des

phobies génitales sont posés, et avec eux ceux de la neurasthénie.

Chez d'autres jeunes filles, les instincts sexuels ont été exaltés par une émancipation précoce ou des lectures suggestives. Avant de se marier, elles ont laissé aller leur imagination la bride sur le cou et elles ont cru prendre un avant-goût des jouissances génitales dans un rêve trop souvent renouvelé. Quelques-unes ont même été plus loin et ont essayé leurs sens dans des manœuvres moins spéculatives. Dans ces conditions, les premiers contacts du mari restent souvent au-dessous de leurs illusions, et la déception qui s'en suit amène le désenchantement. A chaque rapprochement, le désir des sensations voluptueuses se double de la crainte de les voir encore échapper; l'émotivité s'accroît; elle inhibe les fonctions. Bientôt non seulement l'acte ne sollicite plus les désirs, mais il exaspère les craintes. Il devient une préoccupation constante qui aboutit peu à peu à la neurasthénie, d'autant plus que le désappointement physique est gros de conséquences morales.

La neurasthénie génitale reconnaît des causes multiples et variées, qui aboutissent toutes au même résultat, l'absence de satisfactions: le vaginisme, les coïts incomplets sont parmi les plus fréquentes. Le vaginisme est ordinairement consécutif à un traumatisme ou à des douleurs vaginales, mais il est souvent entretenu par l'appréhension qu'a la malade de voir sa douleur s'exalter par de nouveaux rapports sexuels; d'origine émotive, il devient à son tour cause d'émotivité et de neurasthénie.

Il y a des femmes qui deviennent neurasthéniques, parce que, attendant avec impatience les joies de la maternité, elles se croient condamnées à ne pas avoir d'enfants; d'autres, déjà épuisées par des maternités répétées, redoutent une nouvelle grossesse. Il y en a encore chez lesquelles une religion mal comprise, un mysticisme excessif exercent une action frénatrice sur les rapports conjugaux. Qu'on imagine toutes les émotions pénibles qui sont susceptibles de s'attacher aux secrets de l'alcôve, toutes les influences psychiques qui peuvent se substituer à l'automatisme des rapprochements sexuels, toutes les perturbations physiques ou morales que peut susciter la vie génitale, ce sont autant d'occasions de verser dans la neurasthénie; elles manquent d'autant moins leur effet que le terrain est émotif, obsédable, apte à la dépression.

Le moindre traumatisme des organes génitaux peut être l'origine de phénomènes émotifs extrêmement rebelles. L'observation suivante, rappelée par Dejerine et Gauckler, en est un curieux exemple. « A l'âge de huit ans, une jeune fille jouant avec son frère reçoit un coup assez violent sur les grandes lèvres. Elle n'en fait

part à personne et se croit gravement blessée. Avec les progrès de l'âge se forme peu à peu dans son esprit l'idée que ce traumatisme avait déformé ses organes génitaux. Elle prend peur pour tout ce qui a trait aux fonctions de cette région. Lorsqu'elle entendait parler d'un accouchement, elle était prise d'une sorte de terreur. Se croyant mal conformée, elle s'était jurée de rester célibataire ; mais, étant très malheureuse chez elle, elle se maria cependant à vingt-six ans. Vue par l'un de nous six ans après son mariage, elle n'avait pas encore pu subir les approches de son mari et jamais aucun médecin n'avait pu l'examiner par suite de la terreur folle qui s'emparait d'elle au moment de l'examen, terreur qui se traduisait par une angoisse excessive, qui aurait pu la porter aux pires extrémités et par une défense invincible des adducteurs. Cette femme était d'autant plus navrée de son état qu'elle désirait ardemment être mère. L'isolement seul eut raison de ces symptômes, et lorsque cette malade fut convaincue qu'elle était conformée normalement et qu'elle consentit à se dilater elle-même progressivement à l'aide de sondes de plus en plus volumineuses, elle devint si apte au devoir conjugal que dix mois après sa cure, qui avait duré deux mois, elle devint mère. Par la dilatation progressive de son hymen, pratiquée par la malade elle-même, et par la persuasion, l'hyperesthésie si intense qu'elle éprouvait à l'entrée du vagin avait disparu complètement. »

4°. — Neurasthénie cardiaque.

De même que la neurasthénie engendre des troubles et des préoccupations cardiaques, de même les phobies cardiaques engendrent des états neurasthéniques : mais ici nous sommes en présence de constitutionnels typiques de par leur émotivité. Qu'ils aient en germe le doute morbide, ils deviendront rapidement de grands obsédés et de grands phobiques. La fréquence et la forme des réactions cardiaques varient beaucoup avec chaque individu. Chez les uns, elles affectent la vitesse des battements du cœur, chez d'autres la force, le rythme. La tachycardie et la bradycardie d'origine émotive sont extrêmement fréquentes : à une accélération momentanée des battements succède parfois un ralentissement, remplacé lui-même par une nouvelle période d'accélération. Ces arythmies cadencées ou allorythmies sont comptées parmi les arythmies physiologiques d'origine respiratoire; et il paraît assez vraisemblable que si elles figurent si fréquemment parmi les réactions émotives, c'est que le rythme respiratoire peut être lui-même profondément troublé par l'émotion. Non seulement les battements peuvent être précipités,

mais ils augmentent souvent de force, ils deviennent conscients et procurent une impression pénible et douloureuse : ce sont les palpitations.

Les réactions cardiaques les plus fortes sont produites par les émotions vives, les émotions chocs. Chez quelques sujets elles vont jusqu'à la syncope, et celle-ci a une tendance à se reproduire chaque fois que surgit une émotion trop vive. Les modifications de rythme, de force, de vitesse des pulsations cardiaques peuvent également être entretenues par des émotions lentes, par des préoccupations et des soucis dont la cause se prolonge, par le réveil de souvenirs pénibles, voire même par des rêves et des cauchemars. Pour ces diverses raisons, il est aisé de comprendre pourquoi les troubles cardiaques sont si fréquents au cours de la neurasthénie accidentelle, dont l'émotion est le principal facteur étiologique. Que ces troubles prennent le pas sur les autres manifestations fonctionnelles de la grande névrose, et on se trouve en présence de la forme cardiaque de la neurasthénie.

A un moment donné et par un mécanisme toujours identique, le malade commence à s'inquiéter du fonctionnement de son cœur : il se tâte le pouls, il promène sa main sur la région précordiale, il écoute les battements la nuit dans son oreiller : pour peu qu'il constate un peu d'accélération transitoire ou un manque de pulsation, il s'affole, il se croit atteint d'une grave affection cardiaque. Il ne cesse de s'examiner, de se ménager ; il va de spécialiste en spécialiste. L'émotion, entretenue par la crainte, aggrave les phénomènes ou en fait apparaître de nouveaux. Voilà notre malade dans le cercle vicieux dont il ne sortira que le jour où il aura été convaincu qu'il n'a pas de maladie de cœur.

Mais souvent aussi la phobie cardiaque s'installe d'emblée chez des sujets spécialement prédisposés, et c'est elle qui devient le principal sujet des préoccupations et la cause de la neurasthénie. Une émotivité native excessive, déjà presque morbide, est à l'origine de ces états d'inquiétude. On voit combien ils sont fréquents chez les étudiants en médecine, au début de leurs études, et si leurs préoccupations sont principalement orientées sur cette branche de la médecine, c'est peut-être parce que, dans les phases d'asystolie, les vrais cardiaques paraissent angoissés et offrent un spectacle impressionnant. Parmi tous ces phobiques essentiels primitifs, il en est dont les réactions émotives n'ont qu'une répercussion insignifiante sur l'appareil circulatoire, mais il y en a aussi chez lesquels les réactions cardiaques sont particulièrement intenses, qu'elles soient directes ou indirectes (par l'intermédiaire de troubles dyspeptiques),

et les perturbations fonctionnelles viennent fort mal à propos justifier leurs appréhensions. Les craintes se fixent dans la pathologie du cœur pour des raisons diverses : c'est l'existence d'affections cardiaques chez les parents ; c'est la mort subite chez leurs ascendants ; c'est l'hypertrophie du cœur mentionnée pendant la période de croissance, ou les souffles anémiques des jeunes filles ; c'est la parole imprudente d'un médecin. Dejerine et Gauckler citent divers exemples qui montrent combien les causes occasionnelles peuvent être variées : les uns ont été frappés parce qu'ils ont été réformés pour une maladie de cœur au conseil de revision ; d'autres parce qu'on a parlé devant eux de la possibilité d'un rétrécissement mitral ou d'un anévrysme de l'aorte. Le motif peut être encore plus baroque : « des chevilles légèrement enflées chez un variqueux, une sensation vertigineuse, des urines rares par les temps de chaleur. »

Parmi les affections cardiaques, celle qui hante le plus souvent les phobiques est l'angine de poitrine, et la fausse angine de poitrine est une réaction émotive très fréquente. Elle se rencontre souvent chez les joueurs, les spéculateurs, les financiers, et devient à son tour une cause de préoccupation neurasthénique.

Les perturbations fonctionnelles du cœur reconnaissent parfois une tout autre pathogénie ; c'est la distension gazeuse de l'estomac, si commune chez beaucoup de neurasthéniques, qui, en refoulant le diaphragme et le cœur, ou en produisant une vaso-constriction réflexe des vaisseaux du poumon, gêne, dans une certaine mesure, les contractions de l'un et de l'autre. Certaines tachycardies ou arythmies ne s'expliquent pas autrement. Ces faits sont connus de longue date, depuis Sénac (1749) : ils ont été bien étudiés autrefois par Potain.

La neurasthénie dite cardiaque comprend des types morbides assez différents :

1° Des neurasthéniques accidentels avec troubles cardiaques secondaires ; ce sont des individus dont les réactions émotives sont surtout cardiaques ; celles-ci deviennent le point de départ de préoccupations et de neurasthénie.

2° Des émotifs constitutionnels, d'emblée phobiques, sans trouble cardiaque préalable. Les circonstances ont eu une influence nulle ou très effacée, en tous cas hors de proportion, sur l'orientation de leurs phobies.

3° Des émotifs constitutionnels, avec doute. Phobies et obsessions cardiaques. État neurasthénique secondaire.

5°. — Neurasthénie vasculaire.

Les manifestations vasculaires de la neurasthénie, de même que les manifestations cardiaques, respiratoires, génitales, dyspeptiques, etc., peuvent être envisagées à deux points de vue : ou bien la neurasthénie est primitive et les phénomènes vasculaires n'apparaissent que secondairement, provoqués par les émotions lentes et prolongées, mais par la suite ils sont susceptibles d'entretenir l'état neurasthénique ; ou bien sous le coup d'une émotion, choc, il s'est produit une réaction vasculaire excessive, point de départ de préoccupations et d'un état neurasthénique chez un individu qui, de par sa constitution ou occasionnellement, présente des réflexes émotionnels anormaux. Enfin, il y a des sujets dont les émotions les plus minimes s'accompagnent de modifications vasculaires excessives : leur répétition incessante les incommode ; d'où de nouvelles émotions et un accroissement constant de l'émotivité. Lorsque ce sont à la fois de grands obsédés et des phobiques, leurs craintes se localisent sur ces phénomènes ; les ereutophobiques de Pitres et Régis en sont un exemple des plus frappants : ils deviennent forcément neurasthéniques, mais la neurasthénie est chez eux au second plan dans le tableau symptomatique, elle est secondaire à la ténacité de leurs phobies.

En somme, ces manifestations vasculaires, qui ont toujours l'émotion ou l'émotivité comme origine, sont l'occasion de combinaisons diverses entre la neurasthénie, l'émotivité constitutionnelle, les phobies, les obsessions, la maladie du doute. Les plus habituelles de ces manifestations sont la vaso-dilatation, la rougeur, les battements, les sueurs localisées ou généralisées. La vaso-constriction et la pâleur de la face, qui sont des réactions ordinairement produites par des émotions chocs, sont plus rarement le point de départ de phobies. Par contre, il y a des individus chez lesquels l'émotion produit fort peu de perturbations circulatoires et qui ont la phobie des maladies vasculaires ; l'artériosclérose, l'anévrysme, l'insuffisance aortique chez les étudiants sont le plus en vue : ce sont d'emblée des nosophobes. Une lecture, la vue d'un malade, un récit suffisent pour les orienter dans cette voie : à partir de ce jour ils ne pensent plus qu'à l'artériosclérose, ils surveillent leurs urines, ils tâtent leur pouls, ils se regardent dans la glace, ils se mettent à un régime sévère, et enfin sur ces appréhensions se greffent, un jour ou l'autre, tous les stigmates de la neurasthénie, sans compter que l'émotivité, entretenue par la phobie, engendre à son tour des perturbations circulatoires, qui leur servent bientôt d'arguments.

6°. — Neurasthénie respiratoire.

Elles comprennent toutes les irritations locales de cet appareil, depuis la muqueuse nasale jusqu'au poumon, qui peuvent devenir, par coïncidence avec un regain d'émotivité, une cause de préoccupation et de neurasthénie ; toutes les interprétations fausses des neurasthéniques par choc moral, qui attribuent à la gêne respiratoire que procure parfois l'émotion, et aux sensations d'étouffement pénible qui l'accompagne, une signification qu'elles n'ont pas ; ainsi, ils se croient le plus souvent atteints de tuberculose pulmonaire ; d'où leurs préoccupations, leurs phobies, leurs angoisses, l'accentuation des perturbations fonctionnelles : respiration irrégulière, saccadée, etc.

En résumé, ici comme pour les autres appareils, deux ordres de faits : 1° maladie locale légère, amplifiée par l'émotivité et l'impressionnabilité du sujet, neurasthénie secondaire ; 2° neurasthénie primitive par choc moral, troubles respiratoires de l'émotion, interprétation fausse et localisation secondaire.

Les localisations de la neurasthénie de l'appareil respiratoire sont multiples et variées ; elles se font sur la muqueuse pituitaire, sur le larynx et les cordes vocales, les poumons ; elles n'existent qu'à l'état de phobies ou vont jusqu'aux troubles fonctionnels.

La phobie du froid, la phobie des courants d'air, la phobie des transpirations, en un mot la phobie de tous les phénomènes qui peuvent avoir une répercussion sur les maladies des voies respiratoires, sont habituelles chez de tels malades. Ils protègent sans cesse leur nez avec des mouchoirs ; ils enroulent leur cou dans des foulards ou des cache-nez ; ils mettent vêtements sur vêtements pour prévenir une réfrigération. Leurs phobies se transforment en manies avec le temps. Il y en a qui parlent à voix basse de peur de fatiguer leurs cordes vocales, ils vont jusqu'à l'aphonie ; d'autres n'osent respirer à fond par crainte de provoquer ou d'exagérer des névralgies intrathoraciques ; d'autres, au contraire, sont obsédés par l'idée de ne pouvoir reprendre leur respiration, d'où des efforts excessifs ; ils se comportent comme de faux asthmatiques. Ceux qui sont tourmentés par l'idée du coryza se mouchent sans cesse et finissent par irriter la muqueuse nasale, d'où quelquefois des catarrhes qui se prolongent ; il y a encore ceux qui éprouvent de la gêne dans la poitrine et qui croient qu'ils ont besoin d'expectorer ; d'où la manie de cracher. Que ce soit manie ou conséquence immédiate de l'émotion, ces divers phénomènes se groupant chez le même individu peuvent en imposer au premier abord dans certains cas pour une maladie réelle ; les pseudo-organopathies respiratoires sont alors

constituées. Dans la très grande majorité des cas ces accidents ne s'installent que sur un terrain spécial, et ils appartiennent davantage à la neurasthénie constitutionnelle ou à la neurasthénie accidentelle, survenue chez des sujets déjà prédisposés aux phobies et aux obsessions.

II. — PATHOGÉNIE DE LA NEURASTHÉNIE

Les symptômes et les causes de la neurasthénie étant connus, il semble au premier abord qu'il soit facile de débrouiller la nature même de la maladie, et d'expliquer le mécanisme des accidents primitifs ou secondaires, que l'on observe couramment chez les neurasthéniques. Et cependant ce problème a soulevé des controverses nombreuses : des avis diamétralement opposés sont encore émis aujourd'hui à ce sujet.

I. — LA NEURASTHÉNIE EST-ELLE UNE MALADIE DE L'ÉNERGIE?

Surmenage. — Prenant la chose au sens étymologique de sa dénomination et d'après l'interprétation qu'en donnent les malades, certains auteurs envisagent la neurasthénie comme une maladie de l'énergie. C'est plus une définition qu'une explication : « Si nous ignorons, dit Ballet, la nature intime du désordre nerveux, nous savons qu'il se traduit du côté des différents appareils par une diminution de l'énergie nerveuse : celle-ci n'est plus ni régulièrement distribuée, ni uniformément soutenue », et Ballet rapproche l'état du neurasthénique de celui de l'homme passagèrement et accidentellement surmené par quelques excès de table ou de travail, ou par l'insomnie qui en est la suite. Pour lui, l'imagination, la suggestion, la croyance erronée ne sont pour rien dans la genèse des phénomènes vraiment neurasthéniques. Et Ballet, qui ne nie pas, cependant, le rôle des causes morales sur les variations d'intensité de l'asthénie, pense aussi que tout l'ensemble des phénomènes qui caractérisent l'épuisement nerveux est soumis à des lois stables d'ordre mécanique : n'est-ce pas reconnaître que cette asthénie nerveuse reconnaît une origine organique ?

Intoxication. — De quelle nature est ce trouble ? On a interrogé à ce sujet les urines, et comme l'analyse ne répond pas à une fixité absolue, à un type constant; les uns incriminent une acidité exagérée ; d'autres des oxydations incomplètes ou la formation exagérée de poisons, tels que les leucomaïnes — on a supposé que

l'épuisement ou la diminution de l'énergie est causé par une intoxication, qui agit soit directement sur les éléments nerveux (Gautrelet, Vigouroux, Allen-Starr), soit indirectement par l'intermédiaire de la déminéralisation (Gaube).

C'est encore l'intoxication qui, à côté de l'épuisement, occupe la première place dans la théorie de M. de Fleury : le fonctionnement alangui des organes est occasionné par l'épuisement ou l'intoxication du cerveau, et l'état mental neurasthénique n'est que le reflet, dans le champ de la conscience, de la baisse fonctionnelle des organes.

C'est dans la même théorie qu'on peut faire rentrer celle de Gilbert, qui lui reconnaît une origine biliaire (cholémie familiale), et de Glénard qui la rattache à un trouble fonctionnel du foie.

On a voulu préciser davantage quels sont les centres dont l'intoxication ou l'épuisement produisent l'asthénie nerveuse : c'est ainsi que Teissier et Londe incriminent le cervelet, parce que l'asthénie a été signalée dans plusieurs observations d'atrophie ou de lésion cérébelleuse : et cependant existe-t-il quelque lien entre l'asthénie du cérébelleux et celle du neurasthénique ? Cette réflexion s'applique aussi bien à toutes les asthénies d'origine organique (asthénie des diabétiques avant le coma ou des diabètes pancréatiques, asthénies des addisoniens ou des individus atteints d'insuffisance surrénale).

Raymond ne se compromet pas beaucoup en faisant de la neurasthénie une maladie à lésions ignorées plutôt qu'une maladie sans lésions : ces lésions peuvent être histologiques, chimiques ou physiques. Raymond distingue des états neurasthéniques liés les uns à une maladie organique, les autres à une maladie fonctionnelle, mais ces classifications et ces divisions n'ont eu comme résultat que d'embrouiller le problème ; il n'en subsiste pas moins un syndrome neurasthénique qui n'affecte aucun rapport avec les maladies organiques ou les maladies mentales définitivement classées, et c'est à celui-là qu'il faut réserver le nom de neurasthénie.

Pour A. Deschamps, il y a autant de pathogénies que d'étiologies, ces pathogénies convergent toutes vers le même résultat : la désagrégation par des mécanismes divers de la fonction sthénogène : il reconnaît, cependant, que, dans l'explication de ces mécanismes, il faut distinguer deux choses : l'asthénie proprement dite et la sensation de fatigue. Ce sont deux états qui sont indépendants, puisqu'un sujet peut être asthénique sans éprouver la sensation de fatigue, et inversement on peut éprouver la sensation de fatigue sans être asthénique.

Il serait superflu de rappeler ici tous les arguments sur lesquels

on a édifié les théories organiques de la neurasthénie; le livre de Deschamps les contient à peu près tous, depuis les troubles du métabolisme chimique des éléments cellulaires (l'usure des hydrocarbures, des réserves de graisse, des minéraux, des substances albuminoïdes) jusqu'à l'intoxication des éléments nerveux périphériques (plaque motrice terminale), ou des centres nerveux. A cette période chimique succèderait la période organique ou anatomique, d'ailleurs tout aussi hypothétique que la première, tout cela favorisé par une prédisposition spéciale : la fragilité de l'organisme. Et ce qui est vrai pour l'intoxication l'est également pour l'infection.

Les troubles réflexes qu'on observe dans la neurasthénie (troubles de la circulation, modifications de toutes les fonctions respiratoires, cardiaques, digestives, hépatiques), sont dus également à une élaboration défectueuse de la matière par troubles des opérations primitives de la synthèse chimique (Deschamps).

Les troubles métaboliques de désassimilation, la bradytrophie ou la tachytrophie, la formation des graisses, des sels, des hydrates de carbone sont peut-être eux-mêmes la conséquence d'un trouble des centres trophiques (surtout le bulbe).

Dépression nerveuse. — C'est une théorie très semblable que soutient Hartenberg quand il envisage la neurasthénie comme la maladie de la dépression nerveuse... « l'état physique commande l'état mental ou plutôt l'état mental n'est qu'un reflet de l'état physique, senti par en dedans ». A l'inverse de ceux qui défendent la théorie psychologique de la neurasthénie, il soutient « qu'un état tout physique du système nerveux, l'abaissement du potentiel, provoque l'état mental le plus profond..... » ; elle met l'organisme en état de réceptivité pour l'inva sion des troubles névropathiques ; c'est ainsi qu'il explique la genèse des phobies, des impulsions, des obsessions, etc..... La neurasthénie est une maladie nerveuse et non une maladie psychique.

Hartenberg critique Dubois et Dejerine, quand ils déclarent que la fatigue du neurasthénique est imaginaire, parce que, d'après lui, toutes les fatigues sont sensibles aux influences psychiques : ceci est peut-être vrai pour certaines fatigues physiologiques, mais absolument faux pour les fatigues pathologiques.

Cette théorie a des conséquences thérapeutiques, et la première est de réduire à néant la psychothérapie; Hartenberg invoque du reste, à l'appui de la théorie qu'il soutient, l'autorité d'auteurs tels que Bernheim qui nie également l'influence de la psychothérapie dans le traitement de la neurasthénie.

Les succès thérapeutiques obtenus par J. Dejerine et Dubois ne

s'adressent d'après lui qu'à l'élément hystérique surajouté ; et peut-être faut-il faire une grosse part dans le succès des cures de psychothérapie à l'isolement, au repos au lit, à la suralimentation qui accompagnent la psychothérapie proprement dite. Dans de telles conditions il ne saurait plus être question de traitement moral, mais de traitement physique.

La neurasthénie est faite de deux ordres de symptômes, des signes physiques et des troubles psychiques. Parmi les troubles physiques, les troubles dyspeptiques occupent souvent le premier plan ; on sait le rôle que l'on a fait jouer à la dilatation d'estomac, aux ptoses.

Origine digestive. — Broussais et Beau, prenant déjà l'effet pour la cause, considéraient la gastrite et la dyspepsie comme la cause des états névropathiques. La théorie gastrique a pris encore plus d'importance lorsque Bouchard eut attiré l'attention sur la dilatation de l'estomac. Sous l'influence d'une faiblesse congénitale les tuniques musculaires de l'estomac se rétractent insuffisamment. Dans les intervalles qui séparent les digestions, les liquides et les aliments y séjournent trop longtemps, fermentent, d'autant plus que l'acide chlorhydrique est diminué, et produisent des substances toxiques. C'est la résorption de ces toxines qui compromet plus ou moins la structure et le fonctionnement des éléments anatomiques du système nerveux, et qui entraîne les grands symptômes de la neurasthénie. Théorie purement hypothétique, d'autant plus que la dilatation de l'estomac n'est pas constante chez les neurasthéniques ; pour être très fréquents, les troubles digestifs ne sont pas obligatoires ; la stase manque chez un très grand nombre de malades ; l'acide chlorhydrique peut y être en quantité très suffisante. Inversement, comme le fait remarquer Ballet, comment se fait-il que les sujets affectés de grande dilatation gastrique déterminée, par exemple, par une sténose du pylore et s'accompagnant de stase permanente, ne présentent jamais la série des symptômes nerveux attribués à la dilatation gastrique.

Avec Hayem et Winter, c'est la dyspepsie, c'est la mauvaise qualité des produits albuminoïdes, des produits nutritifs, qui retentirait sur la nutrition et produirait les altérations fines des centres nerveux. Or, il y a des neurasthéniques qui ne souffrent pas de dyspepsie et dont la nutrition générale n'est pas altérée. Combien de fois d'ailleurs la dyspepsie est-elle survenue aussi brusquement que les états neurasthéniques ? Malgré tout il y a des malades chez lesquels la dyspepsie semble avoir une répercussion sur la neurasthénie en l'aggravant, mais alors ne s'agit-il pas de fausses gastropathies.

Personne ne songerait à faire de la ptose des organes splanchniques la cause primordiale de la neurasthénie.

La plupart des critiques que soulève la théorie gastrique peuvent s'appliquer également à la théorie génitale ; il en est de même pour la théorie vaso-motrice, bien qu'Angel, puis Weber aient constaté des modifications dans les réactions vaso-motrices du travail intellectuel.

La théorie physique de la neurasthénie est passible d'un certain nombre de critiques. — Tout d'abord plusieurs auteurs et parmi eux Hartenberg incriminent les accidents les plus divers comme facteurs étiologiques de la neurasthénie : tels la paralysie générale et le tabes, les troubles de la nutrition (diabète, goutte, anémie), les auto-intoxications (gastriques, hépatiques), intoxications d'origine externe (alcool, plomb, mercure), les infections (grippe, fièvre typhoïde), le surmenage physique et intellectuel, les émotions pénibles, enfin la prédisposition héréditaire. Cette nomenclature suffit à elle seule pour démontrer que, dans l'esprit de cet auteur, la neurasthénie est un terme extrêmement vague, et qu'il n'établit aucune distinction entre les asthénies symptomatiques et la neurasthénie proprement dite. Dire ensuite « que la majorité des cas est due soit à une infection grippale, soit à une auto-intoxication, à laquelle viennent s'ajouter des chagrins et des soucis » n'est-ce pas mettre la charrue avant les bœufs ? Comment, d'autre part, commettre la confusion avouée par cet auteur : « Il est surprenant, en effet, d'après lui, que deux neurasthénies, si différentes par leur étiologie et leur évolution que celle d'un paralytique général, due à un processus incident de méningo-encéphalite, et celle d'un joueur malheureux qui a perdu toute sa fortune, due à de violentes émotions, se traduisent à l'extérieur par des physionomies cliniques si ressemblantes, qu'il est impossible au diagnostic le plus clairvoyant d'en distinguer au premier abord l'étiologie. »

Si, d'autre part, l'asthénie est le signe d'une maladie aussi générale que celle qui produit une diminution du tonus ou de l'énergie nerveuse, comment se fait-il que les signes physiques manquent complètement chez certains malades, qu'ils adoptent des lieux d'élection chez d'autres ; comment expliquer les fausses cardiopathies, gastropathies, entéropathies, les troubles génito-urinaires, etc. ?

Comment se fait-il, si l'état mental, comme l'admet Hartenberg, dépend de l'état physique, qu'il n'y ait pas un rapport plus proportionné entre l'un et l'autre ?

Combien d'individus sont atteints de maladies organiques graves

qui ne se comportent pas comme des neurasthéniques. A la rigueur serait-il plus judicieux de soutenir que le physique et le moral dépendent d'une même cause, plutôt que d'admettre entre l'un et l'autre une subordination qui va, dans une trop large mesure, à l'encontre des idées émises. On ne peut pas nier davantage l'influence du moral sur le physique que celle du physique sur le moral. L'essentiel est de savoir lequel des deux a débuté. Que, dans certains cas, la neurasthénie s'installe à la suite d'une grippe, d'une infection, il n'y a rien de plus exact ; mais accepter une telle étiologie sans la discuter, sans examiner si la maladie a agi en tant que maladie et non par ses conséquences sociales ou morales, c'est admettre comme démontré d'avance ce qu'il faut justement prouver. Celui qui veut pousser l'investigation plus loin trouve ordinairement à l'origine de la maladie plus qu'une infection, mais souvent un choc moral, une émotion, et, s'il ne trouve aucun accident de cet ordre, il découvre un terrain tout préparé par l'intensité des réactions émotionnelles. Qu'il existe des sujets qui se fatiguent physiquement plus vite que la moyenne, dont l'épuisement est rapide, qui en disconviendrait ? Mais qu'au moins on les interroge sur leur équilibre moral : le plus souvent ce sont des inquiets, des craintifs, des préoccupés. Ils sont ordinairement moins fatigués d'une longue journée d'exercice mêlée de distraction, que d'une journée de calme consacrée à la méditation et à la réflexion.

En somme, rien ne démontre l'origine physique de la neurasthénie, ce qui ne signifie pas que toutes les manifestations symptomatiques de la neurasthénie soient d'ordre moral : les réactions physiques de l'émotion, comme tout accident morbide, peuvent devenir, chez le neurasthénique, un prétexte aux interprétations, aux phobies, aux obsessions, etc.

La théorie qui fait de la neurasthénie une maladie ayant pour origine l'affaiblissement de l'énergie ou la dépression du tonus nerveux, n'est qu'une simple vue de l'esprit. Ne rencontre-t-on pas tous les jours des jeunes gens épuisés par la préparation des concours, des jeunes filles fatiguées et amaigries par les obligations de l'instruction, et la fatigue se manifeste chez eux non seulement par l'amaigrissement, mais encore par l'altération des traits, la pâleur du teint, l'anémie; malgré cela ils continuent leurs travaux, ils soutiennent la lutte avec acharnement ; quelques-uns font même preuve d'une énergie morale et physique extraordinaire. Ils luttent avec l'espoir ou la satisfaction du devoir accompli ; si l'énergie morale vient à son tour à leur manquer, c'est qu'il y a un nouveau facteur qui intervient : c'est le découragement, c'est une perturbation d'ordre

moral, c'est-à-dire tout ce qui sollicite les émotions et les poussées dépressives.

« En résumé, dit Dejerine, ce n'est pas l'asthénie qui caractérise la neurasthénie, car l'épuisement nerveux n'est qu'une conséquence de l'état mental. On a eu grand tort, selon moi, de comparer le neurasthénique à un individu épuisé par la fatigue. A-t-on jamais vu la neurasthénie se produire à la suite de fatigues physiques ou intellectuelles excessives? Je n'en connais pas d'exemples, pas plus que je n'en ai observé chez les convalescents des maladies graves ou chez les individus atteints d'auto ou d'hétéro-intoxication. »

II. — ORIGINE PSYCHIQUE DE LA NEURASTHÉNIE

Des considérations précédentes se dégage cette première notion que la neurasthénie a une origine émotionnelle et qu'elle est beaucoup plus d'ordre moral que d'ordre physique.

Cette théorie s'appuie sur une série de faits dont il est utile de démontrer l'existence et l'importance pathogénétique.

Il serait à peine besoin de revenir sur l'étiologie, si celle-ci n'était différemment interprétée par les divers auteurs qui ont traité cette question. Le rôle de la perturbation morale n'est guère contesté pour la neurasthénie dite accidentelle : celle qui survient à la suite d'un choc émotionnel ou surtout d'une émotion prolongée et contenue. Le rapport intime qui existe entre le début des symptômes et l'apparition de l'émotion ne laisse aucun doute à cet égard : il en est de même des réactions émotionnelles déchaînées par la reviviscence des souvenirs attachés au traumatisme moral, de l'amélioration rapide produite par l'issue favorable d'une situation indécise ou litigieuse, par l'éclaircissement et le règlement d'une situation inextricable. Pour celui qui a suivi, étudié les neurasthéniques, et qui a fini par capter leur confiance, l'amélioration ne se dessine-t-elle pas, dans certains cas, à partir du moment où le malade s'est ouvert à son médecin et a trouvé en lui un appui et un guide.

La disparition momentanée et totale des signes physiques dans certains moments, où par la nécessité des circonstances de la vie l'esprit est le plus distrait des soucis de la maladie et de ses causes, n'est pas un argument moins sérieux. Et cela est tellement vrai, qu'avant de disserter sur la genèse de la neurasthénie, le simple bon sens, escomptant les effets de la distraction, conseillait les voyages, les théâtres, tout ce qui peut saisir et occuper l'esprit : malgré cela, dans plus d'un cas, la méthode eut des échecs, parce qu'elle était mal appliquée et qu'elle n'était que symptomatique : elle a néanmoins

du bon, et nous verrons plus loin les profits qu'on peut en tirer.

M. Ballet, qui compte parmi les partisans les plus convaincus de l'origine physique de la neurasthénie, admet que « certains des phénomènes de fatigue, l'amyosthénie par exemple, peuvent s'atténuer, se dissiper ou s'accroître sous l'influence des causes morales; ils sont influencés par des actions dynamogènes, parmi lesquelles les actions morales tiennent une place importante ».

Si la neurasthénie est une maladie physique par troubles du fonctionnement des éléments nerveux, et causée par une intoxication ou un épuisement, comment expliquer cette variabilité dans les symptômes, sans compter que jamais parmi eux ne figure un des signes qu'on est convenu de classer parmi les stigmates des perturbations organiques du système nerveux. Dans la distraction, les conditions physiques ne varient guère, ou même elles sont plutôt propres à augmenter l'épuisement; c'est tout le contraire qui a lieu pour l'état mental.

Expériences de Pawlow. — Nous connaissons fort bien l'influence du psychique sur le physique, influence démontrée à la fois par la physiologie humaine et la physiologie expérimentale. Nous ne craignons pas de rappeler une fois de plus les belles expériences de Pawlow, parce qu'elles se rapportent aux troubles digestifs, dont la prédominance est si nette chez un grand nombre de neurasthéniques. L'éminent physiologiste de Saint-Pétersbourg n'a fait que développer et amplifier les recherches de Bidder et Schmidt : déjà, quarante ans avant Pawlow, ne nous avaient-ils pas appris qu'il suffit d'exciter un animal à jeun par la seule vue d'un aliment, pour provoquer la sécrétion de suc dans son estomac vide. A son tour, Pawlow fait passer devant les yeux d'un chien, dont l'œsophage est sectionné et l'estomac muni d'une fistule gastrique, des morceaux de viande et de saucisse. Le désir seul des aliments provoque bientôt une sécrétion abondante de suc gastrique. Cependant les résultats paraissent être variables d'un animal à l'autre, et c'est pourquoi tant de physiologistes ont été si longtemps réservés sur les expériences de Bidder et Schmidt.

Les animaux, de même que les hommes, n'ont pas un tempérament uniforme ; parmi les chiens, certains ont un tempérament positif et froid « qui ne se laisse pas illusionner par les chimères ». C'est pourquoi l'expérience donne les résultats les plus nets chez les animaux excitables et voraces; chez eux, l'excitation psychique de la sécrétion gastrique réussit aussi bien que celle du repas fictif. Pawlow n'hésite pas à affirmer que l'appétit est le premier et le plus puissant excitant des nerfs sécrétoires de l'estomac. On cite moins souvent les déductions que Pawlow a tirées dans l'application des recherches de labo-

ratoire à la pathologie humaine. Les lignes qui suivent seraient peut-être mieux à leur place au chapitre du traitement; elles se raccordent si étroitement à ce qui précède que je crois préférable de les citer dès maintenant :

« A notre point de vue, on comprend bien encore la mesure qui consiste à enlever à son entourage habituel le malade atteint d'insuffisance gastrique chronique. Représentons-nous un homme dont l'esprit est occupé, un employé très affairé. Il arrive alors souvent qu'il ne puisse un instant se distraire de la pensée de son travail; il mange sans même y prendre garde; il mange, et c'est de son travail qu'il s'occupe toujours. Cela arrive surtout fréquemment pour les individus qui vivent dans le tourbillon actif des grands centres. L'inattention systématique marquée pour les repas prépare naturellement dans un avenir prochain un trouble de la digestion avec toutes ses conséquences. Il ne se produit plus de suc d'appétit, plus de suc d'amorce, ou seulement très peu; l'activité sécrétoire s'établit lentement, les aliments séjournent dans le canal digestif beaucoup plus qu'il ne faudrait; ils entrent en putréfaction par le manque de sucs digestifs; ils irritent, dans de telles circonstances, la muqueuse du conduit digestif et y provoquent un état pathologique. A un tel malade, qui reste en son lieu et place et dans les mêmes conditions de vie, aucune prescription médicale ne pourra être d'un réel secours, parce que la cause de la maladie continue à s'exercer. Il n'y a ici *qu'un seul remède :* enlever le sujet à son entourage, le débarrasser de son travail professionnel, interrompre le cours des pensées qui l'obsèdent, et obtenir que, pendant un certain temps, sa seule préoccupation dans la vie soit le souci de sa santé, de son alimentation. C'est là le résultat qu'on atteint en envoyant le malade en voyage, dans une station thermale. » Il est sage de faire des réserves sur quelques-unes des propositions contenues dans cette conclusion ; mais, dans l'ensemble, elle se déduit logiquement des expériences du célèbre physiologiste, et elle exprime fort bien sa conviction intime de l'influence qu'exerce le psychisme sur la digestion.

Ces expériences sur les animaux ne font d'ailleurs que confirmer tout ce que nous avons appris par notre expérience personnelle : n'avons-nous pas constaté maintes fois que si nous nous mettons à table, tranquilles et contents, heureux même, notre appétit est plus vif et nous sommes inconscients de notre digestion ; au contraire si nous sommes préoccupés et soucieux, l'appétit est moins vif, les digestions se ralentissent et s'accompagnent de sensations diverses, qui sont localisées au niveau de l'estomac, dans le creux épigastrique.

Des expériences de Bidder et Schmidt, de celles de Pawlow ne pourrait-on pas rapprocher les observations de Beaumont sur son Canadien : la fistule gastrique que celui-ci portait lui permit d'étudier également les modifications de la muqueuse sous l'influence des émotions.

Laissant de côté la physiologie expérimentale qui ne permet d'étudier les réactions émotives que dans des cas assez rares, en raison des difficultés de l'expérimentation et de l'observation, on peut faire de plus larges et de plus sûrs emprunts à l'observation humaine.

Réactions physiques des émotions. — Tout le monde connaît les modifications du pouls produites par la colère ; les battements deviennent plus forts et plus fréquents ; la rougeur monte au visage ; la tension artérielle s'élève. La respiration ne s'accélère-t-elle pas, à son tour, dans l'anxiété de l'attente, surtout dans l'instant qui met un terme.

« On est suffoqué par la douleur, oppressé par le chagrin : sous l'influence de l'ennui, la respiration se ralentit, devient plus superficielle et de temps en temps le besoin d'une large inspiration compensatrice se fait sentir.... » (Féré.) On baille d'ennui, on fume et on écume de colère.

Les réactions vaso-motrices ne sont pas moins intéressantes parce qu'elles varient avec la cause qui les provoque, la chaleur s'exagère avec la colère, on est glacé par la peur.....; on rougit de honte, on pâlit d'épouvante.

L'érythème de la pudeur, la roséole émotionnelle de Vulpian sont banales ; les sueurs froides accompagnent souvent la terreur. Toutes les sécrétions peuvent être modifiées, généralement augmentées, par l'émotion ; sécrétions salivaire, lacrymale, rénale, intestinale. Au contraire certaines sécrétions, le lait, les règles peuvent être inhibées. Dans des conditions semblables on peut observer l'impuissance sexuelle ; l'émotion d'un premier contact longtemps désiré, la peur d'être au-dessous de sa tâche sont des causes d'impuissance (impuissance des jeunes maris)..... « C'était par la terreur que les sorciers produisaient l'impuissance et nouaient l'aiguillette. »

Ce n'est pas seulement sur la vie animale, mais encore sur la vie de relation que retentissent les émotions. La mimique suffirait à elle seule pour traduire le genre d'émotion ; les soubresauts musculaires de la face, le tremblement sont habituels dans les émotions non contenues : la voix elle-même s'altère, l'abaissement du tonus se manifeste dans les grandes émotions dépressives, et ce n'est pas sans raison qu'a été si souvent prononcé le dicton populaire : cela me coupe bras et jambes. Les grandes douleurs morales produisent

un sentiment de fatigue, de courbature, des sensations diverses ; on se sent léger dans les instants de grande satisfaction.

La peau n'échappe pas à ces réactions, comme en témoignent la chair de poule, l'horripilation des poils.

Ces quelques exemples empruntés à l'observation courante démontrent donc surabondamment l'influence du moral sur le physique, des émotions (et spécialement des émotions dépressives) sur le fonctionnement des organes ; celles-ci entraînent des troubles plus profonds et plus durables, parce qu'elles durent elles-mêmes plus longtemps : « Plaisir d'amour ne dure qu'un moment. Chagrin d'amour dure toute la vie. »

Tous les phénomènes physiques qui constituent les stigmates de la neurasthénie trouvent donc leur explication dans le rôle que joue le moral sur le physique. On pourrait objecter à cette interprétation que les phénomènes produits par les émotions de la vie sont éphémères et par suite nullement comparables aux symptômes permanents des états neurasthéniques. La valeur de l'objection n'est qu'apparente ; les réactions émotionnelles persistent dans la neurasthénie, parce que l'émotion elle-même est durable comme la cause qui l'a engendrée. En outre les réactions viscérales sont le point de départ de sensations qui suscitent à leur tour des émotions nouvelles. C'est par ce mécanisme que les souffrances morales provoquent des malaises physiques ; de même les douleurs physiques, lorsqu'elles se prolongent et alors même que le choc moral sort peu à peu du domaine de la conscience, entretiennent la souffrance morale, et on peut dire que c'est à partir de ce moment qu'est réellement constituée la neurasthénie. Nous ne partageons pas tout à fait la manière de voir de Brissaud, quand il affirme qu'au début il y a une diminution de l'énergie nerveuse, soit dans les petits appareils périphériques des viscères, soit dans les grands appareils centraux de la moelle ou du cerveau, mais on ne peut que souscrire à son opinion quand il ajoute : « Elle se traduit par des troubles de la sensibilité commune ou cœnesthésie, et comme il n'est pas un seul élément cellulaire qui n'ait sa représentation corticale, il résulte de ce trouble de la sensibilité une véritable exaltation de la conscience organique. »

Dans une deuxième période, le malade devient plus attentif aux phénomènes intérieurs, qu'il n'avait d'abord perçus que vaguement : « il les étudie, il se perfectionne dans l'art d'observer, il centuple ainsi l'intensité de son malaise ou de sa souffrance. »

L'autoscopie est, en effet, la caractéristique des états neurasthéniques invétérés : elle développe le sentiment de la personnalité et

aboutit, dans certains cas, à l'égoïsme le plus farouche. Les malades ne pensent qu'à eux, ne parlent que d'eux. Le moi en paroles, en pensées et en actes devient alors une habitude, une sorte de manie (égomanie), préparée par une prédisposition spéciale, car tous les neurasthéniques ne deviennent pas des égoïstes à un tel degré. Et il s'agit bien d'une habitude, car elle existe en dehors de toute réaction émotive et subsiste en quelque sorte à la maladie elle-même. C'est dans cette période que se surajoutent aux phénomènes neurasthéniques ceux d'autosuggestion ou pithiatiques, qui ne font pas par eux-mêmes partie intégrante de la maladie, mais qui sont susceptibles de lui donner une orientation particulière.

Rôle de l'émotivité. — L'émotion et une émotivité spéciale : tels sont les principaux facteurs étiologiques. L'émotivité elle-même est congénitale ou héréditaire : dans certains cas, elle est acquise. Il n'est pas inadmissible que l'émotivité soit exaltée par la répétition de chocs antérieurs, ou bien encore par un ensemble de circonstances pathologiques qui ont développé la cœnesthésie ou l'impressionnabilité. L'état de la sensibilité commune dont dépend le sentiment de la personnalité peut jouer un rôle très important s'il est vrai, comme le dit Féré, que « les émotions se traduisent par des manifestations diffuses et par des manifestations locales qui ne sont pas les effets, mais bien les conditions physiques de ces états de conscience ».

Mais ce ne sont pas des émotions quelconques qui produisent la neurasthénie ; les accidents les plus épouvantables, les catastrophes, les sinistres, ne produisent la neurasthénie qu'autant que l'individu en cause y sera plus ou moins directement intéressé. D'autre part, il n'y a pas d'activité mentale qui ne s'accompagne d'un état d'émotion agréable ou pénible.

L'émotion ne produit donc la neurasthénie que dans certaines conditions, qui sont : 1° l'intensité du choc moral et la répercussion sur la personnalité ; 2° un terrain particulièrement émotif ; 3° une sensibilité commune exagérée : ces deux derniers états contribuent à constituer la pusillanimité de Dubois, qui n'est que l'impressionnabilité extrême vis-à-vis de soi-même ; la pusillanimité entraîne avec elle, suivant la remarque de cet auteur, la tendance au découragement, à la tristesse et à l'absence de maîtrise de soi-même.

Les deux derniers facteurs étiologiques sont peut-être plus importants que le premier. L'intensité du choc moral est chose très individuelle ; tel événement peut être une cause d'émotion chez un individu et n'en produire aucune chez un autre ; il faut compter non seulement avec l'intensité et la nature du choc moral mais encore avec

la préparation momentanée du terrain, qui, du fait d'un ensemble de circonstances, peut être spécialement sensibilisé. Certains supporteront la mort d'un enfant et ne pourront surmonter une perte d'argent, une diminution de leur train de vie. Il semble que toutes les conditions qui développent la personnalité et diminuent la générosité des sentiments, tels le luxe, le bien-être, sont plus susceptibles d'engendrer la neurasthénie. Elle doit être plus fréquente aux périodes de déchéance morale.

Pourquoi la neurasthénie se localise-t-elle sur tel organe chez les uns, sur tel autre chez d'autres? L'émotion physiologique se traduit toujours par les mêmes effets locaux chez la même personne : il en est de même des émotions pathologiques. Cette très grande variabilité des effets de l'émotion, envisagés d'un sujet à un autre, peut s'expliquer à son tour soit par un défaut congénital acquis, ou plutôt par des dispositions anatomo-physiologiques spéciales du grand sympathique. On peut encore invoquer une suggestion (soit auto, soit hétéro) qui fixe la maladie, surtout dans les cristallisations d'origine phobique.

Ce qui est vrai pour la neurasthénie accidentelle, l'est en partie pour la neurasthénie constitutionnelle : ce qui fait la grosse différence, c'est, avec l'importance très restreinte des émotions exagérées, la sensibilité spéciale du terrain et la fréquente association des stigmates de la dégénérescence. Le terrain a pu être préparé davantage par l'hérédité, la maladie, l'éducation, la suggestion. Les neurasthéniques constitutionnels sont des sujets qui sont doués d'une sensibilité commune ou cœnesthésie excessive, celle-ci peut l'être davantage pour certains viscères que pour certains autres. Ils sont doués d'une émotivité peut-être plus qualitativement que quantitativement anormale ; c'est sans doute une erreur de croire que l'émotivité est pathologique uniquement parce qu'elle est excessive, elle l'est sans doute par l'exagération, mais aussi par la nature des réactions qu'elle provoque. Il existe vraisemblablement un lien entre les anomalies de la cœnesthésie et celles de l'émotivité. En outre, on admet que dans la neurasthénie le contrôle cérébral s'émousse, et cette atteinte est ordinairement attribuée à l'exagération de l'émotivité ; or, dans la neurasthénie constitutionnelle il n'est pas illogique de supposer qu'il est naturellement ou primitivement insuffisant, de même que d'autres facultés intellectuelles, et parmi elles l'attention et la volonté. Ces tares mentales atteignent leur maximum, lorsque la neurasthénie se complique des stigmates ou des épisodes de la dégénérescence mentale. En réalité, la plupart de ces malades ne représentent pas des états simples de morbidité

psychique, mais des complexes, dont les éléments diversement combinés ou associés sont susceptibles, à leur tour, de réagir les uns sur les autres.

De telles anomalies psychiques ne peuvent dépendre que d'une perturbation fonctionnelle du système nerveux, elle-même d'origine congénitale, mais quelle que soit sa localisation initiale, elle peut rester latente jusqu'au moment où l'occasion la met en évidence, ou bien encore jusqu'au moment où elle vient à franchir le seuil de la conscience. Alors, dira-t-on, la neurasthénie est bien une maladie organique ? Oui, évidemment, puisque rien de ce qui se passe dans un organisme ne peut être absolument inorganique. Mais cette perturbation n'est pas primitivement une diminution de l'énergie nerveuse, ce n'est pas davantage une intoxication banale, ce n'est pas, en un mot, une affection organique dans le sens que lui donnent les organicistes ; elle est intimement liée à la constitution psychique de l'individu. Le syndrome neurasthénique peut relever d'une cause purement psychique, telle que l'émotion, et l'état mental qui l'accompagne est, dans une certaine mesure, malléable, à la condition qu'il ne se complique pas de ces états de dégénérescence, qui sont inaccessibles à la psychothérapie. Cette malléabilité psychique est une de ses propriétés les plus intéressantes, parce qu'elle est riche en déductions thérapeutiques : moins accusée dans la neurasthénie constitutionnelle, elle l'est, au contraire, considérablement dans la neurasthénie accidentelle. Ici c'est l'élément psychique qui, à lui seul, a tout déclanché, et qui a produit les désordres physiques ; il n'y a rien de surprenant qu'une intervention psychique puisse les dissiper et remettre tout en place.

III. — LIMITATION ET DIAGNOSTIC DE LA NEURASTHÉNIE.

S'il est vrai que le domaine de la neurasthénie a été trop étendu, il importe de le restreindre en précisant et en arrêtant ses limites. Ainsi on évitera d'employer inconsidérément le mot neurasthénie : « Sur dix malades qui se présentent au neurologiste comme atteints de neurasthénie, une bonne moitié sont atteints de toute autre chose », dit Ballet, et je crois bien que cette proportion est encore au-dessous de la normale.

États de dépression d'origine organique. — Il faut éliminer du cadre de la neurasthénie tous les états de dépression, de fatigue, d'amoindrissement intellectuel et physique, qu'on observe couramment dans l'ataxie locomotrice, la paralysie générale, la syphilis

cérébrale, les tumeurs cérébrales; l'asthénie des cérébelleux; l'asthénie des addisoniens et des diabétiques. Dans toutes ces maladies le sentiment de fatigue s'associe soit à des troubles des facultés intellectuelles, soit à des troubles organiques qui permettent d'envisager l'asthénie comme secondaire ou symptomatique. Ces malades n'ont pas, d'ailleurs, l'état psychique ou mental des neurasthéniques proprement dits; il est même curieux de rapprocher leur stoïcisme habituel de la pusillanimité que l'on retrouve chez la plupart des neurasthéniques.

Je me suis déjà expliqué sur les rapports des grands stigmates de la dégénérescence et de la neurasthénie : les grands obsédés, phobiques, scrupuleux, peuvent devenir neurasthéniques, ou bien chez eux d'emblée la neurasthénie s'allie à la dégénérescence mentale : ce sont alors des psychasthéniques (Janet). On retrouve toujours le doute au fond de leur mentalité ; c'est pourquoi on a moins de prise sur leurs idées, ils ont de la peine à croire, et souvent c'est à peine s'ils écoutent. Leur inquiétude est beaucoup plus faite d'incertitude, d'anxiété et d'angoisse que de préoccupation. Le vrai neurasthénique a toujours l'espoir de guérir, même quand il a peur de ne pas guérir. Chez l'obsédé et le douteur la crainte domine le désir, l'espoir de la guérison ; l'idée de la guérison passe après celle du doute, de l'obsession, de la phobie ; ils ne trouvent pas dans leur esprit le point d'appui fixe et stable qui leur permet de voir et de croire en toute certitude.

Mélancolie. — C'est surtout la mélancolie qu'il faut séparer de la neurasthénie ; la chose est facile pour la plupart des cas, mais il y en a pour lesquels il est plus difficile de se prononcer : certains auteurs, tels que Régis, n'admettent-ils pas l'existence de neurasthénies mélancoliques ou de mélancolies neurasthéniques. C'est davantage pour les neurasthénies constitutionnelles que pour les neurasthénies accidentelles que la confusion est possible.

« Ballet dit que dans la mélancolie « le phénomène primitif et constant est un trouble émotionnel ou affectif : il s'agit d'un sentiment plus ou moins conscient d'abattement, d'impuissance et conséquemment de tristesse et d'angoisse. Ce trouble de l'affectivité a pour corollaires la paresse de l'intelligence, l'inertie partielle ou complète de la volonté, la lenteur dans les mouvements, l'aboulie ».

Souvent, il vient s'y ajouter des interprétations délirantes (indignité, culpabilité, crime, idées hypocondriaques) que l'on ne rencontre pas dans la neurasthénie, mais qui ne sont pas constantes dans la mélancolie. L'une des différences capitales entre ces deux sortes de malades porte sur leur appréciation de leur propre mal. Le

neurasthénique croit qu'il est malade et, tout découragé qu'il est, il a foi dans le médecin dont il implore les secours. Il interprète ses sensations, il soutient qu'il a telle ou telle maladie, mais chez lui l'idée est exceptionnellement fixe, arrêtée; il admet qu'on la discute, beaucoup ne demandent qu'à se laisser convaincre.

Au contraire les mélancoliques sont convaincus qu'ils ne sont pas malades, ils resteront ce qu'ils sont, ils ne croient pas davantage à la guérison qu'ils ne croient à la maladie. Ils sont indifférents à la thérapeutique qui ne peut rien pour eux; ils sont réfractaires à toute intervention étrangère, logique ou sentimentale; c'est à peine s'ils écoutent le médecin qui essaie de les réconforter. En un mot le neurasthénique lutte et espère, le mélancolique est résigné; le premier va trouver le médecin, le deuxième s'y laisse conduire.

Hypocondrie. — L'hypocondrie des neurasthéniques, ou petite hypochondrie, se distingue, d'après Ballet, des phobies hypochondriaques obsédantes et de la grande hypocondrie, parce qu'il s'agit moins d'une conviction fausse que d'une appréhension, d'une crainte. Le malade n'affirme pas, il doute. La phobie n'est ni obsédante, ni angoissante, comme les grandes phobies des dégénérés, c'est plutôt une préoccupation : elle est accessible au raisonnement et à la persuasion. Les différences sont donc les mêmes que pour la mélancolie.

Névrose d'angoisse. — La névrose d'angoisse de Freud-Brissaud ou mieux la névrose d'anxiété (Ballet) qui est caractérisée par un état d'inquiétude diffuse et vague, avec paroxysmes d'anxiété se produisant surtout le matin, diffère totalement de la neurasthénie accidentelle; mais elle n'est pas sans présenter quelques affinités avec les états d'anxiété des dégénérés; elle rentre en réalité dans les obsessions et les phobies (V. ce chapitre).

Cyclothymie. — La cyclothymie est un état qui prête davantage à la discussion. Ce mot a été employé pour la première fois par Kahlbaum puis par Hecker pour désigner certains troubles affectifs, ayant une évolution plus ou moins régulièrement cyclique; les phases d'exaltation succédant aux phases de dépression, ou inversement.

Les alternances des perturbations de l'affectivité durent toute la vie, avec des intervalles libres entre les deux phases d'exaltation ou de dépression. Willmanns, élève de Kræpelin, s'est servi du même mot pour désigner les formes frustes ou atténuées de la psychose maniaque dépressive; puis il a été indifféremment employé pour désigner tous les états décrits en Allemagne sous le nom d'excitation ou de dépression constitutionnelle, d'humeur dépressive constitutionnelle, état maniaque constitutionnel, manie chronique, mélancolie neurasthénique. En France, Deny comprend sous cette appella-

tion non pas les formes frustes de la folie circulaire, dont on ne connaît pas bien les limites, mais la constitution psychique spéciale, dont les formes graves de la folie circulaire ne marquent que les exagérations.

Les cyclothymiques passent rapidement de l'expansion à la dépression, dans les différents domaines de la sensibilité, de l'intelligence, de la volonté. Le caractère morbide est inconnu du malade et de son entourage; optimiste, le malade dépasse sa mesure habituelle (Deny). Chez ces malades, pas de grandes idées délirantes, « ils disent qu'ils sont perdus, qu'ils ne guériront jamais, que la mort seule les délivrera..... Mais cela ne les empêche pas de se montrer sensibles aux encouragements et de reprendre confiance, au moins momentanément, lorsqu'on leur donne l'assurance de leur complète guérison » (Deny). Ce dernier caractère rapproche beaucoup les malades de ceux étiquetés neurasthéniques constitutionnels ou héréditaires. Deny oppose les cyclothymiques, les neurasthéniques constitutionnels, les psychasthéniques qui sont des déséquilibrés de la sensibilité morale aux déséquilibrés de la sensibilité physique qui comprennent les neurasthéniques vrais, les hypocondriaques, les cœnestopathes.

L'existence de la cyclothymie n'est pas contestée; mais les malades qu'elle désigne n'appartiennent-ils en réalité qu'à un seul et même groupe, ne sont-ils tous que des circulaires en miniature? Cela paraît pour le moins contestable, si on ne tient compte que de la périodicité ou de l'intermittence; elles s'observent également chez les neurasthéniques constitutionnels, les obsédés et les psychasthéniques. Pour un certain nombre de malades appartenant à ces deux dernières catégories l'intermittence des accès ou leur périodicité ne me paraissent pas douteuses, et il serait excessif de les considérer comme des maniaques dépressifs, uniquement parce que les accès ont une tendance à revenir à des intervalles plus ou moins éloignés. On peut toutefois cependant se demander si on ne se trouve pas en présence de cas complexes, dans lesquels la cyclothymie se combine avec la dégénérescence mentale ou la neurasthénie constitutionnelle, ce qui expliquerait la forme particulière que prennent les accès.

Le mot cyclothymie ne doit s'appliquer qu'à la catégorie des malades visés par Deny, à la condition de tenir compte non seulement de l'intermittence et de la périodicité des accès de dépression, mais encore de l'optimisme des périodes intercalaires. Elle peut être alors envisagée comme un diminutif de la folie circulaire.

Ainsi déblayé, le chapitre de la neurasthénie comprend encore deux formes : la neurasthénie accidentelle et la neurasthénie con-

stitutionnelle. Mais en réalité dans la neurasthénie constitutionnelle, la plus typique, non compliquée des grands accidents de la dégénérescence mentale, c'est-à-dire les grandes obsessions et les grandes phobies, le doute existe déjà en germe, qu'il s'agisse des formes purement hypocondriaques ou des formes psychasthéniques. Dans la neurasthénie constitutionnelle on retrouve déjà l'obsession et la phobie du moi, que ce soit le moi physique, moral, ou intellectuel ; c'est l'état d'incertitude plus ou moins généralisé aux éléments constitutifs de la personnalité.

IV. — TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE

Laissant de côté tous les procédés thérapeutiques employés dans le traitement de la neurasthénie et qui n'agissent qu'indirectement par la psychothérapie, nous nous bornerons à exposer le rôle de la psychothérapie proprement dite et ses applications directes.

I. — TRAITEMENT GÉNÉRAL

La thérapeutique symptomatique, celle qui s'adresse à chacun des symptômes de la neurasthénie, en prescrivant un médicament approprié, n'est pas en effet à recommander, pour des raisons multiples, et la principale est que la neurasthénie a le plus souvent des localisations. Si l'on prescrit à l'un du fer, des glycérophosphates, des toniques, de l'alcool, ou du phosphore contre son impuissance, à un autre un régime et des médicaments *ad hoc* pour son estomac, ou son intestin, n'exerce-t-on pas en même temps une influence suggestive sur l'interprétation de la maladie ?

Certains médicaments ont encore de plus graves inconvénients ; parmi eux viennent en première ligne l'opium et tous ses dérivés, avec lesquels l'accoutumance ne s'installe que trop facilement, surtout chez des sujets dont la sensibilité est avivée et la résistance morale amoindrie. Tous les narcotiques sont mauvais dès que l'usage en devient quotidien ; l'action du médicament s'épuise, et au bout de très peu de temps, il faut doubler ou tripler la dose. Les espérances des premiers jours sont bientôt déçues, d'où une nouvelle source de désappointement et de découragement. A tous ces médicaments on peut encore faire le reproche d'accentuer cette manie de poisons si fréquente chez les neurasthéniques : véritable médicamentomanie qui, loin d'alléger les souffrances ou de soutenir le malade, ne font qu'augmenter l'intolérance gastrique, créer ou entretenir les fausses gastropathies.

I°. — Suggestion.

La suggestion n'est pas le procédé de choix, quelles que soient la forme et l'intensité de la neurasthénie; peut-être aurait-elle cependant plus de chances de réussir dans les cas où le mal s'est fixé sur un organe, comme dans ceux qui ont été décrits par Dejerine et Gauckler sous le nom de faux gastropathes, c'est-à-dire dans les pseudo-organopathies. C'est dans de telles observation qu'on a pu mettre le mieux en évidence l'influence de l'auto ou de l'hétérosuggestion dans la genèse ou l'entretien des accidents somatiques, surtout lorsque les autres éléments du syndrome se sont effacés ou restent sur l'arrière-plan. Encore la suggestion doit-elle se garder d'être impérative; il ne faut pas oublier que les neurasthéniques sont des sensitifs, des émotifs et s'il est nécessaire de procéder par affirmation, faut-il que cette affirmation soit enrobée d'une nuance de raisonnement et d'affectivité. En procédant ainsi, on a pu guérir quelques-uns de ces faux malades dans une ou deux séances; au cours de la première le malade est ébranlé, dans la deuxième il est convaincu. Dejerine n'a-t-il pas écrit que souvent, après un seul entretien psychothérapique, il lui est arrivé de guérir un faux gastropathe soumis depuis longtemps aux régimes et aux menus, et imbu de l'idée que son estomac était malade; il a obtenu des résultats semblables auprès de faux cardiaques, de faux urinaires, de faux génitaux. De tels résultats restent malgré tout exceptionnels et la raison en est bien simple. Les pseudo-organopathies sont rarement primitives, contrairement aux nosophobies des dégénérés, elles sont l'aboutissant d'un état neurasthénique qui a duré plus ou moins longtemps avant de se fixer sur tel ou tel organe, et dans lequel les auto ou hétéro-suggestions multiples se sont additionnées. Parmi celles-ci, les suggestions médicales ou familiales ont eu souvent une influence décisive; ce n'est pas seulement contre l'idée du malade qu'il faut alors lutter, mais contre les idées qui lui ont été insinuées par l'entourage ou par d'autres médecins. Lorsque l'on affirme à tel malade qu'il n'a pas d'affection cardiaque ou gastrique, ou génitale..., on le fait avec une conviction égale à celle qu'a mise un autre praticien à lui démontrer que l'affection en question existe bien réellement; et pour le prouver n'a-t-il pas conseillé des médicaments ou un traitement en conséquence?

Toutefois la conviction du praticien n'a pas toujours été aussi profonde que celle du malade : prenons pour exemple les fausses gastropathies; la dyspepsie nerveuse est connue depuis longtemps, mais autrefois elle était soignée au moyen de médicaments. La

mode n'était pas encore à la psychothérapie ni même à la physiothérapie; la thérapeutique était par dessus tout médicamenteuse, et il aurait été fort mal inspiré, le médecin qui aurait laissé partir son client sans l'avoir gratifié de quelques pages de prescriptions; les exigences des malades d'hôpital n'étaient pas moindres que celles des malades de ville. Suivant l'indifférence ou l'intérêt de celui qui l'avait écrite, l'ordonnance était présentée froidement ou avec quelques paroles encourageantes. Dans la deuxième forme, la guérison suivait l'exécution de la prescription; pour celui qui veut bien ouvrir les yeux, nul doute que le succès ne revienne à cette suggestion déguisée.

Il faut avoir le courage de ses opinions, et puisque l'on court le risque — en prescrivant des médicaments, qui passent aux yeux des malades pour avoir des propriétés curatives des maladies organiques, — d'accentuer leurs craintes et d'aggraver leur état, n'est-il pas préférable de s'abstenir, de leur expliquer la nature et l'origine de leur mal, et de substituer à la prescription écrite un peu de persuasion orale. C'est le corollaire des précédentes considérations.

Lorsque la maladie n'est pas par trop invétérée, et que les idées sont encore mobilisables, la suggestion à elle seule peut rendre les plus grands services : en quelques séances on peut en venir à bout, et il n'est pas indispensable d'avoir recours à des mesures plus rigoureuses. Il faut savoir être opportuniste, estimer à leur juste valeur les influences bonnes ou mauvaises du milieu ou du genre d'existence du malade, tenir compte de la durée de l'affection, de la ténacité des idées fausses, et régler enfin sa ligne de conduite d'après cet ensemble d'indications.

Faut-il donc renvoyer tous ces malades qui viennent consulter pour un symptôme isolé : céphalée, insomnie, rachialgie, dyspepsie, troubles urinaires, impuissance, sans leur prescrire un médicament, sans leur délivrer une ordonnance? Si recommander un produit chimique, dans les vertus duquel on n'a aucune confiance, est une faute, se contenter de dire tout simplement au malade que cela passera n'en est pas une moindre. Si on ne prescrit pas de médicaments, faut-il au moins expliquer pourquoi on suit une telle ligne de conduite : pour la faire accepter du malade faut-il encore l'accompagner d'une démonstration. La tâche est parfois très difficile parce que certains malades réclament et exigent même une ordonnance; et la leur accorder est un moyen facile de s'en débarrasser; mais n'est-il pas tout aussi difficile dans quelques cas de trouver un médicament qui n'a pas été prescrit? Ou bien encore, lorsque on leur remet la prescription, les malades n'accompagnent-ils pas cette

prise de possession d'un sourire, d'un geste ou d'une parole qui trahit leur peu de foi : « Alors, vous croyez que cela me fera du bien ? »

Est-ce à dire que les préparations pharmaceutiques sont à jamais interdites ? Evidemment non, mais elles doivent être prescrites dans des cas très spéciaux et dans des conditions psychothérapiques telles, qu'elles ne puissent causer aucun dommage, ni entraver l'action du traitement général.

La suggestion augmente les chances de réussite, lorsque les malades sont traités en dehors de chez eux, lorsqu'ils sont isolés (en conservant au mot isolement la signification que nous lui avons donnée précédemment). L'isolement, dans de tels cas, est déjà à lui tout seul un mode de suggestion ; le malade qui se croyait jusqu'ici atteint d'une maladie d'estomac, qui avait été abreuvé de médicaments et auquel on conseille de rompre avec toute la pharmacie et de faire une cure de repos et d'isolement, ne doit-il pas éprouver quelque doute sur la nature organique de son mal, surtout lorsqu'on lui a promis que la guérison est au bout de la méthode.

Si la suggestion à l'état de veille, et dans les conditions que je viens d'indiquer, peut être appliquée au traitement de la neurasthénie, il n'en est plus de même pour l'hypnotisme, qui ne saurait être recommandé dans aucun cas (voy. page 44). Il a été employé cependant par Bernheim, Farez, Elden dans le traitement de certains symptômes (dépression cérébrale, préoccupations hypocondriaques, insomnie). Le véritable sommeil hypnotique s'obtient d'ailleurs rarement chez les neurasthéniques, il n'y a ni inconscience, ni oubli au réveil : ce sont des dormeurs éveillés.

2°. — Persuasion, rééducation morale.

Dans l'immense majorité des cas, cette thérapeutique, qui s'adresse aux facultés supérieures de l'individu, est la seule à laquelle il faille s'adresser : malheureusement elle n'est mise en pratique qu'après l'échec de toutes les autres méthodes.

On s'accorde à peu près aujourd'hui, du moins en principe, sur la suppression des médicaments, mais il n'en est pas tout à fait de même sur la question du régime. Doit-on soumettre au régime ordinaire ces neurasthéniques à l'estomac dilaté, à l'amaigrissement profond, qui souffrent de constipation opiniâtre, d'entérite muco-membraneuse. La solution de ces questions trouvera sa place, lorsque la psychothérapie proprement dite, dans ses applications

à la neurasthénie, aura été exposée ; mais il serait injuste de ne pas rappeler, dès maintenant, que c'est presque exclusivement l'anémie et l'amaigrissement que visait la méthode d'isolement de Weir-Mitchell, dont dérivent toutes les méthodes qui combinent l'isolement à la psychothérapie. Or, même dans l'application de sa méthode, le médecin américain faisait de la psychothérapie sans le savoir : ne s'adressait-il pas « à ce groupe considérable et si difficile à manier de femmes émotives, à sang trop clair, pour lesquelles un mauvais état de santé est une habitude ancienne, on pourrait dire presque chérie. Pour ces dernières, il n'est souvent pas possible d'arrêter ce drame quotidien qui se joue dans la chambre de la valétudinaire, et d'en finir avec cet égoïsme et ce besoin impérieux de sympathie et de tolérance. Insistons donc sans hésitation pour obtenir ce changement, car non seulement nous agissons dans le plus grand intérêt de la malade, mais encore dans l'intérêt de son entourage » (Brissaud). La méthode de Weir-Mitchell était une méthode d'isolement absolu, sans aucune communication avec la famille ; en quelque sorte l'internement sans la folie et sans les formalités administratives, l'internement consenti librement par le malade lui-même quand il est majeur, par la famille quand il est mineur.

La psychothérapie était exclue, en principe, des modifications et des perfectionnements que Playfair introduisit dans la méthode de Weir-Mitchell : il mettait en œuvre cinq éléments : l'isolement, le repos, le massage, l'électricité, le régime diététique (généralement la suralimentation). « Il ne s'agissait, en somme, que d'engraisser le malade en diminuant les dépenses et en augmentant les apports. Pour remplir ce dernier but, le massage, l'électricité étaient particulièrement indiqués. » La méthode, ainsi transformée, n'en devait pas moins avoir une influence psychothérapique.

La méthode a dévié tout d'abord de ses intentions premières au profit de l'hystérie (Charcot) : ce n'est que plus tard qu'elle est devenue méthode psychothérapique et systématiquement appliquée au traitement de la neurasthénie, avec Dejerine et Dubois (de Berne).

Toutes ces méthodes sont considérées aujourd'hui comme des auxiliaires de la psychothérapie proprement dite, c'est-à-dire celle de la psychothérapie par persuasion.

Règles générales — Comme je l'ai déjà fait remarquer, en y insistant plusieurs fois, la psychothérapie commence avec le premier contact que prend le médecin avec le malade. Il faut l'écouter avec la plus grande attention et la plus grande bienveillance, et surtout sans impatience ; ses élucubrations sont souvent très longues, d'au-

tant plus qu'il rafraîchit sa mémoire avec ses notes. Il faut se garder d'écourter ses doléances, sinon il s'imaginerait qu'on a une opinion toute faite à son égard, qu'en ne l'écoutant pas, on se désintéresse de lui et qu'on ne peut comprendre l'origine de ses malaises et de ses tourments. Au contraire, on le suivra avec attention, l'interrompant de temps en temps pour le ramener au sujet, ou lui demander des explications, et essayer de dégager les faits des interprétations dont il les accompagne. La psychothérapie doit être précédée, en quelque sorte, par une analyse psychique, mais si le médecin lui donne forcément une certaine orientation, qu'il se garde de suggestionner le malade en faisant lui-même la demande et la réponse. Les investigations sur les causes de la maladie devront être poussées avec discrétion : il faut procéder avec un certain tact, avec du doigté. En tout cas, il est préférable que cet interrogatoire se passe en l'absence de tiers ; le malade est plus à son aise pour exposer une situation qu'il a souvent des raisons spéciales de garder secrète : il faut ménager son amour-propre « plus habile que le plus habile homme du monde » (La Rochefoucauld).

La neurasthénie une fois reconnue, on procède à l'examen du malade, qui doit être fait avec le plus grand soin, comme s'il s'agissait d'un malade quelconque atteint d'une affection organique ; à plus forte raison si l'on se trouve en présence d'une neurasthénie fixée sur un organe. Il peut y avoir, en effet, coexistence d'une maladie organique et d'une maladie fonctionnelle ; la neurasthénie a pu être occasionnée par une petite épine inflammatoire. Subsiste-t-il un doute, on n'hésitera pas à demander l'avis d'un spécialiste : il importe que la question soit nettement tranchée, afin qu'il ne subsiste pas plus de doute dans l'esprit du malade que dans celui du médecin. C'est déjà garantir au malade qu'il sera soigné en connaissance de cause et qu'on n'a pas l'intention de le tromper. Alors même que l'examen des organes révélerait quelque affection, mieux vaut la dénoncer au malade et lui faire suivre immédiatement le traitement qui convient. N'oublions pas que la sincérité est la qualité fondamentale du psychothérapeute : il doit s'efforcer d'en donner la preuve à tout moment. Ce premier examen est indispensable, mais lorsqu'il n'a rien révélé et que toute espèce de doute est dissipée, il serait préjudiciable au malade de le renouveler.

Ces premières bases de la psychothérapie étant posées, il faut commencer aussitôt le traitement.

Se trouve-t-on en présence d'une forme légère de neurasthénie accidentelle, dans laquelle le choc moral n'a eu qu'une faible répercussion sur la mentalité et la santé physique ; est-on certain que le

milieu dans lequel vit le malade n'exerce aucune influence fâcheuse sur son état et qu'il peut même seconder les efforts du médecin, on peut entreprendre le traitement du malade chez lui, en le soumettant à un isolement relatif, en le soustrayant à toute cause d'émotion et de fatigue, et en s'assurant que l'alimentation est suffisante. Il est utile de rappeler à l'entourage qu'il doit éviter de parler de la maladie, et s'appliquer à diriger l'attention de l'intéressé en dehors de lui-même par les jeux, les conversations, de petites lectures. Le médecin assiste le malade ; il le surveille, le conseille, le réconforte : rien ne vaut la parole du médecin, la seule autorisée, la seule qui puisse capter la confiance du malade. Un demi-isolement, le repos, plus la persuasion médicale sur laquelle je reviendrai un peu plus loin, telles sont les grandes lignes de la cure ; on ne saurait, cependant, se dissimuler que ces demi-mesures sont le plus souvent insuffisantes et que, dans la grande majorité des cas, c'est à une méthode plus sévère qu'il faut avoir recours. En tout cas, il y a plusieurs écueils à éviter, et en première ligne la fatigue des distractions. Distrayez-vous, allez au théâtre, voyagez, faites du sport, tels sont les conseils que plus d'un neurasthénique a reçus de son entourage, et quelquefois même du médecin. Funeste recommandation ! Le repos physique complet et absolu est indispensable, dit Brissaud : « Prétendre lutter contre l'apathie neurasthénique en prescrivant l'exercice, la promenade, les distractions, serait pure folie. Le neurasthénique est aussi incapable de se distraire que d'agir. »

3°. — Psychothérapie et isolement.

Neurasthénie accidentelle. — Le repos est un des principaux éléments mis en jeu dans la méthode préconisée par Dejerine et Dubois, méthode qui s'appuie, en outre et avant tout, sur la psychothérapie et l'isolement.

Isolement. — Je n'insiste pas sur l'isolement, dont les principes et l'application ont été déjà exposés dans les premières pages de cet ouvrage. Je rappelle seulement que le mot isolement ne signifie pas solitude, mais séparation de milieu, transplantation dans un autre milieu avec la compagnie de personnes spécialement attachées au traitement de tels malades. Si l'isolement consistait à laisser le malade en présence et maître de lui-même, sevré de toute distraction, il ne pourrait avoir que de mauvais effets : il se replierait davantage sur sa propre personnalité, et au lieu d'oublier ses soucis il se fixerait sur eux davantage. C'est qu'en effet dans les maisons de santé, de convalescence ou d'hydrothérapie, dans lesquelles sont soignés les malades, on met à leur disposition une garde-malade.

Elle doit être suffisamment intelligente et d'une société agréable, spécialement éduquée pour assister ce genre de malades, et ne rien laisser à désirer au point de vue moral ; toujours subordonnée à la direction du médecin, leur initiative doit être comprise dans des limites très restreintes. Elles ont pour tâche de surveiller les malades, de les distraire, de les occuper sans les fatiguer. Elles doivent être elles-mêmes sous la surveillance et la direction d'une surveillante plus instruite, plus intelligente et plus experte.

L'isolement, à lui seul, a une portée psychothérapique de premier ordre : le neurasthénique souffre, en effet, beaucoup par lui-même, mais beaucoup aussi parce qu'il se compare aux autres : il oppose sa tristesse à la joie de ses amis, son impuissance à leur énergie, son manque de volonté à leur initiative. Il est donc de bonne logique de lui épargner ces rapprochements et ces comparaisons, qui sont toujours à son désavantage.

Pendant les premiers temps, lorsque la fatigue est telle que le malade ne peut rien faire, le repos absolu ne peut être interrompu; mais dès que les forces sont un peu revenues, il est bon d'exhorter le malade à s'occuper, et d'insister auprès de la garde pour que la prescription soit mise à exécution. L'occupation est plus qu'une chose utile, elle est nécessaire : elle raccourcit le temps qui paraît toujours trop long aux malades, et elle contribue à rééduquer leur attention et leur volonté.

Le repos au lit fait naturellement partie de la cure : il est continu jusqu'au moment où le poids a été repris et que le sentiment de fatigue est notablement atténué. Plus tard, le malade est autorisé à se mettre sur une chaise longue pendant quelques heures; on suit la même progression pour la marche, pour les sorties, on procède en quelque sorte à un entraînement lent et continu.

Dans un tel milieu et dans de telles conditions, la psychothérapie est beaucoup plus facile à réaliser : c'est pourquoi elle triomphe si fréquemment de la neurasthénie accidentelle.

Interrogatoire. — Plus que dans n'importe quelle autre maladie, la sincérité, la bienveillance, la patience sont des qualités nécessaires. Dès le début de la cure, on fait comprendre au malade combien la décision qu'il a prise est raisonnable : on n'a exigé de lui un pareil sacrifice que parce qu'on est sûr du succès. Rapidement on prend sa confiance en lui laissant voir qu'on ne le trompe pas et qu'on ne le trompera jamais : de même ne faut-il avoir vis-à-vis de lui aucune méfiance; la cure entreprise n'est qu'une collaboration dont la confiance réciproque est tout le secret de la réussite. Tout d'abord le malade s'appliquera à devenir un être passif : « la doci-

lité, dit Brissaud, c'est-à-dire la collaboration du patient, est la condition *sine qua non* du succès. »

Si la cause de la maladie est encore ignorée, il faut s'en informer dès le début. Chez certains malades, c'est chose facile : ils sont disposés à l'aveu d'une catastrophe morale dont la souffrance qu'ils éprouvent est toute à leur louange : la perte d'un être aimé par exemple ; auprès d'autres malades la tâche est plus difficile et plus ingrate, il faut user de patience et de circonspection ; peut-être l'aveu est-il pénible au malade, parce que la catastrophe n'est plus fortuite, elle est la conséquence de trop d'audace ou d'imprévoyance, d'une faute plus ou moins grave, compromettant dans une certaine mesure l'honneur ou la moralité ; ou bien encore le silence du patient est-il commandé par la crainte qu'un événement ignoré des siens ne leur soit indiscrètement communiqué, et qu'une telle révélation ne lui porte préjudice ou ne crée des complications.

Il est cependant indispensable que le médecin soit complètement éclairé sur un passé si gros de conséquences ; si le malade ne le lui livre pas, dès les premiers entretiens, va-t-il désarmer ou, au contraire, le presser de questions jusqu'à l'importuner ? Qu'il s'en garde bien ; combien de fois les aveux ne viennent-ils qu'après plusieurs jours ou plusieurs semaines, lorsque le malade a reconnu qu'il peut compter sur le jugement et la discrétion, l'indulgence et la sincérité de celui qui a entrepris de lui venir en aide, et que désormais il prendra comme confident !

La sincérité doit être témoignée à tout moment et pour les questions d'ordre purement morales, autant que pour celles qui concernent la santé physique. Souvent le malade soumet certains de ses actes au jugement du médecin ; qu'il se prononce avec la plus grande franchise, au risque même de critiquer et de réprimander ; cela n'exclut pas l'indulgence. D'autre part, le médecin est souvent questionné par les parents ou les amis sur les causes de la maladie ; il est préférable de se refuser, pour parler le langage du jour, à tout interwiew. Si le médecin juge que, dans l'intérêt du malade, il serait préférable d'instruire sa famille de tel ou tel évènement, qu'il ne le fasse qu'avec son autorisation.

La confiance étant désormais considérée comme acquise, la tâche en est singulièrement allégée ; dans la plupart des cas, le principal est fait, il reste fort peu de choses à faire. Le malade ne tarde pas à accepter comme un dogme tout ce qu'affirme le médecin, puisqu'il a éprouvé sa sincérité et qu'il n'hésite plus à se fier à lui sans réserve : aussi admettra-t-il bien vite que tous les malaises dont il souffre ont une origine morale.

Quand le neurasthénique s'explique sur ses souffrances physiques, qu'il ait toujours le sentiment qu'on y croit. Je le répète souvent aux malades : je crois à vos douleurs, elles sont aussi vives et peut être même plus vives que si elles étaient produites par une lésion organique, je ne discute pas vos sensations, vous êtes plus à même que moi de les exprimer, parce que vous les sentez. Mais vous ne pouvez être juge et partie, vous êtes le malade et par suite vous ne pouvez interpréter votre mal. Je crois à vos sensations, mais croyez aussi aux explications que je vous donne; nous sommes aussi sincères l'un que l'autre.

Avec quelques exemples à l'appui, il n'est pas difficile de lui démontrer les rapports du physique et du moral, des variations psychiques et du fonctionnement viscéral; lui-même n'a-t-il pas été déjà à même de constater les répercussions organiques des émotions; à la rigueur pourrait-on lui citer les belles expériences de Pawlow, qui en ont démontré toute la portée et toute la valeur dans l'étude de la physiologie de l'estomac.

Voici le malade persuadé que la cause de tout son mal est d'ordre moral, il ne subsiste plus de doute à cet égard dans son esprit; deux cas peuvent se présenter: ou bien la cause a complètement disparu, mais elle subsiste dans ses conséquences, ou bien elle persiste.

Dans le premier cas il est relativement facile de démontrer comment et pourquoi cette cause a eu un si grand retentissement sur tout son être; toute son attention s'est concentrée sur l'évènement qui l'a surpris et sur la situation nouvelle qu'il lui a faite. Trop d'attention et trop de concentration, trop d'introspection en un mot, ce sont là le plus souvent les causes immédiates de l'état neurasthénique.

A force d'examiner le même objet, nous finissons par en connaître les moindres détails, dont la plupart nous auraient échappé à un coup d'œil superficiel; à certains d'entre eux nous attachons même parfois une importance qu'ils n'ont pas. De même, en présence d'un chagrin ou d'un ennui, le neurasthénique a plus ou moins concentré sur lui-même le champ de sa conscience, tout ce qui s'y rapporte prend des proportions gigantesques; mais les grossissements trop forts déforment les images : d'où les interprétations exagérées et les idées fausses. C'est cela qu'il faut expliquer au malade, beaucoup moins avec les ressources d'une dialectique savamment développée, qu'avec l'éloquence du simple bon sens. De même encore, le détachement du monde extérieur et l'introspection ont rendu le malade indifférent aux choses et quelquefois même aux personnes qui l'entourent; par l'habitude l'initiative s'est émoussée

et la volonté a disparu. Aussi, lorsque poussé par la nécessité, le neurasthénique doit faire un effort, éprouve-t-il une grande peine à se décider, c'est un aboulique. Ses muscles, comme ses organes, deviennent paresseux; il est fatigué avant d'avoir commencé; il est incapable d'agir et de réagir; il assiste peu à peu aux progrès de son impuissance, il n'est même pas exceptionnel qu'il s'y résigne.

Une telle transformation dans la vie physique et psychique ne peut s'effectuer sans atteindre profondément le sentiment de la personnalité; l'ancien moi s'effraie de l'apparition de ce moi nouveau qui l'a remplacé plus ou moins complètement; il n'existe bientôt plus qu'à l'état de souvenir; d'où l'incertitude, le découragement, la tristesse, entrecoupés de moments de révolte.

Cette genèse de l'aboulie, de l'indécision, de l'indifférence, du découragement, le médecin doit en retracer les principales phases telles qu'il les conçoit, s'appuyant sur les récits et les réflexions du malade, invoquant fréquemment son témoignage pour mieux retenir son attention, et se l'attacher davantage.

Persuasion. — Jusqu'ici il n'a guère été question que de psychologie ; avant de traiter le malade n'est-il pas indispensable qu'on le connaisse à fond, qu'il se voie lui-même tel qu'il est, et non tel qu'il se croyait être ?

Aux idées fausses, substituer la claire vision des choses ; à l'introspection la contemplation du monde extérieur, aux souvenirs fâcheux du passé les assurances de l'avenir; pour combattre l'inertie, l'aboulie, le manque d'initiative, substituer à la volonté défaillante du malade celle du médecin, jusqu'au jour où il aura recouvré son ancienne personnalité; telles sont les grandes lignes qu'il faut suivre.

Pour y réussir, le praticien ne doit se poser ni en maître, ni en pédagogue, ni en éducateur, ni en philosophe; qu'il cause sur un ton familier et amical, il n'est pas là pour dominer, mais pour diriger, non pas pour suggestionner (qu'il s'en défende !), mais pour persuader et convaincre.

Il ne doit mesurer ni son temps, ni sa patience; qu'il fasse appel à toutes les réserves de son expérience, qu'il multiplie les comparaisons, qu'il résume ses conseils dans des formules courtes, imagées, qui se gravent plus facilement dans l'esprit, qu'il tienne le malade en éveil et qu'il s'assure de son attention, qu'il l'encourage dans ses premiers pas en soulignant les bons résultats obtenus; que tout à la fois il souligne ses exagérations et qu'il le plaigne; s'il se dénigre, qu'il le rehausse dans sa propre estime, qu'il respecte enfin ses anciennes et bonnes convictions et particulièrement ses convic-

tions religieuses, précieux soutien moral. Les progrès ne se feront pas attendre : le jour où le médecin a conquis la confiance et la sympathie de son malade il peut escompter la guérison ; elle devient certaine le jour où le malade entre à son tour dans la manière de voir du médecin ; à force d'être persuadé il devient convaincu, et de la guérison comme du reste. Le plus dur est de démarrer ; les premiers succès obtenus sont les meilleurs encouragements.

Dans la méthode, le raisonnement et le sentiment ont chacun leur part ; en réalité ils sont inséparables ; comme je l'ai déjà fait remarquer il n'y a pas de psychothérapie sans raisonnement, mais le sentiment doit en être l'expression. Le raisonnement pur ne rendrait guère la confiance au malade, si celui-ci ne sentait en même temps l'intérêt, la sympathie, la conviction, cette chaleur communicative qui fait vibrer à l'unisson : créer des émotions douces et réconfortantes, voilà tout le secret de la psychothérapie. Comme le dit Bernheim, « le geste, l'intonation de la voix, la tournure des phrases, la magie du style, les mots qui portent, c'est-à-dire qui impressionnent, tout cela concourt à faire pénétrer l'idée dans les cerveaux, à les persuader », et Ballet ajoute : « S'il en était autrement, le phonographe pourrait être souvent substitué au médecin dans la pratique de la psychothérapie. » Et de fait souvent un mot, une phrase, une formule, un geste même ont ébranlé tout un système d'idées auquel la pure persuasion ou le seul raisonnement s'étaient jusque-là attaqué en vain. N'empêche que la persuasion antérieure avait développé cette bonne suggestibilité qui décide de la guérison.

Il est utile de répéter souvent au malade qu'il guérira sûrement et complètement, et d'invoquer à l'appui de cette affirmation des arguments sûrs, tels que les progrès déjà accomplis, l'augmentation de poids par exemple.

Lorsque ses forces commencent à revenir, on relève sa volonté par l'entraînement progressif et méthodique ; on lui démontre que son énergie augmente, qu'il est de nouveau capable d'agir, alors qu'il se croyait impuissant.

A mesure que le moral se remonte, les fonctions se font mieux, les digestions sont moins lentes et moins pénibles ; l'atténuation des douleurs facilite l'alimentation.

Assister à la réparation de l'organisme, constater la disparition des douleurs, oublier ses viscères, c'est déjà pour le neurasthénique entrevoir la guérison, c'est l'espoir, c'est une satisfaction morale ; inversement se sentir plus de confiance, plus de mémoire, plus de volonté, jouir de la tranquillité d'esprit, « renouveler son imagerie

mentale », suivant l'expression pittoresque de Ballet, c'est laisser au système nerveux la juste répartition de son fluide et de son énergie, c'est rendre aux organes la part qu'ils doivent normalement en recevoir.

Lorsque la cause de la neurasthénie persiste (dissentiments de ménage ou de famille, par exemple), le rôle du médecin est plus ingrat ; mais il peut encore arriver à un bon résultat s'il sait prendre un ascendant sur son malade, s'il sait relever son moral en choisissant dans sa vie tout ce qui peut être réconfortant. En prodiguant ses conseils et ses exhortations suivant sa conscience, combien de fois même n'a-t-il pas été désigné comme médiateur par le malade pour dénouer une situation plus ou moins embrouillée ; il ne doit le faire en tout cas qu'avec son assentiment.

La durée de la cure est très variable suivant les cas ; il y a des neurasthénies qui guérissent en quelques semaines, d'autres qui durent deux ou trois mois ou même davantage ; tout cela dépend de l'intensité du choc moral et des stigmates physiques, du degré de l'amaigrissement. On ne doit réintégrer le malade dans sa famille que lorsqu'il est capable de reprendre sa vie et ses occupations et que son poids a atteint la normale.

Dans la cure ainsi comprise, trois éléments interviennent : l'isolement, la psychothérapie, le repos physique ; aussi certains auteurs prétendent-ils que le succès revient tout autant aux conditions physiques dans lesquelles se trouve le malade, et qu'il est excessif d'accorder une part prépondérante à la psychothérapie dans la réussite. Il est facile de répondre à cette objection ; en effet la plupart des malades qui entreprennent la cure ont déjà essayé plus d'un traitement ; et sur le conseil des médecins qui les ont soignés, ils ont fait à diverses reprises ou même d'une manière continue une cure de repos prolongé, et cependant ce repos qui dure quelquefois depuis des semaines ou des mois n'a amené aucune modification. Sans lui refuser une réelle valeur thérapeutique, le repos ne me paraît pas suffisant ; certainement il a une bonne influence sur la santé physique et, associé à l'isolement, il intervient utilement non seulement comme agent physique, mais encore comme agent psychique. Les conditions dans lesquelles il est pris par le malade, en dehors de chez lui, loin des siens, lui donnent une valeur qu'il ne saurait avoir quand il est pris au milieu de l'agitation de la famille, des préoccupations quotidiennes, des bruits de la maison. Je me suis déjà expliqué plus haut sur l'influence psychothérapique de l'isolement. On peut donc affirmer que tout dans la cure ainsi comprise concourt à en faire un traitement presque exclusivement psycho-

thérapique, surtout quand on néglige de parti pris toutes les ressources de la physiothérapie : massage, électricité, hydrothérapie, etc.....

Il est surprenant que quelques auteurs se refusent à admettre les bons effets de la cure.

« Assurément, dit Hartenberg, les malades sont sensibles aux encouragements, aux réconforts, aux promesses de guérison prodiguées par le médecin. Mais ces heureux effets ne durent pas. Rendus à eux-mêmes, rentrés dans leur milieu, ils retombent aussitôt dans leur tristesse, dans leurs angoisses, dans leur découragement..... Je n'ai jamais guéri un neurasthénique par la psychothérapie. » Il considère les résultats des cures psychothérapiques comme dus à l'isolement, au repos au lit, à la suralimentation, en un mot au traitement physique... : « ..la psychothérapie est non seulement inefficace, elle est en outre inutile..... Il guérit ses malades par des moyens physiques et médicamenteux ».

Des avis aussi diamétralement opposés ne peuvent être expliqués que par une erreur d'interprétation ou par une confusion sur les malades. Tout d'abord je ne pense pas que les partisans les plus convaincus du traitement physique de la neurasthénie évitent systématiquement de réconforter leurs malades, et négligent avec intention de les interroger sur les causes de la maladie ; je ne suppose pas qu'ils leur remettent sèchement une ordonnance, en les priant de ne pas revenir, sous prétexte que les prescriptions indiquées doivent juguler le mal en quelques jours ou même quelques semaines. Pour ne pas faire de psychothérapie intentionnelle, ils en font peut-être sans le vouloir ou sans le savoir ; et les médicaments ou les régimes ne doivent sans doute leurs vertus qu'aux bonnes paroles qu'on leur adjoint. Si réellement les cures psychothérapiques ne devaient leurs succès qu'à l'isolement, au repos au lit, à la suralimentation, rien ne prouverait mieux, à mon avis, leur influence psychique ; obtenir d'un malade qui ne mange pas, qu'il se suralimente, obtenir de lui la discipline, la séparation des siens, un repos obligatoire, n'est-ce pas obtenir déjà de lui plus qu'un effort physique, et je crois bien que pour l'entraîner à une pareille décision, sous une forme quelconque, la psychothérapie a passé par là.

Est-ce à dire que tous les malades doivent être fatalement guéris et que la cure ne compte aucun échec à son passif. Certes non, et cela pour plusieurs raisons. Le médecin qui a entrepris la cure a pu ne pas réussir parce que, pour des motifs divers, la sympathie et la confiance nécessaires n'ont pu se communiquer ; qui donc est infaillible ? Parfois aussi il y a eu méprise de la part du médecin, et le cas n'était pas aussi simple qu'il avait paru au premier abord. C'est qu'en

effet si, pour la neurasthénie accidentelle, la cure donne un pourcentage de guérison considérable, il n'en est plus de même pour la neurasthénie constitutionnelle, associée ou non aux grands stigmates de dégénérescence (psychasthénie). Pour les malades de cette catégorie, le pourcentage de guérison est loin d'être aussi satisfaisant, et si c'est à de tels malades que fait allusion M. Hartenberg, lorsqu'il parle des échecs de la cure, je suis bien près de partager son avis. C'est qu'en effet si par la cure d'isolement et de psychothérapie on peut espérer venir à bout des épisodes aigus de la maladie, on ne saurait espérer modifier la constitution physique du malade : pas plus qu'on ne pourrait changer sa taille ou la couleur de ses yeux !

Neurasthénie constitutionnelle. — La neurasthénie constitutionnelle n'est-elle donc pas justiciable des mêmes méthodes thérapeutiques que la neurasthénie accidentelle ? Oui et non. Oui, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade qui, sous le coup d'ennuis ou de préoccupations, fait un accès aigu de neurasthénie ; non, lorsqu'on se trouve en présence d'un de ces êtres constamment indécis, abouliques, hypocondriaques, qui n'ont jamais été différents de ce qu'ils sont, parce qu'ils ne pouvaient être autrement, et qui ne sont pas plus atteints aujourd'hui qu'ils ne l'étaient hier. De tels individus sont cependant accessibles à la psychothérapie, mais il est inutile de les isoler, sinon l'isolement durerait pour eux toute la vie ! Ce sont des malades que l'on remonte momentanément, beaucoup moins en les raisonnant, qu'en les guidant ou en les commandant. L'affirmation et la direction ont auprès d'eux beaucoup plus de valeur : incapables de prendre une décision, ils consentent souvent à exécuter les ordres qu'on leur dicte ; incapables d'avoir de l'initiative, ils se résignent à remplir le programme qu'on leur trace. Sont-ils tristes, déprimés, anxieux, ils ne peuvent reprendre le dessus eux-mêmes, mais ils sont encore malléables et ils ne demandent, au fond, qu'à devenir plus tranquilles. Ils fréquentent avec assiduité le cabinet du médecin qui sait le mieux remonter leur pendule et charger leurs piles : ce n'est, d'ailleurs, que pour une période éphémère, et alors il ne faut pas s'illusionner et escompter un retour à la normale chez un sujet qui ne l'a jamais été. Cependant de tels malades passent alternativement par des phases d'accalmie relative ou de recrudescence excessive ; dans cette dernière condition l'isolement peut devenir une mesure utile, sinon nécessaire, pour lutter à la fois contre leur asthénie et leur irritabilité.

Le traitement des neurasthéniques dégénérés s'inspire à la fois du

traitement de la neurasthénie et de celui des obsessions : je renvoie donc à ce dernier chapitre.

Il y a encore la catégorie des neurasthéniques d'habitude : de ces malades qui se complaisent dans la maladie, parce qu'ils attirent l'attention, parce qu'ils sont plaints, parce qu'on est aux petits soins avec eux. C'est, en réalité, une véritable manie qui se développe presque toujours sur un grand fond d'égoïsme. Ces malades ne sont accessibles qu'à la commisération et à la flatterie : ils prennent en grippe tous ceux qui ne paraissent pas s'apitoyer sur leur sort ou qui n'y font même pas attention. Ils jouissent souvent d'une santé excellente, mais leurs plus petites indispositions prennent des proportions gigantesques et entraînent des précautions ridicules; elles sont plus terribles que les plus terribles maladies. Presque toujours ces états-là se développent sur de sérieuses anomalies du caractère : j'ai déjà signalé l'égoïsme, j'ajouterai l'orgueil. Ils savent tout mieux que tout le monde, ils sont plus forts que les avocats et les médecins, qu'ils traitent volontiers d'ânes ou d'imbéciles, c'est pourquoi ils se décident à se soigner eux-mêmes, à moins qu'ils n'aient trouvé un médecin adroit qui ait su exploiter leur vanité, leur égoïsme ou leur bêtise, car leur vantardise est toujours doublée d'une niaiserie absurde.

Au fond ces malades, déjà insupportables pour tout le monde, sont fort peu intéressants pour le médecin, chez lequel ils vont chercher plus d'acquiescement que de conseils; pourquoi, d'ailleurs, tenter de les débarrasser d'un mal qui est leur seule raison de vivre.

Il n'est pas constant que de tels neurasthéniques l'aient été toute leur vie ; chez l'homme comme chez la femme, ce n'est quelquefois qu'aux environs de l'âge critique que se dessine ce changement; mais c'est la nature du terrain, c'est le caractère, c'est toute la mentalité antérieure qui a imprimé à la maladie une forme si spéciale.

En résumé, autant de neurasthéniques, autant de formes : si l'émotion et l'émotivité sont les deux grands facteurs étiologiques, les causes qui les font naître ou les entretiennent sont très variables d'un sujet à l'autre : et cette variabilité est en grande partie fonction du caractère et de la constitution mentale, de même, d'ailleurs, que la forme que prend la neurasthénie. Contre la constitution et le caractère nous ne pouvons que fort peu de chose, si ce n'est par l'éducation ; et c'est ainsi que la médecine prophylactique donne encore une fois la main à la pédagogie. C'est l'égoïsme qu'il faut enrayer dans son développement : c'est aux familles à y veiller, et aux médecins à le leur rappeler, quand l'occasion leur en est fournie.

II. — TRAITEMENT DES LOCALISATIONS DE LA NEURASTHÉNIE. PSEUDO-ORGANOPATHIES.

Le traitement ne diffère pas, dans ses grandes lignes, de celui qui a été préconisé pour la neurasthénie en général ; mais chaque localisation fonctionnelle apporte avec elle quelques indications spéciales. Je rappelle à ce propos la distinction que j'ai déjà faite entre les troubles fonctionnels, conséquences de la neurasthénie, et les troubles fonctionnels générateurs de la neurasthénie : dans ce dernier cas, le trouble fonctionnel est le phénomène primitif, produit lui-même de l'émotion qui s'est localisée d'emblée sur un organe, et l'état neurasthénique est causé par cette perturbation fonctionnelle. Dans les premiers cas, le syndrome psychique de la neurasthénie est primitif, dans le second, il est secondaire. Dans les deux cas, l'émotion et la suggestion entretiennent tour à tour l'idée et la maladie, et quelquefois, il faut l'avouer, la délimitation exacte entre la neurasthénie et le pithiatisme est assez délicate, elle reste en suspens.

Quelle que soit la localisation, les procédés psychothérapiques à mettre en œuvre sont toujours les mêmes, ce sont la suggestion, la persuasion, l'occupation et la distraction, la rééducation. Il y a des phénomènes qu'il faut combattre en fixant l'attention, d'autres en l'éloignant : ces deux méthodes, absolument inverses dans le but qu'elles se proposent, peuvent aboutir au même résultat.

1°. — Pseudo-organopathies digestives. Localisations gastriques.

La dyspepsie nerveuse des neurasthéniques s'atténue ordinairement en même temps que les stigmates psychiques de la neurasthénie et ne mérite aucune mention spéciale.

Il n'en est plus tout à fait de même des phobies gastriques. Dans quelques cas, la parole autorisée d'un maître, une affirmation précédée d'une démonstration pathogénique vient à bout, en quelques minutes, d'une phobie qui dure depuis des semaines et des mois, et cette expérience démontre une fois de plus la part qui revient à la suggestion dans la permanence de l'idée : on agit, en quelque sorte, par contresuggestion. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi : ou la phobie persiste, ou bien elle ne disparaît que momentanément pour revenir quelques jours plus tard. On a alors recours à l'isolement et à la psychothérapie ; mais il est préférable de ne pas se contenter de simples conseils, et il est presque nécessaire de procéder à la rééducation du malade ; pour cela on commence par

lui donner les repas ou les régimes auxquels il s'est habitué, puis progressivement on ajoute de nouveaux aliments. Au début, on assiste aux repas, on exhorte et on distrait tout à la fois le malade, et chaque fois on souligne les progrès obtenus. La rééducation est généralement rapide, et en quelques jours ou quelques semaines toutes les appréhensions sont disparues.

La tâche est plus difficile quand on se trouve en présence d'une pseudo-organopathie constituée. Le malade est persuadé qu'il est atteint d'une maladie grave : ulcère ou cancer ; il éprouve des sensations douloureuses au creux épigastrique ; les repas sont suivis d'éructations, de ballonnements, de régurgitations ; les digestions sont lentes et pénibles et s'accompagnent de malaises, de bouffées de chaleur. Quelquefois même il y a des vomissements. La constipation est opiniâtre, entrecoupée de crises diarrhéiques, ou même d'entérocolite muco-membraneuse. L'amaigrissement est extrême, le teint mauvais, la langue saburrale. Les aliments ne peuvent être supportés qu'en petite quantité. Quelquefois même l'anorexie est partielle ou presque totale.

Au début, Dejerine et Gauckler rentrent dans la manière de voir du malade, puisqu'ils reconnaissent l'utilité d'un régime. Il faudra donner à la fois peu et souvent : ils instituent d'abord le régime lacté. Le lait est donné à petites doses répétées ; partant de trois à quatre litres, on augmente progressivement et on arrive ainsi jusqu'à quatre et cinq litres. Le régime lacté exclusif est continué pendant plusieurs semaines. Pour eux, le résultat pratique du régime lacté serait de montrer au malade qu'il peut tolérer une grande quantité d'aliments, suffisante pour lui faire reprendre du poids. La rééducation qualitative succède à la rééducation quantitative ; alors on cesse le lait et on le remplace par des aliments semi-liquides, peu gras, peu sapides : les œufs, les bouillies, les légumes, les viandes hachées non assaisonnées. Au bout de quelques jours on arrive à la côtelette ou au bifteck. Quinze jours plus tard, sans appréhension et partant sans souffrance, le malade mangera de tout.

Naturellement il faut réconforter et encourager les malades, et leur répéter sous des formes variées qu'ils n'ont pas de maladie de l'estomac, qu'ils peuvent digérer comme tout le monde. Encore ici, il est utile de les exhorter pendant leurs repas.

Pour ma part, j'emploie de moins en moins le régime lacté et je ne le prescris pendant les premiers jours du traitement que si l'organisme a été trop et trop longtemps privé de liquide. Je procède alors à une imbibition. Chez la plupart des malades, pour leur prouver

combien mes convictions sont sincères sur la prétendue affection de l'estomac, j'institue d'emblée le régime ordinaire : je commence par des petites quantités et j'augmente progressivement.

Parmi les plus beaux exemples qu'il m'a été donné d'observer, je citerai le suivant comme l'un des plus démonstratifs. Une dame âgée d'une cinquantaine d'années souffrait depuis plusieurs années d'une dyspepsie qui allait toujours en s'aggravant : elle avait consulté de nombreux médecins qui lui avaient prescrit à peu près tous les médicaments ou toutes les préparations pharmaceutiques qui ont été conseillées dans des cas semblables. Rien n'y avait fait, l'appétit avait progressivement diminué, puis complètement disparu, et avec lui la ration alimentaire. L'intolérance était telle dans les derniers temps que chaque repas était suivi de vomissements. L'un des derniers médecins consultés, supposant sans doute que les troubles dyspeptiques étaient la conséquence d'une insuffisance de la sécrétion biliaire, lui avait prescrit de la bile de bœuf. Elle consulte alors un de nos grands maîtres, qui conclut à une dyspepsie purement nerveuse, et me demande de bien vouloir lui faire suivre une cure d'isolement et de psychothérapie. Il lui avait affirmé qu'elle guérirait, mais il ne m'avait pas dissimulé qu'il conservait quelques doutes sur l'origine purement psychique de la maladie pour diverses raisons : l'âge de la malade, son mauvais teint, l'amaigrissement considérable (le poids était tombé à 33 kilos), les vomissements, etc. Bref, il n'excluait pas complètement l'hypothèse d'un néoplasme. Malgré cette réserve, il avait fort bien convaincu la malade, qui entreprit la cure dans les meilleures conditions : pleine d'espérance et de résignation. Je ne pus que lui répéter ce qui lui avait été déjà dit, et avec d'autant plus d'assurance qu'au cours de l'interrogatoire que je lui avais fait subir, elle m'avait avoué que les premiers malaises avaient été précédés par de gros chagrins et de sérieuses préoccupations. Je lui exposai ma manière de voir et je lui expliquai comment s'était installée la dyspepsie. Elle fut assez surprise qu'on ne l'eût jamais questionnée sur son passé, et qu'on ne se soit pas informé des soucis qui l'avaient si longtemps impressionnée. Tenant compte toutefois des indications fournies par le médecin qui me l'avait adressée et des quelques réserves qu'il avait ajoutées à son diagnostic, j'instituai le régime lacté, en prévenant la malade qu'elle le supporterait très bien. Le premier jour la malade put avaler un litre et demi de lait; le deuxième jour, trois litres; le quatrième, quatre litres; elle monta même rapidement à cinq litres et un peu au delà, car elle fut prise par le désir d'engraisser et de guérir au plus vite. La première semaine, elle engraissa de cinq livres : les semaines

suivantes, le poids continua à faire des bonds sérieux. Une quinzaine de jours après le début du traitement, elle mangeait de tout, je ne dis pas comme tout le monde, car elle se suralimentait. Pas une fois elle n'a vomi ; elle n'a pas eu la moindre nausée. La constipation, opiniâtre autrefois, avait complètement cédé en quelques jours ; inutile d'ajouter que l'état moral avait suivi la même progression. Après quelques semaines d'isolement absolu et deux mois de séjour dans une maison de santé, la malade sortait guérie, avec une augmentation de poids de trente et une livres. Depuis quatre ans que je suis cette malade, son poids s'est maintenu et jamais elle n'a souffert de son estomac. Moralement elle est très bien, et bien qu'elle soit atteinte d'une névralgie du trijumeau et que la cause de ses soucis ne soit pas complètement dissipée, elle les supporte vaillamment. La persuasion lui a donné, à ce point de vue, une endurance et une énergie qui lui étaient jusqu'alors inconnues.

En somme, le régime importe peu et ne compte guère à côté de la psychothérapie ; mais il n'est pas invraisemblable qu'il puisse par lui-même exercer une influence suggestive. On peut se demander en effet, avec Dejerine et Gauckler, « si bien des résultats qui avaient pu être obtenus à l'aide de régimes dans le traitement de malades considérés comme atteints d'affections organiques de l'estomac, alors qu'ils n'avaient, en réalité, que des troubles fonctionnels, ne ressortissaient pas purement et simplement à une sorte de rééducation inconsciente pratiquée à l'insu du malade, et aussi, il faut bien le dire, à l'insu du médecin ».

Les formes gastriques de la neurasthénie sont plus difficiles à traiter lorsqu'elles se compliquent de vomissements. Les vomissements névropathiques peuvent être des phénomènes primitifs : il y a des gens qui vomissent facilement sous le coup d'une émotion vive : le trouble digestif occasionné par l'émotion se termine par une indigestion ou débute immédiatement par un vomissement. Pour peu que les émotions se renouvellent trop souvent, les vomissements se répètent, et d'autant plus facilement qu'ils sont séparés par de courts intervalles ; la suggestion fait renaître à son tour l'émotion, et voici le malade dans le cercle vicieux. Ce sont de ces cas où il est vraiment bien difficile de faire la part de la neurasthénie et du pithiatisme. Les vomissements reconnaissent parfois comme origine les sensations douloureuses du creux épigastrique, ou bien encore les régurgitations, le méricysme : par l'entraînement et l'éducation ils sont susceptibles de réapparaître avec une très grande fréquence. J'ai connu une dame âgée d'un peu plus de trente ans qui, à la suite de fatigues, d'ennuis et de contrariétés, était devenue neurasthénique, et au bout

de quelques semaines toute sa maladie s'était localisée sur l'estomac. Elle vomissait régulièrement ses aliments, au fur et à mesure qu'elle les avalait, sous forme de régurgitations; mais à peine avait-elle rendu qu'elle pouvait de nouveau prendre des aliments. Ces troubles avaient produit un amaigrissement considérable, et le médecin qui la soignait la décida à se séparer de sa famille et à faire une cure d'isolement. La neurasthénie, d'ailleurs, avait à peu près disparu et la malade vomissait en quelque sorte par habitude sans s'en préoccuper outre mesure. Pendant les premiers jours de la cure, les régurgitations persistèrent, et les plus belles démonstrations de psychothérapie persuasive n'amenèrent aucun soulagement. Je décidai alors de prescrire à la malade une très petite quantité de citrate de soude; je lui fis l'article en lui proclamant les vertus remarquables de ce médicament nouveau, et en lui annonçant qu'il aurait chez elle, comme chez les autres, un effet immédiat. En effet les vomissements cessèrent aussitôt comme par enchantement; le citrate de soude fut encore donné à des doses plus faibles aux repas suivants, l'alimentation fut progressivement augmentée et variée : en quelques semaines le poids était repris et la guérison définitive. On peut m'objecter que l'observation n'est pas très démonstrative, parce que le citrate de soude a réellement des vertus antivomitives, mais je ferai remarquer qu'il fut donné à très petites doses, deux ou trois fois seulement, et que les vomissements, ainsi que les troubles digestifs, les douleurs des crises épigastriques ne se renouvelèrent plus. Je crois davantage que le succès était dû à la suggestion dont j'avais fait précéder l'absorption du médicament, et cette observation démontre que, dans certains cas, cette suggestion déguisée peut être avantageusement utilisée. Du reste, dans ce cas, les vomissements pouvaient tout aussi bien être envisagés comme des phénomènes purement pithiatiques, et c'est pourquoi, sans doute, la suggestion médicamenteuse a si bien réussi.

2°. — Localisations intestinales. Diarrhée. Constipation.

S'il est un accident de la neurasthénie qui disparaît facilement au cours de la cure d'isolement et de psychothérapie, c'est la constipation; à la condition que ce soit un accident isolé, non compliqué d'entérocolite muco-membraneuse, ni de spasme,c'est-à-dire la constipation atonique.

Elle est presque toujours due à la paresse intestinale et à l'insuffisance de l'alimentation ; lorsque l'on a régularisé l'intestin, en obligeant les malades à se présenter régulièrement à la garde-robe

tous les jours, à la même heure, la constipation est bien vite vaincue. Au préalable, il est utile de leur expliquer pourquoi ils sont constipés et de leur rappeler qu'il ne suffit pas d'ouvrir et de fermer la porte des water-closets pour avoir rempli tout son devoir : ils doivent habituer et entraîner l'intestin à se contracter et à remplir ses fonctions en faisant des efforts répétés. Ceux-ci ne seront pas toujours couronnés immédiatement de succès ; il est exceptionnel en tout cas qu'il se fasse attendre. Les lavements, les laxatifs, les purgatifs sont inutiles et ne sont pas sans inconvénient : le malade ne compte plus que sur leur collaboration. A la rigueur, une esquisse de massage ou quelques grammes de sulfate de soude peuvent être essayés dans le but d'encourager le malade et de stimuler ses efforts. Le plus souvent je m'abstiens de toute thérapeutique physique ou médicamenteuse. Je compte davantage sur la bonne volonté du malade et sur la suralimentation, et je ne me rappelle pas qu'ainsi traitée, la constipation atonique m'ait résisté une seule fois.

Lorsque les troubles digestifs sont plus accentués et se compliquent de spasme du côlon, d'entérocolite muco-membraneuse, la conduite à tenir est plus délicate. Les douleurs intestinales sont parfois extrêmement vives, réveillées par une alimentation trop copieuse, et l'infection intestinale vient ajouter ses effets à ceux de la maladie initiale. La prudence est alors de règle. Psychiquement les malades seront traités comme de simples neurasthéniques ; mais ici encore il faut se donner la peine de leur expliquer comment se sont institués tous ces malaises et tous ces troubles, de façon à dissiper leur inquiétude et à distraire leur attention de leur tube digestif : ces raisonnements devront être répétés à plusieurs reprises et sous diverses formes. En même temps l'alimentation sera surveillée ; sans parler de régime devant le malade, on ne lui fera servir que les aliments qui lui conviennent et en petite quantité : l'intestin sera désinfecté au moyen de lavements et de petits laxatifs. Au fur et à mesure des progrès, l'alimentation devient plus substantielle et moins monotone ; les résultats obtenus sont mis en valeur au cours des conversations quotidiennes. Peu à peu l'entéropathie rétrocède, l'amélioration locale réconforte le malade et a un précieux retentissement sur l'état général ; le moral est meilleur et exerce à son tour une heureuse répercussion sur les manifestations locales. Le cercle vicieux est rompu. Je ne prétends pas que l'on guérisse ainsi toutes les entérocolites muco-membraneuses et tous les spasmes du côlon : la pathogénie de ces accidents est encore assez obscure, et si la plupart des auteurs font jouer un rôle important à l'élément névropathique, ils lui refusent cependant un rôle exclusif. En pro-

cédant de la sorte, on supprime au moins l'élément névropathique et on réduit la maladie locale à son minimum d'intensité.

On a vu plus haut comment s'installent certaines diarrhées à la suite d'émotions vives et comment on peut y remédier par la psychothérapie. L'observation empruntée à Dejerine est des plus démonstratives (page 215) : il est donc inutile d'insister davantage.

3°. — Neurasthénie urinaire.

Le traitement de la neurasthénie urinaire s'inspire des mêmes règles que celles de la neurasthénie en général : démontrer que les craintes du malade ne sont pas fondées, lui expliquer comment les accidents se sont installés, puis fixés, lutter contre son émotivité en lui rendant la confiance et l'assurance de soi-même.

C'est le traitement des phobies en général appliqué à tous ces malades, qui s'imaginent avoir une affection des reins, de l'urètre, de la prostate, de la vessie, il est très souvent utile et même nécessaire de procéder à un examen consciencieux des organes en cause, car on peut être à la fois vrai et faux urinaire ! Une légère congestion prostatique, un rétrécissement de l'urètre peu serré peuvent être l'origine d'un état neurasthénique sérieux, chez un individu spécialement impressionnable et émotif, pour peu que son attention se soit arrêtée sur cette région.

Il y a des neurasthéniques qui attachent une importance capitale à la mobilité rénale et qui en font la cause principale de leur maladie, et cela souvent parce que nous sommes trop bavards devant les malades, et que quelques-uns parmi nous ont envisagé la mobilité ou l'ectopie rénales, de même que toutes les ptoses viscérales, comme un facteur étiologique important de la neurasthénie. Démontrons-leur au contraire que le rein mobile n'est pas ordinairement la cause de la neurasthénie, qu'il en est la conséquence, qu'il est dû à l'amaigrissement plus ou moins considérable et par suite à la fonte du coussinet cellulo-adipeux, qui lui sert de soutien à l'état normal. Alors même qu'il y a plus que de la mobilité, mais de l'ectopie rénale, on expose aux malades qu'il n'existe aucune corrélation entre elle et la neurasthénie, si ce n'est l'importance exagérée qu'ils lui accordent, et que par des procédés divers ils peuvent venir à bout de cette infirmité et la rendre supportable.

Les indications spéciales commencent avec les troubles fonctionnels : troubles de la sécrétion et troubles de la miction. Au malade qui urine trop parce qu'il boit trop, on impose une réglementation plus sévère des boissons, et dans le cas où il ne serait pas assez rai-

sonnable pour se restreindre lui-même, on lui conseille de se soumettre à une discipline et à une autorité supérieure dans un établissement spécial. Chez d'autres, au contraire, la quantité d'urine excrétée est insuffisante, parce que, par crainte de dilater leur estomac, ils ont trop réduit le nombre et la quantité des boissons; c'est par une rééducation méthodique qu'on les ramène au taux normal.

En voici encore d'autres qui, à la suite d'une émotion, sont pris de besoins fréquents d'uriner. L'envie est quelquefois pénible et angoissante, ils ont sans cesse leur vessie ou leurs mictions dans la tête; ou bien la *pollakiurie* provient de ce qu'un jour ils ont été frappés par la faiblesse de leur jet, ou par l'écoulement de quelques gouttes d'urine dans leur pantalon; à partir de ce moment, ils ne pensent plus qu'à uriner pour s'examiner de nouveau. Lorsque la miction est terminée, ils poussent encore parce qu'ils croient ne pas avoir vidé complètement la vessie et il se produit des spames douloureux et pénibles.

Il suffit quelquefois d'une conversation pour remettre tout en place; mais souvent aussi les malades ne cèdent qu'à des injonctions répétées et il est nécessaire qu'ils soient surveillés et assistés, que le nombre des mictions soit réglementé. Dans les intervalles, la fixation de l'attention par l'occupation et la distraction amènera une heureuse diversion. En résumé, il faut combiner la persuasion, la distraction, la rééducation.

Il est entendu que si l'examen révèle une lésion de l'appareil urinaire, le traitement local s'impose immédiatement et dans plus d'un cas il a été suivi d'un succès définitif.

Ce qui est vrai pour les troubles fonctionnels (*faux prostatiques, faux urinaires*) l'est également pour les *algies* vésicales, urétrales, périnéales, qui s'associent à eux ou existent indépendamment et qui sont dues, elles aussi, à une fixation excessive de l'attention sur les organes en question. Les mêmes procédés thérapeutiques s'appliquent aux troubles urinaires chez la femme, qui se plaint plus souvent d'incontinence que de rétention.

4°. — Neurasthénie génitale.

C'est un des points les plus délicats de la psychothérapie des neurasthéniques.

L'interrogatoire n'est pas toujours très aisé; les actes de la vie génitale sont de ceux que les malades aiment le moins divulguer, et dans certaines circonstances donner des conseils est chose assez délicate.

Chez l'homme. — Comme je l'ai déjà expliqué plus haut, les troubles du coït sont presque toujours occasionnés par la substitution du conscient à l'automatisme physiologique, c'est par conséquent par distraction qu'il faut agir. Il est exceptionnel que dans un seul entretien avec le malade on puisse décrocher l'idée ou l'image inhibitrice qui met obstacle au coït ou le rend imparfait, soit en empêchant l'érection, soit en précipitant ou en supprimant l'éjaculation, soit même en créant une impuissance complète.

Il y a des malades qui attendent avec impatience ou recherchent l'occasion de nouveaux essais dans l'espoir de résultats meilleurs. Rien n'est plus funeste que pareille manœuvre.

Lorsque l'impuissance est accidentelle, la conduite à tenir varie suivant les circonstances. La première recommandation est de supprimer momentanément toute tentative, parce que la récidive des échecs exerce une influence des plus déprimantes. Il faut éloigner le malade de toute provocation sexuelle et le distraire dans une autre sphère que la sphère génitale, et cela pendant un délai assez long, de plusieurs semaines à un mois et même davantage ; on profite de cette période d'abstinence pour réconforter le malade, combattre ses idées et on l'entraîne ainsi peu à peu à un assaut, auquel il se présentera en meilleure forme.

Dejerine et Gauckler distinguent plusieurs cas. Le sujet est-il célibataire et mariable ? ils conseillent le mariage hâtif, « où l'ignorance de la partenaire deviendra le meilleur moyen de sécurité » ; pour cette raison ils déconseillent le mariage avec une veuve. Le sujet est-il marié et le déficit conjugal? Après une période d'abstinence plus ou moins longue, on essaie de réaliser un coït par surprise, inattendu, de manière à éviter toute appréhension antérieure et toutes les circonstances extérieures capables de rappeler l'idée émotive devront être modifiées. « Un coït qui, par exemple, ne peut s'amorcer ou ne peut aboutir dans la chambre conjugale à la lumière, pourra réussir s'il est tenté dans l'obscurité, dans une autre pièce ou dans un autre appartement. » On peut encore avoir recours à la partenaire pour supprimer la plupart des causes. « Un résultat favorable une fois obtenu, la guérison peut être considérée comme définitive. » — S'agit-il enfin d'un célibataire ou d'un homme marié qui trompe sa femme, mais la partenaire n'est pas présentable ? Les mêmes auteurs recommandent divers moyens : convaincre le malade de la réalité de la conception que l'impuissance peut être une preuve d'amour ; ou bien lui conseiller de changer de conjointe, « conseil d'une moralité discutable, mais qu'impose parfois la situation ».

L'impuissance partielle est-elle l'aboutissant de pratiques malthu-

siennes, « il faudra saper fortement les convictions théoriques du malade ». Les éjaculations trop rapides pourront être combattues par des coïts à reprise.

Aux chastes qui, obsédés, phobiques, se préoccupent sans cesse de pollutions nocturnes, le mariage est le meilleur remède lorsqu'ils sont en âge de l'affronter; il faut les instruire des besoins de la nature, ou bien lever les scrupules que leur fournissent les obsessions voluptueuses et les pertes séminales, en leur persuadant qu'ils n'en sont pas maîtres et par cela même nullement responsables.

Je passe sous silence tous ceux dont la frigidité ou l'impuissance est due à une anomalie de l'instinct sexuel; celle-ci amène parfois une dépression neurasthénique, mais elle n'est pas accessible à la thérapeutique psychique, et le plus sage conseil que l'on puisse donner à de tels malades, c'est de ne pas se lancer dans une épreuve qui ne se passerait pas à leur honneur. Ils doivent avant tout être dissuadés du mariage.

Il y a encore la catégorie des psychasthéniques qui, pendant leur crise, ont des érections nocturnes douloureuses, presque angoissantes, ou des pollutions qui se reproduisent toutes les nuits. Ils en souffrent physiquement et moralement, et il semble que l'appréhension du phénomène contribue à la faire revenir; ils redoutent d'ailleurs le coït qui est toujours suivi d'un sentiment de dépression physique et psychique extrêmement accentuée. Ces états sont ordinairement très rebelles à toute espèce de thérapeutique; la distraction, l'occupation, le travail, le repos, rien n'y fait. C'est quelquefois en leur démontrant que la peur de la chose entretient le retour des accidents qu'on obtient le meilleur résultat ; ce sont du reste plus que des neurasthéniques, ce sont déjà de grands phobiques génitaux chez lesquels la peur des pollutions nocturnes s'associe souvent à des scrupules sur des excès antérieurs, et dans leur esprit celles-là ne seraient que la conséquence éloignée de ceux-ci.

Chez la femme. — Les indications spéciales résultent de la connaissance des causes de la neurasthénie génitale, telles que le vaginisme, la frigidité, quelques désordres gynécologiques. Le médecin doit avant tout faire un traitement pathogénétique, c'est donc aux causes mêmes de ces états qu'il faut tout d'abord s'adresser. Le vaginisme est lié soit à une appréhension injustifiée de l'acte sexuel, ou de la maternité, soit à la brutalité du conjoint, soit encore au coït incomplètement exécuté dans le but d'éviter la fécondation. Les conseils à donner se déduisent suffisamment de ces connaissances, pour qu'il soit utile d'insister davantage. Dejerine s'est bien trouvé dans quelques cas de pratiquer une rééducation objective ; la malade

pratique elle-même la dilatation du vagin en introduisant dans les voies génitales des bougies ou des sondes de dimensions croissantes.

La frigidité génitale reconnaît souvent les mêmes causes que le vaginisme : scrupules religieux, phobies, coït incomplet, défloraison trop brutale ; elle est justiciable des mêmes indications psychothérapiques. Mais il faut se rappeler aussi qu'il y a des femmes qui n'éprouvent pas de sensations voluptueuses par le coït, et qui, sans cesse en quête de jouissances, ne réussissent pas à obtenir la satisfaction tant désirée. Lorsque la frigidité ne dépend que d'une partie mal engagée, on peut toujours arranger les choses en prévenant et en doctrinant les partenaires.

A côté des malades dont la neurasthénie est occasionnée par des accidents génitaux, eux-mêmes d'origine psychique ou émotive, il y en a dont la neurasthénie, toute différente par son origine, s'oriente un jour ou l'autre vers la sphère génitale. Elles y sont amenées par des examens, des soins médicaux trop souvent répétés ; quelquefois aussi par des conversations d'amies qui leur fournissent une interprétation qu'elles acceptent et grossissent par la suite. La suppression de toute médication locale (injections, applications de tampons, introduction de sonde, voire même le massage abdominal) devient la première précaution à prendre, et a pour but de supprimer tout ce qui peut entretenir ou renforcer l'idée de l'affection génitale. La psychothérapie fait le reste.

Quant aux malades qui deviennent neurasthéniques à l'occasion d'une affection des organes génitaux (blennorragie, maladie aiguë ou chronique des annexes, métrite), ou même d'une intervention chirurgicale, elles seront soumises à peu près aux mêmes règles thérapeutiques ; les soins locaux seront réduits au strict nécessaire et surtout ils ne seront pas prolongés au delà de la guérison.

C'est au médecin de faire la part, dans leur impotence ou leurs sensations douloureuses, de ce qui appartient à la maladie locale et à la neurasthénie ; le point délicat est précisément d'apprécier dans de justes proportions le rôle de l'une et de l'autre, et de réduire dans l'esprit de la malade la maladie locale à son minimum de représentation. Parmi ces vraies utérines, qui a un moment donné deviennent de fausses utérines, celles qui prennent indéfiniment l'habitude du lit (clinomanes) et ne comprennent la vie autrement que couchées ou étendues sur une chaise longue, seront entraînées par une rééducation méthodique à la station debout et à la marche. Suivant l'intensité de la manie, l'ambiance ou même d'autres circonstances, cette rééducation motrice sera tentée à domicile ou au contraire dans une maison de santé.

La répugnance que certaines femmes éprouvent pour les rapprochements sexuels n'est que trop souvent la cause de discorde et de neurasthénie conjugale. En faisant appel à leurs sentiments de devoir, en leur expliquant ce que leurs refus ont d'illogique et d'antiphysiologique, le médecin est à même de resserrer une union momentanément compromise. L'ignorance des satisfactions physiques n'est pas toujours l'indice d'un manque d'estime et d'affection.

Les algies utérines, de même que beaucoup d'algies des neurasthéniques, sont très rebelles à toute thérapeutique; elles coexistent ordinairement avec des états d'angoisse ou d'anxiété très accusés, et c'est généralement ce fond d'émotivité qui est cause de leur ténacité; vis-à-vis d'elles on pourra agir par distraction, par entraînement, lorsqu'elles exercent une action inhibitrice sur les actes de la vie, mais avant tout il faut faire appel à l'énergie, à la volonté, au désir de se dominer. Pour aider ces malades, on les confie à une personne intelligente et dévouée, capable de les distraire et de détourner continuellement leur attention de leurs obsessions douloureuses.

5°. — Localisations respiratoires et cardio-vasculaires.

La marche générale à suivre en présence de telles localisations ne diffère guère de celle qui convient dans les autres manifestations. S'il est vrai que l'émotion a contribué à les engendrer, il n'est pas moins incontestable que dans très grand nombre de cas les suggestions médicales ou l'autosuggestion sont intervenues à des titres divers pour les entretenir, les accroître, ou même les faire réapparaître. Ici encore l'émotion provoque la suggestion, et celle-ci à son tour est capable de raviver l'émotion avec toutes les réactions qui en dépendent. Par les émotions douces qu'elle procure et par la contre-suggestion qu'elle produit, la persuasion est encore ici le meilleur procédé thérapeutique.

Les troubles respiratoires seront en outre utilement combattus par les méthodes de rééducation, par la gymnastique respiratoire, etc. — Les faux cardiopathes seront également habitués à ne plus examiner leur pouls et compter leurs pulsations. C'est du reste une règle générale que les malades soient surveillés, et qu'on les entraîne à supprimer les examens et les observations, auxquels ils ne se livrent que trop souvent.

Sous prétexte qu'une part très importante, sinon la principale, revient à la psychothérapie dans le traitement de la neurasthénie, il serait excessif de s'abstenir systématiquement de l'usage des agents

physiques ou médicamenteux. Il y en a parmi eux dont on ne peut se passer : ce sont le repos au lit, la suralimentation. L'électricité a été souvent employée sous diverses formes : électricité statique, courants galvaniques; dans plus d'un cas les succès enregistrés sont dus davantage à la distraction momentanée qu'elle procure, ou à la suggestion médicale dont elle est renforcée qu'à l'influence immédiate du fluide.

La plupart des neurasthéniques réclament avec insistance soit des médicaments, soit un traitement spécial contre tel ou tel symptôme : la céphalée, la rachialgie, les douleurs et par-dessus tout l'insomnie. J'ai déjà rappelé, à plusieurs reprises, les fâcheuses conséquences que peut avoir l'abus des médicaments; il justifie les appréhensions du malade et crée chez quelques-uns une véritable toxicomanie; il ajoute enfin au cortège de la neurasthénie tous les troubles qui proviennent directement de l'intoxication médicamenteuse.

Il faut donc réduire leur usage au strict nécessaire, d'autant plus que la plupart de ces malades sont réfractaires à l'action des médicaments, et la liste interminable des préparations pharmaceutiques qu'ils ont épuisée en est la meilleure preuve, à tel point que le médecin lui-même est embarrassé pour prescrire un remède qu'ils n'ont pas encore essayé. Il est en outre utile de s'assurer que les malades, traités par la psychothérapie et l'isolement, n'ont à leur disposition d'autres médicaments, que ceux qui lui ont été ordonnés par le médecin traitant.

En cas d'insomnie rebelle, l'influence calmante des bains tièdes ou chauds pris avant le dîner ou même plus tard dans la soirée peut être mise à profit. Un cachet d'un hypnagogue tel que le trional ou le véronal, donné de temps en temps, peut avoir quelque efficacité, et le sommeil ainsi obtenu n'est pas sans exercer une action réconfortante sur le moral du malade. De même, on se trouvera bien, dans quelques cas particuliers, de prescrire un régime approprié ou même un remède spécialement indiqué.

Le vertige atteint chez quelques malades une telle acuité qu'ils deviennent facilement basophobiques : on leur rendra les plus grands services en les rééduquant progressivement, en les entraînant à la marche et à des exercices variés, d'abord chez eux, puis dans la rue, jusqu'à ce qu'ils aient repris leur complète assurance.

En somme, il faut être éclectique, et quelque méthode que l'on suive, ou de quelque principe que l'on s'inspire, il est sage d'éviter les systématisations à outrance. Il serait tout aussi ridicule de ne jamais formuler de parti pris que de droguer à tort et à travers.

DEUXIÈME SECTION

MALADIES MENTALES

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES

1°. — Rôle du médecin.

La psychothérapie ne saurait avoir les mêmes visées dans le traitement des maladies mentales que dans celui des psychonévroses. Elle n'exerce sur elles aucune action curative ; tout au plus peut-elle prétendre à une action palliative ; elle est avant tout directrice, protectrice, à la rigueur même rééducatrice, mais alors dans des limites assez étroites et dans un nombre de cas très restreint. De quelque maladie qu'il s'agisse, ce n'est jamais quand elle bat son plein que la psychothérapie peut utilement intervenir ; ce n'est qu'à son déclin, quand la maladie elle-même évolue naturellement vers la guérison, que l'assistance psychique du médecin et de l'entourage peut être profitable : à vrai dire, elle est encore plus auxiliatrice que rééducatrice. On pourrait affirmer, sans crainte de se tromper, que celui qui se vante d'avoir guéri une maladie mentale par la psychothérapie a certainement commis une erreur de diagnostic.

Peut-on s'en étonner, quand on jette un coup d'œil rapide sur les maladies mentales ou les grands syndromes mentaux. Les unes, telles que la paralysie générale ou la démence précoce, sont dues à des lésions du cortex jusqu'ici irréparables ; d'autres sont héréditaires, constitutionnelles, dégénératives, et bien que le substratum anatomique en soit encore ignoré, personne ne mettrait en doute des malformations congénitales ou d'ordre évolutif, contre lesquelles la psychothérapie serait tout aussi impuissante que contre les

stigmates physiques des mêmes affections ou les dégénérations viscérales, quelles qu'elles soient. Dans le vaste domaine des maladies mentales on trouve encore des affections qui ont une évolution périodique ou cyclique, inaccessible à toute intervention psychique, des syndromes d'origine toxique ou infectieuse, qui ne sont pas plus justiciables de la psychothérapie que les autres localisations splanchniques des mêmes toxi-infections.

La psychothérapie proprement dite ou la psychothérapie curative ne peut absolument rien, ce qui ne signifie pas que le malade soit absolument réfractaire à toute influence psychique, et que celle-ci ne puisse indirectement exercer une répercussion salutaire sur l'état du malade et sur l'évolution de la maladie. Comment et pourquoi ? Voilà ce qu'il est important de préciser.

Parmi les maladies mentales, il y en a un certain nombre, dans lesquelles les facultés ne sont pas toutes atteintes au même degré, quelques-unes même peuvent être complètement respectées, de sorte que le malade n'est pas totalement isolé du monde. Il reste plus ou moins en contact avec lui, susceptible de subir dans une certaine mesure le contre-coup des circonstances extérieures et des actes de son entourage. Il est donc partiellement influençable. D'autres malades ne délirent que sur certains points, mais sur la plupart ils raisonnent fort juste et, sortis de leurs idées délirantes, ils sont encore doués d'une certaine malléabilité, que l'on peut adroitement exploiter pour les diriger et régler leur existence ; et même, en ce qui concerne leur délire, il y a quelquefois manière de les écouter et de les prendre ; il faut savoir au besoin y entrer, et les satisfaire de ce côté pour obtenir quelque chose d'un autre. Il ne faut pas oublier que les cas purs sont plutôt exceptionnels : on a très souvent affaire à des complexes dans lesquels l'autosuggestion a une bonne part ; il y a un assez grand nombre de malades qui sont doués naturellement d'une suggestibilité notable, et il y a beaucoup de maladies qui contribuent à développer ou entretenir la suggestibilité. Enfin, du fait de la maladie ou d'aptitudes constitutionnelles, les malades ont, vis-à-vis de l'extérieur, gens ou événements, des réactions psychiques qui expliquent les variabilités de leur état, quand on les transporte d'un milieu dans un autre. La connaissance de cette réflectivité, souvent très individuelle pour la même affection, est d'une importance capitale, et doit toujours être acquise, avant de soumettre le malade à un régime définitif.

Dans toutes ces affections, il peut donc exister, à côté des symptômes propres à la maladie, des symptômes qui n'en dépendent qu'indirectement et qui sont le résultat de l'autosuggestion, ou des

symptômes qui sont démesurément grossis du fait de la suggestibilité exagérée du sujet. Ceux-là sont accessibles à la thérapeutique suggestive ou persuasive, et peuvent s'atténuer ou céder sous leur influence, mais a-t-on le droit de crier à la guérison après leur disparition? A-t-on modifié en quoi que ce soit le fond mental du malade et les phénomènes qui en dérivent directement? Évidemment non. C'est le fond qui manque le moins. C'est pour ne pas avoir fait cette distinction que certains auteurs ont publié des cas de guérison, qui ne concerne pas la maladie elle-même, mais des états surajoutés.

Parmi les procédés habituels de psychothérapie, la suggestion impérieuse et l'hypnotisme ne sont donc pas à préconiser dans ce genre de maladies, du moins en ce qui concerne le traitement de la maladie elle-même ; l'une et l'autre ne pourraient tout au plus être mises en œuvre que dans les cas complexes, auxquels je faisais allusion plus haut, et encore serait-il préférable de faire appel à la persuasion ou à l'affirmation, qui, dans la très grande majorité des cas, est autrement plus efficace.

La psychothérapie des aliénés comprend avant tout l'ensemble des moyens psychiques destinés à assurer leur protection. Ils doivent être souvent protégés vis-à-vis d'eux-mêmes ou vis-à-vis des autres, et c'est dans ce sens que doivent être dirigés tous les efforts du médecin.

2°. — Rôle de l'infirmier.

La vie de l'aliéné, que ce soit à son domicile ou à l'asile, doit être réglementée. Le malade oppose souvent à la discipline qu'on lui prescrit soit une inertie absolue, soit une résistance tenace, et pour en venir à bout ce n'est, comme je le rappelais plus haut, ni à l'hypnotisme, ni à la suggestion impérieuse qu'il faut avoir recours, mais plutôt à la persuasion, c'est-à-dire à l'insistance douce et patiente qui ne se lasse et ne se décourage jamais : ce qui n'exclut pas l'autorité.

La persuasion ne modifie en rien les idées fondamentales du délire, mais elle peut momentanément vaincre les penchants du malade et mettre ses actes en contradiction avec eux : il y a là une question de savoir faire que possèdent à des degrés divers les infirmiers qui sont chargés d'assurer les soins des malades, et quelques-uns réussissent là où beaucoup d'autres ont échoué.

En outre, si on ne peut espérer modifier les idées du malade ou l'orientation de son délire, certaines règles sont indispensables à observer; il y a des mesures spéciales à prendre vis-à-vis

d'eux, il y a des écueils à éviter. Le principal est de mettre en jeu une réflectivité psychique spéciale, qui ne se traduit que trop souvent par des actes, de surexciter les malades en les brusquant ou en les contrecarrant trop vivement. Il ne faut jamais défier les fous de faire leurs folies ; il ne faut jamais les provoquer par maladresse.

Les infirmiers, ainsi que les surveillants et les médecins, doivent avoir une attitude correcte vis-à-vis de leurs malades, et adopter toujours la même ligne de conduite sur leurs idées délirantes. La logique, le raisonnement restent sans action et n'ont souvent comme résultat que d'augmenter la richesse de leur argumentation : l'ironie et la plaisanterie les surexcitent ; leurs convictions sont tellement profondes qu'ils ne peuvent admettre qu'ils se trompent et qu'on ne les croit pas sur parole. Le mélancolique qui se croit coupable de crimes épouvantables est aussi digne de commisération que si, les ayant réellement commis, il était pris ensuite d'un remords sincère. On peut lui répondre qu'il est dans l'erreur, lui affirmer sans provocation qu'il se trompe, et essayer par quelques affirmations bienveillantes de le rassurer sur son avenir. Si on ne peut rien sur les idées des malades, on peut au moins en prévenir les conséquences : sans avoir la prétention de déraciner les idées de suicide, les conseils qu'on leur prodigue ont pour effet de les atténuer ou d'en retarder l'exécution.

Les idées du mégalomane, du persécuté, sont tout aussi respectables : les illusions du premier sont intangibles, il suffit de l'observer et de l'entendre sans le contredire ; vis-a-vis du second l'attitude est plus délicate : faire semblant de le croire c'est le surexciter ; avoir l'air de nier, c'est se rendre suspect, perdre de l'autorité, devenir même l'objet de leur persécution : la neutralité est encore ici la meilleure attitude.

Tous ceux qui entrent en contact avec l'aliéné doivent faire le sacrifice de leur amour-propre, de leur susceptibilité : toute réaction de notre part provoquerait de la sienne une réaction plus forte et plus dangereuse.

Les insultes, les calomnies, les récriminations seront donc écoutées avec sang-froid, presque indifféremment, toujours avec indulgence. Devant les menaces, ni peur, ni défi ; devant les coups, de la résignation, sauf à parer ceux qui seraient réellement dangereux : ce sont les premiers principes que doit connaître et accepter tout infirmier qui est appelé à soigner des fous.

La règlementation de la vie, de la surveillance, de l'internement des aliénés, est basée sur l'ensemble des données fournies par l'obser-

vation clinique, la psychologie, la sociologie, etc... Elle rentre donc dans une certaine mesure dans la psychothérapie et on ne peut la passer sous silence ; sans s'y appesantir toutefois, car malheureusement, dans la plus grande majorité des cas, elle a plus en vue l'assistance des malades que leur traitement à proprement parler.

L'infirmier ou la garde-malade qui joue déjà un rôle si important dans la thérapeutique des maladies nerveuses ou des psychonévroses, est appelé à jouer ici un rôle presque capital. Le névropathe est encore en mesure de se défendre et de se faire respecter ; il est libre et il peut disposer de sa personne à sa guise ; il accepte ou il demande même l'assistance étrangère, il ne la subit pas. En un mot il est maître de lui ; l'aliéné est l'esclave d'autrui ; il est surveillé, il est dirigé, il est commandé, et à tout instant, il doit subir la discipline qu'on lui impose, il ne peut s'en affranchir. Devant une faute commise, une mesure arbitraire, un mauvais traitement, il ne peut fuir, il peut seulement se plaindre à son surveillant et au médecin ; rien de plus. Et comme c'est un aliéné, il ne se rend pas compte de ses exigences, des irrégularités de sa conduite, de la bizarrerie de ses actes, en un mot de ses infractions à la discipline : il est irresponsable de ses écarts, ce n'est donc pas par la menace ou par la répression qu'il faut le rappeler au règlement et au respect de la discipline. Ses incartades peuvent être momentanées, exceptionnelles, mais elles se renouvellent aussi quelquefois avec une très grande fréquence ; venant d'un individu sain, elles mettraient souvent la patience à l'épreuve ; d'un être déchu, inférieur, irresponsable, elles ne doivent solliciter que l'indulgence et un redoublement de sang-froid. L'infirmier doit donc avoir des qualités morales et intellectuelles indiscutables et une endurance toujours égale. Il ne doit pas se contenter d'être un garde ; il doit être encore un collaborateur pour le médecin. Pour cela, il lui faut observer, avoir du tact, et être profondément consciencieux.

On ne saurait donc être trop attentionné et trop sévère sur le recrutement des infirmiers, qu'ils soient attachés aux soins des malades de ville ou des malades des asiles.

Si cette charge exige l'accomplissement strict de nombreux devoirs, elle doit conférer, en échange d'une besogne ingrate et souvent absorbante, un certain nombre de compensations qui me paraissent indispensables. Cette question a été bien traitée récemment par Simon dans un livre spécialement dédié au personnel des asiles, depuis les chefs d'établissement jusqu'aux gardes-malades.

Pour être admis à remplir les fonctions d'infirmier, voici les conditions exigées par le règlement des asiles de la Seine.

Tout candidat doit justifier des titres suivants :

1° Etre Français, majeur et n'avoir pas quarante ans au moment de l'admission. Les hommes devront avoir en outre satisfait aux obligations de la loi militaire ;

2° Posséder les aptitudes physiques et morales nécessaires, ne présenter aucune infirmité ou maladie apparente et cachée, et produire un certificat de visite d'un médecin de l'administration ;

3° Savoir lire, écrire et compter ;

4° Fournir un extrait de son casier judiciaire, un certificat de bonne vie et mœurs, ainsi que toutes références utiles sur les services antérieurs.

Leur admission n'est pas définitive, car avant d'être titulaires, les infirmiers doivent accomplir un stage de six mois, pendant lequel les surveillants et les chefs peuvent se rendre compte de leurs aptitudes.

De même leur instruction professionnelle est perfectionnée par un cours qu'ils suivent pendant trois ans, et dans lequel on leur enseigne des notions d'anatomie, d'hygiène et de pharmacie, qui sont généralement au-dessus de leur éducation antérieure, et cela au détriment de notions plus pratiques, qui leur seraient indispensables.

Que les infirmiers soient recrutés parmi des sujets doués d'une santé parfaite et d'une vigueur physique à toute épreuve, cela est parfait? Simon fait justement remarquer « qu'un infirmier de forte stature sera d'autant moins effrayé en présence de manifestations menaçantes, qu'il se sentira mieux en mesure d'y résister de par son état physique ; il est vraisemblable aussi, s'il a besoin d'intervenir, que pareil infirmier le fera plus facilement et partant avec plus de douceur que celui qui, trop faible, est obligé d'user de violence ; enfin un aspect vigoureux en impose à l'aliéné et peut à lui seul éviter que le malade tente des efforts jugés d'avance inutiles ». De même un abord aimable, le verbe sympathique, en un mot tout ce qui, chez un individu, peut attirer doit entrer en ligne de compte dans le choix du personnel infirmier.

A plus forte raison, devrait-on s'enquérir d'une robustesse morale équivalente. La vigueur, c'est à ce point de vue l'endurance, la patience, des sentiments d'humanité, des préceptes puisés dans une hérédité et une éducation excellentes, une certaine intelligence qui observe, devine, prévoit ; mais alors dira-t-on ce sont des sujets d'élite! Et, en effet, pour être bon infirmier de fous, pour être plus tard bon surveillant, il faut réunir toutes ces qualités supérieures qui assurent l'accomplissement du devoir à tout moment et dans toutes les circonstances, même en dehors de tout contrôle. C'est

une garantie nécessaire pour les malades et leurs familles. Ceci n'est pas d'ailleurs une critique du personnel infirmier, tel qu'on le rencontre aujourd'hui dans les asiles, où on pourrait citer de nombreux exemples de dévouement.

Le recrutement du personnel infirmier devrait donc s'inspirer avant tout de cette garantie morale ; de même les surveillants, les chefs d'établissement, les médecins eux-mêmes devraient s'informer sans cesse de ses capacités à cet égard. Le travail en commun ne doit pas avoir seulement pour but de satisfaire les chefs ; la raison d'être de l'infirmier, c'est le malade (Simon).

En revanche, un personnel aussi irréprochable est en droit d'exiger un certain nombre de compensations, non seulement en ce qui touche le salaire, le logement, mais encore la considération de la part de leurs supérieurs et des médecins. Dans l'intérêt même des malades, il est indispensable que les infirmiers jouissent de distractions, de sorties assez nombreuses et même de congés : la vie qu'ils mènent est triste, déprimante, absorbante, leur esprit a besoin de se détendre après cette contention morale et physique de tous les instants. Améliorer le sort des infirmiers dans ce sens, c'est améliorer aussi celui des malades. C'est de la psychothérapie indirecte, mais indispensable.

Ce qui est vrai pour les infirmiers d'asile, l'est tout autant pour les infirmiers qui soignent les fous à domicile, quoiqu'ils soient davantage sous la surveillance de la famille, qui est loin d'être supérieure à celle des asiles.

L'aliéné peut être soigné soit chez lui à domicile, soit dans des établissements spéciaux pour aliénés (établissements publics ou maisons privées), suivant leurs conditions sociales.

3°. — Traitement de l'aliéné à domicile.

Les familles, pour des raisons diverses d'ordre sentimental, ou peut-être plus encore à cause du discrédit que rejette l'internement sur le malade et sur elles, demandent à soigner les leurs chez eux, à leur domicile, ou bien encore, lorsque leurs moyens le leur permettent, à les installer en dehors de chez eux, dans une maison spécialement aménagée, avec un personnel infirmier sous la surveillance du médecin. Ces deux mesures ne valent guère mieux l'une que l'autre.

Dans les deux cas, la surveillance de la famille est illusoire, parce que dans la très grande majorité des cas, les médecins réclament

l'éloignement des parents et de l'entourage habituel. La seconde n'est praticable que dans un très petit nombre de cas, parce qu'elle exige des conditions de fortune qui se rencontrent rarement, surtout si la maladie doit se prolonger très longtemps, et de plus la surveillance du malade et des infirmiers (qui ne sont pas des infirmiers d'asile) est extrêmement difficile à établir. Si la présence de la famille est mauvaise pour le malade, le spectacle de l'agitation, du délire, des violences, des scènes, a d'autre part une répercussion fâcheuse sur l'entourage, qui ne peut se faire à l'idée d'y assister, sans s'en mêler : les parents ne se rendent pas compte que leurs objurgations sont vaines et que ce n'est plus à un être pensant, mais à un automate qu'ils ont à faire.

Le traitement à domicile ne doit être conseillé ou autorisé que pour les cas de faible intensité, lorsque le malade n'est pas trop agité, lorsqu'il n'est pas trop dangereux ni pour lui-même ni pour son entourage, par exemple pour les cas de mélancolie légère, pour certains cas de confusion mentale. Et même, dans ces cas, on peut isoler les malades dans des maisons libres, à la condition que les malades y consentent, lorsque l'on s'aperçoit que le contact du malade et des siens peut avoir des inconvénients.

En somme, pour la plupart des maladies mentales, le changement de milieu est rigoureusement recommandé; et il faut avant tout se conformer à cette indication. L'isolement simple dans les maisons libres sera prescrit aux malades qui ne sont ni agités, ni dangereux pour eux-mêmes ou leurs semblables, ni déments; s'ils sont adultes, ils devront être consentants ; s'ils n'ont pas atteint leur majorité, c'est leur famille qui décide.

Pour tous les autres cas : agités, maniaques, mélancoliques avec idées de suicide, délirants aigus et chroniques, confusion mentale aiguë, déments, persécutés, etc.., c'est à l'internement qu'il faut recourir.

4°. — Internement.

Je n'ai pas à rappeler ici les formalités administratives qu'exige cette mesure, qu'il s'agisse d'un placement volontaire ou d'un placement d'office.

Lorsque le placement est ordonné par l'autorité publique, le malade est presque toujours pris par contrainte ; celle-ci peut être encore nécessaire dans le cas de placement volontaire (maniaques, mélancoliques avec idée de suicide, paralytiques généraux, etc.).

Cependant il est très souvent possible, en illusionnant le malade, en partageant momentanément ses idées délirantes, de le faire entrer

à l'asile de son plein gré. Voici un paralytique général qui fait des achats inconsidérés et menace de ruiner sa famille ; il est temps de prendre des mesures à son égard : on l'emmènera à l'asile, en flattant ses penchants et en lui laissant croire qu'on l'emmène dans un magasin, où il trouvera de superbes occasions. De même pour le mégalomane; on se présente à lui comme étant chargé de le conduire à un rendez-vous, où on doit lui proposer une situation magnifique ou des honneurs, des titres, suivant l'objet de son délire. Au persécuté on fera luire l'espoir de découvrir ses ennemis imaginaires, en l'adressant à un magistrat ou à toute personne ayant qualité pour recueillir sa plainte et poursuivre l'affaire.

Le médecin est souvent chargé de cette mission délicate par les parents ; quelquefois même il se propose, lorsqu'il se croit investi d'une autorité suffisante vis-à-vis du malade ; il est en tout cas de son devoir, dans la circonstance, d'épuiser tous les procédés de douceur, avant d'avoir recours aux mesures de contrainte, qui sont toujours pénibles pour le malade et la famille.

Il y a des circonstances où on ne peut se dispenser d'intervenir et d'agir vite. On ne saurait alors s'adresser aux moyens diplomatiques, il est inutile d'essayer de faire entendre raison aux malades, de faire appel à leur intelligence et à leurs sentiments. dont ils sont presque complètemənt dénués. Si la contrainte est reconnue nécessaire, elle doit s'exercer avec un maximum de douceur, et pour cela le meilleur moyen est de n'intervenir qu'en nombre suffisant. La lutte avec le malade est réservée aux circonstances d'absolue nécessité (Simon).

Il faut s'inspirer aussi des conditions sociales de l'aliéné : celui qui vit seul ou qui est livré à la domesticité sera mieux soigné en dehors de chez lui : celui qui appartient à la classe moyenne ou pauvre, crée des embarras insurmontables à sa famille et il est formellement indiqué de l'en séparer.

Les aliénistes insistent encore sur ce que l'isolement ou l'internement soient mis en pratique dès le début de la maladie, lorsqu'il s'agit d'une maladie curable. Il est vrai, quoique un peu exagéré, de dire avec Régis que « l'expérience a prononcé d'une façon irréfutable, et qu'elle a prouvé que la folie offrait dix fois moins de chances de guérison dans le milieu de la famille que dans un établissement spécial..... Presque toujours les familles reculent devant cette solution ; elles veulent gagner du temps, avoir, pour ainsi dire, la main forcée par les progrès de l'affection ; détestable pratique qui, bien qu'ayant sa source dans un bon sentiment, fait un tort irréparable au malade et peuple chaque jour les maisons de

santé d'incurables qui eussent pu guérir s'ils avaient été isolés plutôt. »

5°. — Assistance générale des aliénés.

Le règlement intérieur de la vie des aliénés dans l'asile n'a que des rapports très éloignés avec la psychothérapie. J'ai exposé précédemment comment les infirmiers et les surveillants étaient les principaux agents de ce traitement : après cela il reste fort peu de choses à dire. Depuis que Pinel a libéré les allénés de leurs chaînes, tous les aliénistes ont suivi le grand exemple qu'il leur avait légué, et leurs efforts tendent à supprimer toutes les causes d'irritation et tous les procédés antihumanitaires que comportait la vie de l'asile.

L'abrogation de ces mesures est le complément nécessaire du perfectionnement qu'on doit apporter sans cesse au recrutement et à l'enseignement du personnel infirmier.

La restriction de l'usage des moyens de contention et de fixation est admise en principe, et de plus en plus appliquée. Le No-Restraint, c'est ainsi que l'on désigne la suppression de tous les moyens de contention et même de l'encellulement, professé d'abord en Angleterre, a été introduit en France par Morel et Magnan. La camisole de force a disparu aujourd'hui dans un grand nombre d'asiles.

De même on tend à laisser le plus de liberté possible à l'aliéné et à rapprocher l'asile des établissements hospitaliers ; l'Open-Door, qui consiste à laisser circuler librement les aliénés dans l'asile ou en dehors de l'asile, se répand aussi de plus en plus, mais naturellement elle n'est applicable qu'à une certaine catégorie de maladies.

Les colonies agricoles et l'assistance familiale sont encore deux innovations qui amélioreront le sort des aliénés ; les premières, en facilitant la vie au plein air et le travail des champs, répondent à un double but : l'activité des malades et leur santé physique.

Enfin l'assistance familiale, qu'elle soit pratiquée en commun comme dans la colonie de Gheel, ou individuellement comme la coutume en est répandue en Écosse, rend également de grands services pour les aliénés non dangereux, qui s'accommodent mieux d'un semblant de liberté et d'une société plus agréable que celle des asiles.

L'efficacité très restreinte de la psychothérapie proprement dite dans le traitement des maladies mentales me dispense de passer en revue tous les syndromes mentaux. Je dois cependant m'arrêter à quelques-uns d'entre eux, tels que les obsessions, la folie morale,

les états mélancoliques, les anorexies, etc. parce que beaucoup d'auteurs les jugent accessibles aux influences psychiques, et j'en profiterai pour rechercher pourquoi ils le sont si peu en réalité. Les tics, dont les affinités avec les maladies mentales sont si grandes, sont justiciables de méthodes de rééducation qui me paraissent devoir rentrer dans cette étude.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DES OBSESSIONS

I. — CARACTÈRES DES OBSESSIONS.

Les obsédés représentent un contingent important des malades qui viennent chercher un appui moral auprès du médecin : dans les formes les plus légères, quelques-uns sont considérés comme de simples neurasthéniques, alors qu'ils sont bel et bien de véritables obsédés. Il est donc nécessaire de rappeler les principaux caractères de l'obsession et du terrain sur lequel on les rencontre, avant d'exposer les diverses méthodes de traitement qui ont été préconisées auprès de tels malades.

Il y a obsession chaque fois qu'une pensée s'impose avec insistance à la conscience, en dehors de la volonté et même contre la volonté. Des injures, des blasphèmes ou la pensée d'un acte immonde survenant à la conscience, sans y avoir volontairement consenti, en quelque sorte malgré soi, voilà une forme de l'obsession. La crainte de tuer son enfant ou de lui faire du mal en est une autre forme. La première est dite obsession *idéative*, la deuxième obsession *phobique*. Dans les deux cas, la pensée envahit la conscience comme un parasite, par surprise au début, dans une attente anxieuse après répétition, sans consentement à la première apparition, malgré la résistance du sujet dans les apparitions ultérieures. L'obsession est inopinée, involontaire, irréfléchie, irraisonnée, irrésistible. Elle semble pénétrer la conscience de même qu'un projectile une partie quelconque de notre corps ; et cependant elle prend sa source dans les éléments mêmes dont est formé notre moi, à tel point que l'obsédé doute de l'unité de sa personnalité, qui tend de plus en plus à se dédoubler dans sa conscience. D'où la lutte dans les premiers moments, puis l'angoisse et l'anxiété, et enfin le doute à une phase plus avancée. Souvent le malade ignore s'il est responsable ou non. C'est pourquoi on n'est pas tout à fait fondé à distinguer des obsessions purement phobiques et des obsessions purement idéatives, car l'indécision et la crainte, suivant la remarque d'Ar-

naud, se retrouvent dans toutes les obsessions. L'obsession diffère de l'hallucination dont elle a les attributs de spontanéité, mais dont elle n'a pas le cachet de réalité.

Rémittentes ou intermittentes, il est plus rare que les obsessions soient régulièrement périodiques. Elles disparaissent aussi brusquement qu'elles sont apparues, sans motif appréciable, et ne laissent après elles aucune conséquence sérieuse de leur passage, si ce n'est un soulagement, un sentiment de libération d'autant plus doux, que l'esclavage s'est davantage prolongé ; quelquefois aussi, cependant, la crainte de la récidive.

Les obsessions ne se transforment jamais en d'autres maladies mentales et n'aboutissent pas à la démence ; mais quand elles coexistent avec d'autres maladies mentales, elles peuvent leur imprimer une allure particulière.

Malgré son apparence de spontanéité, l'obsession n'est pas un accident isolé, germant sur un terrain vierge de toute tare mentale ou psychique ; elle éclot sur un terrain préparé, déjà anormal, et dont les irrégularités peuvent expliquer, dans une certaine mesure, la genèse de l'obsession.

Idéative ou phobique, l'obsession proprement dite est inhibitrice ; elle empêche d'agir ; elle intervient comme un frein ; elle provoquerait même le recul. Au contraire, certaines obsessions poussent à agir, et de fait ont pour résultat un acte le plus souvent répréhensible, contraire aux principes de morale, d'éducation, aux sentiments de l'obsédé : par opposition avec l'obsession proprement dite, celle-ci est dite impulsive ou impulsion. Dans les deux cas, l'obsession possède, au fond, les mêmes caractères, malgré la différence des résultats, c'est-à-dire l'exécution de l'acte ou l'impossibilité d'agir, parce que, dans les deux cas, ce résultat est imposé ; il est involontaire, inopiné, irréfléchi. L'obsédé proprement dit voudrait pouvoir agir et il ne peut pas : l'impulsif voudrait ne pas agir et il agit malgré lui. Dans les deux cas, la volonté est en défaut, par manque d'impulsion dans le premier cas par manque de frénation dans le second. L'opposition entre les deux est même moins marquée dans le fond : car la tendance irrésistible ou l'impulsion est aussi un caractère de la maladie du doute.

La division, qu'on a établie dans les obsessions, est plus artificielle que réelle, d'autant plus que l'obsession peut succéder à la phobie, et inversement la phobie à l'obsession. C'est ainsi que Régis range dans les obsessions idéatives celles qui ont trait à la santé, l'existence, la vie future, les mots, les chiffres ; celles relatives à la peur de faire mal à tous les points de vue, moral, religieux, social, professionnel ;

celles relatives à la peur d'un événement, d'un objet, d'un animal; celles relatives à un penchant ou à un sentiment quelconque (jalousie, amour, religion).

I. — FORMES DE L'OBSESSION.

1°. — Obsessions idéatives.

De toutes les obsessions, la mieux connue est *la folie du doute avec délire du toucher*; c'est ainsi qu'elle a été baptisée par Legrand du Saulle, mais la folie du doute avait été décrite auparavant par Falret, et Esquirol avait déjà insisté sur la crainte des contacts ou le délire du toucher.

En fait, dans la plupart des observations, la crainte des contacts coexiste avec le doute et l'anxiété, mais cette association n'est nullement obligatoire, du moins au même moment; les deux états peuvent se succéder ou survenir à des époques différentes chez le même individu.

Folie du doute. — *La folie du doute* « est un état mental caractérisé par des obsessions à forme d'interrogations incessantes, par un besoin anxieux de vérifications répétées et par la conscience qu'a le malade de l'absurdité de son état. Ces obsessions procèdent par accès intermittents ». Les malades éprouvent le besoin de revenir sans cesse sur les mêmes idées ou les mêmes actes, de répéter les mêmes mots ou les mêmes phrases, sans être jamais satisfaits.

L'objet des idées et des actes est variable et peut être rangé en trois catégories (Arnaud). Tels malades se posent des questions insolubles sur la nature, sur ses origines, la divinité, l'essence même des choses : *c'est le doute métaphysique*. D'autres se préoccupent de leurs devoirs religieux ou moraux, et sont poursuivis par l'idée de les avoir mal accomplis, la crainte de les remplir mal ou insuffisamment : ce sont les *scrupuleux*. Enfin, dans un troisième groupe se rangent les obsessions qui se rapportent à des objets plus ordinaires et plus accessibles à une vérification.

Les exemples de ce dernier groupe ne manquent pas. Tel individu remonte chez lui plusieurs fois pour s'assurer si sa porte est bien fermée; tel autre, après avoir écrit une lettre et l'avoir cachetée, en déchire l'enveloppe, puis la relit, la cachette de nouveau, déchire encore l'enveloppe et cela plusieurs fois de suite, dans le doute d'avoir fait une omission ou une faute d'orthographe. Le médecin douteur relira plusieurs fois son ordonnance dans la crainte d'une rédaction incomplète ou d'une faute de posologie. Il y a des indi-

vidus, qui se palpent sans cesse pour s'assurer qu'ils n'ont rien oublié, que leurs vêtements sont bien en place. D'autres ont même le doute sur leur propre personne ; ils ne sont pas sûrs d'être eux-mêmes : voici, par exemple, une malade qui répète plusieurs fois : « Alors, docteur, je suis bien moi » ; puis au bout de quelques instants, comme rassemblant ses efforts pour bien saisir ma réponse : « Alors je suis moi » ; la même malade passait deux ou trois heures à faire sa toilette, recommençant sans cesse sa coiffure, le lavage de certaines parties du corps, alors que d'autres étaient négligées.

Le doute est associé à des interrogations perpétuelles ; les habitudes qu'elles font contracter aux malades mettent rapidement sur la piste le médecin et la famille. Mais il n'en est pas toujours ainsi: les questions que les malades se posent à eux-mêmes n'entraînent souvent aucune habitude motrice, si ce n'est l'immobilité, et les malades passent des heures à se poser des questions ; ils paraissent, pour celui qui les observe, plongés dans une rêverie continuelle, ce que Legrand du Saulle appelait « une rumination psychologique ». Les questions sont ordinairement sans importance, mais, comme elles restent sans réponse, ou bien comme la réponse est incomplète, en tout cas non satisfaisante, elles se prolongeraient presque indéfiniment, si les malades n'étaient rappelés à la réalité par leur entourage : ce qui n'a lieu parfois qu'au prix de scènes assez violentes.

Les malades passeraient ainsi les nuits à rêver et oublieraient même les heures de repas : c'est le cas d'une jeune fille de vingt-six ans, institutrice, qui, une fois couchée, s'assied sur son lit, pour se livrer à cette sorte de rumination psychologique qui dure parfois deux ou trois heures, et qui aurait duré encore davantage si on n'y avait mis bon ordre. Par intervalles elle marmottait et parlait à voix basse. Elle ne pouvait faire sa toilette, manger, remplir les actes les plus élémentaires de la vie, qu'à la condition qu'on fût auprès d'elle pour l'y obliger. Un tel état est naturellement incompatible avec la vie normale : en outre, avec le temps se développe l'anxiété ; surviennent des réactions violentes ou des colères contre les exhortations de la famille : quelquefois aussi l'anxiété va jusqu'au dégoût de la vie.

Certaines obsessions liées à des événements antérieurs donnent lieu à une réminiscence des images, qui, d'après certains auteurs, M. Seglas en particulier, peut aller jusqu'à l'hallucination. Quelquefois la physionomie des malades exprime la terreur et ils poussent des cris : s'agit-il bien d'hallucinations réelles ? Les malades ont-ils l'illusion complète de la réalité ? Régis compare ces phénomènes à

ceux d'objectivation hallucinatoire qui se produisent dans la méditation profonde, dans l'intoxication haschischique, « d'où le nom d'hallucination représentative qu'il leur a donné ». En voici un exemple : il s'agit d'une femme mariée âgée de trente-six ans, chez laquelle les obsessions se sont développées à la suite d'aventures sexuelles : elle est sans cesse obsédée par les scènes qui se sont produites, et dont elle a été l'un des principaux acteurs. Le scrupule joue évidemment un certain rôle sous la forme de l'obsession, elle est hantée par ce qu'elle a fait, et malgré cela elle ne reconnaîtrait pas ses fautes, elle s'emporterait même si on lui donnait tort. Elle parle sans cesse tout bas, la tête dans ses deux mains, puis de temps en temps, à des intervalles presque irrégulièrement espacés, elle exige qu'on lui dise que ce qu'elle a fait n'a pas d'importance, que cela n'est rien ; en même temps elle fait un mouvement de tête, comme pour se débarrasser de son obsession, sa physionomie exprime l'impatience et le dégoût comme si elle revivait les événements passés. Elle prononce quelques mots inintelligibles, une formule quelconque pour conjurer l'obsession. Chez elle, c'est plutôt un état de mal obsédant que l'obsession : en outre, son cas s'aggrave d'anomalies du caractère (ici orgueil, vanité, domination) qui ont toujours une certaine répercussion sur la forme et la teinte des obsessions.

Ces malades, terriblement fatigués par leurs obsessions, sont également très fatigants pour leur entourage : non satisfaits de leurs propres moyens de défense, ils ont sans cesse recours à la personne qui leur tient compagnie et qui devient un véritable souffre-douleur, tant ils lui infligent le supplice de la question (J. Falret). Ces malades exigent moins de raisonnements que d'affirmations, et la preuve en est qu'ils se contentent de formules toutes faites, invariables, alors même qu'ils n'ont pas révélé l'objet de leur obsession.

Délire du toucher. — En même temps que la folie du doute, ou à une période quelconque de son évolution, apparaît la crainte du contact des objets extérieurs ou le délire du toucher (Legrand du Saulle).

Chez la malade précédente, la crainte du contact se développa après les obsessions de doute, préparée par le besoin d'affirmations étrangères, qui en serait un signe avant-coureur, comme l'avait déjà indiqué Legrand du Saulle. Elle évita d'abord le contact de certaines parties du corps, des objets de toilette, des water-closets ; d'où la négligence des soins de propreté, d'autant plus surprenante chez une femme ordinairement raffinée : elle ne touchait la plupart des objets qu'avec répugnance et se lavait les mains plusieurs fois par jour.

Chez beaucoup de malades, la crainte des contacts est élective ; ce ne sont pas indifféremment tous les objets qui la mettent en éveil ; elle porte de préférence sur les épingles, les couteaux, les ciseaux, les boutons de porte, les animaux, les corps mous, gluants, certains animaux, etc.

La crainte du contact peut être motivée par la peur de la saleté, de la maladie, de la contagion, des microbes, alors elle devient universelle, et elle s'applique à toutes les personnes et à tous les objets ; mais elle est secondaire ; souvent aussi elle est primitive et les malades ont la peur du contact, sans savoir pourquoi. Comment expliquer cette peur des crayons, des plumes, de tout ce qui est imprimé, signalée par Arnaud.

La maladie atteint, dans certains cas, un degré de raffinement exceptionnel. Il y a des malades qui ne peuvent tolérer qu'on touche leurs mains, leurs vêtements, leurs objets de toilette : ils se condamnent à faire eux-mêmes leurs chaussures, à brosser leurs vêtements ; pour s'assurer que personne n'y a touché, ils les rangent d'une certaine manière, suivant une disposition invariable. Avant de se coucher, ils plient leurs vêtements dans le même ordre et les posent sur la même chaise, placée elle-même à une distance de leur lit, presque mathématiquement calculée. Ils ne consentent pas à ce qu'on ouvre leur porte et ils veulent l'ouvrir eux-mêmes. Le médecin n'est autorisé à les examiner qu'avec une serviette préparée par eux ; il ne peut toucher leurs draps, leur chemise. A la rigueur, ils consentent à lui donner la main, mais d'une certaine manière, et à la condition de se laver immédiatement après. S'ils sortent, ce n'est qu'avec des gants, afin d'éviter le contact de toutes les souillures du dehors ; pour les mêmes raisons ils évitent la foule. Il y a des malades encore plus exigeants, dont les familles doivent s'astreindre aux mêmes habitudes sous peine d'essuyer des reproches, des colères ou même des violences.

L'obsession crée des mauvaises habitudes chez la malade et des réactions dangereuses pour l'entourage. Je cite au hasard une jeune provinciale d'une vingtaine d'années, qui fait des scènes à sa mère, chaque fois que celle-ci vient à Paris ou ailleurs, dans la crainte que les objets qu'elle rapporte ne soient des sources de contamination et de maladie.

Les malades se lavent les mains plusieurs fois par jour, puis plusieurs fois par heure, enfin presque incessamment. Ils restent, malgré cela, *incertains* de s'être convenablement lavés : ces lavages répétés démontrent une fois de plus la part de doute ou d'incertitude qui entre dans le délire du toucher.

Les *scrupuleux* ne diffèrent des malades précédents que par l'objet de leur doute : c'est le plus souvent sur la confession ou sur la communion que porte leur incertitude : elle est mauvaise, insuffisante, incomplète ; ils se sont mal expliqués. Ce sont des assidus des confessionnaux, des clients sérieux des directeurs de conscience. L'incertitude atteint un tel degré chez quelques-uns, qu'ils n'osent affronter la confession ou la communion, ni même prier, dans la crainte de commettre un sacrilège. Chez eux, les obsessions se manifestent souvent sous forme d'idées de contraste : au milieu de leurs prières ou des offices, au moment de la communion, ils sont assiégés par des blasphèmes, des idées impures, dont ils ne peuvent se défendre. Quelques malades vont même jusqu'à l'interprétation délirante et aux idées de possession démoniaque.

2°. — Phobies.

On réserve ce nom aux obsessions qui sont essentiellement ou d'emblée constituées par la crainte. Elles s'accompagnent toujours d'une anxiété plus ou moins vive.

L'anxiété peut exister, à l'état isolé, et la phobie est caractérisée par un sentiment d'attente ou de préoccupation anxieuse, sans spécialisation intellectuelle. Elle est diffuse, elle survient à propos de tout, et passe sans raison d'un sujet à un autre ; elle peut s'appliquer à tout, d'où le nom de *panophobie*. Ce qui domine c'est l'anxiété doublée d'angoisse (*névrose d'angoisse*) : l'idée qui s'y accole n'est que fugitive ou occasionnelle.

Le plus souvent l'anxiété est intimement liée à un objet et ne se manifeste qu'à son propos ; c'est l'*obsession intellectualisée* ou *monophobie*. Celle-ci succède parfois à la phobie diffuse, dont elle n'est qu'une cristallisation. On peut, avec Régis, distinguer deux espèces de phobies : les phobies *constitutionnelles* ou les *accidentelles*.

Il y a des individus qui, au contact, plus rarement à la vue ou à la pensée d'un objet, d'un animal, d'un phénomène quelconque, sont pris d'une angoisse qui peut aller jusqu'à la syncope. On cite des personnages célèbres qui ont été la proie de pareilles angoisses. Érasme ne pouvait supporter la vue d'un plat de lentilles ; le roi Jacques II tremblait à la vue d'une épée nue. La phobie n'existe que si une excitation vient réveiller l'idée de l'objet en question. Elle ne se produit pas spontanément comme l'obsession phobique accidentelle ; d'autre part, elle a ordinairement pour objet des choses ou des animaux qui inspirent à tous ou à beaucoup une répugnance plus ou moins grande, tels les serpents, les araignées, les souris. Les individus qui sont affligés de cette infirmité ne

diffèrent pas des êtres normaux et sont même bien doués intellectuellement (mémoire, volonté, jugement). Il n'en existe pas moins une anomalie qui n'est pas aussi isolée qu'elle pourrait le paraître au premier abord, et qui coexiste avec quelques tares mentales, qu'une investigation plus sérieuse laisse découvrir.

Plus intéressantes, au point de vue de la pratique médicale, sont les *phobies accidentelles*. Elles sont angoissantes et reviennent chez quelques malades à propos d'excitations réveillant le souvenir de l'objet, cause de la phobie, mais souvent aussi elles reviennent spontanément. Elles ne diffèrent pas alors sensiblement de l'obsession proprement dite.

La reviviscence peut aller jusqu'à l'image, jusqu'à la sensation.

Suivant leur forme, Régis divise ces phobies en trois groupes : les phobies des objets, des lieux et des éléments ; les phobies des maladies (obsessions hypocondriaques), de la mort ; les phobies des êtres vivants. Je m'abstiendrai de les énumérer et de les décrire, et, parmi les plus fréquentes, je me borne à rappeler la claustrophobie et l'agoraphobie. L'*agoraphobie* ou peur des espaces est causée par une rue, un pont, un balcon, une fenêtre : le malade éprouve une sensation d'angoisse inexprimable avec sensation de palpitation, de faiblesse, tremblement des membres : il ne peut avancer, ses idées sont confuses. Il réussit, dans certains cas, à se forcer, mais surtout en ayant recours à certains subterfuges ou dans des conditions spéciales ; avec l'obligation, les phénomènes s'accentuent, pâleur, sueurs froides, éblouissements, bourdonnements d'oreilles, vertige, le tout allant jusqu'à la syncope. Avec le temps, les phénomènes s'aggravent, le découragement va jusqu'au désespoir et aux idées de destruction, dont ces malades ne sont protégés que par les défaillances de leur volonté.

Ces phobies se développent toujours sur un terrain spécial, caractérisé par une émotivité doublement morbide : elles se montrent chez des sujets qui présentent à la fois des anomalies des réflexes physiques et psychiques. Un réflexe physique, tel que la rougeur, peut devenir le point de départ de la phobie, et on se trouve en présence de l'*éreutophobie* ou crainte de la rougeur magistralement décrite par Pitres et Régis. Ce sont des timides et ils rougissent pour rien. Aussi ont-ils l'appréhension des visites, des réunions, des rencontres, de toutes les circonstances qui sont susceptibles de mettre leur timidité à l'épreuve : à un degré encore plus marqué, il y en a qui rougissent seuls sous le coup d'une émotion intérieure. La rougeur émotive ne constitue pas le fait capital de la maladie : beaucoup de gens rougissent sous le

coup de l'émotion, sans avoir jamais ni la phobie, ni l'obsession de la rougeur. Ce qui individualise la maladie, c'est précisément le fait que cette rougeur devient la base de leurs appréhensions. La phobie fait naître l'angoisse précordiale, les battements de cœur, les sentiments de faiblesse : la rougeur s'annonce ou s'accompagne à son tour de bouffées de chaleur ou de sueurs profuses. La rougeur et la phobie s'influencent réciproquement.

Ces réactions servent souvent de base à des interprétations délirantes : des sentiments d'humilité ou d'infériorité ; aussi les malades recherchent-ils la solitude ; quelques-uns vont même jusqu'au suicide. En somme, ils sont au début des anxieux, plus tard ils deviennent obsédés et l'idée de la rougeur ne les quitte plus.

II. — ÉTAT MENTAL DES OBSÉDÉS.

Les obsessions (idéatives ou phobiques) surviennent chez des prédisposés, et s'installent sur un terrain spécialement préparé.

Des opinions diamétralement opposées ont été soutenues sur leur nature. Pour les uns, l'obsession est un trouble intellectuel (Falret, Westphal) ; pour d'autres, un trouble de l'émotivité (Morel). Freud l'a appelée la névrose d'angoisse. D'autres, plus éclectiques, font une part égale à l'intelligence et à l'émotivité.

En faveur de l'origine émotive plaident leur début à la suite d'un choc émotionnel, l'émotivité spéciale de la plupart des sujets, l'association très fréquente de troubles émotionnels, exaspérés du fait de l'obsession, l'existence d'une période d'angoisse diffuse qui ne se systématise et s'intellectualise que secondairement, l'évolution des obsessions par crises, par accès. Il n'existe pas de rapport entre l'importance de l'idée obsédante et l'intensité de l'angoisse; « la recherche obsédante d'un mot, la crainte de toucher un bouton de porte ou de traverser une place publique, provoquent souvent une angoisse terrible, tandis que l'impulsion homicide ou suicide peut fort bien ne déterminer qu'une légère anxiété » (Arnaud).

Pour les partisans de l'origine intellectuelle, l'élément émotif n'est pas un élément indispensable, « il manque toujours chez certains sujets à obsessions faibles ; chez d'autres, il n'apparaît que longtemps après les premières obsessions ; dans tous les cas, il n'est jamais qu'un incident, important sans doute, mais passager » (Arnaud). En outre, l'angoisse des obsédés n'est pas l'angoisse habituelle des émotifs, c'est une anxiété intellectuelle ou mentale, qui peut résulter de la « perturbation occasionnée par la surprise de l'obsession, dans certains cas de la nature de l'idée, ou même des efforts soutenus

par le malade pour lutter contre l'idée obsédante « (Westphal).

Pour un certain nombre d'auteurs, qui se sont rattachés à la théorie émotive, l'émotion ne serait que la résultante de troubles organiques et de phénomènes neuro-vasculaires, et ainsi comprise, elle serait l'élément fondamental de l'obsession ; l'antériorité de l'émotion s'appuierait encore sur le développement plus précoce de la vie affective, par rapport à celui de la vie intellectuelle. On peut répondre à cela qu'il n'existe pas de rapport constant entre l'intensité de l'émotion et son expression organique. Pour un certain nombre de cas, la succession de l'émotion aux phénomènes organiques est tout à fait invraisemblable ; par exemple, dans le désespoir ou la syncope produite par une mauvaise nouvelle (Arnaud) ; la subordination chronologique de l'élément intellectuel, de l'élément affectif et de l'expression organique est évidente.

Le même auteur, qui a beaucoup contribué à défendre la théorie intellectuelle de l'obsession, fait encore remarquer qu'il n'existe pas un rapport constant entre la nature de l'émotion et son expression organique : l'oppression, les larmes, la rougeur peuvent être communes à la joie et à la tristesse. Il y a des obsessions, des phobies, telles les phobies du toucher, les scrupules ou les doutes métaphysiques, dans lesquels on ne peut méconnaître que le trouble intellectuel ne soit le trouble primordial. Dans l'éreutophobie « ce n'est pas la rougeur comme telle qui produit la honte, mais c'est la rougeur autant qu'elle est une infirmité, en tant qu'elle attire l'attention du public sur celui qui y est sujet ».

En présence de pareils arguments, une opinion plus éclectique s'impose; un double trouble, intellectuel et émotif, préside à la genèse de l'obsession : leurs rapports réciproques sont encore difficiles à préciser et on ne saurait subordonner l'un à l'autre. D'ailleurs ne faut-il pas, avec Arnaud, faire encore une place à un autre élément : une lésion de la volonté. Les obsédés ne sont-ils pas des hésitants, des perplexes, des abouliques; on retrouve la même incertitude dans leurs mouvements qui sont lents et hésitants, davantage dans ceux auxquels ils ne sont pas habitués que dans les plus usuels.

La diminution de l'action volontaire est encore démontrée par l'indolence, la paresse, l'irrésolution, la lenteur des actes, les retards, la faiblesse des efforts, le désordre, la maladresse, l'inachèvement, l'absence de résistance, le misonéisme, la continuation indéfinie... (Janet).

Les troubles intellectuels sont constants chez de tels malades. L'attention est toujours plus ou moins compromise; elle a de la peine

à se fixer et à se maintenir ; n'est-ce pas l'aprosexie qui est responsable, dans une très large mesure, de la répétition de certains actes, sur l'exécution desquels le contrôle cérébral peut, en temps normal, s'exercer facilement. L'individu qui remonte plusieurs fois son escalier pour s'assurer chaque fois que sa porte est bien fermée, qui l'ouvre, qui la ferme de nouveau, qui s'en va et revient encore, parce qu'il n'est pas certain que sa porte est réellement close, cet individu peut-il être considéré comme doué d'une attention normale ? à moins que ce ne soit la perception elle-même qui soit au-dessous de sa tâche. Plus vraisemblablement ce sont les deux. Les malades ont, comme le dit Janet, le doute des perceptions, l'inintelligence de la lecture et de l'audition, l'instabilité de l'attention, les troubles de la perception personnelle. Tous ces défauts, qu'il décrit comme appartenant à la psychasthénie, et qui ne sont en réalité que les stigmates de la dégénérescence, tels qu'ils ont été fixés antérieurement par les anciens auteurs, sont habituels chez ces malades.

Ils n'ont ni la notion parfaite du réel, ni celle du présent ; ils ne vivent ni où ils sont, ni à la minute présente. Le sentiment d'incomplétude qu'ils éprouvent correspond à une imperfection réelle de toutes leurs facultés, qui les empêche d'acquérir la croyance, la conviction, la certitude. Ils sont dans les mêmes conditions qu'un vérificateur qui ne serait pas sûr de ses appareils.

La distraction peut les ramener momentanément à la réalité ; incertain sur ce qui les concerne, leur jugement est plus sûr en ce qui concerne autrui. Les idées générales, abstraites, qui ont besoin de moins de précision leur sont plus familières et leur offrent moins de difficultés. Les actes les plus automatiques, qui se dispensent de leur contrôle, sont mieux exécutés que ceux qui exigent l'initiative, l'effort ou la surveillance.

Cette mentalité est-elle la cause de l'obsession, n'en est-elle pas aussi dans une certaine mesure le résultat. Il est assez légitime de supposer que les obsessions et les phobies sont capables de développer ce désarroi ; mais il l'est tout autant d'admettre qu'avant de se préciser, l'obsession a été précédée par le flottement intellectuel, de même qu'avant de se systématiser la phobie a été précédée par une anxiété vague, une incertitude émotive, une émotivité diffuse. Une influence extérieure, une excitation périphérique, une émotion peuvent fixer définitivement l'une ou l'autre et les rendre davantage conscientes ; la même incertitude qui les a fait naître s'oppose à leur expulsion.

La soudaineté, l'irrésistibilité avec laquelle s'installe l'obsession rappellent celles de la crise d'épilepsie, à tel point que plusieurs

auteurs ont voulu les identifier, et faire de la seconde un équivalent psychique de la première, mais les phénomènes qui accompagnent la crise comitiale, la perte de la conscience, du souvenir), imposent des réserves sur un tel rapprochement.

III. — ÉTIOLOGIE DES OBSESSIONS.

Les obsessions débutent le plus souvent pendant l'enfance ou l'adolescence : la puberté pour l'un et l'autre sexe est une période éminemment propre à leur éclosion. N'est-ce pas du reste à cette époque de la vie que commencent à se révéler dans leur forme définitive, le caractère, le tempérament, la constitution ; c'est par conséquent au même moment que se manifesteront, sinon dans leurs accidents, du moins dans leurs principes, les vices constitutionnels. Ce n'est pourtant pas une règle absolue et les premières obsessions peuvent avoir un début plus tardif ; au delà de trente ans, les chances d'apparition commencent à diminuer sérieusement.

L'hérédité (similaire ou non similaire) et la prédisposition sont les principales causes, et de fait dans un très grand nombre de cas il est impossible de faire intervenir d'autres facteurs étiologiques ; l'obsession paraît survenir spontanément. Dans d'autres cas, au contraire, on peut mettre en cause toutes les circonstances déprimantes, qu'il s'agisse de choc émotionnel ou physique, de maladies, d'opérations, d'un évènement quelconque sortant de l'ordinaire. Parfois plusieurs causes interviennent simultanément. L'émotivité est susceptible d'augmenter pendant les périodes de fatigue ou de convalescence. Une peur plus ou moins légitime peut à son tour devenir le signal des premières phobies. Quelques auteurs, avec Freud, font jouer dans la névrose d'angoisse (c'est le nom qu'il donne aux obsessions et aux phobies) un rôle primordial aux incidents de la vie sexuelle : l'abstinence ou la précocité ; ainsi présentée, cette opinion me paraît exagérée et peu conforme à la réalité. Encore une fois, quels que soient les incidents qui ont préparé ou précédé l'éclosion des premières obsessions, c'est le terrain qui fait tout ou à peu près tout, et il est bien rare qu'un examen consciencieux des antécédents et de la mentalité du sujet ne mette pas en lumière une ou plusieurs de ces tares, qui relèvent de la dégénérescence.

IV. — ÉVOLUTION DES OBSESSIONS.

L'obsession est donc difficilement évitable et j'aurai à étudier l'influence que peuvent avoir l'éducation et la direction de la vie,

en un mot la prophylaxie sur l'apparition ou l'évolution de la maladie. Celle-ci est variable. L'obsession procède souvent par crises, par paroxysmes, dont la durée se prolonge, suivant les cas, de plusieurs semaines à plusieurs mois ou même davantage; au cours de ces paroxysmes, il y a des alternatives d'arrêts et de retours dont le mécanisme est encore assez obscur. Elle disparaît aussi brusquement qu'elle est venue, ou bien les intervalles de répit se prolongent de plus en plus, en même temps que l'idée perd de son intensité et de son insistance.

« Quand les idées fixes diminuent, dit Janet, les malades repassent en sens inverse à travers la série des phénomènes qui se sont développés au début. Ils oublient les obsessions proprement dites, mais conservent d'abord des manies, des tics, des phobies; puis, quand ils les perdent, ils restent simplement abouliques; enfin, dans les cas les plus heureux, l'aboulie tend à disparaître au moins jusqu'à l'époque des rechutes. »

Chez d'autres malades, l'obsession est pour ainsi dire continue, harcelant sans cesse le malade, parfois même nuit et jour; c'est déjà plus que l'obsession, le malade est en état de mal obsédant. Malgré les réserves qu'impose le pronostic, celui-ci n'est pas cependant désespéré et, s'il y a des cas dans lesquels l'obsession ou le mal obsédant passe à la chronicité, il y en a aussi de longue durée, dans lesquels la guérison peut encore être escomptée.

Le pronostic s'aggrave du fait des complications mentales, qui peuvent surgir et qui ne doivent pas surprendre sur un terrain ainsi préparé par l'hérédité; on se trouve alors en présence de véritables associations, de complexes mentaux, dans lesquels il faut faire la part de ce qui revient à l'obsession et de ce qui revient aux autres syndromes; on a signalé la mélancolie anxieuse, les délires systématiques, les délires de persécution, la confusion mentale. Régis a observé plusieurs cas de démence précoce précédée, pendant plus ou moins longtemps, par des obsessions phobiques et idéatives.

Plusieurs auteurs admettent la possibilité de la transformation des obsessions en mélancolie anxieuse et s'appuient sur ce fait pour démontrer que ces deux états se développent sur le même terrain, le terrain émotif. En tout cas, ce qui paraît établi, c'est que la mélancolie prend plus volontiers la forme anxieuse chez un individu antérieurement inquiet ou obsédé; d'autre part, il n'est pas rare de rencontrer des idées d'infériorité et de négation chez des dégénérés qui se rendent compte des imperfections de leurs facultés, prennent en dégoût la vie et l'humanité, se jugent incapables de faire quoique ce soit, et vont même jusqu'aux idées de suicide.

II. — PSYCHOTHÉRAPIE DES OBSESSIONS.

Ce que l'on sait de la symptomatologie, de la marche et de l'évolution des obsessions, de l'état mental des obsédés, permet d'apprécier la dose d'espoir qu'on est en droit d'avoir dans la psychothérapie, et le genre d'assistance qu'elle peut fournir aux malades.

L'obsession, phobique ou idéative, est consciente; les malades ont conservé leur intelligence, leur raison ; dans les intervalles de repos et de tranquillité ils s'occupent convenablement. Souvent ils conviennent de l'absurdité des idées qui les hantent, surtout lorsqu'ils ne sont plus sous le coup de l'idée obsédante. Ils veulent bien reconnaître, du moins au début, qu'ils sont malades; leur famille a plus de peine à se représenter qu'ils ne puissent chasser leurs idées ou s'en rendre maîtres; tout d'abord elle prend cela à la légère, ce ne sont que des idées ; plus tard elle se rend à l'opinion de l'intéressée et on se décide à consulter. Au médecin lui-même, pourvu qu'il ne soit pas encore très avisé, tout cela peut paraître fort peu de chose ; en tout cas, s'il est un état psychique qui, à première vue, surtout dans les formes légères, en impose pour une certaine malléabilité, c'est la première obsession, la première crainte, le premier scrupule. Et cependant il n'en est rien : l'idée est plus adhérente et plus tenace que le malade et la famille ne se l'étaient imaginé, et nous n'avons pas à notre disposition les instruments nécessaires pour la déraciner. D'ailleurs nous ne voyons pas très exactement où tiennent les racines.

C'est que, si l'obsession est consciente, si le malade sait que l'idée, tout en encombrant sa personnalité, ne dépend pas de lui, qu'il n'est pas consentant, il reconnaît aussi que sa conscience ne peut rien sur elle ; elle est mue par un rouage qu'il ne peut ni atteindre ni arrêter. Il en a fait l'expérience, il a lutté et il n'a pas réussi. Tous les beaux raisonnements que lui fait le médecin après la famille, il se les est déjà tenus à lui-même, et presque toujours en vain.

L'obsession, à l'égal de beaucoup d'autres troubles mentaux, est un exemple d'automatisme morbide, complètement soustrait aux influences du psychisme supérieur.

A une époque plus avancée de son évolution, lorsqu'elle est définitivement installée et s'est prolongée, l'obsession sort peu à peu de la phase médicale. Le malade s'aperçoit que ni lui, ni son entourage ni le médecin n'ont aucune influence sur elle : il ne lui accorde plus la valeur d'un état morbide et, sans l'envisager comme un état surnaturel ou sans s'accuser à l'instar du mélancolique, il se croit moins irresponsable qu'au début ; il n'est pas certain que l'obsession ne réponde pas à la réalité, ou bien il n'est pas sûr de ne pas y avoir

consenti, de ne pas avoir fait ou envie de faire ce qui est contenu dans l'obsession, il est moins sûr que l'idée ne vienne pas de lui : dans toute obsession il y a du doute et de la crainte.

A cette phase de la maladie, la confiance dans le médecin est émoussée ; l'obsession est devenue tellement encombrante qu'elle laisse fort peu de place aux autres processus psychiques, qu'ils soient commandés par le malade lui-même, ou qu'ils soient sollicités par des influences étrangères. Tout entier à ses idées, le malade entend tout au plus les conseils, en tout cas il ne les écoute pas. Dans la première phase, qu'on me passe l'expression, cela ne colle pas ; dans la deuxième, cela n'entre plus.

APPLICATION DES MÉTHODES PSYCHOTHÉRAPIQUES AU TRAITEMENT DES OBSESSIONS.

1°. — Suggestion, hypnotisme, persuasion.

Les procédés psychothérapiques qui s'attaquent directement à l'obsession sont illusoires, que ce soit la suggestion, l'hypnotisme ou la persuasion. Les malades sont ordinairement rebelles à l'hypnotisme ; et les bons résultats signalés par quelques auteurs sont faits davantage pour surprendre que pour convaincre. La suggestion impérative est tout aussi condamnable et ne peut avoir pour résultat que d'énerver et de surexciter les malades. Le raisonnement est inutile, on a vu plus haut pourquoi. Affirmer contradictoirement au malade qu'il se trompe, essayer de réfuter son erreur par un semblant de logique, ou bien encore soutenir au malade qu'il ne sera débarrassé que s'il le veut, que tout dépend de sa volonté, c'est s'exposer à ce qu'il vous réponde, et non sans raison, qu'on ne comprend rien à son état. C'est une œuvre aussi vaine « que de chercher à redresser par des procédés de raisonnement les idées délirantes des aliénés ordinaires ». Pour des motifs semblables, les malades ne seront pas encouragés à lutter contre leur idée : cette lutte, ils l'ont pratiquée sans succès et même à leur détriment.

Et cependant il y a des malades qui se trouvent bien, pendant un certain temps, de l'assistance médicale ; il y en a même qui écoutent et apprécient les conseils du médecin et qui essaient de suivre la direction qu'il veut leur donner : mais ce n'est guère que dans les cas très légers, tout au début, ou bien encore lorsque les paroxysmes s'espacent et que l'obsession évolue tout naturellement vers la guérison. C'est encore le secret de certaines cures dites miraculeuses.

Il y a toutefois un élément dont il faut tenir compte chez les

obsédés, comme chez tous les autres malades, c'est de l'autosuggestion qui peut exister à des degrés divers et expliquer pour une bonne part les prétendues guérisons obtenues soit par suggestion simple, soit par l'hypnotisme. Supposons, par exemple, qu'on se trouve en présence d'une obsession légère, développée chez un individu très suggestible, — car l'une n'exclut pas l'autre — il est évident que la suggestion et mieux encore la persuasion auront une action sur tout ce qu'a créé l'autosuggestion ; la maladie sera ramenée aux proportions exactes de l'obsession. La guérison ne porte pas sur l'élément obsession, mais sur l'élément suggestif surajouté.

Les obsédés n'en sont pas moins des malades qui souffrent beaucoup intérieurement : ils doivent être crus sur parole, et les croire est encore le meilleur moyen de capter leur confiance. Ce n'est donc ni par la réfutation systématique, ni par la suggestion impérative, ni par le commandement qu'on peut espérer venir à bout d'eux : au contraire, ce qu'on peut obtenir, on ne l'obtiendra que par la bienveillance, par la sympathie, en un mot par le sentiment. S'intéresser à eux, leur faire exposer ce qu'ils éprouvent, les écouter avec la plus grande attention, leur affirmer ensuite qu'on les comprend, qu'on les plaint, essayer de les consoler en leur disant que si pénible que soit leur état, il ne sera que temporaire, qu'ils guériront, et on est d'autant plus autorisé à le leur dire, que cela est vrai pour la grande majorité des cas : c'est encore faire la meilleure œuvre. C'est leur apporter, si ce n'est un allègement, au moins quelque douceur, quelque consolation dans leur détresse. A la rigueur, quand l'objet de l'obsession est tel qu'on peut en démontrer la fausseté par des arguments péremptoires, il est utile de le faire ; ne les rassurerait-on qu'un instant, la chose en vaut encore la peine.

Lorsque l'obsession est légère, si on suppose que l'élément autosuggestion entre pour une bonne part dans le complexus symptomatique, ce qui a lieu assez fréquemment lorsque le malade se fait des reproches et se croit coupable comme dans les formes scrupuleuses, on peut le réconforter en lui affirmant qu'il faut envisager ses idées comme s'il s'agissait d'un élément qui vienne du dehors, qu'il n'en est pas plus responsable que d'une maladie quelconque ; qu'il a tort de prendre au sérieux des idées qu'il n'a pas voulues. Certes il ne peut pas empêcher les idées de surgir, mais qu'il les traite comme une chose négligeable, comme si l'idée était de toute autre nature. Il ne faut pas toutefois prétendre guérir les malades par de telles assertions : on obtient tout au plus un répit de très courte durée, et on n'insiste qu'autant que les premiers effets sont encourageants.

2°. — Affirmation.

Qu'on n'oublie pas que le doute, sous quelque forme que ce soit, est un des principaux attributs de la mentalité de l'obsédé. Il convient donc de s'abstenir de toute parole qui soit de nature à l'entretenir ou même à l'augmenter. Les obsédés, les douteurs sont des malades avec lesquels il faut procéder par *affirmation*. En effet, une affirmation catégorique les rassure souvent davantage que toutes les démonstrations, qu'elles s'appuient sur la théorie ou même sur l'expérience. Les locutions : je ne pense pas, je ne crois pas, il est probable, ont souvent un effet déplorable ; tandis que je certifie, je vous assure, ont une action calmante et réconfortante, et cette remarque s'applique plus spécialement aux phobiques superstitieux qui ont par-dessus tout la crainte de l'incertain. L'exemple suivant est démonstratif : il concerne une femme âgée de cinquante-trois ans, qui, depuis six ans, est tombée tout d'abord dans un état profond de neurasthénie, sur lequel sont venues se greffer des obsessions et des phobies diverses. C'est une grande prédestinée, d'un caractère très autoritaire, qui a toujours été superstitieuse et qui, partout où elle a passé, a collectionné soigneusement les dictons et les proverbes populaires qui relèvent de la superstition. Bien que malade depuis six ans et ayant passé, suivant sa propre expression, par les mains de beaucoup de médecins, — ce qui, à mon avis, est tout juste le contraire, car de telles malades se laissent très difficilement diriger et n'acceptent de l'autorité médicale que ce qui est conforme à leurs idées : en réalité, ce sont les médecins qui passent par leurs mains — elle a encore recours à l'assistance des médecins, et j'ai été appelé auprès d'elle après beaucoup d'autres : la liste en est fort longue. On lui a dit naturellement qu'elle était neurasthénique et rien que neurasthénique : ses phobies, c'est ainsi qu'elle les dénomme, ne sont elles-mêmes, à son idée, que des phobies neurasthéniques. La première fois que je la vis avec le confrère qui m'avait précédé et qui me passait la main, elle me demanda si la neurasthénie guérit toujours. Je répondis, sans hésitation, pour la tranquilliser, que tous les neurasthéniques que j'avais vus avaient guéri : mon effet était tout à fait manqué ; loin de la satisfaire, ma réponse produisit un grand émoi, elle n'était nullement conforme à ses désirs. En répondant ainsi, je n'affirmais, en effet, que la guérison des neurasthéniques que j'avais observés, ce qui ne signifiait pas que tous les neurasthéniques guérissent ou que la neurasthénie guérit toujours. C'est cette dernière réponse qu'elle eût souhaitée, la seule dont elle pouvait logiquement déduire qu'elle guérirait sûrement. Elle

l'attendait, elle me l'avait imposée en quelque sorte dans son esprit. Peu lui importe que les autres se soient tirés d'affaire, le principal pour elle, c'est qu'elle guérisse. Ce simple fait prouve combien ces malades manquent de discernement, et à quel point sont poussés chez eux l'égoïsme et l'esprit de domination. Je sais bien qu'il s'agit d'un cas un peu complexe, dans lequel les troubles psychiques coexistent avec des troubles du caractère, ce qui rend la situation encore plus inextricable, mais cette association est loin d'être exceptionnelle. Depuis plusieurs années, ses phobies ont changé d'orientation : pendant très longtemps elle a eu la crainte des maladies, et l'une des principales était le cancer, en particulier le cancer de la langue, dont avait été victime une personne de sa famille. Sentait-elle une petite irrégularité sur la langue ou sur les lèvres, aussitôt elle regardait dans un miroir ; constatait-elle l'existence d'un petit bouton, d'un aphte, aussitôt elle était prise d'angoisse. Elle passait ses journées à regarder sa langue dans une glace ; mais au bout d'un certain temps l'anxiété était telle qu'elle devait y renoncer.

Actuellement elle est moins hantée par ce genre d'idées ; si le même fait se renouvelle, elle se dispense de regarder, elle s'adresse au médecin. Après avoir examiné soigneusement, il faut qu'il se contente d'affirmer qu'il n'y a rien ou qu'il y a un aphte, ce qui existe réellement, mais surtout qu'il n'entre pas dans les détails, ou qu'il ne dise pas : je crois que c'est telle ou telle chose, sinon l'agitation commence, parce que dans les détails que signale le médecin ou dans la simple probabilité qu'il témoigne, il y a tous les éléments du doute ; les questions se succèdent alors les unes aux autres sans interruption. Une affirmation énergique viendrait-elle à ce moment, qu'elle serait impuissante à ramener la certitude. « Comment pouvez-vous être certain de ce que vous avancez maintenant, puisque vous ne l'étiez pas il y a quelques instants. » Aujourd'hui la phobie a changé de forme, et la malade se débat presque exclusivement avec ses superstitions. La principale est le nombre 13 ; bien entendu elle n'aurait jamais pu s'asseoir à une table de 13 convives, mais c'est l'enfance de la superstition. Chez elle elle a grandi suivant une progression géométrique. Elle ne peut rien faire et ne prendre aucune décision le 13 de chaque mois, cela lui porterait malheur soit à elle, soit à son mari, soit à ses enfants. Ce jour-là elle ne changerait ni de robe, ni de chemise, elle ne causerait pas à une personne qu'elle n'a pas l'habitude de voir. Mais voici qui devient plus fort ; elle est séparée des siens, qui lui rendent une visie tous les dix ou quinze jours ; or, leur jour de visite ne peut pas

tomber le treizième jour après la visite du médecin, et inversement il en est de même de la visite du médecin par rapport à celle de sa famille. Du reste, le treizième jour commence pour elle avec le douzième et va jusque à la fin du quatorzième, parce qu'on dit couramment treize jours et demi lorsque le treizième jour est complètement écoulé et que la moitié du quatorzième est commencée. Elle applique intégralement le même raisonnement aux jours et aux mois. De même elle ne peut rien décider entre six et sept heures, parce que 6 et 7 font 13. Sort-elle, elle s'imagine que toutes les personnes vêtues de noir, personnes en deuil, religieuses, prêtres, lui portent malheur, un bon jour devient mauvais par suite de cette rencontre fâcheuse. Aussi n'a-t-elle qu'un très petit nombre de bons jours à sa disposition.

Les lettres qu'on lui écrit doivent arriver à une heure déterminée, être portées par la même personne, qui entrera toujours par la même porte. Lorsque le médecin entre dans sa chambre, il doit déposer son chapeau sur la même table et s'asseoir invariablement sur la même chaise : elle lui donne la main, mais se refuserait à s'asseoir après lui sur la même chaise, et tout cela parce qu'elle a une superstition sur lui. A l'instar de beaucoup de ces panophobiques, elle craint peut-être moins le contact des personnes elles-mêmes que les objets qui sont entrés en contact avec elles, dans sa pensée ils sont contaminés (contagion mentale).

La prochaine visite du médecin doit toujours être décidée plusieurs jours à l'avance, afin d'être sûre qu'elle tombe un bon jour : on ne lui fait téléphoner qu'à certaines heures, etc.

Je n'insiste pas davantage, ces quelques faits ne constituent qu'une très petite partie de ses phobies; mais ils laissent entrevoir combien sont compliquées et la vie de tels malades, et celle des gardes qui sont chargées de leur tenir compagnie et même celle des médecins qui sont appelés à les soigner. Les phobies ont pour conséquence les habitudes, les manies, les combinaisons, les calculs : propose-t-on à la malade précédente de venir la voir à telle date, presque immédiatement sans réfléchir, elle dit oui ou non, suivant que le jour sera bon ou mauvais, parce qu'il sera ou ne sera pas un 13e jour après tel ou tel évènement Elle a dans sa tête le tableau complet des bons et des mauvais jours. Tout ce travail contribue pour une large part à entretenir la fatigue dont elle se plaint fréquemment.

Chaque fois que le médecin vient la voir — et c'est le point où je voulais venir, — elle a préparé une liste d'au moins quatorze questions, portant presque toutes sur des sujets insignifiants (car elle ne s'arrêterait pas au nombre 13), et sur ces diverses questions il

faut répondre affirmativement, sinon on fait revenir l'inquiétude, l'anxiété, ce serait provoquer de nouvelles questions, et une discussion sans fin.

La liste une fois épuisée, elle demande qu'on la raisonne sur ses phobies et ses superstitions, qu'on lui enlève en particulier celle du nombre 13. Tout autant que nous, elle la trouve absurde ; elle reconnaît que ce qu'on lui dit est exact, mais la conclusion est toujours la même : je ne peux pas, ça n'entre pas.

Il est extrêmement difficile de faire rompre de tels malades avec toutes ces manies et ces combinaisons. Leur confiance dans le médecin ne va pas jusque-là, d'autant plus qu'il entre à un moment donné dans le cercle de leurs doutes, et il prête un jour ou l'autre le flanc à la critique. Et puis réussit-on à faire disparaître quelques phobies, d'autres apparaissent ; dans ces cas chroniques une obsession part pour faire place à une autre. En tout cas, pour conserver son semblant d'autorité ou d'influence, le médecin doit procéder par affirmation et ne jamais tromper ; sinon il risque de se contredire et la contradiction renforce le doute.

L'affirmation est une chose si indispensable que, pour combattre le doute, les malades se font répéter les choses par leur entourage, se les répètent à eux-mêmes, soit mentalement, soit à voix basse, les accompagnant même de signes affirmatifs de la tête.

Fort heureusement tous les cas d'obsession et de phobies n'atteignent pas ce degré de complications et, si le doute engendre des manies, celles-ci ne sont pas toujours tellement invétérées ou tenaces qu'on ne puisse, au moins partiellement, y remédier.

Souvent l'obsession a disparu ou presque disparu, en tout cas elle est très atténuée, mais les manies qu'elle a engendrées ont subsisté après elle. Ce sont de ces cas dans lesquels la rééducation de la volonté amène parfois des résultats assez rapides ; mais les familles n'ont pas toujours le prestige suffisant pour venir à bout de ces petites infirmités et une autorité étrangère réussit souvent là où elles ont échoué.

Que le doute se soit affaibli ou qu'il subsiste encore, il est nécessaire d'intervenir de bonne heure auprès de la plupart des malades, si l'on ne veut pas les laisser s'acheminer vers une situation inextricable ; et pour les raisons déjà indiquées il faut avoir recours au changement de milieu, voire même à l'isolement.

3°. — Isolement.

L'isolement peut rendre de précieux services dans un assez grand nombre de cas.

Il ne faut pas perdre de vue que les parents ou l'entourage immédiat se refusent souvent à croire que les malades ne sont pas responsables de leurs idées ou tout au moins de leur persistance, et ils s'imaginent que, s'ils avaient un peu plus de volonté ou une meilleure volonté, ils en viendraient facilement à bout. Ils discutent, ils grondent; s'il s'agit d'enfants, ils se mettent en colère, et au lieu d'arranger les choses ils ne font que les aggraver ; les malades deviennent craintifs vis-à-vis des leurs, ils souffrent de n'être ni compris ni consolés par eux, d'être déçus dans leurs sentiments affectifs.

Le médecin doit exposer la situation exacte à la famille et, s'il croit pouvoir se faire comprendre et trouver en eux des collaborateurs intelligents et dévoués, il n'y a pas d'inconvénient à leur laisser la garde et la direction de leur enfant à moins toutefois que la nature des idées maladives ne soit une contre-indication. Voici par exemple une fillette de quinze ans qui est continuellement poursuivie par la crainte d'avoir fait ou de faire du mal à sa famille; elle se sent par moments attirée vers son père comme si elle allait le frapper, l'obsession est parfois si forte qu'instinctivement la malade esquisse des mouvements. Elle-même demande à être séparée des siens, tellement elle est convaincue qu'elle peut leur faire du mal, et cependant l'obsession est chez elle purement idéative et jamais suivie d'acte. La séparation de la famille, dans ce cas, est indiquée, mais il ne faut pas trop s'illusionner sur le résultat, et cela est si vrai qu'une fois séparée des siens, l'obsession dans le cas précédent a changé de forme et ce sont d'autres individus qui ont été mis en cause. La transformation de l'idée obsédante sous l'influence du changement de milieu et des circonstances extérieures n'est pas un fait exceptionnel.

L'isolement est encore indiqué, comme on l'a vu précédemment, pour les cas dans lesquels l'autorité des parents est nulle ou même préjudiciable par suite de démêlés ou de discussions antérieures. Une jeune fille âgée de seize ans, qui souffre depuis de longues années d'inquiétude et d'indécision, est tombée depuis plusieurs mois dans un état de neurasthénie très accentuée, avec chute de poids assez considérable. L'aboulie est extrême : la malade, qui a toujours eu de la difficulté à se décider, ne peut plus exécuter les actes les plus simples; elle a toujours eu la crainte de ne pas bien faire, mais à la suite de vives préoccupations, de chagrins et d'émotions répétées, le doute a considérablement augmenté et au milieu des actes les plus simples, ne serait-ce que pour prendre un verre, elle s'arrête ou recommence, parfois aussi elle doit faire certains gestes ou prononcer certains mots avant de se décider.

Sa famille, avec laquelle elle vit habituellement, n'a obtenu aucun résultat, et devant les progrès croissants de la maladie et de l'amaigrissement, elle s'est décidée à l'isoler.

Grâce au concours de religieuses intelligentes, qui l'ont entraînée, les progrès ont été très rapides et dans l'espace de quelques jours, avant même que le poids ne se soit notablement relevé, la malade avait réacquis la série des actes auxquels elle était devenue incapable de se décider. Elle a rompu progressivement avec toutes ses manies apparentes, je dis apparentes, car elle avoue avoir conservé encore quelques-unes de ses manies mentales, et elles restent ordinairement secrètes. Je pourrais citer beaucoup d'observations semblables, où par l'isolement et l'entraînement on est venu très facilement à bout de manies engendrées par le doute et l'aboulie.

Il y a encore des cas dans lesquels l'isolement doit être prescrit de très bonne heure, ce sont ceux qui s'annoncent comme des cas typiques de folie du doute avec délire du toucher. L'une et l'autre engendrent les pires manies, et si on ne lutte pas contre elles dès le début par une surveillance continuelle, les malades versent dans l'aboulie la plus complète, ou adoptent les manies les plus invraisemblables qui deviennent une entrave sérieuse à leur vie sociale et professionnelle. Au contraire, en y remédiant dès l'apparition des premiers signes, on a pu, dans quelques cas, enrayer l'évolution de la maladie, dans d'autres cas on a obtenu des améliorations notables et même des rémissions assez longues, compatibles avec l'exercice d'une profession. Du reste les manies contribuent à augmenter le doute, à accentuer la fatigue intellectuelle et physique, voire même l'émotivité, et c'est rendre un grand service aux malades que d'en prévenir l'apparition. L'isolement contribue au repos, met le malade à l'abri des irritations extérieures et par suite restreint les moyens de préservation qu'il a imaginés; il diminue son émotivité. En outre les malades acceptent plus volontiers les conseils du médecin et de ses infirmiers; ceux-ci doivent refréner leurs mauvaises habitudes au moment opportun, en leur faisant comprendre que c'est pour leur bien, en procédant avec douceur et, d'autre part, les entraîner à agir en leur fournissant des occupations nouvelles et de plus en plus nombreuses : tout cela sans brutalité et sans vexation, mais aussi avec intérêt et persévérance.

« Habituer insensiblement les malades à triompher de leurs répugnances non motivées, les obliger par gradations ménagées à agir malgré leurs appréhensions, combattre la tendance à la répétition des mêmes actes, contrarier les habitudes invétérées, refuser catégoriquement de répondre aux questions multipliées sans raison, telles

sont les indications générales du traitement moral. Mais il importe de ne pas oublier que tout cela est une question de mesure et de tact, et sous prétexte de réveiller, de fortifier la volonté, on doit se garder d'ahurir les malades par la brutalité ou de les décourager par l'ironie » (Raymond et Anaud).

4°. — Changement de milieu, distractions, voyages.

Le changement de milieu, la séparation de la famille peuvent être suffisants pour un assez grand nombre de malades, surtout lorsque les obsessions sont bénignes, qu'elles procèdent par paroxysmes suffisamment espacés, et que l'état général le permet.

Le séjour à la campagne, les voyages même, à la condition qu'ils ne soient pas trop fatigants et que les malades soient accompagnés par une personne intelligente et dévouée, sympathique, sont à recommander. En fixant davantage l'attention du malade pendant les périodes de répit, ils retardent le retour des obsessions.

C'est dans le même sens qu'agissent les exercices physiques, les distractions, les occupations manuelles qui sont susceptibles d'exercer une influence dérivative. Il ne faut pas s'illusionner sur la valeur thérapeutique de ces divers moyens : lorsque l'obsession est tenace et puissante, elle suit les malades partout où ils vont, et l'impossibilité de se distraire les rend inefficaces.

5°. — Rééducation.

J'ai exposé précédemment que, pour sortir de leur état, les douteurs devaient subir une cure d'entraînement qui a un double but : restreindre les mauvaises habitudes et leur en faire prendre de bonnes.

Dans certains cas, la rééducation a des visées plus spéciales; par exemple dans l'agoraphobie ou peur des espaces, qui rentre dans le cadre plus vaste des topophobies. Les malades luttent eux-mêmes contre la crainte angoissante qu'ils éprouvent de traverser des places, de se promener dans les rues, de les traverser. Ils ont recours à des petits subterfuges, d'ailleurs assez individuels. Les uns triomphent de leur phobie en prenant un bras, d'autres peuvent traverser en se servant d'une canne; il y en a qui affrontent les rues en suivant les murs. Quelques-uns rassemblent leur volonté et viennent à bout de leur appréhension; mais c'est plutôt exceptionnel.

Bien que tous les cas se ressemblent quant au fond, ils ne sont pas identiques quant à la forme, ni quant à l'intensité; s'il y en a

contre lesquels le médecin ne peut rien, parce qu'il lutte contre une émotivité et une aboulie inébranlables ; il y en a aussi où il peut venir en aide aux patients, mais alors il faut leur prêter main-forte ; les bonnes paroles ne suffisent pas ; c'est devant l'obstacle que la persuasion doit s'exercer. En accompagnant les malades, en essayant tout à la fois de les exhorter et de détourner leur attention par la conversation, il réussit parfois à vaincre leur résistance.

A côté de l'hérédité, toutes les influences déprimantes et débilitantes interviennent pour augmenter l'émotivité ; quelques circonstances occasionnelles, tel un accident sur la voie publique, qu'on y ait assisté comme acteur ou spectateur, sont aptes à orienter l'émotivité et à déterminer la nature de la phobie, l'agoraphobie dans le cas qui nous occupe. Ces circonstances, par les représentations mentales qu'elles ont laissées, entretiennent l'obsession, et après avoir apprécié le rôle qu'elles jouent encore, le médecin devra essayer d'en effacer le souvenir et d'en diminuer l'importance.

Les phobies, comme les obsessions en général, ont une évolution très variable ; elles aussi sont intermittentes ou rémittentes, les unes disparaissent complètement et définitivement ; d'autres sont remplacées par des phobies d'ordre différent, et presque sans interruptions.

Il y a des individus qui sont poursuivis à plusieurs reprises par la même phobie ; chez d'autres, elles changent de forme.

Elles ne sont pas toutes également tenaces. Parmi les plus rebelles, l'éreutophobie ou crainte de la rougeur occupe une des premières, sinon la première place. Quelques auteurs signalent des améliorations par la persuasion ou la suggestion ; mais la guérison par ces procédés est presque exceptionnelle. Souvent la maladie se complique d'un état de dépression mélancolique assez accusé, ou bien d'impulsions, telles que celle du suicide, qui assombrissent encore davantage le pronostic, et s'opposent à toute intervention thérapeutique.

En somme, dans toutes ces phobies, quelles qu'elles soient, la peur entraîne l'impossibilité d'exécuter un certain nombre d'actes ; le médecin fera œuvre bien plus utile, en entraînant les malades par l'action directe que par des séances verbales de psychothérapie, dont les résultats sont presque toujours problématiques.

Rééducation du contrôle cérébral. — Les obsessions, les phobies, les inhibitions soudaines ou les impulsions irrésistibles sont des processus psychiques qui se passent souvent à l'insu du malade, tout au moins malgré lui, sans son consentement. Il est conscient du phénomène en lui-même, mais inconscient de son élaboration ; c'est

bien lui qui pense et agit, mais sans qu'il en ait pris la décision, sans qu'il en soit le maître. Il se borne à constater, mais il n'est pas libre de surveiller, d'examiner et de s'opposer : son jugement, sa raison, sa volonté, son affectivité restent impuissants et désarmés; c'est ce que l'on exprime couramment en disant qu'il a perdu son contrôle cérébral. Tous ces phénomènes prennent en quelque sorte leur source dans l'inconscient; mais, tandis que, chez un sujet normal, les moindres actes, qui par l'habitude deviennent automatiques, n'échappent pas au contrôle du conscient ou de la personnalité, chez le malade précédent, ces phénomènes lui échappent plus ou moins complètement.

Est-on en mesure de remédier à cette double anomalie par des méthodes plus spécialement adaptées ? Comme je l'ai exposé plus haut, la rééducation de l'attention par l'occupation, le travail, la distraction n'a pas d'autre but, et elle est suivie de bons effets lorsqu'elle est appliquée convenablement, c'est-à-dire lorsque le malade est plus que conseillé et qu'on l'entraîne méthodiquement, lorsqu'on lui montre pratiquement ce qu'il doit faire et comment il doit le faire.

Pour renforcer le contrôle cérébral, quelques auteurs proposent aux malades des exercices, sur l'exécution desquels ils sont obligés de concentrer leur attention. Ils n'ont pas seulement en vue le but à atteindre, ils ont encore à surveiller le mécanisme de leurs actes.

Vittoz commence par des mouvements simples, la flexion du bras par exemple, en rappelant au malade qu'il doit donner l'impulsion suffisante pour le faire, et suivre jusqu'au bout le mouvement qu'il accomplit. Ce qui paraît tout à fait extraordinaire dans la méthode préconisée par cet auteur, c'est qu'il prétend pouvoir contrôler le travail cérébral, en plaçant simplement la main sur le front du malade ; « avec un certain entraînement, celle-ci peut donner des indications suffisamment précises sur le travail cérébral ». L'auteur ajoute judicieusement : « Je sais fort bien avec quel septicisme sera acceptée cette affirmation, car il est en effet difficile d'admettre que le mouvement du cerveau puisse être perçu à travers la boîte osseuse, mais sans vouloir l'expliquer, tout ce que je puis dire c'est qu'il a une répercussion extérieure et que cette répercussion peut être sentie par la main ; elle se traduit par une série de chocs répétés, donnant la sensation d'une ondulation ou d'une vibration particulière. »

Ainsi, dans l'exercice précédent, si le mouvement est bien contrôlé par le malade, la main aura la sensation d'une vibration uniforme..... si le mouvement est insuffisamment contrôlé, la courbe sera brisée.

Il me paraît préférable de ne pas discuter la valeur du procédé par lequel Vittoz prétend contrôler le travail cérébral. A-t-il pour but de suggestionner le malade et de lui donner à entendre qu'il est possible d'apprécier ses efforts d'une manière précise ? Cela me rappelle alors le petit doigt que montrent les mamans à leurs enfants, en leur affirmant que, s'ils ne font pas consciencieusement leurs devoirs, celui-ci les en préviendra.

Dans le deuxième exercice, le malade s'habitue au contrôle de la marche. On lui demande par exemple d'avoir, durant cinq pas, la sensation précise qu'il avance son pied droit, puis son pied gauche, qu'il sente exactement le mouvement de la jambe, puis du corps tout entier et l'auteur ajoute : « Le malade s'apercevra très vite qu'en contrôlant sa marche de temps en temps, il sera beaucoup moins vite fatigué. » C'est encore une remarque qui me surprend fort, car les mouvements automatiques sont beaucoup moins fatigants que les mouvements voulus ou surveillés.

Des préceptes du même ordre sont indiqués pour le toucher, la vue, l'ouïe. Pour le toucher, « le malade prend un objet quelconque, et déterminera mentalement la sensation exacte que le toucher de l'objet lui procure, sa forme, la sensation de poids ou de chaleur, etc... ». Pour la vue, « on fait passer un objet, une gravure, rapidement devant les yeux du patient et on lui fait décrire ce qu'il a vu ». Ces deux procédés me paraissent plus conformes au but qu'on se propose; les descriptions du malade permettent, mieux que la main qui se place sur le front, d'évaluer la somme d'attention qu'il a fournie; elles l'habituent à extérioriser sa pensée.

Par contre, l'auteur propose, pour la concentration des idées et la rééducation de la volonté, des exercices qui me paraissent moins pratiques. Les premiers consistent en essais de concentration sur les différentes parties du corps, sur le signe de l'infini et sur le I. Je passe rapidement sur la rééducation de la volonté, pour laquelle le malade doit apprendre successivement à savoir ce qu'il veut, à savoir si ce qu'il veut est possible, enfin à se décider. Et tout cela naturellement sous le contrôle de la main de l'opérateur.

Ce n'est qu'après s'être conformé à cette série d'exercices que le malade est autorisé à commencer la lutte réelle contre tous les symptômes. Au bout de deux ou trois mois dans les formes sérieuses, de deux ou trois semaines dans les formes légères, il pourrait se tirer d'affaire : mais les résultats définitifs, l'auteur ne les indique pas.

De cette méthode il n'y a à retenir que les exercices qui contribuent à fixer l'attention des malades, et dont l'efficacité peut être ensuite

contrôlée par leurs descriptions. Quelques-unes ne sont pas sans présenter des inconvénients, telle la concentration des idées sur des signes, ou des objets, ou des parties du corps; si le malade s'en sert pour lutter contre ses obsessions et ses phobies, il risque aussi de les transformer en manies ou d'en faire l'objet d'obsessions nouvelles. Il y a des malades qui spontanément ont eu recours à ces procédés, et qui plus tard n'ont pu s'en affranchir.

Les méthodes générales d'occupation et de distraction sont préférables, parce qu'elles fixent l'attention tout en extériorisant la pensée; la précédente méthode a le tort de concentrer l'attention en dedans, sur l'analyse des processus psychiques et même de certains actes physiologiques, ce qui est inutile et souvent dangereux; elle entre plus directement en lutte avec les anomalies mentales et nous savons que cette lutte est rarement salutaire.

6°. — Direction.

La plupart de ces malades ont besoin d'une direction spéciale, en raison des tares mentales dont ils sont affligés. Cette direction, ils ne la trouvent pas toujours dans leur famille, dont un ou plusieurs membres présentent fréquemment des anomalies du même ordre, et ils s'adressent généralement soit à leur confesseur ou à leur directeur de conscience, quand ils ont de la religion, soit à leur médecin, soit enfin à une tierce personne, maître, ami, etc.

En réalité, seul le médecin a qualité pour leur venir en aide, parce que seul il est apte à apprécier exactement leur mentalité et leur responsabilité; toutefois, pour dissiper les doutes religieux ou les scrupules, il n'aura jamais aux yeux du malade la même autorité que les ministres de la religion, à laquelle il appartient. Et, en effet, le médecin n'a pas la compétence nécessaire pour tout ce qui est du domaine religieux; lorsqu'il affirme au malade qu'il a tort de s'inquiéter, qu'il n'a pas commis de faute là où il croit en avoir commis une, le malade juge qu'il se prononce à la légère, sans savoir, et ce genre d'affirmation, loin d'ébranler le doute, le maintient; à la rigueur même son autorité en serait émoussée. Au contraire le prêtre, par le prestige qu'il tient de sa mission, réunit toutes les conditions pour être cru sur parole : pas plus que le médecin, il n'échappe à la critique des scrupuleux — la critique n'est, chez eux, qu'une forme du doute, — mais il est incontestable qu'auprès d'un grand nombre de ces malades il est appelé à jouir d'une très grosse influence. Par contre, les prêtres ne sont pas toujours au courant de ces questions médicales, et au début de leur

sacerdoce, ou même plus tard, s'ils s'adressent à des malades dont les doutes religieux commencent seulement à s'esquisser, ils font fausse route, ils croient à la responsabilité complète là où elle n'existe plus et, au lieu de rassurer les malades, ils les effraient.

Le médecin devra donc être très prudent, et, s'il conseille ou encourage le malade à s'adresser à un prêtre, il devra prévenir celui-ci de la situation exacte du malade soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire de la famille. Quelques malades se prêtent volontiers à cette collaboration et l'autorisent ; mais ceux dont le doute est plus ancré s'en méfient, les relations du prêtre et du médecin lui deviennent suspectes, et il est préférable alors de les garder secrètes. Au confessionnal ou dans des entretiens particuliers, ou même par correspondance, le prêtre exerce sans conteste sur un grand nombre de ces malades une heureuse influence, que ce soit dans les périodes aiguës de leurs doutes religieux ou dans la direction générale de leur existence, qu'ils ne peuvent seuls tenir en mains, à cause de leur indécision et de leur aboulie. On trouverait dans la correspondance des grands orateurs des passages remarquables par les conseils qu'ils contiennent et l'autorité avec laquelle ils ont été donnés.

Le rôle du prêtre ou du médecin, du directeur quel qu'il soit, n'est pas toujours facile à tenir et exige beaucoup de tact et de pondération, parce que les malades qui ont recours à leur assistance ne sont pas des êtres équilibrés, et le commerce toujours assez intime qui s'établit entre eux est susceptible de faire naître des sentiments qui le rendent un jour ou l'autre difficile, sinon impossible.

Le médecin devra, en tout cas, s'appliquer à développer ou même à diriger la volonté de ces malades ; en réglant leur existence d'une façon méthodique, en les obligeant à employer leur temps à des occupations fixes, conformes autant que possible à leurs goûts ; le travail manuel aura toujours une très grande part, à la condition qu'il soit contrôlé d'une façon quelconque, c'est encore lui qui s'oppose le mieux à la diffusion de l'attention et aux ruminations mentales, qui sont si préjudiciables.

La vie en commun, réglementée en dehors de la famille, convient fort bien à un certain nombre de ces malades, pourvu que la discipline ne soit pas trop rigoureuse, et la direction trop sévère, que l'une et l'autre ne se fassent pas trop sentir. Le service militaire qui réunit ces conditions a eu plus d'une fois de très bons effets.

Occupation. — Les exercices manuels qui exigent une certaine somme d'attention sont préférables à ceux qui, avec un peu d'habitude, deviennent rapidement automatiques et laissent les malades

libres de penser ailleurs. Il est difficile de dresser d'avance une liste des travaux les plus recommandables, parce qu'ils doivent être compatibles avec le milieu social, les aptitudes et le genre d'existence de chacun. En général, ce sont ceux qui sollicitent le plus l'*extériorisation* des malades qui conviennent le mieux : tous ceux qui nécessitent des efforts physiques ont pour ce motif de bons résultats, à la condition qu'ils ne deviennent pas une cause de fatigue ou de surmenage. L'agriculture, le jardinage, les travaux décoratifs sur bois, sur cuir, sur papier, qui demandent en même temps un effort physique et un peu d'initiative, pourvu qu'ils ne soient pas trop en opposition avec le goût et les penchants des malades, leur rendront de grands services. Le travail doit être plus qu'une occupation, il doit avoir par lui-même une certaine portée morale ; s'il procure au malade une satisfaction d'intérêt ou d'utilité, il sera accepté plus volontiers et il donnera de meilleurs résultats. Beaucoup de ces malades sont, en effet, poursuivis par l'idée qu'ils sont incapables, bons à rien ; leur travail personnel, mieux que tout raisonnement, est en mesure de leur démontrer qu'ils se trompent et qu'ils ne sont pas des inutiles. S'il est possible de le faire rémunérer, on leur prouve encore mieux qu'il n'est pas sans valeur : c'est encore contribuer à leur rehaussement moral.

En faisant non seulement contrôler le travail, mais surtout en en faisant surveiller l'exécution, on rend aux malades l'un des plus grands services ; on sait, en effet, à quel point ils sont instables, et la moindre excitation du dehors, un bruit, une parole ont parfois une action d'arrêt instantanée. A l'agoraphobique, le simple contact d'un doigt rend l'aplomb ; à un déséquilibré, le plus petit encouragement rend une assurance du même ordre, pourvu qu'il soit donné par une personne autorisée.

Ils n'acceptent pas les conseils de tout le monde, et la plupart n'aiment pas à être commandés par le premier venu. Les personnes qui sont attachées à leurs soins ou plutôt à leur assistance, ont un très bon ou un très mauvais effet, suivant leur tact, leur habileté, et surtout suivant qu'elles sont bien ou mal agréées.

L'extériorisation de la pensée ainsi comprise et mise en pratique a pour résultat immédiat de diminuer l'auto-observation et l'introspection, qui sont si nuisibles : elle atténue les sentiments de doute, d'inquiétude, d'incertitude. Ce n'est qu'une partie de la besogne. La direction des obsédés a encore pour but d'augmenter leur degré de sociabilité. Tout en leur évitant les provocations et les irritations inutiles, on ne peut, cependant, leur céder sur tous les points ; et de même qu'on éduque leur volonté en les habituant à

agir, on relève leur énergie morale et leur tolérance en mettant progressivement à l'épreuve leur esprit de résistance et de contradiction. Cette entreprise réclame peut-être encore davantage de doigté de la part de celui qui en a assumé la responsabilité : on trouve rarement dans l'entourage immédiat du malade la personne qualifiée pour cette tâche. Tous les membres de la famille sont ordinairement plus ou moins *brûlés ;* leur patience, comme celle de la malade, est souvent à bout, et c'est pour ce motif, en même temps qu'à cause de la perturbation qu'ils occasionnent et de l'exemple déplorable qu'ils donnent autour d'eux, que beaucoup de familles demandent à se séparer de leurs malades. Malheureusement l'amélioration produite par une séparation provisoire n'est guère tenace, et si les premiers moments des rapprochements laissent tout d'abord constater un progrès sérieux sur le passé, il n'est pas rare que les bons effets de la cure s'émoussent plus ou moins assez rapidement, et que tout recommence bientôt comme autrefois. Le médecin n'oubliera pas que le traitement des malades n'est pas tout, et que la bonne prophylaxie consiste tout autant à expliquer aux familles la nature exacte d'une situation qu'ils ont jusque-là insuffisamment comprise. Il faut que chacun y mette du sien.

Sur la manière dont il faut prendre les malades, que l'on se reporte aux règles générales de la psychothérapie : c'est encore ici, beaucoup plus par le sentiment que par la logique qu'on peut se rendre sympathique. C'est toujours la note dont il faut jouer pour leur faire accepter une direction dont ils ne doivent sentir que les avantages et non le joug : qu'ils s'aperçoivent qu'ils sont compris, et que par la patience et la sollicitude qu'on leur témoigne, on ne désire que leur bien. En résumé, le but est toujours le même, c'est faire naître l'émotion par les voies les plus accessibles, c'est substituer l'émotion naturelle à l'émotivité morbide. Ici encore le terme de la psychothérapie, c'est l'émotion.

La plupart de ces malades ont beaucoup de peine à se faire à ce que tout le monde considère comme la vie normale : les moindres incidents deviennent des complications ; à plus forte raison les événements imprévus, les grands bouleversements de l'existence. Sans céder à leurs caprices, et l'on a déjà vu plus haut qu'à ce point de vue leur endurance devait être développée, il serait tout aussi inopportun de vouloir les astreindre aux règles générales. Si, comme le fait remarquer Janet, un des faits fondamentaux de la maladie des obsessions est une insuffisance des fonctions d'adaptation du cerveau, est-ce qu'en réduisant le travail on n'obtiendra pas qu'il soit plus complètement et plus parfaitement accompli : l'obsédé

s'achemine naturellement, à la simplification de la vie, et on peut lui donner satisfaction dans une certaine mesure, en lui mesurant les grandes émotions de l'existence, qui sont souvent pour lui le point de départ d'exacerbations morbides.

Le mariage, les préoccupations morales attachées à l'exercice de certaines professions ou même inhérentes à certaines situations familiales, sont souvent funestes, et on ne saurait encourager les malades à les affronter : il sera plus prudent de les en dissuader ; mais c'est une question d'opportunité qui ne peut être tranchée d'une manière générale, et dont la solution dépend des conditions individuelles et sociales.

Des considérations précédentes on est amené à déduire que, si cette catégorie de malades est souvent incapable de se conduire seule dans la vie et si elle a besoin d'une direction, il y a tout avantage à l'imposer le plus tôt possible, et à l'instituer dès que les premiers indices de la maladie se révèlent. La direction se confond alors avec l'éducation.

Éducation. — Dès que les premiers symptômes apparaissent chez les enfants, — et il est regrettable qu'ils échappent si souvent à la clairvoyance des parents — leur éducation doit être orientée dans une voie spéciale. Leur culture intellectuelle sera telle, que leurs connaissances objectives seront poussées le plus possible au détriment de leurs connaissances subjectives ; le positif, aux dépens de l'imaginatif : c'est l'entraînement à l'extériorisation. Tout ce qui tend à développer la réflexion, l'analyse, l'interrogation mentale sera enseigné avec mesure et discernement. Ces enfants-là sont souvent repliés sur eux-mêmes, renfermés, suivant l'expression populaire, ce sont des silencieux : parents et éducateurs agiront sagement en prenant contact le plus souvent possible avec leur mentalité : et pour cela ils essaieront de se renseigner sur leurs impressions et leurs idées. Les scrupules religieux sont, chez la plupart, l'un des premiers stigmates de la maladie, et apparaissent souvent au moment de la première communion ; certains sermons, certaines instructions religieuses font naître, ou tout au moins orientent les premiers doutes et les premières craintes. Le choix d'un directeur de conscience n'est pas indifférent, et il est tout aussi important de le prévenir de la nature, du caractère, du tempérament sur lesquels s'exercera sa direction. Leurs maîtres seront avertis ; les camarades choisis avec discernement. Ce sont des enfants qu'il est dangereux de tromper et de terroriser : au contraire, il faut être à leur égard très affirmatif et leur épargner des peurs inutiles. Leur famille doit s'évertuer à développer leur confiance vis-à-vis de soi-même et vis-à-vis d'eux.

L'éducation physique ne sera pas moins soignée, puisqu'elle a pour résultat immédiat de fixer l'attention au dehors et de réduire le temps des méditations. L'éducation ne refera pas toujours l'œuvre de l'hérédité ; mais il y a des chances qu'elle en prévienne ou en atténue les effets. Ces principes ne diffèrent guère de ceux de l'éducation des enfants en général, et il serait presque superflu de les rappeler, si les parents comprenaient mieux leurs devoirs à cet égard et s'attachaient davantage à connaître leurs enfants.

7°. — La psychothérapie et les impulsions.

A côté des obsessions inhibitrices, il y a des obsessions qui poussent à agir ou impulsives. Au moment où l'impulsion se produit, le malade se sent poussé à accomplir un acte qui s'impose à lui et qu'il ne peut pas empêcher, parce que sa volonté est impuissante à l'inhiber : dans l'impulsion comme dans la phobie, le malade manque de volonté, de la volonté excito-motrice dans le premier cas, de la volonté inhibitrice dans le second. Elle est précédée et accompagnée, plus encore que les obsessions, par des signes qui traduisent l'hyperémotivité : inquiétude, agitation, angoisse, anxiété, troubles vasomoteurs, etc.

Les principales sont la dipsomanie, la kleptomanie, les impulsions homicides ou suicides, la pyromanie, l'onomatomanie, l'écholalie, les tics convulsifs ; toutes ne comportent pas le même pronostic, parce qu'elles n'exposent pas aux mêmes dangers. La psychothérapie proprement dite n'est guère de mise. La dipsomanie, les impulsions homicides ou suicides nécessitent ordinairement l'internement : la maladie survient par accès, pendant lesquels il faut protéger le malade contre lui-même (dipsomanie, obsession suicide) ou ses semblables (obsession homicide) ; mais ces procédés coercitifs ne sont qu'un moyen de protection, ils n'empêchent pas le retour d'accès ultérieurs. Toutefois, lorsque les accès sont habituellement très rapprochés, il est utile de prolonger l'isolement ; « il finit à la longue par atténuer les prédispositions impulsives, et s'il n'empêche pas dans tous les cas la réapparition de l'accès, il en éloigne les manifestations ; il ne faut pas oublier, par-dessus tout, que les dipsomanes peuvent avoir d'autres impulsions, des idées de suicide ou d'homicide, et, qu'en conséquence, ils doivent être surveillés » (Magnan). Les cas de guérison sont plutôt exceptionnels, et ceux qui ont été publiés doivent être acceptés avec certaines réserves. Évidemment, il faut tenir compte aussi de la durée et de l'intensité des accès, qui ne sont pas tous rigoureusement comparables entre eux. A côté de ceux

dans lesquels l'automatisme est indomptable, peut-être y en a-t-il dans lesquels il n'est pas absolument soustrait à l'influence de la volonté, surtout lorsqu'elle est renforcée par celle d'autrui. « Le traitement moral est utile, sans doute, mais insuffisant. Les distractions, les conseils affectueux, les raisonnements les mieux étayés n'ont qu'une bien faible action sur le dipsomane pendant sa période active. » (Magnan.) Les autres impulsions, pour être moins dangereuses, ne sont guère plus accessibles à la psychothérapie. Quelques-unes, telles que la kleptomanie, sont fort peu compatibles avec la vie sociale. Cependant il faut distinguer les cas dans lesquels l'idée de voler se présente comme un besoin irrésistible, ce qui est plutôt rare ; et ceux dans lesquels l'idée de voler est sollicitée en grande partie par les attractions du dehors, en particulier par l'étalage des grands magasins, qui sont particulièrement tentants pour ceux ou celles (car il s'agit presque toujours de femmes) dont la volonté est congénitalement amoindrie. Ce sont de ces cas dans lesquels la kleptomanie est un complexe de prédisposition morbide et de suggestion, et la psychothérapie aura plus de chances de réussir qu'auprès des premiers.

Le rôle de la suggestion intervient encore dans d'autres obsessions, par exemple dans le *suicide à deux ;* celui qui est réellement obsédé par l'idée du suicide et décidé à se tuer l'est également à ne pas mourir seul, il suggère son semblable et l'amène à se tuer. Naturellement celui qui se laisse ainsi suggérer n'est pas un être parfaitement équilibré : il est prédisposé aussi, mais à un plus faible degré que celui qui suggère. En les séparant et en soumettant le second à une suggestion d'ordre inverse, on peut éviter une double catastrophe.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DE LA FOLIE MORALE

Sémiologie. — Voici un groupe de malades, au sujet desquels les familles s'illusionnent beaucoup, lorsqu'elles viennent solliciter l'assistance du médecin. Ils relèvent davantage de mesures administratives et sociales, que de la thérapeutique médicamenteuse et de la psychothérapie.

Les fous moraux, que l'on désigne encore sous le nom d'idiots moraux, de dégénérés moraux, d'aveugles moraux, sont généralement amenés chez le médecin pendant la deuxième enfance ou au moment de l'adolescence, tout au moins en ce qui touche leur infirmité morale, car dès les premières années de la vie il est possible de surprendre quelques anomalies qui laissent prévoir les infirmités de l'avenir. La folie morale s'affirme après la puberté, c'est-à-dire avec l'époque à laquelle se dessinent définitivement le caractère et la personnalité.

Ils se font remarquer, tout jeunes, par leur indifférence vis-à-vis de leurs parents ou de ceux qui sont chargés de les élever, par leur nature peu caressante, l'absence de tendresse, leurs caprices, la désobéissance et le mensonge, leur insensibilité devant les marques d'affection, les supplications ou les gronderies de leur famille, leur amour de l'indépendance, leurs entêtements et leur résistance obstinée. Ils sont brusques, violents, colères, irritables dans leurs jeux, qu'ils choisissent de préférence turbulents. Sans pitié, ils martyriseraient volontiers les animaux et même leurs petits camarades, comme s'ils en éprouvaient de la satisfaction. Ils se plaisent à faire tout ce qui est défendu. En somme, ils cumulent tous les défauts : la jalousie, l'envie, le mensonge et la dissimulation, la désobéissance, la méchanceté ; ils aiment faire le mal pour le mal, avec ou sans préméditation.

Toutes ces tares s'accusent quand l'enfant entre à l'école. Incapable de se faire à la vie en commun et à la discipline, il est sans cesse puni pour ses querelles avec ses camarades ; paresseux par principe, il refuse de travailler. Il est dissipé, bruyant, tapageur, sournois et il

se dispute les dernières places de sa classe avec ses semblables. Le plus souvent vicieux, il ne prend contact avec ses camarades que pour les contaminer. Il ne sait qu'inventer pour mettre à bout la patience de ses maîtres. Aussi ses stages à l'école sont-ils de courte durée : renvoyé de collège en collège, il finit par en être expulsé définitivement, et les familles rentrent un jour ou l'autre dans leur triste possession.

Avec la puberté, ce qui n'était encore que motif à préoccupation, devient source de danger. Ils passent généralement par une période d'excitation sexuelle dans laquelle s'affirme leur précocité, et apparaissent simultanément des aberrations ou des perversions. Leur indépendance devient du vagabondage : leurs passions se donnent libre cours ; ils sont joueurs, alcooliques ; ils cherchent les aventures. Pour se procurer de l'argent ils dépouillent leurs familles, d'abord avec leur consentement, sous de fallacieuses promesses, puis sans vergogne. Si on leur résiste, on provoque des réactions vives, des coups de tête, des violences : ils abandonnent momentanément le domicile des parents et ils n'y retournent que pour chercher de l'argent. D'ailleurs, ils terrorisent leur famille, qui est continuellement dans les transes. Sont-ils riches, ils dilapident ; vaniteux, ils se plaisent à faire ostentation de leur fortune dans de multiples excentricités ; ils aiment paraître, et leur argent ne sert qu'à assouvir leurs besoins et leurs passions. Sont-ils pauvres, ils ne sont pas assez travailleurs pour apprendre une profession, et pas assez stables pour rester dans une place et gagner leur vie : ils deviennent voleurs et même assassins.

Ils ne sont pas dénués d'intelligence, loin de là ; mais ils la mettent au service de leur immoralité. Rusés et comédiens, ils réussissent merveilleusement à faire des dupes, à commencer par les leurs.

Il est presque infaillible qu'un jour ou l'autre ils aient maille à partir avec les tribunaux, la police ou l'autorité militaire.

En résumé, ce qui leur manque c'est l'ensemble des sentiments qui constituent l'éthique : la sentimentalité du vrai, du beau et du bien ; et pour la plupart il y a même davantage une inclination permanente vers l'immoralité.

Traitement. — Le médecin reste désarmé devant une telle infirmité morale et il a généralement fort peu de choses à faire à l'égard de sujets qui relèvent des maisons de répression et de correction. Ce sont des infirmes ou plutôt des monstres moraux ; et on ne peut rien espérer de tous les procédés psychothérapiques qui peuvent aider à développer et non créer des facultés.

Il faut, cependant, distinguer dans le groupe des fous moraux deux catégories de sujets. Les uns ont le génie du mal, ce sont les meneurs : pour ceux-là il n'y a rien à faire en dehors des mesures de rigueur ; les autres sont des faibles chez lesquels les mauvais instincts ne sont pas exagérément développés, qui par eux-mêmes n'auraient pas l'initiative des mauvaises actions ; mais ils n'ont pas de résistance morale et ils cèdent aux sollicitations du dehors, que ce soient les exemples du milieu social dans lequel ils vivent, ou les mauvais conseils des meneurs. Ce sont les menés, ils ne demeurent amoraux que par contamination. Ceux-là peuvent être préservés, protégés, s'ils sont transportés dans un autre milieu et soumis à de meilleures influences. Mais, il faut bien l'avouer, dans cette œuvre de relèvement et d'éducation morale, la tâche du médecin est bien peu de chose à côté des devoirs de la société.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DE LA MÉLANCOLIE

I. — CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR LA MÉLANCOLIE

I. — SYNDROME MÉLANCOLIQUE

Avant d'envisager la mélancolie comme une maladie, je l'envisagerai comme un syndrome caractérisé par l'inhibition des fonctions psychiques supérieures, associée à un état cœnesthésique douloureux et à un ensemble de troubles physiques qui ont avec les précédents des rapports plus ou moins intimes. Sur ce syndrome se greffent un certain nombre d'accidents ou de complications qui tiennent souvent à la constitution de l'individu et impriment à la maladie des aspects variés.

Troubles de la cœnesthésie et de l'émotivité. — Les troubles de la cœnesthésie (c'est-à-dire de la perception de ces sensations vagues dont l'ensemble nous fournit la notion du moi) ne font jamais défaut; ils portent à la fois sur l'être psychique et l'être physique.

Tous les modes de la sensibilité sont d'ailleurs plus ou moins affectés, mais l'altération porte moins sur la conduction des impressions périphériques que sur leur représentation mentale.

Ce qui domine dans l'état des mélancoliques, c'est la perturbation des perceptions psychiques et physiques, d'où dérive la connaissance incomplète, indécise ou erronée de leur propre personne et du monde extérieur, perturbation qui peut aller jusqu'à l'illusion, la négation et l'interprétation délirante.

De même il existe une inhibition progressive de leurs facultés psychiques, de leur intelligence, de leur affectivité, de leur volonté; ceux qui en sont les plus conscients expriment le sentiment de ce rétrécissement en dessinant une spirale dont ils tracent tout d'abord les révolutions les plus excentriques.

Les troubles de la sensibilité psychique sont fondamentaux; dans le domaine intellectuel comme dans le domaine affectif les malades se sentent amoindris; ils s'estiment incapables de se rappeler, de

penser, de rassembler leurs idées, de prendre une décision, de vouloir; ils sont indifférents vis-à-vis des choses, des événements et même des personnes. Ils n'éprouvent plus aucune joie à revoir les êtres qui leur sont le plus chers; ce qui est pour les autres plaisir ou tristesse les laisse sans émotion et sans réaction. Ils ne se laissent plus toucher par les événements les plus pénibles ou les plus heureux, ils restent impassibles; ce sont des apathiques ou anesthésiques moraux.

Les troubles de la sensibilité physique sont ordinairement assez accusés, mais les malades ne s'en plaignent pas constamment; ils sont beaucoup plus préoccupés des transformations accomplies dans la sphère intellectuelle et affective.

La sensibilité générale et les sensibilités spéciales sont affectées à des degrés divers. Les sensations périphériques sont émoussées; le froid, le chaud, la douleur, le contact ne sont plus perçus comme autrefois; lorsqu'ils touchent un objet, lorsqu'ils le saisissent, ils prétendent ne plus avoir la même sensation. Ils voient, mais les choses, les hommes, les animaux, les arbres, la nature, leur paraissent défigurés et transformés; les bruits sont reconnus, mais altérés, eux aussi. Le goût est diminué puis aboli; les sensations instinctives, la faim, la soif disparaissent. S'agit-il bien de troubles de la sensibilité, n'est-ce pas plutôt l'impression produite par la sensation, que la sensation elle-même, qui est modifiée?

Il en est de même pour les sensations internes qui prennent leur point de départ dans les organes : l'anesthésie peut être telle qu'ils ne se sentent plus; ils n'ont plus de corps, plus de viscères, etc...

Si les excitations du dehors ou du dedans sont insuffisamment ou anormalement perçues et ne provoquent plus les sensations habituelles, il n'en résulte pas que la sensibilité subjective soit parallèlement diminuée; au contraire, beaucoup de mélancoliques se plaignent de sensations intérieures indéfinissables, que les uns localisent dans le ventre, dans l'estomac, les autres dans la poitrine (préoccupations hypocondriaques); elle revêt fréquemment la forme d'angoisses. Les malades accusent encore des sensations bizarres dans les membres, dans la tête qui leur paraît épaisse et vide, dans la vessie, les organes génitaux, etc..., la pression des organes mis en cause n'augmente nullement la douleur. Ils souffrent toujours davantage, la douleur augmente souvent de jour en jour sans qu'elle puisse être localisée ni décrite; elle est générale.

En somme, ils ne sentent que pour souffrir et la souffrance naît spontanément, en dehors de toute irritation. A ce point de vue ils se comportent au physique comme au moral. L'affectivité disparaît,

l'émotivité subsiste, augmentée et exaltée, mais c'est une émotivité morbide, spontanée ; de même la sensibilité est émoussée ou abolie, mais la sensitivité est au contraire exaltée. Ces malades-là souffrent de leur indifférence, de ne plus sentir au moral comme au physique; ils souffrent de ne plus souffrir.

L'affectivité est diminuée ou abolie dans la très grande majorité des cas ; quelquefois elle semble augmentée, mais ce n'est qu'en apparence; au fond elle ne l'est pas ou elle ne l'est que tout à fait au début. En effet les accès de mélancolie se déclarent assez souvent chez des individus naturellement inquiets, impressionnables ou craintifs, c'est-à-dire des émotifs; parfois l'accès survient même à l'occasion d'une émotion ou d'une crainte légitime, au sujet de la santé d'un parent, par exemple, et tout d'abord l'anxiété, prenant ce prétexte pour point de départ, peut en imposer pour un redoublement d'affectivité. En réalité il ne s'agit que d'une orientation spéciale donnée à l'émotivité par les circonstances, et d'ailleurs, pathologique pendant les accès, l'émotivité l'est déjà en dehors des accès; c'est son accentuation à propos d'une crainte, d'un accident redouté pour telle ou telle personne, qui fait croire à une augmentation de l'affectivité, alors qu'il n'y a que de l'émotivité morbide. L'évolution ne fait que confirmer cette manière de voir : bientôt les malades ont conscience de leur manque d'affectivité et ils s'en plaignent.

La tristesse du mélancolique n'a rien de comparable avec la tristesse de l'individu normal, qui est sous le coup de soucis, de préoccupations, de chagrins; en même temps qu'il pleure et se lamente, celui-ci cherche à se ressaisir et sa tristesse s'accompagne de toutes les réactions de la douleur d'origine exogène. Au contraire la tristesse du mélancolique est en quelque sorte indéfinissable; c'est un sentiment complexe d'hypocondrie morale, d'impuissance, d'anesthésie psychique, d'anxiété vague; c'est une tristesse résignée, inaccessible à la consolation, irrémédiable. Leur physionomie exprime à la fois, avec des nuances diverses suivant les malades, cette impuissance et cette soumission doublée d'anxiété, cette inertie énigmatique qu'aucune sollicitation du dehors ne saurait modifier.

Troubles intellectuels. — Les facultés intellectuelles ne sont pas aussi profondément troublées que le laisserait croire l'habitus extérieur des malades.

L'esprit se concentre sur un certain nombre d'idées fixes dont il ne sort jamais, et qui le font paraître absent à toutes les choses du dehors. Cette concentration, pénible et douloureuse, n'est que la conséquence des troubles cœnesthésiques qui prennent dans la symptomatologie une place si prépondérante.

Ils prétendent que la mémoire est diminuée, mais il n'en est rien. Les mémoires de conservation et de fixation sont conservées, cette dernière proportionnellement à leur attention; si la mémoire d'évocation est lente, c'est parce que les malades ne prêtent qu'une attention très distraite aux questions qu'on leur pose. Une fois la crise passée, leurs souvenirs sont évoqués aussi fidèlement qu'auparavant.

Il en est de même pour l'attention, tous les événements auxquels ils assistent sont soigneusement enregistrés; au contraire ils s'appliquent difficilement à une occupation, tellement ils sont repliés sur eux-mêmes. L'attention spontanée est normale, mais l'attention volontaire est toujours en défaut, affaiblie ou nulle. Ils n'écoutent guère leur interlocuteur, et si on les interroge sur ce qu'on leur a dit, ils sont fort embarrassés ou répètent machinalement, sans en apprécier la valeur. L'aprosexie est telle qu'ils sont incapables de lire; ils ne lisent ni de l'esprit, ni des yeux.

Dans la mélancolie simple le jugement et le discernement ne sont endommagés que pour tout ce qui se rapporte à la maladie; pour tout le reste ils paraissent intacts, c'est pourquoi la mélancolie a pu être rangée parmi les folies partielles ou monomanies.

Troubles de l'activité. — L'activité est profondément troublée, leur volonté est nulle. Au début ils éprouvent la plus grande difficulté à travailler, à s'occuper, à lire, à écrire, à marcher, etc.

Ils perdent successivement l'initiative et la décision même pour les actes les plus élémentaires de la vie, ils deviennent inertes. Le sentiment de l'impuissance et de l'incapacité augmente, de même la résistance ou volonté négative, et c'est ainsi que certains malades refusent de se lever, de s'habiller, de marcher, voire même de parler et de manger, en un mot ils s'opposent à tout mode de l'activité normale.

La suppression de l'activité et le sentiment d'impuissance motrice n'empêchent pas chez un certain nombre le sentiment et le développement de l'agitation intérieure, qui se traduit par une activité automatique à manifestations multiples (les malades se grattent, s'excorient, s'arrachent les cheveux, se mutilent : des mouvements stéréotypés, des tics, des mouvements plus ou moins brusques viennent compléter cette agitation morbide, qui prend des proportions beaucoup plus grandes dans certaines formes de la mélancolie).

Il existe un contraste assez frappant entre la disparition de l'activité normale et l'exaltation de l'activité morbide, de même qu'il existe un contraste entre l'anesthésie périphérique et l'augmentation de la sensitivité, entre la diminution de l'affectivité et l'accentuation de l'émotivité.

Cette triple perturbation entraîne des modifications importantes de la conscience ; les malades ne se reconnaissent plus dans cette personnalité nouvelle. Au début ils consentent à croire à la maladie, cette croyance est fugitive ; bientôt ils ont le sentiment d'être dédoublés, mais leur ancien moi s'efface peu à peu devant ce moi nouveau, qui remplit alors à lui seul le champ de la conscience. Cette possession est si forte que le malade la juge définitive ; ne se croyant pas malade, il n'a pas à se déclarer incurable ; il est comme il est et il restera tel. Différent de ce qu'il était, différent des autres êtres, il n'est plus soumis aux mêmes règles, ni aux mêmes influences que les autres individus de son espèce ; c'est un être dégradé, annihilé, déchu ; il n'est plus en communication avec le monde extérieur, au rayonnement duquel il reste insensible.

Cet isolement est important à connaître, parce qu'il explique l'inefficacité et l'inutilité de la psychothérapie proprement dite auprès de tels malades : cette transformation consciente de la personnalité contient à son tour en germe certaines formes de délire, qui se manifestent au cours ou dès le début de la mélancolie.

Troubles somatiques. — Ce syndrome psychique s'accompagne d'un assez grand nombre de troubles physiques qui figurent rarement au complet dans le tableau symptomatique, mais qui ne font jamais complètement défaut.

Les phénomènes d'auto-intoxication et l'insomnie sont peut-être les plus fréquents. Les premiers consistent en dyspepsie gastro-intestinale. La langue est épaisse, recouverte d'un enduit blanchâtre, les digestions sont lentes et pénibles, le goût et l'appétit sont très diminués, sinon abolis. La constipation est habituelle et opiniâtre. La fonction hépatique peut être plus ou moins viciée.

Les sécrétions sont ordinairement diminuées, qu'il s'agisse du suc gastrique, de la bile, de la sueur, des sécrétions intestinales. Les urines révèlent toujours des troubles plus ou moins marqués de la nutrition : dès le début, certains malades éprouvent un amaigrissement notable malgré une ration alimentaire très suffisante : l'agitation peut, il est vrai, y contribuer pour une très large proportion. La température peut rester inférieure de 2 ou 3 degrés à la normale.

L'insomnie, plus ou moins complète, est de règle : elle est quelquefois le premier symptôme, mais elle peut aussi ne s'installer qu'après l'apparition des autres signes : avant que le sommeil ne se perde, il devient souvent irrégulier, agité, interrompu par de nombreux cauchemars.

La respiration et la circulation sont relativement moins atteintes

que les fonctions digestives : elles le sont très inégalement et avec de grandes variations d'un malade à l'autre. Il y a des mélancoliques dont la circulation est moins active et l'impulsion cardiaque moins forte : il y en a d'autres dont le pouls est, au contraire, rapide. Il semble que l'accélération du pouls soit réservée aux formes anxieuses et agitées, le ralentissement aux formes stuporeuses. La tension artérielle est généralement faible, à moins d'association à l'artériosclérose.

La respiration, régulièrement ralentie dans la mélancolie avec stupeur, est au contraire irrégulière, agitée, profonde, souvent même bruyante dans la mélancolie anxieuse.

Les fonctions génitales sont rarement épargnées : elles sont toujours plus ou moins troublées. Généralement, au début, les appétits sexuels sont très affaiblis et même disparaissent : ce peut être un symptôme très précoce. Dans le cours de la maladie, surtout lorsqu'il s'agit de formes stuporeuses, le refroidissement complet subsiste pour ne cesser qu'avec la crise : au contraire, dans certaines formes de mélancolie anxieuse avec agitation, on peut assister à une surexcitation des fonctions génitales, caractérisée par un besoin intempestif, accompagné de sensations voluptueuses et de masturbation.

Les règles sont souvent et même ordinairement suspendues pendant toute la durée de la crise, pour ne revenir qu'après la guérison.

Les fonctions sécrétoires de la peau sont toujours compromises; la sueur est souvent diminuée ; chez quelques malades, au contraire, elle paraît augmentée, les mains sont alors moites et comme gonflées, donnant au palper l'impression d'une augmentation de volume. La sueur est modifiée qualitativement et dégage une odeur très désagréable, qui persiste pendant toute la durée de la maladie.

II. — FORMES DE LA MÉLANCOLIE

Mélancolie avec délire. — C'est sur ce fond si spécial qu'apparaissent un certain nombre de phénomènes qui impriment à la maladie une allure particulière : le délire, l'anxiété, la stupeur. Lorsqu'ils prédominent, l'un ou l'autre, avec une très grande netteté dans le complexus symptomatique, ils permettent d'édifier autant de formes symptomatiques : la mélancolie délirante, la mélancolie anxieuse, la mélancolie avec stupeur; mais il ne s'agit que de formes, car le délire et l'anxiété ne s'excluent pas; il y a des mélancoliques stupides qui sortent par intervalles de la stupeur pour délirer ou devenir anxieux.

Le délire doit être envisagé comme la déduction logique de l'état cœnestopathique des mélancoliques ; c'est pour le malade une explication (Séglas), une interprétation de son état. Le mélancolique ne se reconnaît plus dans ce nouveau moi, et il n'admet pas davantage que cette transformation soit le fait de la maladie. L'orientation du délire dépend sans doute de ce qui lui reste de conscience de son ancienne personnalité, de l'intensité et de la nature même des perturbations cœnesthésiques ; il y en a qui souffrent davantage physiquement que moralement, ils sont alors surtout poursuivis par des préoccupations hypocondriaques ; d'autres sont, au contraire, plus atteints psychiquement que physiquement : ils se jugent responsables d'une situation où les ont menés leur imprévoyance, leur indignité et leurs fautes, d'où les idées de ruine, de culpabilité et le délire d'auto-accusation.

Par l'intermédiaire des illusions qu'ils occasionnent les troubles sensitifs sont donc fertiles en interprétations délirantes et peuvent aller jusqu'à l'hallucination sensorielle.

Les préoccupations hypocondriaques sont assez variables d'un sujet à l'autre : le sentiment du changement est tel qu'ils vont jusqu'à croire à une transformation complète, à une véritable possession par des êtres divers (animal, démon). L'idée d'une intervention supérieure, d'un être surnaturel, d'un châtiment divin, de la damnation, est appuyée à la fois par l'acuité des troubles cœnesthésiques et la plus ou moins grande prépondérance des sentiments religieux dans la vie antérieure.

La sensibilité commune peut être enfin tellement troublée et la notion du moi à tel point annihilée, que le malade tombe dans le délire de négation : il n'a plus d'organes, ou bien ils sont corrompus, ils entrent en décomposition et s'en vont par lambeaux ; il n'a plus de corps, il est insensible, il ne peut plus parler....., et cette négation de la personnalité s'accentue jusqu'au moment où le malade nie jusqu'à son existence même. Ce *délire de négation* ou *syndrome de Cotard* est ordinairement secondaire, et s'installe à une phase plus ou moins avancée de la mélancolie, mais il peut survenir aussi dès les premières périodes. Tandis que les négations de l'existence physique s'accentuent, il n'est pas rare que la notion de l'être spirituel s'amplifie ; l'âme ne mourra jamais : elle subsistera pour souffrir et subir sa peine. Mais il y a aussi des mélancoliques qui redoutent cette immortalité non seulement pour leur âme, mais encore pour leur corps : ils réclament un cercueil, ils supplient qu'on les enterre, tout en proclamant l'inutilité de moyens qui ne peuvent rien contre l'immortalité ; ils deviennent alors des personnages extraordinaires.

tels que l'Antechrist. Ces idées de grandeur sont généralement décrites sous le nom de *délire d'énormité*.

Mélancolie anxieuse. — Les idées de grandeur ne sont pas rares à une phase plus ou moins avancée de la mélancolie anxieuse, qui ne se distingue des autres formes de la mélancolie que par une anxiété très profonde , continuelle ou survenant par accès, par l'importance des troubles de la cœnesthésie, par la fréquence des mutilations et des tentatives de suicide, et précisément par la prépondérance des idées de négation, de préoccupations hypocondriaques, etc. Les mélancoliques anxieux sont des êtres actifs, dont l'agitation est à la fois intérieure et extérieure ; c'est une agitation inquiète qui se trahit dans la mimique, les gesticulations, les attitudes et les mouvements hâtifs et précipités, sans but.

La mélancolie anxieuse apparaît très souvent sur un terrain naturellement inquiet, préoccupé, émotif et, sinon dans tous les cas, du moins dans un grand nombre, l'anxiété mélancolique et l'agitation qui l'accompagne si fréquemment semblent relever d'une prédisposition antérieure. La mélancolie ne se présenterait sous la forme anxieuse qu'en vertu de la constitution spécialement émotive du sujet : émotivité et mélancolie contribuent à s'exalter pour donner à cette forme son allure si particulière.

Mélancolie avec stupeur. — La mélancolie avec stupeur est tout l'opposé de la mélancolie anxieuse : le mélancolique stupide reste immobile, figé, la physionomie sans expression, le regard vague, l'air stupide ou triste, il ne regarde pas, il ne parle pas, il garde indéfiniment la même position, le plus souvent même il ne mange pas : aucun mouvement, aucun geste. De tels malades négligent ainsi les actes les plus élémentaires de la vie ; il faut pourvoir à leurs soins de propreté, à leur alimentation, à leurs fonctions, etc. Ce sont des mélancoliques inertes, incapables d'effort, mais pas toujours de résistance : immobiles dans leur solitude, ils recouvrent toute leur énergie et toute leur volonté pour s'opposer aux soins qu'on essaie de leur donner. Cette volonté passive ou de résistance disparaît elle-même quelquefois au bout d'un certain temps, et le malade se laisse faire comme un mannequin.

Dépression mélancolique. — Quoique très fréquentes, les idées délirantes ne sont jamais qu'un épiphénomène dans la mélancolie ; et à la mélancolie avec délire on peut opposer la mélancolie simple ou non délirante, *la dépression mélancolique*. Les idées fixes rentrent encore ici dans le cadre symptomatique, mais ce sont plutôt des préoccupations, des inquiétudes, des scrupules, des idées obsédantes : la conviction est moins solidement établie.

III. — ÉVOLUTION DE LA MÉLANCOLIE.

Quelle que soit la forme de la maladie, la mélancolie a des débuts très variables : ou bien elle s'installe lentement, progressivement, ou bien, le passage de l'état de santé à celui de maladie est extrêmement rapide, et dans l'espace de quelques jours l'état mélancolique peut être définitivement constitué.

La durée elle-même est très élastique et il est impossible de la prévoir, il est rare qu'elle soit moins de trois ou quatre mois. Si on tient compte de l'apparition des premiers symptômes, de la période d'état et de la phase de décroissance, il est habituel qu'elle dépasse de beaucoup ces limites. Il y a des accès mélancoliques qui durent huit à douze mois et même davantage, un an, deux ans et encore au delà. Ces durées excessives assombrissent ordinairement le pronostic sans le compromettre d'une manière absolue, et quel est le médecin qui n'a pas été surpris de voir, exceptionnellement il est vrai, des malades sortir de leur accès après une éclipse de plusieurs années.

Le simple accès de dépression mélancolique se prolonge généralement beaucoup moins que l'accès de mélancolie délirante, et sa durée peut ne pas excéder deux ou trois mois. Au contraire, la mélancolie délirante, la mélancolie anxieuse et la mélancolie avec stupeur ont une durée très longue et comportent un pronostic beaucoup plus réservé ; la durée de l'accès constitue, à côté de la forme de la maladie, un des principaux éléments de pronostic.

Lorsque la mélancolie doit guérir, les idées délirantes s'atténuent, puis cèdent peu à peu, l'anxiété devient plus intermittente, elle persiste encore le matin au réveil — c'est toujours la période de la journée la plus pénible, — mais elle s'atténue dans l'après-midi, et à la fin de la journée le malade a presque le sentiment du retour à l'état normal. Le malade s'intéresse davantage à ce qui se passe autour de lui. Il s'occupe plus volontiers, surtout quand on l'y pousse : il offre moins de résistance aux divers modes de l'activité normale ; il consent à s'alimenter lui-même, il reprend l'habitude des soins de toilette, il veut bien se déplacer, se lever et à la rigueur marcher. L'expression de la physionomie se modifie, les yeux s'ouvrent progressivement aux événements du dehors.

La phase de décroissance de l'accès mélancolique varie également d'un malade à l'autre : quelquefois c'est dans l'espace de quelques jours, presque instantanément que se fait la métamorphose, mais trop souvent aussi il faut au malade plusieurs semaines pour revenir à l'état normal. La période de décroissance ne se fait pas toujours

d'une manière uniforme : les malades ont d'abord des éclaircies, puis des moments de répit, peu à peu l'amélioration s'accentue ; elle est encore parfois entrecoupée par des petits retours, des moments de découragement. Quoique plus calmes, les malades sont désœuvrés, plus ou moins incapables d'agir, sans initiative ; ils reconnaissent encore avec peine qu'ils s'acheminent vers la guérison, pourtant s'ils avouent qu'ils vont un peu moins mal, c'est bon signe ; le jour où ils prononcent le mot mieux, la guérison est proche.

En résumé, la guérison est la terminaison habituelle de la mélancolie et, comme je viens de le rappeler, elle survient de diverses manières, soit brusquement, soit au contraire lentement et progressivement.

La mort est due le plus souvent soit à l'inanition prolongée (c'est ce qui a lieu pour les mélancoliques stupides qui sont réduits à une inertie complète, anorexiques, et livrés à eux-mêmes), soit à une complication viscérale, soit enfin au suicide.

Enfin la mélancolie peut passer à l'état chronique et il n'est pas rare que les idées ou le délire de négation subsistent indéfiniment.

La mélancolie est la maladie mentale au cours de laquelle le suicide est le plus à redouter ; et pour beaucoup de malades, l'unique traitement consiste à les préserver de cette terrible éventualité. Beaucoup de mélancoliques ont des idées de suicide sans faire la moindre tentative ; mais il y en a beaucoup aussi qui ont attendu le moment favorable pour mettre leur projet à exécution et, s'ils ne se sont pas décidés, c'est que le moment ne s'est pas présenté ; on ne le leur a pas fourni.

Tout mélancolique, quel qu'il soit, doit être surveillé, qu'il ait ou qu'il n'ait pas manifesté d'idée de cet ordre ; mais ce sont surtout les mélancoliques délirants et les mélancoliques anxieux qui sont le plus sujets à caution. Les motifs ne manquent d'ailleurs pas aux malades ; les uns sont amenés à se détruire par les souffrances physiques ou morales qu'ils endurent, par les fautes et les crimes imaginaires qu'ils ont commis, par le dégoût de la vie. Il y a des malades qui préméditent le suicide et qui le préparent de longue date ; d'autres n'attendent que l'occasion ; chez d'autres encore la tentative vient aussi vite que l'idée, et c'est dans un moment d'angoisse ou de surexcitation, dans une sorte de raptus qu'ils saisissent la première arme sous la main pour s'en frapper. Il y en a qui vont jusqu'au bout de leur tentative, d'autres s'arrêtent en route ; bien souvent les mélancoliques se contentent d'esquisser le geste de s'étrangler avec leurs mains ou de se passer une serviette autour du cou. Les mélan-

coliques, dont les accès récidivent et qui ont eu une première fois des idées de suicide, les retrouvent ordinairement dans leurs accès ultérieurs et, lorsque la mélancolie frappe plusieurs personnes de la même famille, il n'est pas rare que ce soit sous des formes analogues ; c'est pourquoi le suicide est si fréquemment héréditaire et familial. Ce sont des indications générales qui ne sont pas à négliger, lorsqu'on assume la responsabilité de traiter ou de diriger la vie et la surveillance de tels malades.

IV. — ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DE LA MÉLANCOLIE

On est encore peu fixé sur les causes et la nature de la mélancolie. Elle est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et on admet en général qu'il est très rare de la voir apparaître avant vingt-cinq ans ; ce n'est pas l'opinion de Kraepelin qui admet, au contraire, qu'elle apparaît plus tôt dans les deux tiers des cas. De fait un certain nombre de cas d'anorexie mentale se développant entre douze et vingt-cinq ans me paraissent devoir rentrer dans la mélancolie simple ou intermittente. (Voy. p. 378.) On voit d'autre part des accès de mélancolie survenir pour la première fois à un âge beaucoup plus avancé. Ils ont été décrits sous le nom de mélancolie d'involution sénile. C'est encore dans la mélancolie qu'il faut ranger ces accès qui surviennent chez l'homme entre quarante-cinq et cinquante-cinq ans, et qui ont été décrits sous le nom de retour d'âge de l'homme (de Fleury). Ils ne sont pas toujours isolés et sont susceptibles de récidiver.

L'influence de l'hérédité est incontestable, qu'elle soit ou non similaire ; celle-ci ne fait en tout cas aucun doute : il y a des familles dont plusieurs membres sont atteints de la même affection et parfois sous la même forme.

L'importance des causes occasionnelles est plus discutée. Certains auteurs admettent l'influence des émotions vives et déprimantes, des chagrins, des soucis et des préoccupations, tandis que d'autres la nient et ne voient qu'une coincidence là où les premiers reconnaissent une influence de cause à effet. Quelques-uns établissent à cet égard une distinction entre la mélancolie simple et la phase mélancolique de la folie intermittente, tandis que le rôle des causes précédentes ne serait pas niable pour la première, il serait nul au contraire pour la seconde.

A examiner les choses de près et impartialement, je crois qu'on peut soutenir que les accès de mélancolie surviennent ordinairement

sans cause apparente, sans choc émotif et physique antérieur. Quelquefois, à force de fouiller dans le passé du malade on retrouve un ou plusieurs évènements qui ne lui ont pas été indifférents et qui ont été par cela même susceptibles d'intervenir; mais il faut se méfier, en interrogeant les malades ou leurs familles, de ne pas attacher plus d'importance qu'il ne convient à des incidents qui n'ont exercé aucune répercussion sur leur état. Il y a néanmoins des individus chez lesquels le début de la maladie a coincidé avec des préoccupations réellement fertiles en émotions, et cela à plusieurs reprises, lorsqu'il s'agit de mélancolie intermittente ou récidivante ; il semble même que le rôle des émotions soit beaucoup plus marqué pour les accès de mélancolie anxieuse, qui frappent des sujets naturellement inquiets, constitutionnellement doués d'une émotivité morbide.

On a encore fait intervenir à titre de causes occasionnelles l'évolution pubérale, la grossesse, l'état puerpéral, la ménopause, les irrégularités de la menstruation, les traumatismes craniens, le surmenage, les excès, les affections viscérales douloureuses (Deny et Camus).

Sans m'attarder à discuter si la mélancolie simple ou la mélancolie intermittente sont deux états de même nature, je me bornerai à rappeler les diverses hypothèses qui ont été faites au sujet de la pathogénie du syndrome mélancolique, car c'est envisagé sous ce jour que la mélancolie nous intéresse le plus, en nous plaçant toujours au point de vue thérapeutique.

Tout d'abord, bien qu'il n'y ait aucun doute sur la nature organique de la maladie, l'anatomie pathologique n'a encore apporté aucune contribution importante à la question ; non pas parce que des lésions n'ont pas été décrites, mais parce qu'elles ne se sont pas présentées avec une constance et des caractères de spécificité telle, qu'il ne puisse subsister aucune hésitation. Les proliférations névrogliques de l'écorce cérébrale sont des lésions banales; et les lésions des ganglions semi-lunaires, signalées par quelques auteurs, devront encore être contrôlées avant qu'on ne leur accorde une importance réelle dans la pathogénie de la maladie; on peut en dire autant des lésions des cellules de l'écorce cérébrale, ou des lésions de névrite décrites par divers auteurs. Ces lésions existeraient-elles d'une façon constante, et même avec des localisations d'élection, qu'elles n'éclaireraient qu'en partie la physiologique pathologique de la maladie, sans en révéler la nature essentielle.

Les hypothèses ne font pas défaut; il est à peine utile de les rappeler. Celle de Meynert figure à peu près dans tous les traités

classiques. « La manie se développe sous l'influence de l'hyperémie fonctionnelle de l'écorce occasionnée par un défaut d'innervation du centre vasculaire entraînant une dilatation artérielle. La dilatation agit à son tour sur le centre vasculaire qui récupère son énergie et excite l'action des vaso-moteurs; il en résulte une contraction vasculaire se traduisant anatomiquement par l'ischémie corticale et cliniquement par la mélancolie ». Il est inutile de souligner le caractère purement hypothétique de cette théorie.

D'autres auteurs considèrent la mélancolie comme un état dû à une intoxication générale, compromettant plus ou moins gravement la nutrition; elle s'accompagne, en effet, de phénomènes qui indiquent à coup sûr une perturbation des fonctions de nutrition, ils seraient comparables dans une certaine mesure aux effets produits par divers poisons. Mais ici l'auto-intoxication serait d'origine endogène.

Les diverses glandes ont été mises en cause; les uns ont incriminé l'insuffisance thyroïdienne, d'autres un trouble dans le fonctionnement des surrénales. Il n'est pas douteux que le fonctionnement du foie et des autre glandes ne soit dans quelques cas profondément modifié. On a encore invoqué les modifications de la crase sanguine, et à l'appui de cette hypothèse les variations leucocytaires et les altérations qualitatives du sérum sanguin. Les faits signalés à l'appui de telle ou telle théorie sont encore trop peu nombreux et trop inconstants pour qu'on puisse en tirer des déductions sérieuses. Les troubles digestifs, la chute du poids sont sans doute les plus constants, mais ne peuvent-ils être tout aussi bien envisagés comme des phénomènes secondaires que comme des phénomènes primitifs; on peut en dire autant de la suppression des règles. D'ailleurs, le poids se relève quelquefois sans que les troubles mentaux disparaissent, et cette dissociation dans l'évolution des troubles mentaux et de la nutrition est ordinairement un signe de mauvais augure.

En somme les théories peuvent être ramenées à deux : ou bien la mélancolie est d'emblée une maladie nerveuse, due soit à une sorte d'épuisement des cellules de l'écorce cérébrale, soit à une altération de même ordre de certains appareils périphériques, peut-être les ganglions sympathiques; ou bien la mélancolie est la conséquence d'une maladie générale de la nutrition, d'origine toxique, qui retentit secondairement sur certains territoires du système nerveux central ou périphérique.

Quoi qu'il en soit, la mélancolie n'est que l'expression symptomatique d'une perturbation grave du système nerveux d'origine organique, à laquelle les influences psychiques personnelles ou exté-

rieures restent étrangères ; celles-ci n'exercent en général sur elle aucune action essentielle, soit au titre de cause déterminante, soit même au titre d'influence modificatrice. Ni la volonté du malade, ni celle du médecin ne peuvent rien sur elle, pas plus que sur la crise d'épilepsie, ou les autres phénomènes qui traduisent une modification organique des centres nerveux, du moins pendant la période ascendante et la période d'état. Elle diffère en cela des psychonévroses, dont les symptômes offrent une plus grande malléabilité et, par suite, sont plus justiciables des interventions psychothérapiques.

V. — CONCEPTION DES ÉTATS MÉLANCOLIQUES

Conception ancienne. — Avant d'aborder le rôle de la psychothérapie dans la thérapeutique générale des états mélancoliques, il est indispensable d'indiquer la place qu'ils occupent dans la nosographie de l'aliénation mentale et la signification qu'il convient de leur donner. Sans se prononcer sur la nature même de la mélancolie, on en décrivait autrefois plusieurs formes : la mélancolie aiguë avec ses variétés : délirante, anxieuse, avec stupeur ; la mélancolie subaiguë ou dépression mélancolique (mélancolie avec conscience) ; cette division est encore admise par plusieurs auteurs français et en particulier Régis ; cet auteur y ajoute la mélancolie chronique, la mélancolie chronique avec délire systématisé secondaire, la mélancolie cyclique (rémittente et intermittente), la mélancolie récidivante ; enfin la manie-mélancolie ou folie à double forme qui se présente avec des rythmes divers. On admettait également que la mélancolie sénile évoluait avec une allure particulière.

Dès les temps les plus reculés, l'alternance de la mélancolie et de la manie avait été signalée, mais elle n'avait été envisagée que comme une simple coïncidence, et on n'avait pas songé à en faire le caractère propre d'une forme de vésanie. Baillarger (1854) eut le mérite de considérer ces accès comme n'appartenant en propre ni à la manie, ni à la mélancolie, mais comme constituant par leur union « un genre spécial d'aliénation mentale, caractérisé par l'existence régulière de deux périodes : l'une d'excitation et l'autre de dépression ». Il existe en effet « des rapports entre la durée et l'intensité des deux états qui ne sont évidemment que des périodes d'un même accès ». Baillarger leur donna le nom de *folie à double forme*.

Quelques années auparavant, Falret avait déjà insisté, il est

vrai, sur la forme circulaire de certaines maladies mentales, forme essentiellement caractérisée par « le roulement de l'exaltation maniaque, simple suractivité des facultés, avec la suspension de l'intelligence ».

Dans l'esprit de Baillarger, les accès se succèdent immédiatement, sans retour à la normale entre les deux, de sorte que la maladie est constituée par une série d'accès mélancolico-maniaques. L'accès peut être unique ou multiple (avec des intensités variables); multiples, ils peuvent affecter un type intermittent, ou se succéder sans interruption. Falret admettait dans sa forme circulaire un court espace de lucidité séparant l'accès maniaque de l'accès mélancolique : cette forme est généralement désignée sous le nom de *folie alterne*. Suivant les enchaînements ou les groupements des accès, le nouveau type de folie établi par Baillarger, puis par Falret, fut décrit sous le nom de folie à double forme, folie circulaire à formes alternes, intermittente, alternante : elle est ordinairement connue sous le nom de *folie circulaire* ou mieux de *folie intermittente*, nom qui lui a été donné par Magnan (1890).

« La folie intermittente est une espèce pathologique, se traduisant par la répétition chez un sujet, à prédisposition latente, jusque-là sain d'esprit, d'accès maniaques ou mélancoliques, isolés ou combinés de diverses manières, mais présentant toujours une évolution, une marche et des caractères généraux communs, qui les réunissent et les distinguent de toutes les autres sortes de folie. » (Magnan.) Il est bien entendu que dans la folie intermittente Magnan englobait tous les accès maniaques ou mélancoliques isolés, qui se répétaient au cours de la vie du même sujet.

En un mot la mélancolie cyclique intermittente rentre dans le chapitre de la folie intermittente. Mais Magnan faisait encore une place à part à la mélancolie ou à la manie simple, à la manie et à la mélancolie des dégénérés.

Conception Kraepelinienne. — C'est en 1899, que Kraepelin, remaniant sa classification des maladies mentales, modifia simultanément sa conception de la mélancolie et de la manie.

Pour lui, en se basant sur leur évolution identique, toutes les psychoses dites intermittentes, périodiques, circulaires, à double forme, alternes, doivent être rangées dans un même groupe sous une seule désignation : *la folie maniaque dépressive*, d'autant plus que la répétition ou l'alternance ne sont pas des caractères suffisants pour maintenir des espèces distinctes.

D'après lui, tous les accès maniaques récidivent et ceux qui ont été signalés comme isolés par les auteurs ne diffèrent pas des accès

récidivants. De même, les accès mélancoliques de la jeunesse et de l'âge mûr récidivent toujours ou alternent avec la manie et, par suite, accès maniaques ou accès mélancoliques rentrent bien eux aussi dans la psychose maniaque dépressive.

La mélancolie simple ne s'observerait qu'à un âge avancé et serait liée à l'involution sénile : ce serait la mélancolie d'involution sénile ou présénile ; il conviendrait également de faire une place à part à la dépression constitutionnelle, variété de la folie des dégénérés (Entartungsirresein).

La conception de Kraepelin n'a pas reçu une approbation unanime : cependant, en France, ses idées ont été acceptées par des psychiatres tels que Sérieux et Capgras, Roques de Fursac, Deny et P. Camus. Par contre, à côté de la folie périodique, Magnan, Gilbert Ballet, Régis, Arnaud, Cullerre, Kéraval, reconnaissent l'existence de la mélancolie simple et de la manie simple. Pour Régis, la manie ou la mélancolie cyclique (rémittente ou intermittente) n'est qu'une variété de la manie ou de la mélancolie simple, et ne saurait rentrer dans la folie périodique.

Enfin, pour Joffroy et pour Masselon (1906), la mélancolie essentielle n'existe pas, c'est toujours un syndrome de maladie organique.

Voyons quels sont les arguments apportés, de part et d'autre, par les deux camps.

Existe-t-il une différence, au point de vue de la symptomatologie et de l'évolution, entre la phase mélancolique de la folie périodique et la mélancolie simple.

Dans la dernière édition de son *Traité de psychiatrie* (1905), Régis ne donne aucun caractère qui permette de les distinguer. « Il arrive bien plus souvent, dit-il, que, en face d'une période isolée de la folie à double forme, on croit avoir affaire à un simple accès de manie ou de mélancolie et que, cette période terminée, on considère le malade comme guéri. Cette erreur a été commise, notamment, par Baillarger lui-même. » Elle est la conséquence forcée de ce fait que la manie et la mélancolie de la folie à double forme ne diffèrent en rien de la manie et de la mélancolie simples, et que, prises isolément, il est impossible de les en distinguer.

Pour Gilbert Ballet, « les accès de manie et de mélancolie simples sont d'ordinaire provoqués par une cause physique ou morale facilement appréciable ; ils sont habituellement précédés par une phase prodromique, de durée plus ou moins longue, caractérisés par de l'insomnie, de la tristesse, de l'inappétence. Au contraire, les accès symptomatiques de la folie intermittente surviennent souvent spontanément, sans l'intervention d'aucune cause déterminante ; ils n'ont

pas de prodromes et débutent avec brusquerie. Le plus souvent on n'observe que de l'excitation maniaque ou de la dépression mélancolique, tandis que dans la manie et la mélancolie vulgaires, les troubles sont plus accusés et se traduisent, les troubles maniaques par de la manie aiguë avec incohérence des idées et du langage, les troubles mélancoliques par de la dépression avec idées délirantes de ruine, de culpabilité, de damnation. »

Plus loin le même auteur a écrit « qu'à quelques particularités près, la manie et la mélancolie intermittentes ne diffèrent ni de la manie, ni de la mélancolie simples, ni de la manie et de la mélancolie dégénératives ».

Voici ce que dit Arnaud à ce sujet : « La phase mélancolique présente des troubles de nutrition intenses, beaucoup moins marqués dans les mélancolies simples : c'est à ce point que Ludwig Meyer considérait les doubles formes comme des trophonévroses..... D'autre part, les mélancoliques circulaires sont fréquemment irritables et malveillants : ces dispositions ne se retrouvent pas chez le mélancolique simple, ou elles y sont exceptionnelles. Enfin, la dépression mélancolique simple, sans délire, sans auto-accusation, n'est pas commune en dehors des accès périodiques, dans lesquels elle est, au contraire, presque de règle. »

Ce qui est vrai pour la mélancolie l'est aussi pour la manie. Les nuances acceptées par quelques auteurs, beaucoup plus d'impression que de fond, ne permettent pas vraiment de séparer la manie et la mélancolie simples des phases correspondantes de la folie périodique.

Variabilité du nombre des accès dans la mélancolie cyclique. — Le nombre des accès est extrêmement variable avec chaque malade : certains individus n'ont eu que 2 ou 3 accès de mélancolie bien caractérisée, alors que d'autres en ont eu 6, 8, 10, etc.

D'après des enquêtes très soigneuses, les cas de manie et de mélancolie pures sont rares (Claus, Lambranzi et Perazzolo).

D'après une statistique portant sur 181 cas de manie, de mélancolie et de folie à double forme, Régis a trouvé 134 cas de manie et de mélancolie n'ayant jamais récidivé, soit 74 p. 100, et 47 cas de manie, de mélancolie ou de folie à double forme ayant récidivé, soit 26 p. 100. Deny a reproché à cette statistique d'être rétrospective : parce que ses éléments ont été recherchés après coup : or, à côté des accès francs, il y a souvent, dans les intervalles, des petits états maniaques ou dépressifs, frustes ou atténués, qui échappent à toutes les investigations et aux enquêtes les plus sévères, parce qu'ils sont inconnus du malade, de son entourage et même du médecin spécialiste. Gilbert Ballet admet aussi que les accès uniques de mélancolie

sont en très petit nombre par rapport à ceux de la psychose périodique. Kraepelin a déclaré que sur 1.000 cas de manie observés par lui, tous, sauf un, ont récidivé.

Les formes atténuées des accès d'excitation et de dépression avaient été signalées par Griesinger et les deux Falret : tel malade catalogué mélancolique a été tout d'abord cru maniaque fruste, méconnu, et inversement la phase de dépression d'un maniaque a été mise sur le compte de l'originalité et de la misanthropie.

« Les accès de manie intermittente sont, en réalité, des accès maniaco-mélancoliques, mais à prépondérance maniaque, et les accès de mélancolie intermittente, des accès dépressifs maniaques, à prépondérance dépressive. »

A côté des types réguliers, il existe des types irréguliers : « soit qu'après une série d'accès mélancoliques survienne un accès maniaque, soit qu'à la suite d'une phase d'excitation continue ou intermittente apparaisse une période de dépression. »

Il paraît même établi que dans les périodes intercalaires des accès, il n'existe pas de retour à l'état normal; Deny, Gilbert Ballet le mettent en doute; Régis pense, au contraire, qu'il existe. Pour l'école allemande, il n'y a pas d'état mental parfait à aucun moment de la vie d'un maniaque dépressif.

D'après Kraepelin, *il n'y a pas de différence essentielle entre la manie et la mélancolie;* ces deux états sont identiques dans leurs caractères intimes ; ce sont les apparences d'un même fonds morbide. Ce sont des troubles d'hypoactivité : la manie n'est pas un signe d'action des processus psychiques supérieurs, ce n'est qu'une exagération de l'automatisme mental. En tout cas, il n'est pas rare de voir l'accès de mélancolie le plus typique précédé ou terminé par une phase d'hyperactivité. (Il est toutefois exagéré de la considérer comme une hyperactivité stérile; ces périodes-là peuvent être des périodes de production et de création intellectuelle. Si on envisage ces phases de surexcitation comme des ébauches d'accès maniaque, il me paraît excessif d'envisager toujours l'état intellectuel correspondant comme une simple exaltation de l'automatisme mental.)

Dans les deux cas, il y a paralysie psychique, dont l'un des principaux signes est la diminution de l'aperception. Pénible dans la dépression, l'attention est faible dans l'excitation. Il y a ralentissement dans l'association des idées : dans la manie elles manquent d'idée directrice, « le maniaque est plus riche de mots que d'idées » (Antheaume). Les perceptions sont fausses ou insuffisantes. Le monde extérieur ne se reflète dans le moi que d'une manière imprécise. Les sentiments affectifs sont diminués, ils sont déviés, et même

il peut y avoir une indifférence émotionnelle complète. L'exaltation de l'automatisme mental se traduit par le phénomène de la fuite des idées, l'agitation, l'état cœnesthésique anormal, les illusions ou les hallucinations, les idées délirantes, les idées fixes ou obsédantes, les impulsions motrices ou psychiques (colère, irritation, violence).

États mixtes. — On rencontre, chez certains malades, en même temps des phénomènes d'excitation et des phénomènes de dépression. La paralysie psychique est plus marquée dans la dépression, et l'exagération de l'automatisme dans l'excitation. On peut les ramener aux trois groupes suivants (Deny et P. Camus).

Premier groupe : mélancolie avec stupeur : l'agitation est marquée par les faits suivants : le malade quitte son lit, va et vient de tous les côtés, brise les objets qui l'entourent, lacère ses vêtements, sans proférer une parole.

Deuxième groupe : état mental du maniaque (fuite des idées, loquacité, agitation motrice). Humeur triste, sombre (colère).

Troisième groupe : idées mélancoliques, tristesse associée à une logorrhée et à un degré marqué d'agitation (plaintes, lamentations incessantes).

C'est en se basant sur l'ensemble de ces faits que Kraepelin a été amené à la conception de l'unité morbide de tous ces états sous le nom de *psychose maniaque dépressive*, que Deny et P. Camus définissent : « Une psychose constitutionnelle, essentiellement héréditaire, caractérisée par la répétition, l'alternance, la juxtaposition ou la coexistence d'états d'excitation et de dépression. » La psychose maniaque dépressive ne serait que l'exagération de la cyclothymie, sur la description de laquelle je ne reviens pas, puisque j'en ai rappelé les caractères au chapitre de la neurasthénie. (Voy. p. 249.) Plus d'une fois les accès de dépression légère ont été, en effet, confondus avec elle.

En résumé, la mélancolie simple est beaucoup plus rare que la mélancolie récidivante; mais tous les cas de mélancolie récidivante appartiennent-ils à la psychose maniaque dépressive ? Kraepelin et ses élèves disent oui, tandis que d'autres psychiatres ne voient pas forcément dans le retour de l'accès mélancolique un nouveau chaînon de la folie circulaire. Tous admettent l'existence de la folie intermittente, et les divergences qui séparent les uns et les autres ne portent pas sur son existence, mais sur sa fréquence et sur la classification nosologique des états mélancoliques. La place de la mélancolie d'involution est elle-même assez indécise. Par contre, la terminaison possible d'un accès de mélancolie par une phase d'excitation n'est discutée par personne et c'est une donnée qui n'est pas

sans importance au point de vue pratique. Il faut se méfier enfin des états mélancoliques qui précèdent la paralysie générale (Ballet).

II. — PSYCHOTHÉRAPIE APPLIQUÉE A LA MÉLANCOLIE

« Je ne sache pas que par la psychothérapie, quelle qu'en soit la forme, ou par tout autre moyen, on ait jamais abrégé d'une heure la durée de l'accès de dépression périodique le plus léger, pas plus que celle de l'accès de folie à double forme. » (Gilbert Ballet.) « Ni les agents médicamenteux, ni les pratiques hydrothérapiques, ni même la psychothérapie la plus rationnelle et la plus méthodique ne sont, en réalité, capables d'arrêter ou de modifier l'évolution d'un accès maniaco-dépressif. Comme l'a fait remarquer depuis longtemps Falret, lorsque ces moyens paraissent avoir eu une action efficace, c'est à la période de déclin, et l'on peut alors se demander si la diminution est due, dans ces circonstances, à l'influence du traitement ou à la décroissance prévue et à la marche naturelle de la maladie. » (Deny.) « A toutes les périodes de la mélancolie, mais principalement à la période de convalescence, traitement moral, capital dans la mélancolie, et consistant surtout dans l'action psychothérapeutique du médecin et de ses aides, et dans l'exécution de tout un programme, judicieusement combiné, suivant chaque cas, d'occupations et de distractions. Transfèrement, au moment voulu, des malades dans les quartiers de convalescence. Permissions et sorties d'essai. Médication tonique et reconstituante. » (Régis.) Ces trois opinions, et surtout les deux premières qui sont empreintes du même pessimisme vis-à-vis de la psychothérapie, résument assez bien l'opinion qu'on doit se faire sur le traitement psychique de la mélancolie.

La nature même de la maladie, les éléments constitutifs du syndrome (concentration du malade sur lui-même, son isolement plus ou moins complet, la diminution de la sensibilité psychique et physique, expliquent suffisamment pourquoi la psychothérapie ne peut prétendre à aucune action curative. On a dit que dans la mélancolie la vision mentale était affaiblie ou supprimée : la même remarque s'applique à l'audition mentale. Les mélancoliques sont des êtres fermés aux vibrations du dehors, ils vivent en dedans d'eux-mêmes, ce sont des isolés. La suppression ou la réduction des relations avec leurs semblables rend, pour ainsi dire, impossible toute espèce d'intervention psychique, qu'il s'agisse de suggestion à l'état d'hypnose ou à l'état de veille, ou de méthodes persuasives, bien que quelques auteurs aient prétendu obtenir des résultats par l'une ou l'autre de ces méthodes.

Suivant l'observation judicieuse de Deny et P. Camus, la psychothérapie ne semble avoir une influence réelle sur la marche de la maladie qu'à sa période de déclin; encore ce ne peut être qu'une apparence, et il est difficile de faire, dans les résultats obtenus, la part de l'évolution naturelle de la maladie et celle de la thérapeutique. Cependant, en s'appuyant sur l'observation d'un grand nombre de malades, on est amené à reconnaître que, livrés à leurs propres moyens, les malades recouvrent moins rapidement leur activité, leur initiative, leur volonté, et qu'ils paraissent bénéficier d'un entraînement méthodique et progressif. Le médecin qui prend en main le traitement des mélancoliques à cette période de la maladie passe facilement pour le médecin guérisseur, et, s'il n'est instruit de la marche habituelle des événements, il se fait illusion à lui-même et s'imagine avoir provoqué une guérison dont il a tout au plus précipité le dénouement.

Il y a des degrés dans la mélancolie : depuis la simple dépression mélancolique jusqu'à la mélancolie avec délire de négation, il y a de nombreux intermédiaires. Or, si tous les malades, à peu d'exceptions près, affirment que l'état dans lequel ils sont plongés n'est pas de la maladie et n'est pas du ressort du médecin, ou bien, dans le cas où ils acceptent encore l'idée de maladie — et ce n'est généralement qu'à la période d'invasion, — que leur cas est exceptionnel et que le médecin ne l'ayant jamais encore observé ne peut rien pour eux, il n'en résulte pas qu'ils offrent tous la même résistance à la thérapeutique et aux influences du dehors. Les déprimés simples, que l'on prend couramment pour des neurasthéniques, parfois même les mélancoliques, dont le délire est relativement calme, ont conservé une certaine suggestibilité que l'on peut habilement exploiter pour leur direction et pour l'exécution d'actes, qu'ils auraient négligés d'eux-mêmes par manque d'initiative ou de décision. Il y a donc manière de prendre le malade et rien ne démontre mieux le rôle de ce savoir faire que la différence des résultats obtenus par deux ou plusieurs infirmiers auprès du même sujet. Le personnel soignant a peut-être encore plus d'importance que le médecin.

1°. — Psychothérapie proprement dite.

Quelle conduite doit donc tenir le médecin ? Elle n'est pas tout à fait la même suivant que la maladie bat son plein, qu'elle en est encore au début ou à la phase terminale.

A la période d'invasion, lorsque l'idée de maladie n'est pas exclue par le patient, et qu'il est encore accessible aux voix du dehors, on

peut le réconforter en le raisonnant doucement, en lui exposant qu'il se trompe et qu'il est victime de ses illusions, que certainement il se guérira. Il entend, à la rigueur peut-être écoutera-t-il la bonne parole, mais il ne s'en souvient guère, et le médecin n'a pas tourné les talons qu'il est revenu à ses idées : quelques-uns, cependant, sont momentanément soutenus par les encouragements qu'on leur prodigue, et quelque éphémère qu'elle soit, cette satisfaction ne doit pas être négligée. D'autres malades nous diront : vous ne savez pas ce que je souffre, vous ne comprenez pas ce que j'éprouve : je ne suis pas malade, vous ne pouvez rien pour moi ; tout ce que vous me dites n'entre pas, ça ne tient pas..... Cependant, si l'on met à profit l'expérience que l'on a tirée de l'observation des autres malades et si, avant qu'ils n'aient exposé dans les moindres détails leurs souffrances, leurs idées, leurs impressions, le médecin leur prouve qu'il est au courant de leur état, qu'il le comprend, qu'il a vu d'autres malades comme eux, et que leur cas n'est pas exceptionnel, ils prennent momentanément confiance et accordent à celui qui les soigne quelque autorité. Évidemment elle n'arrêtera pas le cours de la maladie, mais n'est-ce pas notre devoir, si minimes que soient les chances, et si fugitif que soit le profit, de leur apporter un soutien moral.

Lorsque l'accès est léger et qu'il ne s'agit que de dépression simple, on peut ainsi acquérir un certain ascendant sur les malades, surtout si on les prend par la douceur, si on évite de les brusquer, si on cherche davantage à leur donner une direction qu'à leur imposer une domination. On réussit à réglementer leur existence, à les occuper, à leur faire prendre le repos et l'exercice nécessaires ; la reconnaissance que témoignent les malades au moment de la guérison est la meilleure preuve que toutes les attentions qu'on a eues pour eux ne sont pas inutiles. La reconnaissance de tels malades est, d'ailleurs, souvent facile à conquérir, la plupart se dénigrent, beaucoup se jugent indignes et méchants, et quelques-uns font valoir les bons soins qu'on leur prodigue afin de mieux faire ressortir leur infériorité : on les réconforte momentanément en les relevant à leurs propres yeux. Dans les formes les plus légères, l'assurance de la guérison peut être un soutien précieux.

Lorsqu'on se trouve en présence de mélancoliques qui sont en pleine période de maladie, ou de mélancoliques délirants, la psychothérapie est inutile ; cela n'empêche pas de traiter les malades avec beaucoup de douceur et d'égards, de commisération. Une insistance tout à la fois tenace et discrète viendra plus facilement à bout de leur inertie et de leur résistance qu'une autorité

brutale et comminatoire; on obtiendra ainsi des malades qu'ils s'alimentent, qu'ils se lèvent, qu'ils fassent leur toilette, etc.

Il est préférable de ne pas discuter sur les idées délirantes et d'essayer de convaincre les malades; c'est perdre son temps; je ne fais pas allusion, bien entendu, aux malades anxieux, atteints d'idées de damnation, de négation, etc..., mais aux malades, dont les idées délirantes sont moins profondément enracinées ou leur laissent encore des moments de lucidité parfaite, pendant lesquels ils peuvent parler et discuter d'autre chose que de leur maladie. On en voit ainsi qui conservent presque indéfiniment, comme reliquat d'un accès de mélancolie anxieuse, deux ou trois idées délirantes qu'ils ressassent continuellement, et le fait paraît plus habituel pour la mélancolie dite d'involution sénile. Voici par exemple un homme âgé de soixante-cinq ans qui, après avoir eu des idées de ruine et de culpabilité très accentuées pendant la période d'agitation anxieuse de la maladie, a attribué l'état dans lequel il est tombé à une syphilis, dont il ne peut d'ailleurs se rappeler ni la date de début, ni les accidents initiaux. C'est, avec quelques moments d'excitation et de violence, à peu près la seule idée délirante que lui ait laissé la maladie. Il l'a contractée naturellement par sa faute, en faisant des saletés avec des femmes de mauvaise vie. C'est pourquoi il ne voit plus, sa bouche s'est agrandie jusqu'aux oreilles, il perd toutes ses dents, sa langue est rongée, il ne peut plus manger, ni parler, il n'a plus d'anus, il n'entend plus, il ne peut plus marcher; malgré cela, il mange bien, il parle correctement, toutes ses fonctions sont normales, etc... Sorti de ses idées, il est correct, il juge et raisonne fort bien. Si l'on discute sur ses idées délirantes, il commence par répondre au médecin que sa syphilis ne lui est pas inconnue, mais qu'il ne veut pas le lui dire. Celui-ci a beau lui objecter que s'il avait une telle opinion, il lui ferait un traitement en conséquence, il n'en veut rien croire, il s'excite, il s'agite, il devient violent. Au contraire si on s'abstient de discuter et si on essaie de tourner la conversation, il se contient et sort plus rarement de son calme. Si l'on a recours à l'autorité pour lui faire exécuter tel ou tel acte, il se révolte; au contraire si on le prend doucement, il finit par se soumettre.

La mélancolie se complique encore chez quelques malades d'idées de persécution ou de jalousie qui subsistent de même que les idées de négation, alors que l'anxiété ou la dépression ont déjà presque complétement disparu; c'est par exemple l'histoire d'une femme de cinquante ans qui accuse son mari de s'être remarié et de disposer de sa fortune avec sa nouvelle femme; elle renouvelle régulièrement

tous les jours la même accusation, mais sans la moindre émotion, en quelque sorte par habitude, par manie. A quoi bon raisonner de tels malades, on ne les convaincra jamais, on risque tout au plus de les surexciter et de fixer davantage leurs idées. Il est préférable au contraire d'attirer leur attention ailleurs et de les entretenir de sujets plus indifférents. J'ai choisi ces deux exemples, parce qu'il s'agit de malades qui, malgré la persistance d'idées délirantes, ont conservé ou récupéré une partie de leur lucidité, et pour mieux démontrer l'inanité de toute tentative de thérapeutique persuasive au sujet de leurs idées fausses.

Il est également préférable de ne pas discuter sur les sensations qu'éprouvent les malades et surtout de ne pas en nier l'existence ou l'acuité.

Il ne faut pas mettre en doute leur sincérité ; ils souffrent et ils sont plus à même d'apprécier leurs souffrances que n'importe qui, le médecin est aussi mal fondé à méconnaître ce qu'ils sentent que le malade à interpréter son état. Ce sont des êtres dignes de commisération, et ce serait injuste de la leur marchander.

Bien que, dans la presque totalité des cas—il n'y a peut être que les cas les plus légers de dépression mélancolique qui échappent à cette règle — la psychothérapie sous toutes ses formes n'ait aucune action ni sur le moral des malades ni sur l'évolution de la maladie, il ne faut pas moins agir vis-à-vis d'eux comme s'ils devaient tirer un soulagement réel de notre présence, de nos encouragements et de notre bienveillance. En dehors de cela, notre rôle se borne à diriger l'hygiène des malades et à nous assurer de la tenue et du dévouement du personnel attaché à leur garde et à leur surveillance. C'est en cela surtout que consiste le traitement des mélancoliques ; ce sont des malades qui sont particulièrement pénibles pour leur entourage, à cause de leurs plaintes, de leur inertie et de leur résistance, de leur négligence, et il ne faut placer à côté d'eux que des infirmiers dont la conscience, la patience, et le dévouement ont été scrupuleusement éprouvés.

Ces recommandations sont encore plus indispensables pour ceux qui sont tourmentés par les idées de suicide et qui ont besoin d'une surveillance ininterrompue, pour ceux qui sont dans la stupeur et chez lesquels il y a suspension de tous les modes d'activité.

A la phase de déclin de la maladie, les infirmiers peuvent encore seconder le médecin et contribuer avec lui à la rééducation progressive du malade, en le poussant à agir, en développant son initiative et en le dirigeant intelligemment dans ses premiers efforts.

L'accès de mélancolie se termine souvent par une phase d'exci-

tation, pendant laquelle une activité exagérée succède à la dépression; cette hyperactivité n'est pas toujours sans inconvénient et le médecin devra s'évertuer à la refréner avec autant d'habileté et de ménagement, qu'il a mis d'empressement et de persuasion dans la période d'entraînement.

L'inutilité des voyages et des distractions, conseillés dans divers traités, est aussi grande que celle de la psychothérapie proprement dite. Comment proposer des distractions à des malades, qui sont incapables de fixer leur attention au dehors et dont la marque principale est d'être toujours concentrés sur eux-mêmes. Les voyages ne peuvent être tout au plus recommandés que dans les cas les plus légers de dépression, et encore c'est une mesure plus propre à satisfaire les familles qui désirent dissimuler la maladie qu'à procurer un bien-être quelconque aux malades.

2°. — Isolement et internement.

Une des questions principales qui se posent vis-à-vis de tels malades a trait à l'endroit dans lequel ils doivent être traités. Convient-il de les laisser dans leur famille, ou de les isoler et en dehors de chez eux; dans quels cas doivent-ils être internés?

Quel que soit le système adopté par le malade et sa famille, l'isolement est toujours indiqué, pour les diverses raisons déjà rappelées plus haut et davantage encore pour la suivante : le mélancolique, surtout dans la mélancolie simple ou avec conscience, est un être qui souffre beaucoup par lui-même, mais beaucoup aussi par comparaison avec les autres êtres; la société doit donc être réduite au minimum, les visites sont inutiles et les tentatives de distraction tout à fait inopportunes.

Si le malade trouve chez lui les conditions de calme, de repos, nécessaires à son état ; si son entourage comprend tout ce que sa situation a de douloureux et de pénible, et est capable de lui manifester la patience, le dévouement et la surveillance nécessaires, il est inutile d'isoler le malade dans une maison de santé.

Supposons, au contraire, qu'il s'agisse d'un mélancolique déjà un peu plus agité, plus anxieux, manifestant par intervalles quelques idées de suicide : la séparation du milieu et l'isolement dans une maison, où le malade trouvera des infirmiers spécialement dressés, seront préférables, d'autant plus que les parents perdent très vite toute espèce d'autorité; ou bien ils sont trop timorés, ou bien ils ne sont pas assez patients.

L'agitation, inévitable dans une maison privée, est toujours mau-

vaise ; elle surexcite les malades et contribue parfois à alimenter leurs idées délirantes.

Les familles refusent rarement d'avoir recours à cette mesure, qui a en outre pour avantage de soustraire le malade aux indiscrétions de l'entourage ; mais faut-il encore que le malade y consente, c'est pourquoi on ne devra pas tarder à lui donner ce conseil et à le lui faire accepter, avant qu'il ne soit devenu incapable de se décider.

Pour les mélancolies avec stupeur il n'y a pas à hésiter ; l'inactivité absolue de ces malades oblige les familles à s'entourer d'un personnel qui veille aux actes indispensables, soins de propreté, fonctions, alimentation, etc... Le placement dans une maison de santé s'impose d'autant plus que les familles s'impressionnent d'un état si lamentable et que, d'autre part, une surveillance très étroite vis-à-vis des malades et du personnel infirmier est nécessaire.

En somme, l'isolement n'est plus ici une mesure de psychothérapie ; il ne renforce ni ne favorise l'intervention psychique du médecin, qui est nulle ou à peu près nulle ; c'est une mesure de préservation, d'hygiène, de commodité, que les familles acceptent d'autant plus volontiers qu'elles demeurent rapidement impuissantes auprès de leurs malades, et qu'elles préfèrent qu'on ignore le degré de déchéance dans lequel ils sont tombés.

L'isolement dans une maison libre n'est pas une mesure qui s'applique à tous les malades ; et pour ceux qui sont susceptibles de devenir dangereux pour eux-mêmes — ils le sont rarement pour les autres — parce que anxieux, délirants, poursuivis par des idées de suicide ou ayant déjà esquissé des tentatives, l'internement est une mesure de nécessité, à laquelle on ne saurait se soustraire. Ceux qui ayant été placés dans une maison libre au début de leur maladie, alors que l'accès n'était pas encore définitivement qualifié, sont justiciables de la même mesure, lorsqu'ils entrent dans la grande mélancolie anxieuse ou délirante, et c'est une lourde faute que commettent les directeurs de maisons libres, en abritant ces malades, sur lesquels ils sont pratiquement obligés d'exercer une surveillance et une contrainte, auxquelles ils ne sont pas autorisés par la loi. Il faut savoir résister aux sollicitations des familles qui insistent d'autant plus pour le maintien dans la maison libre, que la maison d'aliénés ou maison de fous jette toujours une certaine déconsidération sur ceux qui y ont fait un séjour.

Il y a dans l'évolution de la mélancolie deux faits importants qu'il ne faut pas perdre de vue : 1° la possibilité e la récidive ; 2° la

succession d'une période d'agitation maniaque ou d'excitation à la période de mélancolie.

Il ne faut donc pas considérer les malades comme définitivement guéris, parce que la dépression et les idées mélancoliques ont disparu : ils sont encore à surveiller. On peut ainsi les empêcher de se fatiguer inutilement ou de se jeter dans des entreprises dangereuses.

Si d'autre part la maladie est sujette à la récidive, et si les émotions ont joué parfois un rôle réel dans le retour des accès, il est prudent de soustraire les malades à leur mauvaise influence. Mais, il faut bien l'avouer, on reste le plus souvent désarmé contre la courbe inéluctable de la mélancolie cyclique.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DES CŒNESTOPATHIES

Sous ce nom Dupré et Paul Camus désignent les troubles de la sensibilité commune ou interne, « c'est-à-dire les troubles de ces sensations qui arrivent incessamment au cerveau de tous les points du corps et qui, à l'état normal, ne s'imposent à notre attention par aucun caractère particulier, soit dans leur intensité, soit dans leur mentalité ». Ces troubles se rencontrent au cours de diverses affections mentales et y acquièrent une intensité variable suivant les cas : mais ils peuvent également se montrer à l'état isolé, en dehors de tout autre trouble mental ou neurasthénique, ce sont les cœnestopathies proprement dites. En réalité, elles se confondent avec les *topoalgies* de Blocq (1891) et avec les *algies centrales* ou *psychiques* de Huchard (1893).

Ces sensations se localisent en des points différents : la tête, le thorax, l'abdomen, la peau, tout un côté du corps, la face, le cou, le coccyx, les globes oculaires, la cavité buccale, le pharynx, etc.; la tête est peut-être une des régions les plus fréquemment atteintes.

Elles ne correspondent à aucune zone de distribution nerveuse, périphérique, radiculaire ou centrale, et ne s'exaspèrent pas par le tact ou la pression : suivant la remarque de Dupré et Camus elles sont ordinairement plus pénibles que douloureuses; cependant la douleur est parfois manifeste comme dans la coccygodynie, la glossodynie; elles sont difficiles à définir. Tandis que les malades accusent ces sensations, ils se plaignent parfois de sentir moins ou différemment les régions qui en sont le siège : « Celles-ci sont allongées ou raccourcies, alourdies ou allégées, déformées ou déplacées; la température en est modifiée, les fonctions sont arrêtées ou perverties. »

Elles sont fixes, tenaces, persistantes. Elles entraînent des réactions qui varient suivant les individus ; en tout cas la neurasthénie, qu'elle soit primitive ou secondaire, leur est très fréquemment associée.

Il ne faut pas les confondre avec les algies des hystériques ou neurasthéniques qui seraient, au contraire, « essentiellement modi-

fiables par la thérapeutique analgésique, locale, ou générale, par les émotions, les suggestions et la psychothérapie ». (Dupré et Camus.)

Les cœnestopathes diffèrent des hypocondriaques, parce qu'ils ne délirent pas et qu'ils ne donnent pas de leur mal une interprétation surnaturelle ou extranaturelle. Ils espèrent guérir et c'est pourquoi ils vont consulter le médecin dont ils acceptent les encouragements. Ils n'en sont pas moins, de par leur hérédité plus ou moins chargée et de par leur constitution, des êtres anormaux, dégénérés.

Les algies centrales ou cœnestopathies sont extrêmement rebelles à toute thérapeutique, et la psychothérapie n'a guère plus de prise sur elles que les moyens physiques ou médicamenteux. Il n'en est pas de même sur l'état neurasthénique qui les accompagne et qui peut être modifié : et encore cela n'est pas constant, j'ai vu des malades réfractaires à toute espèce de thérapeutique. Il y a des algies qui passent par des alternatives d'atténuation et d'aggravation. Il y en a qui durent presque indéfiniment. En tout cas il faut mettre de tels malades en garde contre les interventions chirurgicales dont les résultats sont nuls ou néfastes.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT DES INTOXICATIONS — TOXICOMANIES

Les seules intoxications qui regardent le psychothérapeute sont celles qui sont voulues ou consenties par l'intoxiqué : ce sont par exemple l'*alcoolisme* et les *toxicomanies*.

Du premier je n'ai pas à m'occuper ; la lutte contre l'alcoolisme ne sera en effet efficace que si les pouvoirs publics s'allient avec le médecin pour prendre les mesures nécessaires. Nous n'en sommes pas encore là ; c'est une question d'hygiène qui n'est pas près d'être résolue, tant que l'alcoolisation des masses sera, en pratique, une des conditions fondamentales des élections. Le médecin peut sermonner l'alcoolique, lui affirmer que l'alcool est un poison, lui exposer tous les dangers qu'il lui fait courir, il ne supprimera le poison que dans les moments où il le tiendra, à la chambre ou dans la salle d'hôpital, pour l'un quelconque des accidents qu'engendre l'intoxication. Mais qui a bu boira et le proverbe demeure malheureusement toujours vrai. Il l'est également pour la plupart des individus qui font usage de poisons sous une forme quelconque, par habitude, par manie, qu'il s'agisse de morphine, de cocaïne, d'héroïne, d'éther etc ..., c'est-à-dire pour les toxicomanes. Les accidents produits par ces diverses intoxications entraînent parfois une telle déchéance physique et sociale que le médecin est appelé à intervenir. Il se trouve en présence d'individus d'une mentalité si spéciale, et les précautions qu'il doit prendre pour pratiquer les cures de désintoxication sont telles qu'il me paraît utile de rappeler dans les grandes lignes, la conduite qu'il doit adopter, au moins en ce qui concerne la plus répandue des toxicomanies, c'est-à-dire la morphinomanie.

MORPHINOMANIE.

L'intoxication par la morphine entraîne le besoin irrésistible et permanent d'y avoir de nouveau recours et, à côté des accidents psychiques déterminés par le poison lui-même ou morphinisme, s'ajoute un état mental spécial caractérisé par ce besoin impulsif,

désigné sous le nom de morphinomanie. Contre les troubles psychiques dus à l'intoxication elle-même le psychothérapeute reste désarmé : en est-il de même contre la morphinomanie ?

Les dangers de la morphine proviennent de ses propriétés physiologiques, et avant tout des perturbations qu'elle apporte dans le domaine de la sensibilité : à celui qui souffre elle enlève la douleur ; à tous elle procure un sentiment de bien-être et d'énergie, qui explique suffisamment pourquoi elle est recherchée avec tant d'avidité par ceux qui en ont goûté une première fois.

La morphinomanie, au sens propre du mot, est relativement récente, mais elle existait même avant la découverte de la morphine, dans les pays orientaux, en Chine, dans l'Inde, la Perse, la Turquie, en somme dans tous les pays où l'opium est répandu et le papaverum cultivé. Les morphinomanes y ont été précédés par les opiophages et les fumeurs d'opium, et l'intoxication par l'opium y est aussi répandue que l'intoxication tabagique en Europe. Fort malheureusement beaucoup de coloniaux et de marins, qui ont parcouru ces pays, ont rapporté avec eux la mauvaise habitude qu'ils y ont contractée ; c'est ainsi que dans plusieurs ports européens se sont installées les fumeries d'opium qui peuvent devenir un danger social. Elles se sont mêmes répandues dans les villes du centre et dans la capitale.

La découverte de la morphine (1816), la facilité avec laquelle on peut l'utiliser par la voie hypodermique grâce à la seringue de Pravaz, la vulgarisation de ses applications médicales dans le traitement des affections douloureuses ont largement contribué à développer la morphinomanie ; on peut dire qu'aujourd'hui il est plus facile en France de s'intoxiquer avec la morphine que de se procurer de l'opium. Il n'en serait peut-être pas ainsi si les médecins n'avaient pas abusé de la morphine, et si les pharmaciens, plus scrupuleux observateurs des lois qui règlementent l'exercice de leur profession, ne délivraient pas ce précieux produit inconsidérément et sans ordonnance. Il n'y a aucun doute que médecins et pharmaciens ont largement contribué à propager la morphinomanie. Les pouvoirs ont également leur part de responsabilité : la quantité de morphine qui est consommée chez nous n'est pas entièrement fabriquée en France : la morphine étrangère, et en particulier celle d'Allemagne et d'Angleterre, y est consommée sur une large échelle.

Morphinisme. — Les premiers effets de la morphine sont agréables, ce sont un sentiment de bien-être, d'euphorie, une certaine stimulation intellectuelle particulièrement douce ; mais ils

sont de courte durée, et pour se prolonger ou réapparaître ils exigent une nouvelle dose. Or, avec le temps, la dose initiale devient insuffisante et peu à peu la dose quotidienne doit augmenter. C'est ainsi que se produit progressivement l'intoxication, qui se traduit, en dehors de l'état mental, par trois ordres de troubles que je rappelle brièvement : 1° *des troubles sensitifs* (anesthésies, hyperesthésies, paresthésies ; perte d'appétit et frigidité génitale); 2° *des troubles moteurs* (faiblesse générale, tremblement, affaiblissement du tonus, incoordination, asthénie cardiaque, faiblesse des sphincters, parésie de l'accommodation, spasmes viscéraux); 3° *des troubles vaso-moteurs* (diminution des sécrétions salivaire, sébacée, gastrique et pancréatique; suppression du flux menstruel..., de la sécrétion urinaire, albuminurie).

Au point de vue psychique, on observe un bouleversement complet des facultés intellectuelles et morales. L'énergie diminue, la volonté faiblit. Dans les actes même les plus importants le morphinomane manifeste une indifférence qui contraste avec l'intérêt, l'entrain, la satisfaction qu'il y mettait autrefois. Il ne prend souvent qu'une part factice à la vie des êtres qui devraient lui être les plus chers. Il n'y a pas seulement dans cette manière d'être un manque de volonté ou d'énergie : ce sont déjà les indices d'une perturbation profonde du sens moral. Les individus les plus scrupuleux et les plus sincères deviennent menteurs, voleurs même quelquefois. Et leurs mensonges ne visent pas seulement leur vice et ses conséquences, les doses de morphine, mais encore les sujets les plus variés. Ils se mentent à eux-mêmes comme aux autres, si bien qu'ils ne savent plus où se trouve la vérité. L'intelligence finit elle-même par céder, la mémoire est difficile, l'évocation des souvenirs pénible, et l'intoxiqué tombe dans une torpeur de plus en plus profonde.

A cette période, l'euphorie qui suit chaque injection est de courte durée; le morphinomane devient triste, il est inquiet, le découragement peut aller jusqu'à l'anxiété avec idées de suicide.

En un mot il n'a plus aucun caractère ; il n'est capable d'aucun acte de courage et en particulier de celui de se soigner, car il n'ignore pas ce qui l'attend, s'il se décide ou plutôt si on le décide à rompre avec cette fâcheuse manie.

Abstinence. — Il sait par ouï-dire les angoisses terribles que lui réserve l'abstinence ; il en a déjà un avant-goût dans les sensations qui l'amènent à répéter et à multiplier les injections. Celui qui a suivi de près une cure de démorphinisation comprend aisément pourquoi les morphinomanes reculent de jour en jour

cette échéance. Avec l'abstinence apparaissent le sentiment d'anéantissement absolu, la fuite de l'énergie, la défaillance totale si angoissante, accompagnée de douleurs vives dans le ventre, avec vomissements, diarrhée, sueurs abondantes, l'insomnie. Ce sont des plaintes, des supplications pour qu'on lui rende le poison, quelquefois du délire pouvant aller jusqu'aux hallucinations, à l'homicide et au suicide. Le cœur lui-même peut faiblir, le pouls se ralentit et s'affaiblit ; l'asthénie cardiaque peut aller jusqu'au collapsus ou à la syncope ... sans compter, suivant la cause de la morphinomanie, le réveil de la douleur.

Cure de démorphinisation. — La connaissance des symptômes d'abstinence règle en quelque sorte la conduite que le médecin doit tenir vis-à-vis de tels malades.

Que peut-on attendre de la psychothérapie persuasive en présence d'un individu qui n'est plus capable d'être sincère ? Rien.

Prétendre guérir un morphinomane en lui révélant les dangers qu'il court, en lui rappelant le degré de désagrégation morale qu'il peut atteindre, c'est peine perdue. Quelque affiné que soit le talent de celui qui persuade, il n'est pas de taille à lutter contre l'impulsion vicieuse du morphinomane, contre ses hypocrisies, son manque de volonté et d'énergie, les appréhensions des souffrances que provoque l'abstinence et surtout les tares mentales qui l'ont prédisposé. Lui demander de s'assagir, de supprimer la morphine, c'est lui demander un acte de haute énergie dont il est absolument incapable. La psychothérapie ne peut rien, du moins à elle seule, pour démorphiniser un malade ....

Nécessité de l'isolement. — Le traitement de la morphinomanie ne saurait donc être tenté en cure libre, c'est-à-dire le malade étant chez lui et jouissant de sa liberté. On peut même affirmer que, dans la très grande majorité des cas, il est impossible de traiter un morphinomane à son domicile avec une surveillance constante et très étroite, car il est assez habituel que dans son entourage immédiat il ait des complices, et on ne peut garantir qu'une fois la morphine et la seringue supprimées, il ne puisse s'en procurer d'un autre côté. Les morphinomanes sont des êtres très habiles et rusés, qui ont à leur disposition une ressource presque inépuisable de trucs, qui leur permettent de tromper leur entourage et à plus forte raison le médecin.

C'est donc en dehors de chez eux, dans une maison de santé et sous la surveillance d'un personnel spécialement éduqué, qu'il convient de pratiquer la cure de démorphinisation.

Le plus difficile est de décider les malades, d'autant plus qu'on

les soigne dans une maison où ils entrent librement et dont ils peuvent sortir dans les mêmes conditions : il est quelquefois aussi difficile de les y maintenir. On ne peut en effet faire entrer dans les maisons fermées ou à l'asile que les malades dont les troubles psychosensoriels sont tels qu'ils sont susceptibles de devenir dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres.

Le malade doit être surveillé dès son arrivée à la maison de santé : il est introduit dans une chambre avec ses vêtements et ses bagages. Il est invité à se déshabiller et à se mettre en chemise, sous la surveillance d'un infirmier ou même du médecin ; il est alors conduit dans la chambre où il doit subir sa cure. En procédant ainsi on peut être certain qu'il y a pénétré sans seringue ou sans morphine, surtout, si après l'avoir fait coucher, on pratique le toucher rectal chez l'homme, le toucher vaginal chez la femme. Cette précaution n'est pas inutile, puisque dans quelques cas elle a permis de trouver le corps du délit. Enfin chez la femme la coiffure devra être également explorée. On fouille ensuite tous les vêtements, objets de toilette, et on ne laisse à la disposition du malade que le strict nécessaire.

Je n'insiste pas sur le traitement préalable et le régime auxquels il convient de soumettre les malades avant de commencer la cure ; le régime lacté et les alcalins (eau de Vichy) sont ordinairement prescrits.

On peut supprimer la morphine lentement, rapidement, ou brusquement ; les procédés de démorphinisation lente sont eux-mêmes assez nombreux, et dans cette méthode, la durée de démorphinisation varie de plusieurs jours à plusieurs semaines.

Je ne puis entrer dans les détails techniques de chaque méthode, qui n'ont avec la psychothérapie proprement dite que des rapports assez éloignés : qu'il suffise de rappeler que la méthode de suppression brusque, qui consiste à enlever d'un seul coup toute la morphine est dangereuse quand on s'adresse à des morphinomanes, affaiblis, cachectiques ou habitués à de très fortes doses de morphine. Les méthodes de suppression lente, surtout préconisées chez les sujets alanguis et cachectiques, ont aussi leurs inconvénients ; elles prolongent inutilement une période d'énervement, pendant laquelle la patience se lasse et s'épuise. C'est plutôt à une méthode mixte, progressive et rapide, qu'il convient d'avoir recours ; on supprime ainsi la morphine en huit à douze jours (méthode d'Erlenmeyer).

Il est utile d'être fixé sur la dose de morphine qu'injectent les malades, et c'est un point sur lequel il est rare qu'on soit exactement renseigné. Les malades dissimulent la vérité ou l'ignorent même

quelquefois. S'appuyant sur ce fait que le plus grand nombre absorbent une dose plus considérable que celle qui leur est nécessaire, beaucoup de médecins commencent par supprimer dès le premier jour la moitié de la dose indiquée. A mon avis, à la condition que le malade soit placé sous une surveillance continuelle et scrupuleuse, et que l'on puisse évaluer la dose consommée dans les vingt-quatre heures, il est plus simple de lui faire le premier jour les injections qu'il réclame sous le prétexte qu'il est encore en observation. C'est sur cette dose que porte ensuite la réduction progressive.

Cependant il faut rester en deçà de la dose que le malade a déclarée, au préalable, être sa dose quotidienne.

Dans les méthodes de démorphinisation progressive et rapide, la réduction peut porter soit sur le nombre des injections, soit sur le titre de la solution. Quelle que soit la méthode employée, il faut régler les injections de telle sorte qu'elles précèdent au moins les heures de repas et celles de la nuit, de façon à ne pas compromettre l'appétit et le sommeil.

On peut, comme dans la méthode d'Erlenmeyer, supprimer dès le premier jour la moitié de la dose et procéder ensuite de la même manière tous les six jours ou tous les deux jours. Le sevrage complet peut être ainsi obtenu dans un délai qui varie de huit à dix jours. Mais ce n'est que de la théorie ; en pratique il faut savoir louvoyer et s'adapter aux circonstances, diminuer davantage à un moment, moins à un autre ; et puis, il y a une condition très importante à laquelle on doit avoir égard, c'est la dose initiale de morphine. Il y a des morphinomanes qui n'injectent que quelques centigrammes de morphine : il y en a aussi qui dépassent le gramme de beaucoup.

Le malade doit être réconforté, dans les moments de faiblesse et de découragement, par le médecin et par des gardes intelligents qui lui rappellent sans cesse l'utilité et la nécessité du sevrage, et qui se rendent sympathiques en manifestant une sincère commisération, d'autant plus qu'à ce moment le morphinomane est réellement à plaindre. Il faut également soutenir les malades physiquement ; souvent on doit lutter contre l'asthénie cardiaque et dans ce cas le sulfate de spartéine, en injections sous-cutanées, rend les plus grands services. Les bains, les douches tièdes ou chaudes contribuent à diminuer les douleurs et les crampes : je ne crois pas devoir insister sur cette partie de la cure, je rappelle seulement qu'il ne faut négliger aucun des moyens susceptibles d'atténuer les effets de l'abstinence.

Au cours de la cure, le malade se renseigne souvent sur la dose injectée ; il est préférable de ne pas le tromper au début, surtout si la cure doit se prolonger plusieurs jours ; on peut, à la fin, se dispenser de lui dire la vérité et supprimer complètement ce qui reste, tout en lui laissant croire qu'il en absorbe encore quelques centigrammes.

La convalescence est encore plus longue que la cure. Il faut un certain temps au malade pour reprendre ses forces et son poids (qui a toujours fléchi dans de larges proportions) ; plus de temps encore lui est nécessaire pour qu'il perde l'envie, le goût et le désir de la morphine, pour redevenir lui-même et retrouver sa personnalité. C'est pourquoi l'isolement ne devra être rompu et le malade rendu à la liberté qu'après avoir achevé sa métamorphose. Il faut compter au moins six semaines ou deux mois, pendant lesquels il sera progressivement entraîné, occupé, distrait, moralement réconforté. Le séjour dans la maison de santé terminé, il ne sera pas livré immédiatement à lui-même : suivant les cas, les voyages, les occupations physiques ou intellectuelles, dans la compagnie d'une personne ayant une bonne influence, et surtout l'éloignement des milieux qui ont le plus contribué à le faire persévérer dans son vice, sont les principales règles à observer.

Les souffrances de la cure de démorphinisation ne sont pas de celles qui s'oublient, et ceux qui les ont endurées en sont si vivement impressionnés qu'ils s'engagent à ne pas récidiver. Malheusement, dans la très grande majorité des cas, leurs serments ne valent pas beaucoup plus que ceux des ivrognes. Pour les uns la récidive est fatale et même à brève échéance ; pour d'autres elle n'est que probable et subordonnée aux circonstances de la vie ; pour d'autres enfin la guérison définitive peut être escomptée, mais on ne peut rien certifier avant plusieurs années.

La principale cause de la morphinomanie, celle qui favorise les rechutes après la désintoxication, doit être recherchée dans la constitution psychopathique spéciale du sujet, constitution qui en fait un candidat d'autant plus indiqué qu'il a été élu une première fois.

Les morphinomanes, de même que les éthéromanes, les opiomanes, tous les toxicomanes en général, se recrutent parmi les dégénérés à la fois impulsifs et abouliques, et les déséquilibrés amoraux. Doués d'une énergie insuffisante pour affronter ou supporter les douleurs physiques ou morales, les premiers usent et abusent du poison qui calme et fait oublier; les autres, plus vicieux, n'attendent même pas que l'occasion se présente : assoiffés de voluptés

et de sensations nouvelles ou inconnues, ils versent, en quelque sorte avec préméditation, dans la toxicomanie. Beaucoup aussi, avec des penchants moins accusés, appartiennent à la fois à ces deux catégories ; mais les fatigues, les exigences ou les tentations de la carrière les font faillir un jour ou l'autre. C'est pourquoi on compte tant de morphinomanes parmi les littérateurs, les médecins, les artistes ; l'excitation trompeuse des premières injections les pousse dans la mauvaise voie.

La suggestion de l'exemple est encore un facteur important, lorsqu'elle s'exerce sur des esprits faibles ; les cas de contagion familiale et conjugale ne sont pas rares, les morphinomanes font des adeptes soit par la parole, soit par les livres ; ils ont exalté les délices de leur passion avec une vivacité d'images, et un sensualisme qui ont impressionné et tenté leurs lecteurs.

Le médecin a aussi sa part de responsabilité dans la propagation et la diffusion du mal : c'est pourquoi la morphine ne devrait pas être prescrite à tort ou à travers comme on le fait trop souvent. L'abus des analgésiques diminue la résistance à la douleur : que l'on ait recours à la morphine à la suite d'opérations pénibles, pour combattre des crises douloureuses, et surtout des maladies incurables à dénouement proche, cela est légitime, mais que pour les deux premières catégories on ne continue pas les injections au delà des délais nécessaires, qu'on ne laisse pas aux malades le maniement de la seringue, et que l'on soit d'autant plus prudent à cet égard, que l'on se trouve en présence d'individus spécialement prédisposés par leur constitution et leur hérédité.

Il y aurait lieu de surveiller de plus près la règlementation de la vente des produits pharmaceutiques, mais cela regarde les pouvoirs publics. En tout cas si le médecin doit formuler des injections de morphine sur son ordonnance, il devrait faire en sorte que celle-ci soit détruite après la délivrance du médicament, afin que le poison ne puisse être indéfiniment fourni sur sa simple présentation. Mais il est si facile de se procurer de la morphine que l'on peut considérer cette précaution comme superflue.

Ce qui précède peut s'appliquer dans les grandes lignes à toutes les toxicomanies, quelles qu'elles soient. L'intoxiqué et le toxicomane ne diffèrent l'un de l'autre que par la prédisposition névropathique du second : c'est à entraver cette prédisposition et à la contraindre que doivent viser tous les efforts du médecin et de l'hygiéniste.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT DE L'ANOREXIE MENTALE

I. — CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

L'anorexie (manque d'appétit) est dite mentale, lorsque, n'étant liée à aucune affection organique, elle n'est que la conséquence d'un trouble psychique. Ainsi envisagée, l'anorexie mentale est un syndrome dans lequel on peut faire rentrer les anorexies dites nerveuses, hystériques, etc...

Au sens étymologique, l'anorexie est la disparition de la sensation et du besoin de la faim ; elle entraîne tout d'abord la réduction, puis la suppression de la ration alimentaire, l'amaigrissement et, comme phase terminale, l'inanition, sans compter les complications, auxquelles laisse libre accès un terrain débilité par une nutrition insuffisante ou même nulle, et parmi lesquelles la tuberculose occupe la première place. La maladie commence apparemment par le tube digestif et finit souvent par le poumon. Cela est vrai surtout pour l'anorexie de la puberté, à laquelle une place importante sera réservée dans ce chapitre.

L'anorexie est un phénomène purement subjectif, qui passe ordinairement au second plan pour l'entourage du malade : le symptôme le plus frappant est l'impossibilité ou le refus de manger, la restriction, puis la suppression de la ration alimentaire. Dans plus d'un cas on est en droit de se demander si réellement les malades ne mangent pas parce qu'ils n'ont pas faim, ou s'ils ne mangent pas parce qu'ils ne veulent pas ou n'osent pas manger. C'est pourquoi Sollier a proposé de substituer au mot anorexie celui de *sitiergie* (σῖτος, aliment, et εἴργω, je repousse).

Le résultat, au point de vue de la santé physique, est le même ; mais si cette distinction est légitime, le trouble psychique qui préside dans les deux cas à la genèse des accidents est de nature essentiellement différente.

La diminution de l'appétit étant impossible à apprécier ou à mesurer, et l'interprétation des malades devant être considérée sou-

vent comme suspecte, il faut s'en tenir au fait de la réduction, ou du refus de l'alimentation, parce qu'il est tangible, facilement constatable, et en faire pratiquement le symptôme capital de l'anorexie. Il n'en est pas moins vrai que la sensation de la faim doit être émoussée chez la plupart des malades qui s'imposent ou supportent de telles privations.

I. — ANOREXIES SYMPTOMATIQUES

Dans un très grand nombre de cas, l'anorexie se manifeste au cours d'un état mental définitivement classé et reste au second plan dans la symptomatologie, ou du moins si elle occupe le premier, ce n'est que passagèrement. Elle découle alors souvent, mais pas forcément, de l'idée délirante; elle n'est pas rare chez les hypocondriaques, les mélancoliques, les persécutés, etc...

Les hypocondriaques rentrent dans des catégories de maladies très diverses : les neurasthéniques, les mélancoliques, les dégénérés, les intoxiqués, les paralytiques généraux, etc...

Dans la neurasthénie proprement dite, comme on l'a déjà vu, les troubles digestifs sont habituels : l'appétit est diminué, les digestions sont toujours longues et pénibles, la constipation est rebelle. Pour peu que cet état se prolonge, l'attention se concentre sur ces désordres, qui acquièrent bientôt une importance très grande et passent au premier plan. Les malades s'inquiètent, s'alarment; ils redoutent d'être atteints d'une affection grave, telle que l'ulcère ou le cancer, et leurs craintes ne font que redoubler si on s'attache davantage à soigner leur estomac qu'à traiter leurs nerfs. La thérapeutique légitime en quelque sorte leurs préoccupations. Ils arrivent à ne plus manger, de peur d'aggraver leur état ou d'augmenter les souffrances. L'anorexie est créée; elle n'est en quelque sorte qu'un épiphénomène des fausses gastropathies, sur lesquelles Dejerine et Gauckler ont attiré récemment l'attention.

Certains dégénérés hypocondriaques ne mangent pas, parce qu'ils se croient atteints d'une maladie du tube digestif, et qu'ils redoutent les souffrances ou les inconvénients que pourraient occasionner le passage et la digestion de certains ou de tous les aliments. Même chez les hypocondriaques, l'anorexie peut être élective; certains aliments sont acceptés, tandis que d'autres sont refusés. Elle est à la fois qualitative et quantitative, car les aliments acceptés peuvent ne l'être qu'à une certaine dose, qui reste au-dessous de la ration d'entretien. Malgré tout, ce ne sont encore que des préoccupés, des inquiets, qui réclament l'assistance du médecin et lui accordent leur confiance.

D'autres, plus craintifs encore que convaincus, sont poursuivis sans cesse par l'idée du repas ; ils ont peur de manger, ou de ne pas pouvoir digérer, ce sont des obsédés; il ne s'agit plus d'une simple inquiétude, mais d'une phobie angoissante, d'une nosophobie qui peut par la suite se transformer en nosomanie.

Enfin, à un degré plus élevé, l'idée n'est plus seulement tourmentante, obsédante, en quelque sorte parasite, elle est fixe, acceptée aveuglément par le malade qui n'accepte même pas qu'on la discute. Elle est habituellement délirante : les malades refusent de manger parce qu'ils ont les intestins pourris, le goût empoisonné : ils ont rendu ou vomi leur estomac, leurs intestins, leurs organes ; ou bien encore parce que leur ventre renferme des animaux vivants, des démons. Ces idées hypocondriaques font ordinairement partie du syndrome de Cotard, associé à certaines formes de mélancolie.

L'anorexie des mélancoliques reconnaît plusieurs causes. Chez eux, les troubles digestifs sont constants, la langue est blanche et épaisse, ils se sentent gonflés après les repas, la constipation est habituelle ; le manque d'appétit est alors expliqué, dans une certaine mesure, par la dyspepsie. Mais il est bien rare que cette seule cause suffise pour entraver l'alimentation. L'anorexie est ordinairement la conséquence des troubles cœnesthésiques ou des idées délirantes, ou des troubles de l'activité.

Les troubles cœnesthésiques occupent une place importante dans la symptomatologie des états mélancoliques et s'observent plus spécialement chez les mélancoliques anxieux. Ils se localisent assez fréquemment sur le tube digestif : ce sont des troubles hyper ou hypo. Dans le premier cas, les malades éprouvent des sensations de brûlure au creux épigastrique, sur l'œsophage, au niveau de l'anus ; elles seraient exaltées par les repas, et dans le but de les éviter ou pour en raccourcir la durée, les malades diminuent tout d'abord l'alimentation, plus tard ils se refusent à manger. Dans le second cas, l'exaltation des sensibilités viscérales fait place à une anesthésie plus ou moins complète qui atteint le goût ; les malades arrivent à nier l'existence de leurs organes, l'interprétation aidant, ils en arrivent peu à peu aux idées de négation, puis au syndrome de Cotard, précédemment mentionné.

Chez d'autres mélancoliques, ce sont les idées d'auto-accusation qui prédominent. En présence d'une transformation aussi profonde de leur personnalité, les malades font un retour sur leur passé et recherchent ce qui a pu motiver les supplices qu'ils endurent : ils découvrent alors des fautes imaginaires qui méritent un châtiment ; ils sont indignes de vivre, et s'ils n'ont recours au suicide brutal, ils

usent de l'abstinence pour écourter leur existence. Ceux qui ont des idées de ruine, s'imaginent ne plus avoir assez d'argent pour payer leurs repas et refusent de se nourrir. Malgré tout, ce refus est généralement moins opiniâtre que celui des persécutés : « C'est, dit Régis, un refus inerte, passif, sans consistance ; aussi en vient-on à bout quelquefois en faisant manger les malades comme des enfants. » C'est surtout chez les mélancoliques avec stupeur que le refus de se nourrir atteint son maximum ; chez eux, en effet, disparaît toute manifestation de l'activité ; ils se refusent à manger, de même qu'ils refusent de se lever, de marcher, de faire leur toilette, de s'habiller, de parler, etc.

Beaucoup de persécutés ne mangent pas parce qu'ils s'imaginent qu'on veut les empoisonner; quelques-uns ne mangent que les aliments qu'ils ont eux-mêmes achetés ou préparés, mais il en est aussi qui repoussent toute espèce de nourriture.

L'anorexie peut encore s'observer chez les paralytiques généraux, soit du fait d'idées de négation, soit par suite du délire de petitesse ou micromaniaque : leurs organes leur paraissent petits, ratatinés, réduits à rien. Les mêmes idées peuvent d'ailleurs se rencontrer dans la débilité mentale et dans l'intoxication haschischique.

Parmi les dégénérés, les scrupuleux se condamnent à l'abstinence par humilité.

Il est encore une maladie, dans laquelle l'anorexie peut être un symptôme avant-coureur, c'est la démence précoce ; mais comme elle s'installe souvent au moment de la puberté elle sera décrite en même temps que les anorexies de cet âge.

II. — ANOREXIE MENTALE PROPREMENT DITE.

1°. — Anorexie hystérique.

Parmi les perturbations si nombreuses et si variées qu'apporte l'hystérie dans le fonctionnement du tube digestif : vomissements répétés, douleurs gastriques, hématémèses, constipation ou diarrhée, perversions bizarres de l'appétit, Lasègue (1873) a isolé une variété d'hystérie à forme gastrique, à laquelle il a donné le nom d'*anorexie hystérique*. Gull avait, quelques années auparavant (1868), décrit des faits semblables sous le nom d'*apepsia hysterica*.

L'anorexie hystérique appartient presque exclusivement au sexe féminin et se manifeste surtout de douze à vingt-cinq ans, très souvent au moment de la puberté ; de huit malades observées par Lasègue, la plus jeune était âgée de huit ans, la plus âgée de trente-

deux ans. Elle a souvent une émotion pour point de départ. « Une jeune fille entre quinze et vingt ans, dit Lasègue, éprouve une émotion qu'elle avoue ou qu'elle dissimule. Le plus souvent il s'agit d'un projet réel ou imaginaire de mariage, d'une contrariété afférente à quelque sympathie ou même à quelque aspiration plus ou moins consciente. D'autres fois, on est réduit aux conjectures sur la cause occasionnelle, soit que la jeune fille ait intérêt à se renfermer dans le mutisme si habituel aux hystériques, soit qu'en réalité la cause première lui échappe, et nous verrons que, parmi ces causes multiples, plusieurs peuvent passer inaperçues. »

Gilles de la Tourette insiste sur l'importance de l'idée fixe, à laquelle répond le refus d'alimentation, idée fixe dont les malades, contrairement aux aliénés, ne sauraient donner une explication même erronée. En réalité, les malades n'aiment pas dévoiler leurs secrets, et, si la cause nous échappe si souvent, c'est que les secrets des hystériques sont bien gardés : Gilles de la Tourette se rapproche davantage de la réalité, lorsqu'il dit que « l'anorexique ne veut pas manger, parce qu'elle ne veut pas manger » ; mais au fond de ce mauvais vouloir il y a une cause, et cette cause est souvent futile.

Plusieurs fois l'anorexie est survenue chez des fillettes jusque-là bien portantes et même d'une santé florissante, que leurs parents ou leurs amis ont plaisantées sur leur embonpoint : pour mettre fin à des vexations qui sont moins bien supportées à un âge où la coquetterie fait ses débuts, ces jeunes filles restreignent peu à peu leur alimentation, et comme l'esprit de contradiction et d'affranchissement se développe simultanément, les observations de la famille ne font que les enhardir dans leurs résolutions. Plus d'une malade m'en a fait l'aveu. L'influence de l'autosuggestion est indéniable, la métamorphose complète et immédiate qui se produit chez de telles malades, une fois qu'elles sont sorties de leur milieu habituel, en est la meilleure preuve. Chez d'autres enfants, le point de départ sera une contrariété, une déception, une punition, une petite injustice, un sentiment de jalousie, même une simple observation.

J'ai soigné récemment une fillette âgée de treize ans, ordinairement peu laborieuse, qui a refusé de manger après une observation de son père ; dans un moment d'impatience, il lui avait reproché sa nonchalance : « Tu n'es bonne, lui avait-il dit, qu'à manger, à boire, à dormir. » Dès le lendemain, l'enfant diminuait son alimentation, elle se levait à la première heure et le soir elle refusait de se coucher afin de travailler.

La suggestion ne vient pas toujours du sujet lui-même, mais de l'entourage du malade, de la famille : je me rappelle avoir soigné un garçon de quatorze ans, dont la mère est une grande névropathe dyspeptique : à force de répéter à son fils qu'il a son caractère, son tempérament, sa nature, elle a réussi à fixer son attention sur son estomac par la double suggestion de la parole et de l'exemple ; l'enfant est devenu complètement anorexique et, lorsque je le vis pour la première fois, il ne prenait plus, depuis une quinzaine de jours, que quelques gorgées de liquide.

On a encore incriminé les fatigues occasionnées par une croissance trop rapide ou le surmenage qui accompagne la préparation des brevets ou des examens. A ces deux causes s'ajoute ordinairement un élément psychique. Enfin, quelques malades seraient troublées par des illusions sensorielles telles que la macropsie (Sollier, Gilles de la Tourette) : elles ne mangent pas parce que les aliments qu'on leur présente leur paraissent trop volumineux. C'est, en effet, une remarque que j'ai entendu souvent répéter par les malades que j'ai eu l'occasion de soigner, mais il s'agit plutôt d'un prétexte à ne pas manger, que d'une illusion réelle.

Début. — Quelle que soit la cause de l'anorexie, dans une première période « la malade éprouve tout d'abord un malaise à la suite de l'alimentation : sensations vagues de plénitude, d'angoisse, gastralgie post-prandium ou plutôt survenant dès le commencement du repas. Ni elle, ni les assistants n'y attachent d'importance, il n'en résulte aucune incommodité durable.

« Le lendemain, la même sensation se répète et elle continue ainsi insignifiante, mais tenace pendant plusieurs jours. La malade se déclare alors à elle-même que le meilleur remède à ce malaise indéfini, particulièrement pénible, consiste à diminuer l'alimentation. Jusque-là rien d'extraordinaire, il n'est pas de gastralgique qui n'ait succombé à cette tentation jusqu'au moment où il acquiert la certitude que l'inanition relative est non seulement sans profit, mais qu'elle aggrave les souffrances. Chez l'hystérique, les choses se passent autrement. Peu à peu elle réduit sa nourriture, prétextant tantôt un mal de tête, tantôt un dégoût momentané, tantôt la crainte de voir se répéter les impressions douloureuses qui succèdent au repas. Au bout de quelques semaines, ce ne sont plus des répugnances supposées passagères, c'est un refus de l'alimentation qui se prolongera indéfiniment. La maladie est déclarée, et elle va suivre sa marche si fatalement, qu'il devient facile de pronostiquer l'avenir. »

Lasègue a analysé avec un très grand soin, on pourrait même ajouter trop méticuleux, les caractères de la douleur « variant depuis

un sentiment confus de pression jusqu'à une sorte de crampe stomacale s'accompagnant de défaillance, de pâleurs, de sueurs ou même de frissons ». Il s'est attaché à la distinguer des irritations douloureuses de l'estomac par sa localisation moins précoce, la soudaineté de son apparition, l'absence de dyspepsie, l'intégrité des fonctions intestinales, l'indifférence de la douleur à la nature des aliments. A mon avis, la douleur et les soi-disant troubles digestifs ne sont bien souvent qu'un prétexte pour ne pas manger. L'anorexie n'est pas toujours aussi absolue qu'on pourrait le croire : les malades mangent lorsqu'elles se savent moins surveillées et observées ; parmi elles, quelques-unes mangent en cachette ; d'autres ne touchent qu'à certains plats, ou portent même avec ostentation leur choix sur les mets les plus recherchés ou les plus indigestes, ou même sur des substances qui ne sont rien moins qu'alimentaires, telles que des bouts de bois ou des allumettes. De telles malades en imposent tout autant pour des simulatrices que pour des hystériques.

Période d'état. — Dans la deuxième phase l'origine psychique de la maladie se précise davantage. Le médecin essaie de la combattre par les médicaments, puis par des conseils amicaux, enfin par l'intimidation, procédé pire que tous les autres: « Les hystériques ne pardonnent pas les hostilités ouvertes contre elles, et, dit Lasègue, elles s'attribuent le droit de les continuer avec une ténacité implacable. » « La malade se pique au jeu : puisqu'on ne la prend pas au sérieux, elle va exagérer tous ces accidents, puis il lui plaît de devenir le centre des occupations de la famille ; plus on s'ingénie à lui présenter les aliments qu'elle aime, moins elle mange : c'est à peine si, après des supplications éplorées, elle condescend à toucher du bout des dents aux aliments qu'on lui présente. » (Dejerine.)

Tandis que les parents commencent à s'inquiéter d'une situation qui se prolonge, la malade ne se soucie guère de son état : « loin de s'affaiblir, de s'attrister, elle déploie une façon d'alacrité qui ne lui était pas ordinaire. » Elle redouble d'activité, elle se lève tôt et se couche tard ; elle marche, elle monte à cheval, elle recherche les sports, elle mène une vie mondaine, elle multiplie les visites, et tout cela sans accuser la moindre fatigue.

Avec le temps l'amaigrissement s'accuse ; l'abstinence s'affirme elle aussi davantage, quelle que soit l'attitude de la famille. La malade suit volontiers les prescriptions médicales, elle absorbe gouttes, cachets, poudres, élixirs, mais la bouche reste close devant les aliments. Les parents ne savent qu'inventer pour stimuler l'appétit : on varie les menus à l'infini, on pense sérieusement à un

voyage, à des distractions, au théâtre ; un jour on prend l'enfant par la douceur, par de sages exhortations, par des cadeaux ; le lendemain on se fâche et on violente. Rien n'y fait : plus on supplie, moins on obtient. Comme le fait justement remarquer Lasègue, l'insistance, sous toutes ses formes, appelle la résistance : « C'est une loi bien connue et conforme à l'expérience de tous, que le meilleur moyen de doubler l'opiniâtreté des hystériques, c'est de laisser percer la supposition implicitement ou explicitement exprimée, que, si elles voulaient, elles pourraient dominer leurs impulsions maladives. »

Quoi qu'elle fasse, la famille a toujours une influence mauvaise, pernicieuse; la malade ne déclare-t-elle pas, d'ailleurs, qu'elle n'est pas souffrante, qu'elle ne s'est jamais sentie aussi en train : les douleurs d'antan ont disparu. Elle se complaît dans son état, et manifeste « un optimisme inexpugnable contre lequel viennent se briser les supplications et les menaces ».

Période d'inanition. — Avec la troisième période ou période d'inanition la situation s'aggrave, l'amaigrissement est de plus en plus frappant, les joues se creusent, la peau se dessèche, devient rugueuse et puis, fait important, les règles, d'abord moins abondantes, ne viennent plus; cette suppression est généralement le phénomène qui alarme le plus les malades et les familles, et cela à juste raison.

L'amaigrissement peut atteindre des proportions considérables, et la malade prend un aspect squelettique ; quelques-unes sont tellement transformées qu'elles sont méconnaissables, elles paraissent presque vieilles, alors qu'elles sont à la fleur de l'âge.

Dans les cas graves, le poids tombe à 30 kilogrammes, 25 kilogrammes. Avec l'inanition apparaissent de nouveaux symptômes qui ont été bien étudiés par Mathieu et Jean-Ch. Roux.

La langue est saburrale et recouverte d'un enduit blanchâtre, l'haleine dégage une forte odeur d'acétone. Les urines sont diminuées et épaisses ; elles contiennent peu d'urée et de chlorure ; on peut y trouver de l'acétone et de l'acide diacétique (Lorenz et von Noorden, Mathieu et Roux). Il n'y a pas de diminution de la richesse du sang en hémoglobine et en globules (Mathieu et Roux). L'examen du sang ne dénote pas d'anémie ; il y a seulement une diminution de la masse du sang. Nobécourt et Merklen ont même constaté une polyglobulie légère marchant de pair avec la cyanose et la déshydratation des tissus. C'est pourquoi chez la plupart des malades les muqueuses sont peu décolorées. Le foie est petit, l'estomac dilaté ; la sécrétion chlorhydrique est diminuée. Les reliefs musculaires ont naturellement disparu, l'émaciation est extrême, le ventre est creux et les

épines iliaques forment de volumineuses saillies. Les extrémités sont froides et cyanosées : la peau est sèche et écailleuse. La tension s'abaisse ; le pouls, petit et ralenti, s'accélère au moindre effort.

A cette période « la jeune fille commence à s'inquiéter de l'appareil attristé qui l'entoure, et pour la première fois son indifférence satisfaite se déconcerte : le moment est venu où le médecin va reprendre son autorité, s'il avait eu soin de la ménager en prévision de l'avenir ; le traitement n'est plus accepté avec une condescendance passive, il est accueilli avec une appétence que la malade cherche encore à dissimuler. Deux directions s'ouvrent alors devant la malade ; ou elle est assez détendue pour devenir obéissante sans restriction, et c'est le cas le plus rare, ou elle accède avec une demi-docilité, avec l'espérance évidente qu'elle conjurera le péril sans renoncer à ses idées et peut-être à l'intérêt qu'inspire sa maladie » (Lasègue).

Ceci n'est cependant vrai que pour certaines malades ; il en est d'autres pour lesquelles la maladie suit son cours et la situation devient rapidement menaçante, sans compter que, dans plus d'un cas, la tuberculose a déjà fait son apparition au sommet du poumon ; et si, presque toujours on guérit l'anorexie, il n'en est pas de même de la tuberculose dont on ne peut pas toujours arrêter l'invasion ; même en dehors de la bacillose, les malades sont à la merci de la moindre infection.

La maladie cède quelquefois aussi devant un événement inattendu, un mariage, un chagrin, une perturbation morale profonde, une grossesse, bref une émotion, plus rarement au cours d'une maladie fébrile.

Abandonnée à elle-même, l'anorexie peut se terminer par la mort, que ce soit de consomption ou de tuberculose pulmonaire..... Mais, dans ces cas, s'agissait-il bien d'anorexie hystérique et non d'une de ces variétés d'anorexie mentale qu'on voit survenir au même âge ? Le diagnostic entre l'anorexie hystérique et les autres anorexies mentales est souvent délicat, d'autant plus que l'anorexie hystérique, comme l'avait déjà signalé Charcot, est une forme monosymptomatique de la névrose.

Lorsque la maladie évolue vers la guérison spontanément ou du fait du traitement, celle-ci est généralement radicale, et il n'y a pas de récidive ; cependant Lasègue mentionne que dans certains cas il est difficile de rétablir le fonctionnement de l'estomac, et il a connu des malades qui « depuis dix ans, époque à laquelle remonte le début de la maladie, n'ont pas récupéré l'aptitude à se nourrir comme tout le monde ». Cette réflexion, rapprochée de l'intention

qu'a eue Lasègue de montrer, dans son étude sur l'anorexie mentale, la relation intime qui rattache l'hystérie à l'hypocondrie, laisse supposer que parmi les cas sur lesquels il a édifié l'anorexie hystérique quelques-uns n'étaient pas entièrement ou exclusivement liés à la grande névrose.

Chez les hystériques, l'inanition n'est pas toujours la conséquence de l'anorexie ; elle peut être occasionnée par les vomissements. Cette anorexie compliquée est toujours plus sérieuse et plus grave que l'anorexie simple.

Les principaux caractères des vomissements hystériques sont d'être immédiats, continuels, incoercibles et souvent indolores dans les formes pures (A. Mathieu et Jean-Ch. Roux). En effet les vomissements se produisent presque aussitôt après l'ingestion des aliments, souvent au milieu du repas ; les malades quittent la table, vomissent et se remettent à manger, « cette facilité à s'alimenter aussitôt après le vomissement est un symptôme qui en indique presque sûrement la nature ».

Quelquefois il ne s'agit pas de vomissements à proprement parler, mais de régurgitations.

Ils se produisent à tous les repas, pendant des semaines et des mois ; rien ne peut les empêcher de se reproduire, en dehors du seul traitement qui leur convient. Les auteurs précédents ont quelquefois observé soit une douleur spéciale provoquée par la compression du plexus solaire, soit une zone hyperesthésique sur la face antérieure de l'estomac ; ces stigmates, comme on l'a vu plus haut, n'ont pas une grande valeur parce qu'ils peuvent être involontairement suggérés par le médecin au cours de l'examen. Certaines bizarreries en font reconnaître la nature ; ainsi un malade de A. Mathieu et Jean-Ch. Roux conservait les aliments introduits par la sonde, tandis qu'il rejetait immédiatement ceux qu'il avait déglutis.

Lorsque les vomissements existent seuls, ils se produisent dans les mêmes circonstances étiologiques que l'anorexie. Il est possible qu'ils apparaissent spontanément, certains sujets possédant plus que d'autres l'aptitude à vomir, mais souvent aussi ils sont le résultat d'une habitude, à l'installation de laquelle la supercherie n'est pas étrangère ; j'ai surpris plus d'une fois des malades, qui s'éduquaient à se faire vomir en introduisant le doigt dans le fond de la gorge.

Les vomissements incoercibles de la grossesse sont souvent, comme le font remarquer Mathieu et Roux, des vomissements hystériques ; le terrain névropathique a transformé en vomissements répétés les vomissements accidentels du début de la grossesse.

2°. — Anorexie mentale de la puberté.

Toutes les anorexies de la puberté ne sont pas des anorexies hystériques, j'ajouterai même que le plus grand nombre des anorexies de cet âge ne sont pas des anorexies hystériques.

L'anorexie de la puberté est ordinairement une anorexie mentale, mais ce n'est pas une maladie autonome. C'est un syndrome commun à des états mentaux divers et il en est vraisemblablement d'elle comme de l'anorexie de l'âge adulte; mais l'état mental est moins apparent à cet âge de la vie, en quelque sorte latent, et c'est l'anorexie qui occupe le premier plan dans le tableau symptomatique.

Voici, d'après Sollier, quels seraient ses principaux attributs. Faite de deux éléments, l'anorexie est un état mental spécial; la maladie s'observerait seulement chez des jeunes filles et chez les jeunes femmes. Les tares mentales (tics, obsessions, hypocondrie, alcoolisme, seraient constantes dans les antécédents. Elles ne sont normales ni physiquement, ni mentalement : « ces enfants sont trop sérieuses; elles n'ont pas le goût des enfants de leur âge; elles aiment les distractions tranquilles, la solitude, fuient les exercices et les plaisirs qui exigent de l'entrain et du mouvement. Elles ont quelquefois des idées mystiques, elles sont minutieuses et soigneuses à l'excès. » Leur conformation est défectueuse; elles paraissent plus vieilles que leur âge, les attributs de leur sexe leur ont été parcimonieusement dispensés; elles ont même des formes masculines. Leurs mouvements sont lents et traînants.

Lorsque la maladie est définitivement constituée, la peau devient sèche et terne, les cheveux secs et cassants, les yeux sont moins brillants. Le creux épigastrique est moins sensible à la pression et, d'après Sollier, cette anesthésie correspondrait à la diminution de la sensibilité organique de l'estomac..... Les malades sentiraient moins ou à peine le contact des aliments dans l'estomac. Elles se dégoûtent de mastiquer le bol alimentaire et souvent elles le crachent. Malgré cela, elles éprouvent quelques sensations de pesanteur et de plénitude au creux épigastrique.

La mémoire se perd, la faculté d'attention et l'association des idées s'affaiblissent; la lecture, l'écriture, tout effort intellectuel sont pénibles : la volonté et l'initiation sont amoindries sinon disparues; l'activité est surtout automatique. Par contre, elles s'irritent facilement et prennent rapidement leur entourage en grippe. L'ennui ne les quitte pas, et la monotonie de la situation n'est rompue que par des accès de désespoir ou même par des crises délirantes

avec idées de suicide. Il est rare que l'insomnie soit absolue.

Le pronostic est grave : sur sept malades observées par lui, Sollier n'a vu qu'une guérison; trois malades sont mortes, dont deux de tuberculose aiguë, une de cachexie progressive, deux sont passées à la chronicité; chez une autre il y a eu récidive après amélioration.

Sollier signale comme principales circonstances étiologiques : les émotions, les chagrins, les maladies aiguës, l'imitation, l'auto-suggestion.

L'anorexie est un syndrome. — A mon avis, dans l'anorexie de la puberté, l'état mental est loin d'être univoque, et si, au premier abord, toutes les malades se présentent avec un cachet identique, que leur confère le groupement de quelques symptômes tels que l'amaigrissement, l'inanition, le refus de manger, le changement de caractère; on s'aperçoit, en les suivant et en les examinant de plus près, qu'elles diffèrent par la nature des troubles mentaux qui se dissimulent derrière ce groupement symptomatique.

Comme chez l'hystérique on peut trouver à l'origine un chagrin, des préoccupations et toutes les causes qui sont susceptibles de produire une émotion; souvent même il y a une disproportion évidente entre l'intensité du choc moral et celle de sa répercussion sur la santé.

L'absence de parallélisme entre les deux est déjà une preuve que, dans la plupart des cas, ce facteur étiologique n'est pas la cause unique de la maladie, et qu'elle apparaît sur un terrain spécial.

Anorexie neurasthénique. — Cependant il existe quelques cas, dans lesquels le choc moral paraît suffisant pour avoir produit un bouleversement psychique et physique aussi considérable; l'anorexie est liée à la neurasthénie et elle n'est alors que l'aboutissant des troubles dyspeptiques, comme cela a lieu dans la neurasthénie, de l'âge adulte. Il n'en est pas moins vrai que l'éclosion des accidents est préparée par une émotivité ou une impressionnabilité exagérée, entretenues souvent par une imagination plus ou moins exaltée. J'ai eu l'occasion d'observer quelques malades qui sont devenues anorexiques, après avoir souffert de désaccords permanents, ou avoir assisté à des discussions vives et répétées entre leurs parents. Les symptômes de la neurasthénie étaient manifestes et, si le refus de s'alimenter a cédé rapidement par le traitement comme chez le plus grand nombre des anorexiques, la maladie n'est entrée réellement dans la phase de la guérison qu'après l'aveu des malades et grâce à l'action réconfortante de la psychothérapie.

Anorexie hypocondriaque. — Chez d'autres jeunes filles, l'ano-

rexie est intimement liée à un état hypocondriaque des plus nets; ce sont en même temps des émotives, des craintives, des phobiques. Ici encore il peut y avoir eu à l'origine une émotion vive qui a retenti plus ou moins rapidement sur les fonctions digestives; au bout d'un certain temps le souvenir de la cause morale s'est peu à peu effacé, mais l'inquiétude s'est tout entière concentrée sur les troubles dyspeptiques. Elles ne mangent pas, parce qu'elles redoutent d'augmenter les malaises qui accompagnent les repas; plus tard, alors même que les douleurs provoquées par la digestion sont moins vives, elles ne mangent pas parce qu'elles ont peur de les voir réapparaître.

Elles diffèrent des simples neurasthéniques par cette continuelle préoccupation de leur santé : elles s'analysent, elles s'examinent, elles interprètent, elles se croient atteintes de maladies graves : ulcère, cancer, péritonite. Et leur conviction est telle qu'elles s'irritent si on ne les croit pas. D'ailleurs chez quelques-unes c'est un trouble réel de la digestion ou une maladie qui est à l'origine du mal : soit la constipation, soit une entérite. Pour se garantir d'une aggravation de leur état ou d'une complication, elles ne consentent à se nourrir que de certains aliments et à des doses déterminées.

Elles s'inquiètent de leur santé, elles ne pensent qu'à elles; elles s'émotionnent à l'idée qu'elles sont obligées de manger, et l'heure des repas réveille les inquiétudes. Elle provoque même chez quelques-unes une véritable anxiété; si elles consentent à sortir un peu d'elles-mêmes dans les intervalles, elles deviennent inabordables, dès qu'elles se trouvent en présence du premier plat. Il est curieux de les voir se servir, examiner les morceaux de viande qui leur sont présentés : avant de porter chaque bouchée à leurs lèvres, elles en examinent toutes les faces, elles en retranchent les plus petites parcelles de graisse ou d'aponévrose. Elles mangent lentement et prolongent la mastication au-delà des délais nécessaires. Mangent-elles des légumes, des purées, elles tournent vingt-cinq fois leur fourchette ou leur cuiller dans leur assiette avant de se décider; le repas est interminable.

Lorsqu'elles sont guéries de l'obsession hypocondriaque, elles peuvent verser dans une autre obsession ; Buvat a publié l'observation d'une malade chez laquelle l'obsession phobie, qui commandait l'anorexie, se transforma, après guérison de cette dernière, en obsession suicide avec idées mélancoliques ; la maladie se prolongea ainsi pendant une année, au cours de laquelle il y eut trois tentatives graves de suicide.

Anorexie et débilité mentale. — L'anorexie se rencontre en-

core chez des débiles, chez des sujets prédisposés aux idées fixes, aux entêtements invincibles. Le jour où ils ont accroché l'idée de ne pas manger, rien ne les ferait céder ; on perd son temps à leur expliquer qu'il est nécessaire de s'alimenter ; ils répondent que ce n'est pas utile de tant manger, ou bien qu'ils mangent trop. Ils promettent de consommer tout le repas qu'on leur apporte, mais on n'a pas le dos tourné qu'ils cachent les aliments, dont ils se débarrassent plus tard, au moment opportun. Cette manie de cacher les aliments se voit d'ailleurs chez beaucoup d'anorexiques de toutes les catégories. J'ai connu des anorexiques qui dissimulaient une partie de leur repas dans leur mouchoir, sous leurs draps, et qui s'en débarrassaient plus tard dans les cabinets d'aisance ; d'autres profitent d'un moment où la surveillance est moins étroite, pour jeter par la fenêtre la quantité qu'ils jugent superflue.

Anorexie mélancolique. — Chez plusieurs jeunes filles, c'est moins l'hypocondrie qui est en cause que la mélancolie, ou bien c'est une association. En voici une, par exemple, âgée de seize ans, qui, depuis plusieurs mois, restreint de jour en jour son alimentation : ses parents ont eu beau la supplier, lui promettre des récompenses, prodiguer les distractions, c'est en vain. Rien ne l'amuse, elle reste insensible aux exhortations de sa famille, à moins qu'elle ne s'irrite à les entendre, elle fuit ses amies, elle se complaît dans la solitude, où d'ailleurs elle reste inoccupée, ne trouvant aucun plaisir dans la lecture ni dans le travail. Elle répond à peine aux questions qu'on lui pose. Les visites et les consultations des médecins lui sont particulièrement désagréables, elle se fâcherait presque, alléguant qu'elle n'est pas malade et qu'elle n'a pas besoin d'être soignée.

Séparée de sa famille, elle mange parce qu'elle y est obligée, mais on la fait sortir difficilement de son silence qui confine au mutisme. Cependant elle consent parfois à le rompre, alors elle se croit différente des autres enfants de son âge... tout lui paraît inutile : parler, manger, vivre... à quoi sert de vivre ?... elle ne sera jamais heureuse ; elle débite tout cela sur un ton monotone, ou bien avec un sentiment d'angoisse, les paroles entrecoupées de soupirs ou de sanglots. Elle réclame parfois une visite de sa famille ; lui est-elle accordée, elle l'accueille, sans enthousiasme, déçue par sa propre indifférence.

Quelques-unes vont même jusqu'aux idées délirantes de culpabilité, d'indignité ; elles ne sont généralement qu'ébauchées, mais l'état mental reste le même encore pendant plusieurs mois.

Cette observation n'est pas isolée ; et il n'y a aucune doute que

dans un grand nombre de cas, l'anorexie ne doive être considérée comme l'équivalent d'un accès de mélancolie. Quelques idées sont plus particulièrement propres à cet âge, entre autres le regret de ne plus être petite fille, la crainte de l'avenir; la même désillusion a été exprimée par plusieurs malades âgées de quinze ou seize ans; elles souffraient de la comparaison entre le présent et le passé.

Anorexie et psychose maniaque dépressive. —Parmi ces malades il en est qui, avant la période de dépression mélancolique ou d'anorexie, quelquefois au contraire après elle, passent par une phase d'hyperactivité : pendant un temps plus ou moins long, elles ne peuvent rester en place, elles se lèvent le matin dès la première heure, se couchent tard, elles marchent d'une manière excessive, mais leur agitation est le plus souvent désordonnée, stérile, machinale, automatique. Quelquefois même, symptômes de dépression et d'agitation coincident. J'ai observé des malades chez lesquelles la phase d'anorexie a été précédée par une phase de boulimie. Le tableau clinique présente alors plus d'une analogie avec celui de la mélancolie intermittente, de la folie à double forme, ou de la psychose maniaque dépressive; seulement l'anorexie est le fait capital, celui qui absorbe toute l'attention des proches, tandis que l'état mental reste au second plan, effacé par le refus de s'alimenter. Il ne faut pas s'en étonner outre mesure : à cet âge la mentalité est moins fertile en conceptions délirantes, elle est moins riche qu'à l'âge adulte de toutes les acquisitions de l'adolescence et de l'âge mûr, de toute l'expérience de la vie; de même l'activité ne s'est encore dépensée que dans un cercle assez étroit, et elle n'a pas pris l'essor qu'elle acquerra plus tard à l'âge de l'affranchissement et de l'indépendance; c'est pourquoi sans doute elle paraît plus atteinte dans l'exécution des actes les plus élémentaires, et c'est une des principales raisons pour lesquelles l'anorexie est le seul trouble qui retienne l'attention des familles et même des médecins. Ce n'est qu'en soignant et en suivant ces enfants, en dehors de leur milieu habituel, qu'on découvre, derrière l'anorexie, un état mélancolique dont elle n'est que l'expression symptomatique.

Anorexie des obsédés et des scrupuleux. — Il est beaucoup plus rare, à cet âge, que l'anorexie soit la conséquence d'idées de persécution; par contre quelques malades, généralement un peu plus âgées, de vingt à vingt-cinq ans par exemple, refusent de manger parce qu'elles ont des scrupules; c'est pour se mortifier, s'humilier, qu'elles ne veulent pas se nourrir. D'autres ont peur de contracter des maladies, en absorbant des aliments qui ont été préparés par des mains malpropres, et qui apportent par suite avec

eux des maladies, des microbes; leurs craintes ne se limitent pas d'ailleurs à l'alimentation, ce sont déjà des obsédés qui évitent les contacts, elles entrent ainsi progressivement dans la maladie du doute avec délire du toucher.

Démence précoce. — Parmi toutes les maladies mentales qui occasionnent l'anorexie, il en est une qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit, c'est la démence précoce. L'erreur est d'autant plus facile qu'au début cette affection se manifeste de manières très diverses; certains déments donnent l'impression de mélancoliques, d'autres d'hypocondriaques, d'autres encore de persécutés. Beaucoup se comportent comme des hystériques et sont très suggestibles; cette suggestibilité est même excessive, c'est une docilité complète, analogue à celle des cataleptiques (Deny et Roy).

Mais beaucoup aussi ont une allure toute différente, ils résistent à toutes les sollicitations extérieures, c'est ainsi qu'ils refusent d'exécuter les actes les plus simples, marcher, se lever, parler, écrire, manger, se coucher; c'est le négativisme dans son expression la plus large. Tous les classiques insistent sur la difficulté du diagnostic de la démence précoce à la première période; l'anorexie de début a été confondue avec la neurasthénie, l'hypocondrie, l'hystérie, la mélancolie, la débilité mentale. Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les éléments sur lesquels devra se baser le diagnostic; qu'il suffise de souligner l'importance qu'il y a d'étudier de très près l'état mental des anorexiques, de rechercher avec soin les troubles du caractère, des sentiments, de l'intelligence, de l'attention, de la volonté, de dépister en un mot le déficit intellectuel qui ne fait jamais défaut dans le cas de démence précoce.

Évolution. — Quel que soit l'état mental qui commande l'anorexie, les signes physiques ne diffèrent guère d'un cas à l'autre; et lorsque la maladie est à la période d'état, l'aspect est à peu près le même pour tous les cas, c'est celui de l'anorexie hystérique à la phase d'amaigrissement ou d'inanition; seul le facies ou plutôt l'expression de la physionomie varie davantage et réflète dans une certaine mesure l'état mental. C'est le même amaigrissement, puis la même cachexie, l'aspect sec et terreux de la peau, la chute des cheveux, le refroidissement et la cyanose des extrémités, la constipation opiniâtre, la diminution des urines, la petitesse du foie, tous symptômes qui dépendent de la dénutrition et non de l'état mental. La suppression des règles est constante. Les malades sont exposés aux mêmes dangers et peuvent succomber du fait de la cachexie ou de la tuberculose. La guérison spontanée de l'anorexie est moins probable dans l'anorexie mentale que dans l'anorexie hystérique, à

moins que la maladie mentale elle-même n'entre dans la voie de la guérison; il n'y a pas lieu de compter, comme chez les hystériques, sur un resaisissement spontané devant l'inquiétude et le danger, sauf peut-être chez les hypocondriaques qui peuvent s'effrayer un jour ou l'autre de la gravité de la situation et se remettent temporairement à manger pour conjurer les accidents.

Pour celles qui ont échappé à la consomption et à la tuberculose et qui ont eu recours à la seule thérapeutique qui convienne, c'est-à-dire l'isolement, deux éventualités peuvent se produire. La guérison peut être absolue, définitive, l'anorexie disparaît avec tout le cortège des troubles psychiques, des anomalies du caractère : c'est la règle pour l'anorexie hystérique ou neurasthénique, c'est une issue très fréquente pour l'anorexie des mélancoliques, si l'état mélancolique lui-même a cédé. Il n'en va pas de même pour les hypocondriaques, qui retombent, lorsqu'elles sont soustraites aux règles rigoureuses de l'isolement, à moins que l'état mental ne se soit lui-même momentanément et complètement éclipsé, ce qui est rare; mais elles sont sujettes aux promptes récidives, aux alternatives d'amélioration et d'aggravation, parce qu'elles y sont prédisposées par leur constitution mentale.

Ce qui est vrai pour les hypocondriaques l'est également pour les obsédés et les scrupuleux; on vient toujours à bout de l'alimentation, il n'en est malheureusement pas de même de l'état mental : l'obsession change de forme ou disparaît momentanément, mais la maladie, en elle-même, est sujette aux retours.

En ce qui concerne la mélancolie, il faut toujours faire des réserves ; l'anorexie, en elle-même, peut ne pas récidiver, mais le terrain reste, et l'on sait combien est fréquente la mélancolie intermittente; l'anorexie n'est parfois, en effet, que le premier chaînon d'une série d'accès qui se renouvelleront à diverses périodes de l'existence : elle peut n'être, en un mot, que le premier terme de la folie périodique ou intermittente.

De toutes les anorexies, celle qui est liée à la démence précoce est la plus tenace, parce qu'elle est la plus rebelle à toute thérapeutique, sans compter que le pronostic de la démence précoce, en lui-même, est extrêmement grave.

Pronostic. — Il importe donc, avant de se prononcer sur le coefficient de gravité de l'anorexie, de savoir à quel genre d'anorexie on a affaire : ce n'est pas toujours, je dirais même c'est exceptionnellement, au cours d'un seul examen qu'on peut se faire une idée de la nature de la maladie. Il faut avoir examiné, questionné, observé les malades pendant un certain temps pour faire un diag-

nostic précis. L'anorexie de la puberté, quelle qu'en soit l'origine, ne doit jamais être prise à la légère, et dans les cas qui paraissent le plus favorables, il ne faut pas trop se presser de rassurer la famille : dans la plupart des cas on peut promettre que dans certaines conditions la malade se nourrira et qu'elle reprendra son poids, mais il serait imprudent d'affirmer d'emblée qu'il n'y aura pas de récidive et, qu'une fois disparue, l'anorexie ne laissera pas de traces. Ce n'est guère que pour l'anorexie hystérique et que pour quelques cas d'anorexie des neurasthéniques que l'on pourrait, à la rigueur, prendre un tel engagement. Le diagnostic de l'anorexie hystérique est-il donc si facile ? D'après Sollier, c'est plutôt une affaire de coup d'œil que de raisonnement, et la question se tranche surtout par le traitement et l'évolution. Il ne faut guère compter, en effet, sur les stigmates, ni sur les autres manifestations de la névrose; suivant la judicieuse observation de Charcot, l'anorexie hystérique est le plus souvent monosymptomatique : la brusquerie du début, la disproportion avec les circonstances dans lesquelles elle est survenue, les bizarreries et les perversions du goût, et surtout la rapidité avec laquelle elle cède sous l'influence du traitement, l'absence de toute espèce de trouble psychique qui puisse faire songer aux diverses tares mentales qui sont à l'origine des autres anorexies, tels sont les éléments de diagnostic. En somme, ce sont des sujets qui d'apparence se comportent davantage comme des simulateurs que comme de véritables malades : plus d'une anorexique hystérique a bien voulu m'avouer, après quelques jours ou quelques semaines de traitement, qu'elle ne mangeait pas non pas parce qu'elle avait perdu l'appétit, mais parce qu'elle ne voulait pas manger. Dans l'espace de quelques heures ou de quelques jours, dès le début du traitement, ces malades mangent de tout et se nourrissent comme tout le monde, sans le moindre malaise, sans la moindre résistance.

III. — ÉTIOLOGIE

Le maximum de fréquence de l'anorexie mentale au moment de la formation et dans les années qui la suivent ou qui la précèdent immédiatement a laissé établir des rapports étiologiques entre elle et la puberté. Cette influence est admise, en effet, par la plupart des auteurs; quelques-uns rangent même l'anorexie mentale parmi les psychoses de cet âge.

La puberté est une phase critique qui intervient non seulement dans la transformation de l'individu en lui imprimant d'une manière définitive les prérogatives de son sexe, mais encore

en modifiant parallèlement sa mentalité. L'intelligence s'ouvre davantage; des sensations et des sentiments nouveaux se font jour, ce sont des aspirations jusqu'ici inconnues, qui n'osent encore s'extérioriser et qui sont refoulées pour une période plus ou moins longue dans le fond de la conscience. Cette mutation ne s'accomplit pas toujours paisiblement ; avant d'acquérir l'équilibre parfait, la personnalité physique ou morale passe par des oscillations trop lentes ou trop brusques, qui se traduisent par des malaises ou des maladies, par de la dépression ou de l'agitation, par des bizarreries ou des exagérations de caractère, dans lesquelles on retrouve plus ou moins l'influence de l'hérédité et de l'éducation.

La puberté met en valeur les tares mentales de l'individu, ses prédispositions psychiques : elles grandissent tout d'un coup comme le reste de l'individu. Et cette boursouflure de la personnalité est d'autant plus saillante que l'éducation n'a rien fait pour lutter ou corriger les tendances naturelles : l'anorexie mentale a, en effet, une affinité marquée pour les enfants gâtés, pour les filles uniques. L'absence de répression de la part des parents est due souvent à leur manque de jugement et de discernement, et aussi à ce fait qu'ils ne sont pas surpris par des anomalies psychiques, dont ils ne sont pas eux-mêmes indemnes. L'anorexie mentale n'est pas un accident fortuit, c'est presque une conséquence naturelle du milieu familial, envisagé dans l'ensemble de ses tares et de ses habitudes.

On a encore rangé l'anorexie mentale parmi les bouleversements psychiques d'origine sexuelle, dont elle ne serait que le premier chaînon : à l'autre extrémité se placent les psychoses de la ménopause ; entre les deux, les accidents mentaux qui suivent ou accompagnent le mariage, la grossesse, la parturition, l'allaitement. L'apparition des règles est quelquefois, par elle-même, une cause de tourment, d'inquiétude, de préoccupation. « Fortement impressionnées par les modifications physiologiques que subit leur corps, les anorexiques deviennent comme honteuses de leur transformation, et par une sorte de pudeur inconsciente, mêlée parfois de coquetterie et de précoce effroi, elles regardent comme laid, sinon comme coupable, le développement si matériellement réaliste de leurs attributs sexuels. »

Le problème est, d'ailleurs, encore plus complexe qu'il ne le paraît au premier abord : à la puberté est intimement lié non pas seulement le développement des organes sexuels, mais la croissance, c'est-à-dire le développement général et rapide de l'organisme.

Cet accroissement, parfois si subit et si prompt, n'est-il pas susceptible, par lui-même, par les modifications qu'il apporte au métabo-

isme des organes, à la nutrition, d'exercer un retentissement sur les fonctions nerveuses et, en particulier, celles de l'écorce cérébrale. On ne saurait davantage laisser de côté le surmenage excessif auquel sont assujettis beaucoup d'enfants de cet âge, soit dans la préparation de leurs examens et de leurs brevets, soit dans les premières passes de la lutte pour la vie. Quel que soit le rôle de la puberté et de tous les phénomènes qui s'y rattachent, naturellement ou artificiellement, il n'en est pas moins vrai que tous ces accidents se produisent avec une prédisposition toute spéciale chez les sujets que, pour employer une expression courante, nous dirons sensibilisés soit par l'atavisme, soit par une morbidité très chargée. On ne peut toutefois laisser complètement dans l'ombre les perturbations physiques, inhérentes au développement de la vie sexuelle ; l'anorexie mentale est un syndrome qui se voit presque exclusivement chez les filles. Peut-être aussi, la contention plus grande des aspirations et des besoins nouveaux chez la femme n'est-elle pas étrangère à cette prédisposition.

II. — THÉRAPEUTIQUE DE L'ANOREXIE MENTALE

Chez l'adulte, il est facile de reconnaître la cause de l'anorexie ; l'état mental est généralement assez net pour qu'on puisse établir le diagnostic. Cependant, si on se trouve en présence d'un malade simplement neurasthénique, avant d'entreprendre le traitement, il faut s'assurer de l'origine purement psychique de la maladie par une investigation minutieuse, écarter toutes les causes organiques de l'anorexie : rétrécissements, tumeurs, inflammations du tube digestif et de ses annexes. Il ne faut pas oublier davantage que le symptôme anorexie, c'est-à-dire la perte du goût et de l'appétit, peut être dû à des lésions nerveuses organiques : le fait a été plusieurs fois signalé chez les tabétiques.

Chez les adolescents, le diagnostic n'est pas beaucoup plus difficile en ce qui concerne l'origine purement nerveuse de l'anorexie, et cela pour une raison toute différente. C'est que les grands facteurs étiologiques de l'anorexie organique chez l'adulte sont souvent inconnus à cet âge ; les ulcères simples, les cancers, les rétrécissements organiques sont exceptionnels. Par contre, les inflammations, les entérites, l'appendicite sont loin d'être rares, mais elles se traduisent alors par des symptômes assez caractéristiques. L'anorexie mentale, comme on l'a déjà vu, a d'autre part une manière d'être toute spéciale. Mais, peu importe, avant de formuler un diagnostic définitif, avant d'entreprendre une thérapeutique, dans laquelle le médecin

assume une très lourde responsabilité, il faut toujours examiner le malade comme s'il était réellement atteint d'une affection organique : d'ailleurs il peut y avoir coïncidence : pour ne citer qu'un exemple, l'association de l'anorexie et de l'entérite muco-membraneuse se rencontre assez souvent.

I. — PSYCHOTHÉRAPIE

Le diagnostic d'anorexie mentale — et je ne m'occuperai ici que de l'anorexie de la puberté et de l'anorexie hystérique — étant posé sans hésitation, que faut-il faire ? La conduite à tenir est-elle toujours la même, que la maladie soit à la première, à la deuxième ou à la troisième période ?

1° **A la troisième période**. — Lorsque la maladie est arrivée à la troisième période, c'est-à-dire celle de l'inanition et de la cachexie, il n'y a pas le choix entre plusieurs moyens. Il n'y en a qu'un, et à ce sujet les avis sont unanimes. Le danger est imminent et il faut y parer au plus vite. L'expérience a démontré que la famille n'a aucune autorité, et il en est de même pour le médecin dans le milieu familial. Ces malades doivent donc être soignées en dehors de chez elles, dans une maison de santé spéciale, sous une direction médicale, et par un personnel de surveillance spécialement dressé à ce point de vue. Cette séparation doit être complète, car s'il est reconnu que les rapports avec la famille sont mauvais, ils doivent être momentanément suspendus.

Isolement. — L'isolement est donc absolu, la malade ne doit plus avoir aucune relation non seulement avec la famille, mais avec l'extérieur; et par relation il faut entendre les visites et la correspondance. Le repos continuel au lit est indispensable, il réduit les dépenses corporelles et la fatigue au minimum ; associé à l'alimentation et même à la suralimentation, il aidera la malade à reprendre son poids, ce qui doit être l'unique préoccupation du moment présent.

Pendant les premiers temps, surtout si l'amaigrissement est extrême, la malade s'abstiendra de toute occupation, lecture ou ouvrage manuel. Mais je l'ai déjà dit et répété, séparation ou isolement de la famille ne signifient pas que les malades doivent rester seules (presque toujours il s'agit de jeunes filles et de jeunes femmes) dans leur chambre : elles doivent être assistées d'une garde qui aura pour triple but de leur donner les soins nécessaires, de les distraire et de les surveiller.

Psychothérapie proprement dite. — On pourrait croire qu'il faut faire de grands efforts de persuasion pour convaincre de telles malades de la nécessité de s'alimenter et pour les forcer à manger. Il n'en est rien. Il suffit qu'elles comprennent que leur médecin ne leur cédera en rien, et que lui seul est le maître de la situation ; dans la très grande majorité des cas la soumission est presque immédiate, et il est très rare qu'il faille avoir recours aux moyens d'intimidation et de correction. On est tout surpris de voir s'alimenter, sans enthousiasme évidemment, mais aussi sans trop de récriminations, des malades qui la veille refusaient systématiquement toute espèce d'aliments. Dans les cas plus rares où les malades résistent davantage, il faut les encourager, tenter de les prendre par la douceur, mais sans faiblesse : ce n'est que si tous les moyens de conciliation ont échoué, qu'il faut avoir recours à l'alimentation par la sonde, et encore la menace ou la vue de l'instrument suffit-elle habituellement pour décider la malade.

En imposer, voilà l'élément essentiel du succès auprès de jeunes filles qui ont trop longtemps abusé de la faiblesse et de la commisération de leurs parents. Dans une de ses leçons du mardi, Charcot raconte les confidences qu'il reçut d'une fillette atteinte d'anorexie hystérique, après sa guérison. « Tant que papa et maman ne m'ont pas quittée, disait l'enfant, en d'autres termes tant que vous n'avez pas triomphé, car je savais que vous vouliez me faire enfermer, j'ai cru que ma maladie n'était pas sérieuse, et comme j'avais horreur de manger, je ne mangeais pas. Quand j'ai vu *que vous étiez le maître*, j'ai eu peur et, malgré ma répugnance, j'ai essayé de manger ; cela est venu peu à peu. » Cet aveu démontre l'importance psychothérapique que possède à lui seul l'isolement. Une mesure aussi énergique fait évidemment réfléchir les jeunes malades ; elles pensent sans doute que celui qui a été assez fort pour décider leurs parents à se séparer d'elles le sera également pour les obliger à se nourrir ; d'autres, jusque-là inconscientes ou à demi-conscientes de la gravité de la situation dans laquelle elles se sont laissé entraîner, commencent à éprouver quelque inquiétude de leur santé en présence d'une décision aussi radicale de la part du médecin et de leur famille ; beaucoup enfin se décident à manger et s'empressent même quelquefois, parce qu'elles savent que l'isolement sera d'autant moins long qu'elles auront plus vite engraissé.

Dans l'isolement, la surexcitation entretenue chez beaucoup de jeunes filles par les luttes quotidiennes avec la famille s'apaise progressivement : elles-mêmes ne discutent plus ou discutent moins, parce qu'elles sont bien vite convaincues qu'elles n'auront

pas raison de la volonté et de la patience de leur entourage.

Le rôle de l'isolement ne se borne pas à obtenir ce simple résultat: il favorise et renforce l'intervention psychothérapeutique du médecin. Il captera plus vite la confiance de la malade et il en usera pour provoquer certaines confidences, en l'interrogeant sur les causes qui ont pu occasionner l'anorexie et la perturbation psychique qui se dissimule derrière elle : il fera une enquête discrète sur les chagrins, les ennuis, les préoccupations qui ont pu exercer une influence déterminante. Dans l'anorexie neurasthénique ces divers facteurs ont eu le plus souvent une action décisive. La psychothérapie ne diffère pas alors de ce qu'elle doit être en général, quand on se trouve en présence d'un neurasthénique. (Voy. p. 257.)

Les entretiens répétés avec la malade auront d'ailleurs pour résultat de mettre en évidence un état mental qui ne se laissait pas démasquer au premier abord. En se sentant traitée amicalement, plus d'une hystérique avoue rapidement ses torts, sa mauvaise volonté, ses entêtements, et ses aveux entraînent à leur suite la cessation des dernières résistances : on a vu plus haut l'importance de ces renseignements au point de vue de l'avenir. Il convient de traiter les anorexiques moralement et intellectuellement et il en est de même des simples obsédés, scrupuleux, mélancoliques ; mais en ce qui concerne l'anorexie, et pour obtenir qu'ils mangent, on est généralement obligé d'insister davantage auprès d'eux qu'auprès des neurasthéniques et des hystériques. Encore une fois, si les malades sont bien convaincus qu'on ne leur cédera pas, leur résistance est toujours domptée ; par manie ou mauvais vouloir, ou pour toute autre raison, elles recommencent au repas suivant, mais devant une volonté inébranlable leur obstination s'efface de plus en plus. Il n'y a guère que chez les déments précoces que les échecs sont presque inévitables, surtout lorsque le refus de s'alimenter dépend du négativisme : dans ce cas la persuasion est inutile, l'intelligence reste fermée aux avertissements, et pour les empêcher de mourir de faim, il faut se résigner à les nourrir artificiellement.

Surveillance. — La garde ne doit pas quitter la malade, surtout au moment du repas : il faut toujours se méfier, surtout pendant les premiers temps, de la supercherie et de la manie de cacher les aliments, dont sont atteintes bon nombre d'anorexiques. Dans les intervalles des repas, en dehors des soins spéciaux dont elle est chargée, elle doit les distraire et les encourager. Lorsque les malades ont repris une partie de leurs forces et de leur poids, elles seront autorisées à s'occuper dans leur lit, à faire quelques petits

ouvrages manuels, à jouer et même un peu plus tard à lire. Toutes ces distractions seront prises avec mesure. Lorsque les malade seront très améliorées physiquement et que *l'anorexie sera complétement guérie*, elles seront autorisées à écrire une lettre, à recevoir une visite. Correspondances et visites seront accordées en plus grand nombre au fur et à mesure de l'amélioration.

Régime. — Un régime spécial doit-il être institué, ou bien la nature des aliments est-elle indifférente ?

Lorsque les malades sont dans un état d'inanition et de cachexie prononcé et que l'alimentation a été réduite pour ainsi dire à néant, il est préférable d'instituer le régime lacté. Le lait est donné par doses fractionnées, toutes les heures depuis huit heures du matin jusqu'à huit heures du soir: on commence par un litre, et on augmente ainsi rapidement de manière à monter jusqu'à quatre ou cinq litres par vingt-quatre heures, au bout de cinq ou six jours, suivant l'âge, le poids et la taille. Le régime lacté a le très grand avantage d'introduire une très grande quantité de liquide dans l'organisme et de restituer aux éléments anatomiques l'eau dont ils ont besoin. L'organisme, privé d'eau depuis longtemps, offre vis-à-vis d'elle une affinité très grande et le premier résultat du régime lacté est l'imbibition des tissus qui se traduit par un relèvement très rapide de poids. Nobécourt et Merklen ont observé, dans le service du professeur Hutinel, une fillette âgée de douze ans, qui a repris une dizaine de livres pendant la première semaine du traitement. Il m'est arrivé plusieurs fois de relever des augmentations de six à sept livres pendant la même période ; une fois l'hydratation effectuée, les augmentations des semaines suivantes sont généralement beaucoup moins élevées.

Le régime lacté intégral peut être maintenu très longtemps, pendant plusieurs semaines et même davantage ; c'est certainement le meilleur procédé pour donner aux malades une ration alimentaire constante. Il est bon de spécifier devant la malade qu'en instituant le régime lacté on n'a pour but que de l'engraisser plus vite, et qu'il n'a pas été prescrit comme régime. Lorsqu'elle a repris déjà un certain nombre de kilos, on revient peu à peu au régime ordinaire, en passant par un régime mixte, composé à la fois de lait et d'aliments ; si l'anorexie cède vite, et s'il n'y a pas d'indication spéciale à prolonger le régime lacté, je préfère, au bout de dix ou quinze jours, remplacer le lait par l'alimentation normale. J'ai obtenu d'aussi bons résultats qu'en maintenant le régime lacté dont beaucoup de malades s'accommodent fort mal : quelquefois même, en présence d'une très grande répugnance pour le lait, et à

la condition que l'inanition ne soit pas trop profonde, j'ai mis d'emblée les malades au régime ordinaire; je dois dire que je m'en suis toujours bien trouvé. Il est bien entendu que les aliments seront d'abord donnés par petites quantités; puis très rapidement, dans l'espace de huit à dix jours, ils seront élevés à la ration normale.

Au fond, le régime importe peu, le principal est d'alimenter les malades. Si toutefois on se trouve en présence d'une fausse gastropathe, qui se croit atteinte d'une maladie de l'estomac, il est préférable de lui donner dès le début l'alimentation ordinaire en commençant par une ration faible et en augmentant progressivement. C'est un excellent moyen de lutter contre les idées hypocondriaques, en montrant à la malade que l'état de son tube digestif ne comporte aucune indication particulière.

Il faut réserver les régimes spéciaux aux malades, chez lesquels l'anorexie mentale coïncide avec une maladie du tube digestif (entérite muco-membraneuse, appendicite, etc.) et de ses annexes.

Le régime doit être plus qu'un régime d'entretien ; un régime de suralimentation. Le nombre des repas sera de quatre par jour.

Un repas le matin à sept heures et demie ou huit heures, ou petit déjeuner, composé d'un potage épais ou d'une tasse de café au lait avec pain et beurre.

Le déjeuner à midi composé d'un plat d'œufs et d'un plat de viande, de légumes, de dessert, du pain en assez grande quantité. Boisson indifférente : eau filtrée, vin coupé d'eau, bière.

Un goûter à quatre heures : une tasse de lait, des gâteaux secs, ou bien du pain et des confitures.

Le diner à sept heures : un potage épais, un plat de viande ou de poisson, légumes, et dessert.

Pour vérifier l'engraissement, il ne faut pas se contenter de simples impressions : les malades doivent être pesés régulièrement tous les huit jours. La pesée est faite sans vêtements, si cela est possible : dans le cas contraire, il est nécessaire que les vêtements soient toujours les mêmes, et la garde sera avertie qu'elle doit se méfier de la supercherie; j'ai surpris des anorexiques qui bourraient leurs poches, de manière à faire croire qu'elles avaient beaucoup augmenté et que leur ration alimentaire était suffisante.

Suivant les indications de la pesée, le régime sera augmenté ou maintenu au même taux.

Le poids maximum que doivent atteindre les malades varie avec leur taille et il faut s'en rapporter aux tables de moyennes qui ont été établies par divers auteurs.

On admet ordinairement pour les adultes que le poids du corps

exprimé en kilos répond aux décimales de la taille : un individu de 1m,70, par exemple, devra peser 70 kilos : ou bien encore on obtient le poids normal exprimé en kilos en multipliant par 4 le nombre des décimètres de la taille. Ces formules, à peu près exactes pour l'adulte, ne le sont plus pour l'adolescence.

Voici les tables de croissance des enfants des deux sexes, de dix à seize ans, établies sur les moyennes des enfants parisiens, d'après Variot et Chaumet.

	Garçons.		Filles.	
Age.	Poids.	Taille.	Poids.	Taille.
10 à 11 ans.....	25,600	130,3	26,600	129,5
11 à 12 ans.....	27.700	133,6	29,600	134,4
12 à 13 ans.....	30,100	137,6	33,800	141,5
13 à 14 ans.....	35,700	145,1	38,300	148,6
14 à 15 ans.....	41,500	153,8	43,200	152,9
15 à 16 ans.....	47,500	159,6	46,000	154,2

D'après Quételet, pour le même âge les poids seraient inférieurs aux précédents.

Age.	Poids.	Taille.
10 ans.....	24,520	1,30
11 ans.....	27,700	1,35
12 ans.....	29,820	1,40
13 ans.....	34,380	1,45
14 ans.....	38,670	1,50
15 ans.....	43,620	1,54

Les moyennes les plus négligées dans les livres sont justement celles qui correspondent à la période de quinze à vingt ans. On peut alors se baser sur une moyenne établie à la fois d'après les tables précédentes et sur le calcul du poids chez l'adulte.

2° **Aux deux premières périodes**. — L'isolement combiné à la psychothérapie doit-il être conseillé dès le début de la maladie, à la première et à la deuxième période ? Pour la deuxième période il n'y a pas d'hésitation : l'origine nerveuse de l'anorexie ne fait plus aucun doute, l'amaigrissement a atteint des proportions sérieuses, les repas sont le sujet de discussions continuelles avec la famille qui a perdu toute autorité ; l'opposition à l'alimentation est devenue systématique. Dans ces conditions, l'isolement est indispensable : grâce à lui on évite les amaigrissements excessifs, l'inanition et la cachexie, souvent l'éclosion de la tuberculose.

A la première période la nature de la maladie est souvent méconnue, surtout si les malades accusent quelques douleurs au creux épigastrique, des troubles digestifs ; le refus de s'alimenter

n'est pas encore définitif : les malades se plaignent seulement d'avoir moins d'appétit. Bref, on met tous les symptômes sur le compte de la dyspepsie, de la croissance, de la fatigue, ou du surmenage et on prescrit un régime *ad hoc*. Cependant, pour celui qui a déjà eu l'occasion de voir de semblables malades, quelques petits signes révélateurs mettent sur la voie du diagnostic. On peut alors, en faisant prévoir l'isolement, en usant de l'intimidation et de la menace, exercer une pression heureuse, si toutefois on est secondé par la famille. D'ailleurs l'anorexie ne passe pas fatalement à la deuxième et à la troisième période, et un certain nombre de jeunes filles ne franchissent pas la première période. On ne saurait donc conseiller l'isolement, auquel les familles se résoudraient difficilement, parce que à cette phase, elles n'en saisissent pas l'importance et qu'elles ignorent les dangers auxquels sont exposés leurs enfants: mais ceux-ci ne doivent pas être perdus de vue, ils seront suivis régulièrement par le médecin qui éclairera les parents sur la nature de la maladie et sur le pronostic sévère qui s'y attache. En fait, les parents ne consentent à se séparer de leurs enfants que lorsqu'ils sont effrayés par les progrès de l'amaigrissement et la chute rapide du poids, en un mot lorsqu'ils ne peuvent plus faire autrement : et encore est-ce souvent, à leur corps défendant, qu'ils s'y résignent. Ils ont peine à comprendre que leur fille s'alimentera dès qu'elle sera séparée d'eux, et quand on leur annonce qu'à peine ils ont franchi le seuil de sa chambre, après lui avoir fait leurs adieux, la jeune malade a consommé, souvent sans opposition, les aliments qui lui ont été présentés, ils n'en reviennent pas!

Le médecin qui soigne de telles malades ne doit pas se dissimuler qu'il aura beaucoup, quelquefois plus à faire avec les parents. Après avoir accepté le principe de l'isolement absolu, ceux-ci reviennent sur leur décision, ils demandent l'autorisation d'une visite, d'une lettre. Il faut être inébranlable et leur répondre qu'ils sont libres de voir leur malade, mais alors ce sera pour la reprendre chez eux : car il est impossible pour le médecin de prendre la responsabilité d'une telle cure, s'il n'en est pas le maître absolu.

II. — RÉSULTATS DU TRAITEMENT

Thérapeutique adjuvante. — Les médicaments et les moyens physiques, tels que l'hydrothérapie, sont généralement inutiles et même nuisibles : les premiers, parce qu'ils laissent supposer que dernière l'anorexie il existe une maladie organique réelle ; ils deviennent alors une cause d'inquiétudes et de préoccupations, ce qui ne peut

qu'accentuer les perturbations psychiques. Dans le cas où, pour une raison quelconque, on croirait devoir prescrire des toniques et des reconstituants, tels que arsenicaux, phosphates, préparations ferrugineuses, il serait prudent d'avertir la malade qu'ils ne sont ordonnés que pour accélérer l'engraissement. Quant à l'hydrothérapie, elle est contre-indiquée tant que le poids normal n'a pas été atteint ou même dépassé : jusque-là elle retarde l'engraissement et elle peut fatiguer les malades.

Le massage ne sera utilisé que dans le traitement de la constipation, et encore, le plus souvent il est inutile ; la plupart des malades que j'ai observées en sont venues à bout, en se présentant à heure régulière à la garde-robe ; elles peuvent être aidées les premiers jours par des purgatifs très doux, tels que quelques grammes de sulfate de soude pris le matin à jeun, avant le premier déjeuner. La constipation cède très vite, surtout lorsque les malades sont surveillées, encouragées ou même suggestionnées.

Les parents eux-mêmes doivent être étroitement surveillés : il y en a qui, sous prétexte de faire parvenir des vêtements, du linge, ou des objets quelconques, correspondent avec leurs enfants ; ils dissimulent dans le paquet une lettre ou un bout de papier. Cette petite manœuvre sur laquelle j'ai déjà insisté (Voy. p. 95) est parfois convenue d'avance entre l'enfant et les parents à l'insu du médecin, et trop souvent, hélas ! les recommandations écrites par la mère ne sont pas faites pour seconder ses efforts. C'est à nous à nous défendre, en exigeant une surveillance étroite et un contrôle constant de la part des gardes. Il ne faut pas s'étonner d'ailleurs de telles tentatives. Comme je l'ai déjà dit, la plupart des anorexiques sont des enfants gâtées : ce sont de petites mentales. Ce ne sont que trop souvent à la fois des mal élevées et des héréditaires ; et il n'est pas difficile de s'en convaincre non seulement en soignant les malades, mais en causant avec les familles, avec lesquelles on fait forcément plus ample connaissance. La cure psychothérapique n'est presque jamais une cure individuelle, c'est presque toujours une cure familiale.

Pronostic. — Dans la grande majorité des cas, il est possible et il est facile de proclamer la guérison de l'anorexie : mais pour un assez grand nombre de cas, on peut seulement assurer aux familles que le malade a repris son poids. Si l'état mental ne s'est pas complétement modifié, la rechute est toujours à craindre, dès que la malade sera rentrée dans son milieu habituel.

La reprise du poids normal n'est donc pas à lui seul un élément de guérison certaine: il faut avoir encore égard à l'état mental enfin la menstruation donne également des indications précieuses. On peut poser comme une règle que toute anorexique, dont les règles ne sont pas revenues, ne peut être considérée comme guérie. Or, le retour des règles se fait quelquefois attendre très longtemps après que la malade a repris son poids et paraît mentalement guérie: ce retard peut se prolonger pendant des semaines et des mois; et pour des considérations diverses, il n'est pas toujours possible de conserver les malades dans les maisons de santé. Elles devront par conséquent être très étroitement surveillées chez elles, jusqu'au moment où les règles auront fait leur réapparition.

Les obsédés hypocondriaques, les dégénérés, les débiles sont peut-être plus exposés que d'autres aux récidives, en raison de la nature constitutionnelle de leurs troubles mentaux. Après une amélioration très notable obtenue dans une maison de santé, ils deviennent incapables de se diriger eux-mêmes, dès qu'ils en sont sortis, et ils passent souvent par des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Ils ne seront donc pas perdus de vue.

Les anorexiques mélancoliques guérissent complètement avec la terminaison de leur accès de dépression. L'anorexie hystérique est celle qui guérit le plus vite et le mieux; les récidives sont exceptionnelles. Le pronostic est assez bon également pour l'anorexie des neurasthéniques.

A côté des cas simples dans lesquels l'état mental est très net, il y en a aussi de plus complexes, dans lesquels des troubles mentaux d'ordres divers s'associent et se combinent: il est très difficile alors de faire la part des uns et des autres et de promettre une guérison définitive. Ces cas-là ne sont pas très rares.

La tuberculose est la complication la plus redoutable et la plus habituelle de l'anorexie mentale : souvent l'anorexie guérit, mais la tuberculose continue à évoluer et emporte la malade plusieurs mois ou plusieurs années plus tard, alors même que l'alimentation a été très vite reprise et que le poids a été récupéré, j'en ai malheureusement vu plusieurs exemples. Cependant la tuberculose ne paraît se développer que sur des terrains spécialement prédisposés, et lorsqu'on se trouve en présence d'une jeune fille atteinte à la fois d'anorexie et de tuberculose tout à fait à la première période, on serait enclin à envisager d'une manière diverse les rapports de la tuberculose et de l'anorexie, et à se demander si la tuberculose n'est pas dans une certaine mesure la cause de l'anorexie.

Anorexie symptomatique. — Jusqu'ici je ne me suis occupé que

des anorexies de la puberté, qui ne diffèrent guère, par leur pathogénie, de celles de l'âge adulte, c'est-à-dire des anorexies symptomatiques. Ce n'est en réalité qu'une seule et même maladie à des âges différents ; la première ne diffère de la seconde que parce que, au point de vue mental elle est vue en raccourci, en miniature. Tout ce qui est vrai pour le traitement de l'anorexie des jeunes filles l'est également pour le traitement de l'anorexie de l'adulte. Il est indiscutable que la plupart des malades qui se nourrissent insuffisamment chez eux, ou qui refusent même de se nourrir, se soumettent beaucoup plus facilement, lorsqu'ils sont séparés de leurs familles et isolés dans une maison de santé, ouverte ou fermée, suivant les indications fournies par leur état mental.

Alimentation par la sonde. — Il y a cependant des malades qui refusent absolument de manger ou de se laisser nourrir. Parmi les jeunes anorexiques, ce sont ordinairement les démentes précoces, à un âge plus avancé des mélancoliques, des persécutés, etc. Le médecin n'a à sa disposition qu'un seul moyen pour en venir à bout et les empêcher de mourir de faim, c'est le gavage à la sonde.

Il y a quelques rares malades qui, tout en ne voulant pas manger, consentent cependant à ce qu'on les nourrisse en leur introduisant une sonde œsophagienne par la cavité buccale ; la tâche est aisée. La plupart, au contraire, s'opposent à l'alimentation artificielle : dans ces conditions il faut maintenir la bouche ouverte au moyen d'un appareil, et introduire ensuite la sonde œsophagienne, sinon c'est par les fosses nasales qu'il faut faire pénétrer la sonde dans le pharynx, puis dans l'œsophage et enfin dans l'estomac. Au premier abord, cette dernière manœuvre paraît assez délicate, mais en réalité elle est facile, et c'est à elle qu'il faut avoir recours, quand on se trouve en présence de malades, chez lesquels il est à présumer que l'alimentation artificielle devra se prolonger pendant des semaines et même des mois.

Pour pratiquer le gavage par la voie nasale, on se sert d'une sonde en gomme du n° 16 de la filière Charrière, ou même d'un numéro plus élevé. L'extrémité, enduite d'huile, est introduite en suivant le plancher inférieur de la cavité des fosses nasales, puis poussée lentement, jusqu'au moment où elle pénètre dans l'estomac. Au moment de la traversée pharyngée, surtout si la sonde est introduite lentement, le malade exécute un mouvement de déglutition dont on profite pour pousser plus rapidement l'instrument. On a souvent la crainte — et le phénomène peut se produire — de pénétrer dans le larynx : cet incident donne généralement lieu à des quintes de toux ou à des crises de suffocation, qui indiquent que l'on a fait

fausse route. En cas de doute, on laisse la sonde en place et on pince le tube ; si le malade continue à respirer librement, on peut être certain que la sonde n'a pas pénétré dans le larynx.

Si la sonde est introduite un peu trop brusquement ou si on a affaire à un malade qui se défend beaucoup, il arrive que la sonde, au lieu de s'engager dans l'œsophage, s'engage en avant dans la cavité buccale : il faut dans ce cas retirer la sonde et recommencer la manœuvre. Il peut se faire que dans les tentatives suivantes on ne soit pas plus heureux ; chez d'autres malades encore la sonde est bien déglutie, mais sous l'influence des efforts de résistance, elle est vomie et ressort par la bouche. Dans ces deux circonstances, j'ai eu plusieurs fois recours à un procédé plus simple. L'extrémité de la sonde n'est introduite que de quatre à cinq centimètres dans les fosses nasales et maintenue d'une main, tandis que de l'autre on ferme le tube en le pinçant. On fait remplir par un aide l'entonnoir qui est adapté à l'extrémité supérieure ; alors les doigts qui ferment le tube se desserrent et laissent écouler une certaine quantité de liquide, qui provoque un mouvement de déglutition et passe dans l'œsophage : on pince aussitôt le tube pour le relâcher dès que le mouvement de déglutition est terminé. On règle ainsi les déglutitions par une série de serrements et de relâchements du tube : en ne laissant couler qu'une petite quantité de liquide, on ne court aucun risque qu'il ne s'écoule dans les voies aériennes. Il faut avoir soin, une fois le gavage terminé, de faire passer une petite quantité d'eau bouillie de manière à rincer les fosses nasales et la cavité pharyngée. J'ai eu l'occasion de nourrir quelques malades par ce procédé pendant plusieurs semaines, sans provoquer aucun accident.

Lorsque la manœuvre habituelle a bien réussi, dès que l'extrémité inférieure de la sonde a pénétré dans l'estomac, on élève l'entonnoir qui est adapté à l'extrémité supérieure et on verse le liquide : on répète l'opération trois fois par jour ; on fait passer chaque fois de 750 grammes à un litre de lait, mélangé de deux ou trois jaunes d'œuf, de jus de viande, etc.

On peut remplacer le lait par des purées de légumes très liquides ; enfin si cela est nécessaire, on y ajoute des médicaments.

Les procédés de gavage par la voie nasale sont infiniment plus pratiques que le gavage par la voie buccale, quand on se trouve en présence d'un malade qui fait de l'opposition. Après un ou plusieurs gavages les malades se soumettent quelquefois et consentent à s'alimenter seuls.

En aucun cas, il ne faut pas avoir recours aux lavements alimentaires qui sont tout à fait insuffisants.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT DE LA CONFUSION MENTALE

Définition. — La confusion mentale est un syndrome qui, dans certains cas, constitue à lui tout seul la symptomatologie et il s'agit alors *de confusion mentale primitive* ; ou bien il s'associe à diverses maladies mentales, parmi lesquelles la mélancolie : la confusion mentale est dite alors secondaire; elle est la conséquence de l'intensité des troubles mentaux : enfin elle s'installe dès le début ou au cours d'une maladie générale, toxique ou infectieuse, elle est dite symptomatique. On a beaucoup discuté sur l'autonomie de la confusion mentale primitive, qui comprend un certain nombre des cas décrits autrefois par Esquirol sous le nom de *démence aiguë* ou par Georget sous celui de *stupidité*. Delasiauve a consacré plus tard des études importantes à la stupidité et aux confusions intellectuelles, en les isolant des grands syndromes mentaux, tandis que Baillarger les faisait rentrer dans le cadre de la mélancolie avec stupeur ; c'est pourquoi la confusion mentale eut tant de peine à être reconnue comme entité morbide jusqu'aux communications et à la thèse de Chaslin, tandis qu'en Allemagne les psychiatres avaient tiré un meilleur parti des premières descriptions des auteurs français et étudié la confusion mentale sous des appellations diverses.

Il n'y a pas lieu d'insister sur la partie historique de cette question qui a été fort bien exposée dans les travaux de Chaslin, de Séglas et dans les traités de psychiatrie.

Ce qu'il faut retenir, au point de vue spécial qui nous occupe, c'est que la confusion mentale n'est qu'un syndrome, qui se superpose dans un très grand nombre de cas à d'autres maladies mentales, et qui, dans un nombre de cas relativement très restreint, reste isolé : il s'installe alors dans un ensemble de circonstances étiologiques si spéciales et dans un complexus de symptômes physiques ou généraux suffisamment accusé, pour qu'il constitue une maladie spéciale : la confusion mentale primitive.

Troubles psychiques. — Les symptômes psychiques sont de

deux ordres (Séglas) : des symptômes fondamentaux et des symptômes accidentels. Les premiers sont étroitement liés à l'inhibition des facultés intellectuelles; les autres inconstants sont des phénomènes d'automatisme cérébral : les hallucinations, le délire et les réactions du malade.

Le facies traduit fidèlement la suspension des facultés intellectuelles : il exprime la stupidité; la physionomie est inerte, sans mobilité, le regard vague.

Il est souvent impossible de faire parler les malades, tellement ils sont incapables de rassembler leurs idées et de les exprimer par des mots : aussi a-t-on souvent affaire à des muets. D'ailleurs ils n'ont pas l'air de comprendre les questions qu'on leur pose, que ce soit oralement ou par écrit ; eux-mêmes ne sont pas plus aptes à écrire qu'à parler, de sorte que dans les cas de confusion les plus accusés, les malades restent complètement isolés du monde extérieur.

Mais, lorsque la confusion évolue vers la guérison, les malades sortent peu à peu de leur mutisme; ils se comportent comme dans les formes plus bénignes et permettent d'apprécier de quels éléments est constitué le syndrome en question.

Les moindres actes exigent d'eux un grand effort, et cette difficulté se manifeste au mieux dans le langage et l'écriture. Ils ont de la peine à trouver le mot juste qui correspond à l'expression de leur idée, ou bien ils emploient un mot pour un autre : parfois la phrase commence correctement, mais les mots suivants viennent difficilement ou sans ordre, et au premier abord on pourrait se croire en présence d'un paraphasique. L'émission en est lente, la parole est traînante, monotone, les mots sont ânonnés. Parfois les malades parlent tout seuls. Ils marmottent des mots sans ordre, des phrases sans signification. Les questions sont mal comprises et ils répondent à côté, parfois après plusieurs hésitations, comme s'ils prenaient leur élan. Ils s'arrêtent au milieu d'une phrase, ou en précipitent le débit, comme s'ils craignaient de ne pouvoir terminer.

Il faut user de patience, lorsqu'on procède à leur interrogatoire, car il est presque toujours indispensable de répéter plusieurs fois la même question, avant qu'elle ne soit comprise : les malades répètent souvent eux-mêmes les derniers termes de la phrase qui vient d'être prononcée. C'est pourquoi les phrases devront être courtes, nettes, précises ; l'interrogation doit se prolonger le moins possible, parce que la fatigue survient vite.

L'attention est en effet profondément altérée, et c'est ce trouble qui tient en grande partie sous sa dépendance les difficultés de la

parole et de la compréhension. Il en est de même des facultés de perception et en particulier de la perception des objets extérieurs : ainsi, à un degré plus marqué, les confus ne se reconnaissent plus chez eux, dans leur propre appartement; leurs parents mêmes peuvent leur rester étrangers. Ils vont jusqu'à perdre la notion de leur moi, de leur personnalité : ils se trouvent transformés soit partiellement, soit complètement.

Les troubles de l'attention et de la perception expliquent dans une large mesure ceux de la mémoire qui ne font cependant jamais défaut, alors même que les premiers sont à peine ébauchés. Les faits anciens sont plus facilement évoqués que les récents; et encore n'est-ce souvent que d'une façon automatique, indépendamment de la volonté ; malgré cela, il y a amnésie d'évocation et amnésie de fixation. On retrouve dans toute la motilité, à des degrés variables, les mêmes hésitations, les mêmes efforts ou la même inertie que pour la parole, ce qui tient à la fois de l'impossibilité d'associer et de fixer les idées, des troubles de l'attention, de la perception, de la mémoire et de la volonté. Les actes, les mouvements, les gestes manquent d'énergie, de précision, de vitesse. Aucun mot ne saurait mieux exprimer, que celui de confusion, cet état dans lequel le malade confond tout et se confond lui-même.

Parmi les symptômes secondaires qui ne sont pas obligatoires et qui, s'ils font partie de la maladie, ne font pas à proprement parler partie du syndrome de la confusion mentale, Séglas range : 1° les idées délirantes, généralement « de teinte mélancolique » (idées de ruine, damnation, persécution, culpabilité), etc..., ou bien des idées érotiques et de grandeur : elles ne sont généralement pas tenaces et varient d'un moment à l'autre...; 2° les hallucinations sensorielles, principalement de l'ouïe et de la vue... ; 3° les impulsions subites (violence, suicide), les tics.

L'émotivité est généralement nulle et les malades paraissent indifférents ; toutefois quelques-uns passent par des moments d'anxiété que semblent justifier le chaos de leurs idées ou leurs hallucinations. Les uns sont déprimés, les autres agités ; chez d'autres encore agitation et dépression alternent plus ou moins régulièrement. En général ce sont des malades assez faciles à diriger et à surveiller ; ils sont dociles et s'attachent parfois aux personnes qui sont chargées de leurs soins.

Troubles somatiques. — Les signes somatiques manquent rarement, et sont caractérisés par l'affaiblissement, l'amaigrissement, la fatigue, l'épuisement, des troubles généraux de ta nutrition.

La fièvre est inconstante et variable dans sa marche, dans son

allure, les battements du cœur sont plutôt faibles, le pouls quelquefois précipité; les troubles trophiques et les troubles vasomoteurs ne sont pas exceptionnels.

Les perturbations de l'appareil digestif sont plus importantes et plus fréquentes : le teint est souvent mauvais, plombé, il peut exister du subictère. La langue est recouverte d'un enduit épais; l'appétit est nul. On a signalé des nausées, des vomissements, des alternatives de diarrhée et de constipation. Le gatisme est indépendant des troubles digestifs et provient directement de l'affaiblissement intellectuel.

Le foie peut être augmenté de volume. Les urines contiennent parfois de l'albumine ou du sucre, des pigments biliaires modifiés. L'haleine est souvent fétide. Il faut tenir compte, dans l'apparition des troubles digestifs, de l'état de dénutrition dû à la diminution de l'alimentation (beaucoup de ces malades sont très difficiles à nourrir, non pas toujours parce qu'ils refusent, mais parce qu'ils n'y pensent pas, parce qu'ils ne s'y prêtent pas), et aussi à la mastication insuffisante des aliments.

Les règles sont ordinairement suspendues pendant toute la durée de la maladie, ou elles sont irrégulières.

L'examen du système nerveux ne dénote rien de particulier en ce qui concerne les muscles, les réflexes. On a mentionné, assez inconstamment d'ailleurs, des secousses musculaires, des crampes, du tremblement, de la catatonie. La sensibilité est difficile à explorer; les douleurs sont accusées par les malades au niveau de la tête, sous la forme de casque, de calotte de plomb. On trouve encore signalée l'inégalité pupillaire.

Le sommeil est diversement troublé; le malade, qui paraît toujours plongé dans une sorte de torpeur et de somnolence, peut avoir perdu complètement le sommeil, et l'insomnie dure aussi longtemps que la maladie.

Évolution. — Suivant l'importance ou la prédominance des troubles somatiques, la maladie évolue soit comme une affection générale qui présente plus d'un point de ressemblance avec la fièvre typhoïde ou la méningite, soit comme une affection mentale proprement dite; et dans ce dernier cas, suivant l'intensité des troubles psychiques, on peut distinguer : un type léger ou apathie intellectuelle, stupidité légère de Delasiauve, un type d'intensité moyenne ou confusion mentale primitive, et un type d'intensité plus marquée ou démence primitive aiguë, qui, suivant la tonalité, affecte à son tour deux formes : *apathique* ou *agitée* (Séglas).

Lorsqu'on se trouve en présence d'une forme fébrile avec prédo-

minance des troubles généraux, le tableau symptomatique ne diffère guère de celui de certaines fièvres typhoïdes ou de quelques ménin gites tuberculeuses de l'adulte ; en effet, dans plus d'un cas de fièvre typhoïde ou de méningite tuberculeuse, l'état mental ne pourrait être mieux étiqueté que sous celui de confusion, dont il possède tous les attributs. M. Séglas n'hésite pas davantage à faire rentrer dans le cadre de la confusion mentale « un certain nombre de cas disparates décrits autrefois sous le nom de *délire aigu* ».

De même certaines intoxications, l'alcoolisme en tête, et après lui le saturnisme, l'oxyde de carbone, le diabète et les auto-intoxications donnent lieu également à un syndrome de confusion mentale.

En somme, la confusion mentale primitive ne diffère de la confusion mentale symptomatique que parce que nous ignorons son étiologie, c'est-à-dire la nature de l'infection ou de l'intoxication qui ont produit les perturbations fonctionnelles de l'écorce cérébrale, dont la confusion n'est que l'expression symptomatique. Il n'est nullement démontré que tous les cas de confusion mentale primitive doivent être attribués à un seul et même agent pathogénique, de sorte que toutes les confusions mentales primitives peuvent être considérées, à la rigueur, comme des confusions mentales symptomatiques, d'étiologie encore indéterminée.

Le diagnostic de la confusion mentale primitive et de la confusion mentale secondaire, celle qui survient en particulier au cours d'un accès de mélancolie, est souvent extrêmement difficile, surtout en l'absence de fièvre et de symptômes généraux : il n'y a pas de doute que des erreurs fréquentes n'aient été commises dans les deux sens.

On a signalé, d'autre part, des syndromes confusionnels à la suite d'émotions vives; mais ils n'apparaissent sans doute, dans ces conditions, que sur un terrain particulièrement prédisposé.

Pronostic. — Le pronostic de la confusion mentale est toujours réservé, car si la mort est une éventualité plutôt rare, la guérison complète ne peut être considérée comme une règle absolue : lorsque l'amélioration se produit, le retour intégral à l'état normal est loin d'être assuré. Dans les formes démentielles la durée peut être très longue, atteindre des années, et le pronostic n'en est que plus grave ; dans les formes plus légères, celles qui durent quelques mois, le pronostic est généralement plus favorable, et on peut escompter la *restitutio ad integrum*.

Le passage de l'état de maladie à l'état de santé ne se fait pas brusquement, mais, au contraire, de manière très lente et progressive. La maladie laisse quelquefois après elle des troubles marqués de l'attention, de la mémoire et même de la volonté, qui

durent plus ou moins longtemps, mais souvent aussi l'affaiblissement psychique reste définitif et le malade sort de là amoindri intellectuellement et moralement. Séglas signale encore la persistance des idées délirantes, d'obsessions conscientes ou inconscientes, pouvant être l'origine d'un délire systématisé.

Traitement. — La nature et l'intensité des troubles mentaux sont tels qu'on ne peut espérer obtenir aucun amendement, non pas de la maladie qui est générale, mais du syndrome confusion mentale par l'emploi des méthodes psychothérapiques. Le malade est trop isolé pour qu'elles puissent avoir accès auprès de lui. Il est tout autant recommandé, par la plupart des auteurs, de s'abstenir des médicaments nervins, quels qu'ils soient, qu'ils s'adressent au délire, aux hallucinations ou aux autres éléments constituants du syndrome mental, l'insomnie par exemple : l'usage en est contre-indiqué parce que tous ces poisons ne pourraient avoir comme résultat que d'augmenter l'intoxication et, par suite, d'aggraver la confusion. La thérapeutique doit s'appliquer avant tout à traiter l'état général ; elle doit lutter contre l'infection ou l'intoxication ; suivant les cas, être analeptique ou reconstituante.

Si la psychothérapie n'est pas de mise pendant la période d'état, il n'en est plus de même à la période de décroissance, et surtout pendant la convalescence. Elle doit être avant tout rééducatrice, s'attacher à réveiller progressivement et sans fatigue les facultés de perception et de compréhension, de jugement, les associations d'idées, etc. Naturellement, il n'est pas question d'hypnotisme, de suggestion, ni même de persuasion, du moins au début ; il faut savoir assister les malades, et ici encore l'intervention de l'infirmier peut être aussi précieuse que celle du médecin. Les règles en ont été formulées par Sauge, et rappelées par Séglas dans ses leçons cliniques.

Quand l'intelligence recommence à fonctionner, quand arrivent les rémissions, il faut activer sans relâche les opérations cérébrales, il faut interroger les malades, fixer leur attention, insister quand leur réponse est trop lente ou trop peu précise. On doit s'appliquer à leur faire comprendre qu'ils sortent d'une maladie grave : on les voit presque toujours être dans l'étonnement, ne pas se rendre compte des diverses circonstances de leur maladie, ni du changement qui s'est opéré en eux, semblables à un individu qui, transporté pendant son sommeil dans des lieux inconnus, serait tout dépaysé à son réveil. A ces malades, dont la guérison n'est aussi qu'un réveil, il faut expliquer tous les détails des événements et des choses qui les entourent, les éclairer sur leur situation, raviver leur mémoire, leur poser des petits problèmes et leur en demander plus tard la solution. Cet examen intel-

lectuel, répété chaque jour à plusieurs reprises en procédant des choses simples aux questions plus compliquées, ramène peu à peu toutes les facultés à leur activité première.

En même temps que par la conversation on force le malade à mettre en jeu ses diverses facultés, il faut encore l'entraîner au travail, mais toujours très lentement, en évitant la fatigue. Cet exercice salutaire achève de rétablir la santé physique, maintient l'appétit et le sommeil, et donne également à l'esprit une occupation qui produit le meilleur effet. C'est en suivant cette méthode, en ayant recours à ces divers moyens qu'on verra chaque jour l'intelligence faire un progrès nouveau. Les réponses, d'abord lentes, deviennent plus faciles. Le malade s'occupe avec plus d'intérêt de ce qui l'entoure : son attention se fixe plus aisément sur les objets qui sont à sa portée. A mesure que l'attention revient, les autres facultés ne tardent pas à suivre. Après avoir observé ce qui se passe autour de lui, le malade compare entre eux les divers objets qui ont fixé son esprit; il saisit leurs rapports, raisonne, en un mot, comme il le faisait auparavant. La mémoire, d'abord obscure et infidèle, reprend peu à peu toute sa vivacité, la volonté suit, dans sa marche, les progrès de l'entendement : cette apathie, cette inertie si complète, finit peu à peu par disparaître. Les malades ne se laissent plus pousser, ni conduire par le premier venu, ils ont repris la conscience de leur moi.

Lorsque les malades ne sont ni trop délirants, ni trop agités, il est préférable de n'avoir recours ni à l'internement, ni à l'isolement, parce que, dit Séglas, l'internement et le changement de milieu ne peuvent qu'augmenter la désorientation, la confusion mentale, qui est le fond même de la maladie.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT DES TICS

I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES TICS

Définition. — Voici la définition qu'en donne Meige (1) :

« Le tic est un acte primitivement commandé par une cause extérieure ou par une idée, et coordonné vers un but ; par la répétition, cet acte passe à l'état d'habitude et finit par se reproduire involontairement sans cause et sans but, en s'exagérant dans sa forme, dans son intensité et dans sa fréquence : il prend les caractères d'un mouvement convulsif et intempestif répété à l'excès ; souvent son exécution est précédée d'un besoin, sa répression cause un malaise ; la volonté, la distraction peuvent le suspendre ; il disparaît dans le sommeil. »

Cette définition paraît au premier abord bien longue pour une maladie si répandue et si expressive dans sa forme la plus typique, que, malgré son ignorance des choses de la médecine, le vulgaire en fait presque infailliblement le diagnostic : c'est que le tic ne se distingue des autres anomalies du mouvement que par un ensemble de caractères et de particularités qui se prêtent mieux à une description qu'à une formule courte et précise.

Sémiologie. — Qu'il s'agisse d'un tic de la face, de la tête ou du cou, des membres supérieurs ou inférieurs — c'est leur ordre de fréquence — qu'il soit unique ou multiple ; que le tic consiste en un clignement des paupières, une contraction de la commissure labiale comme dans le sourire, un mordillement des lèvres (*cheilophagie*), un mouvement de projection ou de retrait des lèvres, d'élévation ou d'abaissement des sourcils : que plusieurs muscles se contractent simultanément comme dans l'acte de renifler (*tic de reniflement*), de rire ou de pleurer ; que la tête s'incline en avant ou

(1) Meige, Traité de médecine de Bouchard et Brissaud, p. 905.

en arrière, comme dans *le hochement*, qu'elle tourne de côté et d'autre, que les épaules s'élèvent ou que les bras s'écartent; quelle qu'en soit en un mot la localisation, le tic se présente presque toujours sous la forme *d'un mouvement convulsif et coordonné*, c'est-à-dire adapté à un but : *seul le but fait défaut.*

C'est l'opinion généralement admise : au début le tic a succédé à un mouvement naturel qui a été motivé, mais le motif a disparu et le mouvement a subsisté; c'est à partir de ce moment que le mouvement devient un tic : toutefois il change ordinairement de caractères et avec la répétition, il devient *plus brusque*, *plus impérieux*, *plus intempestif*. Il diffère par là d'un mouvement normal, et en devient, suivant l'expression de Brissaud, la « caricature ».

Cependant, si certains tics, tels que celui de clignement, de reniflements, de mordillement des lèvres, paraissent réellement adaptés à un but, on serait embarrassé, pour beaucoup d'autres, de dire à quel but, à quelle intention, à quelle idée, à quel réflexe ils correspondent.

D'ailleurs il ne s'agit pas toujours de mouvement ou d'acte au sens propre du mot; de même qu'il existe des convulsions cloniques ou toniques, de même il existe des tics cloniques et des tics toniques ou d'attitude; parmi ces derniers se rangent le torticolis mental (Meige et Feindel) et le trismus mental (Raymond et Janet). Ces deux formes de tics ne diffèrent l'une de l'autre que par la persistance tonique de l'attitude imprimée par le mouvement, dans le second cas.

Pour être la plus typique et la plus habituelle, la forme convulsive n'est pas absolument caractéristique du tic : en effet « la rapidité et l'intensité des contractions musculaires peuvent affecter tous les degrés » (Meige), si bien que quelques tics seraient pris pour de simples mouvements naturels, volontaires, automatiques ou réflexes s'ils ne se répétaient avec une fréquence insolite et injustifiée. Il en résulte que la division des tics, admise par quelques auteurs, en tics convulsifs et en tics coordonnés, n'est acceptable que si elle porte sur leur forme et non sur leur nature.

Un des caractères les plus essentiels du tic est sa *répétition fréquente*, sans que pourtant elle soit un élément de diagnostic différentiel. Elle se retrouve en effet dans d'autres anomalies du mouvement, telles que le paramyoclonus multiplex, les chorées et en particulier la chorée de Sydenham, l'athétose, et nous rappellerons, en passant, que Brissaud fait rentrer dans le groupe des tics certaines chorées des dégénérés; ce sont des chorées qui apparaissent subitement, puis disparaissent tout aussi vite pour revenir ensuite avec

la même soudaineté ; il leur a donné le nom de *chorée variable des dégénérés;* d'après Meige on devrait réserver le nom de tics aux cas où les mouvements convulsifs sont nettement séparés par des intervalles de repos.

En réalité, la chorée variable des dégénérés n'appartient pas à la catégorie des tics, mais, comme eux, elle évolue généralement sur le même terrain.

Quoi qu'il en soit, la chorée se distingue facilement du tic. Il est peut-être un peu subtil de dire avec Meige que « le tic est un mouvement figuré et la chorée un mouvement amorphe », alors que nous ne savons pas toujours entrevoir le but du mouvement initial qui est devenu le tic; ou bien de décrire avec d'autres auteurs les mouvements de la chorée comme des mouvements arrondis, alors que les mouvements des tics sont secs et brusques. A notre avis, la chorée se différencie davantage par l'incoordination qu'elle introduit constamment dans tous les mouvements, alors que le tic ne les altère pas ou du moins qu'accidentellement, s'il y a simultanéité. D'autre part, les mouvements choréiques sont plus généralisés et plus polymorphes que les tics qui ont toujours tendance à se reproduire sous la même forme; c'est pourquoi si la chorée variable a une certaine parenté avec les tics, elle ne saurait leur être complètement assimilée.

Les mouvements lents et ondulants de l'athétose n'ont rien de commun avec les tics : au contraire, les secousses brusques, cloniques, du paramyoclonus multiplex ont de telles analogies avec les tics que certains auteurs en font une seule et même affection. Les contractions du paramyoclonus sont le plus souvent localisées aux membres inférieurs, assez fréquemment symétriques, non adaptées à un but, ce sont les caractères par lesquels elles diffèrent le plus des tics; mais il faut avouer que ces différences sont bien légères à côté des ressemblances qui rapprochent les deux maladies, et ainsi se justifie en partie l'opinion de ceux qui les réunissent dans une même catégorie.

Quelle que soit la région dans laquelle il se localise, le tic affecte toujours les mêmes muscles : il ne se produit qu'à l'état de veille et disparaît presque toujours pendant le sommeil. Le plus souvent il est unique, mais plusieurs tics peuvent coïncider; enfin le même sujet peut être atteint de tics à plusieurs reprises, sans que pour cela le tic réapparaisse ni sous la même forme ni dans la même partie du corps : ce qui prouve qu'à côté du tic il y a à considérer une aptitude toute spéciale à tiquer.

Le tic ne se produit jamais à l'insu du malade; non seulement

celui-ci en est conscient au moment même, mais encore avant que l'acte convulsif qui constitue le tic n'« éclate », si bien qu'on a longuement discuté pour savoir si le tic est, oui ou non, un mouvement volontaire.

Que la volonté intervienne, dans l'apparition du tic, dans son atténuation ou son retard, ou même sa disparition, cela paraît indéniable ; il en est de même de l'attention. L'une et l'autre sont deux facteurs à considérer dans la genèse de cette affection et dans la fréquence de la répétition de l'acte.

Lorsque l'attention est distraite, le tic ne disparaît pas toujours d'une façon complète, mais il est généralement moins tenace. Au contraire, s'il retient l'attention du malade, il acquiert toute la force d'une nécessité, d'une idée obsédante et l'idée se transforme rapidement en acte. C'est à juste raison qu'on a rapproché ces deux mots : tic et obsession, et qu'on a distingué *un tic obsédant*, mais à la condition de ne pas en faire une maladie spéciale ; car tout tic peut devenir obsédant, tout tic peut être obsédant par intermittence.

De même par la volonté le tic peut être retardé, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire de quelques subterfuges, — dans le torticolis mental un simple doigt appliqué sur le visage peut s'opposer à l'inclinaison et à la rotation de la tête — ou bien encore en fixant l'attention ailleurs.

Mais l'idée obsédante peut être plus forte que la volonté, qui cède vaincue ; ou même le malade exécute de lui-même son tic, spontanément, volontairement dans l'espoir de mettre fin à l'obsession.

Souvent le tic est précédé par un besoin pénible et suivi par une satisfaction agréable : l'impossibilité ou la difficulté de résister au besoin est une preuve de l'insuffisance de la volonté.

On discutera encore sur l'importance qu'il convient d'accorder à l'attention et à la volonté dans la genèse de la maladie, mais le rôle de l'une et de l'autre dans la répétition du tic n'est pas contestable.

Mentalité des tiqueurs. — L'intervention de la conscience, de l'attention et de la volonté laisse entrevoir que le tic est plus qu'une anomalie du mouvement et que par certains côtés il est une anomalie psychique ; c'est ce que Charcot avait fort bien exprimé, en écrivant que « le tic est une maladie matérielle en apparence, c'est par un côté une maladie psychique, c'est un produit direct de la vésanie ». Brissaud et ses élèves, Meige et Feindel, ont à leur tour justement insisté sur l'état mental des tiqueurs (1).

(1) Henry Meige et E. Feindel, Les tics et leur traitement, 1902.

Quand on examine avec soin ces malades et qu'on les suit pendant un certain temps, on est ordinairement frappé par leurs anomalies psychiques.

Leur caractère est versatile, bizarre, déséquilibré : « les tiqueurs, dit Brissaud, dont l'intervention volontaire pourrait empêcher la convulsion, sont de ceux chez lesquels la volonté est la plus débile, des cérébraux, des faibles. » Avec Magnan, Meige, on pourrait ranger le tic parmi les manifestations de la dégénérescence mentale ; mais cela n'entache en rien l'intelligence, qui peut être parfaite. Meige fait en outre remarquer qu'à côté des modifications par défaut, la volonté présente aussi chez eux des modifications par excès : « Les tiqueurs cèdent souvent à des caprices impérieux, ce sont des impatients, des irritables. »

On pourrait en dire autant de l'attention. Ils sont souvent incapables d'une attention soutenue et passent facilement d'une idée à une autre. Mais ils peuvent aussi fixer leur attention sur des phénomènes et des évènements, même insignifiants, plus que de raison. Ils manquent de même de pondération dans leurs émotions et leurs affections ; ils ont les réactions brusques et vives de l'enfant ; à certains points de vue ce sont des infantiles (Meige). Ils sont généralement les victimes d'une éducation trop clémente, et c'est surtout parmi les enfants gâtés que se recrutent les tiqueurs.

Le tic fait ainsi partie des mauvaises habitudes et en réalité il constitue une habitude : cette aptitude spéciale à contracter des habitudes motrices est un élément capital du psychisme du tiqueur. Les affinités du tic et de l'obsession ont été déjà mentionnées : on pourrait à la rigueur les envisager comme des équivalents. J'ai vu des obsédés présenter des tics de la face, caractérisés par l'élévation de la lèvre supérieure et de l'aile du nez, pendant leurs obsessions, tandis que les tics disparaissaient complètement dans les périodes intercalaires. Les analogies avec les manies ne sont pas moindres ; et par là j'entends les petites manies telles que l'arithmomanie, l'onomatomanie, lesquelles ne sont autres d'ailleurs que des formes de l'obsession.

De même les tics ont quelque ressemblance avec les mouvements stéréotypés, les gestes familiers, les stéréotypies de langage ; les uns et les autres sont le plus souvent associés à d'autres actes ou d'autres idées ; ceux-ci ont été voulus au début et coordonnés dans un but déterminé, puis ils sont devenus automatiques et ne sont plus par la suite aussi bien appropriés aux idées ou aux circonstances. Ils se distinguent du tic parce qu'ils sont moins brusques et qu'ils conservent malgré tout une apparence de logique ; comme les tics,

ils sont des habitudes mauvaises ou inutiles, mais ils ne se reproduisent que dans certaines conditions émotives ou psychiques, dans les mêmes circonstances ; ils ne sont ni tourmentants, ni obsédants, ni même toujours conscients.

Étiologie et pathogénie. — Ce psychisme si spécial des tiqueurs peut-il jeter quelque lumière sur la genèse du tic ? Le tic n'est pas un accident fortuit, et généralement l'acte ou le mouvement qui le caractérise a été tout d'abord voulu, rationnel, adapté à un but. Le mouvement ne devient pathologique que lorsque le but a disparu ; de sorte qu'au moment où il se manifeste, le tic donne l'apparence d'un mouvement adapté à un but fictif. Dans le tic du léchage qui s'installe à la suite d'érosions des lèvres, la langue continue son mouvement de va et vient, alors que les érosions sont cicatrisées. Dans le tic de clignotement des paupières, le clignotement persiste indéfiniment, alors que l'inflammation ou le corps étranger de la conjonctive ont disparu. — Dans les deux cas, la réaction motrice provoquée par une irritation périphérique généralement faible, pour ne pas dire minime, a été hors de proportion avec elle ; mais les mouvements de défense se sont reproduits souvent, coup sur coup. Il ne faut pas oublier que les tiqueurs sont des êtres excessifs ; dans le domaine de la mentalité, ce sont des émotifs et des impressionnables, mais dans le domaine du nervosisme, ce sont des hyperexcitables, et même des hyperesthésiques.

L'exagération de leur réflectivité se manifeste dans les plus petites excitations périphériques, comme dans leur psychisme. Les sensations sont chez eux plus vives et plus persistantes, l'attention s'y fixe plus aisément, les images ou les souvenirs qu'elles laissent après elles se réveillent également avec plus d'intensité que chez les sujets normaux, et elles se transforment ainsi plus rapidement en actes, c'est-à-dire en impulsions.

Le mouvement originel du tic n'est pas forcément un mouvement de défense contre une irritation périphérique. Ce peut être un mouvement de défense contre une idée, et c'est par ce mécanisme que certaines idées obsédantes engendrent un tic.

Les mouvements et les attitudes peuvent encore être commandés par des troubles oculaires (strabisme, paralysie) ou auriculaires.

Ce peut être encore un mouvement qui se répète souvent par nécessité professionnelle ; exemple : le tic du colporteur, décrit par Grasset, qui consiste à reproduire le mouvement que fait le colporteur pour charger le ballot sur l'épaule.

Les gestes familiers, les mouvements stéréotypés peuvent, eux aussi, dans certaines circonstances, se transformer en tics : de même

les grimaces auxquelles s'exercent les enfants, lorsqu'ils ne sont pas réprimandés par leurs parents, de même, dans plus d'un cas, les mouvements imités : l'imitation des tics les fait apparaître chez un sujet prédisposé.

La mentalité du sujet, à elle seule, explique très imparfaitement la genèse du tic : le même état mental se retrouve chez des individus qui n'ont jamais eu le moindre tic : combien de malades se plaignent d'obsessions, d'idées fixes, d'impulsions, qui n'ont jamais tiqué et pourtant l'occasion n'a pas dû leur manquer. Inversement, l'intensité du tic n'est pas toujours en rapport avec l'intensité des troubles mentaux du tiqueur. On comprend dans une certaine mesure pourquoi avec telle mentalité on tique plus facilement qu'avec telle ou telle autre ; mais il faut autre chose et cette autre chose, c'est une aptitude spéciale à la réaction motrice : c'est pourquoi les tics peuvent être considérés comme la conséquence d'une réflectivité psychomotrice exagérée : comme « provoqués par je ne sais quelle hallucination psychomotrice », disait Brissaud à propos du torticolis mental.

La mentalité et le nervosisme des tiqueurs sont sujets à des oscillations fréquentes, ce sont des êtres à décharges ; et sur ce terrain changeant, le tic doit choisir son moment pour s'implanter, de même que les obsessions reviennent par intermittences, à des époques qu'il reste encore à déterminer.

L'hérédité joue un rôle important dans l'apparition des tics : tout d'abord il peut exister des tiqueurs parmi les ascendants, et dans ce cas il est difficile de faire la part qui revient à l'hérédité et celle qui revient à l'imitation et à l'éducation. Dans d'autres cas, les parents sont exempts de tics, mais ils portent des tares mentales, dont les affinités avec les tics ont été déjà mentionnées : telles les obsessions, les impulsions, les petites manies, les phobies, etc....

La mentalité et la prédisposition héréditaire du tiqueur, les irritations périphériques elles-mêmes ne suffisent pas toujours à engendrer le tic ; certaines causes générales, les maladies infectieuses, les intoxications, le surmenage, les émotions, les soucis, les préoccupations, par l'affaiblissement momentané qu'ils produisent, diminuent simultanément la résistance de l'individu et favorisent ainsi l'apparition des tics. Si le sexe n'a aucune importance, il n'en est pas de même de l'âge, et la période de la puberté exerce une action prédisposante incontestable : les perturbations importantes qu'elle apporte dans l'évolution psychique et physique sont de nature à sensibiliser davantage un terrain déjà tout préparé.

Jusqu'ici on n'a pas trouvé de signes permettant d'affirmer l'existence de lésions organiques du système nerveux : l'examen des

réflexes, de la sensibilité, des vasomoteurs est resté sans résultat à cet égard. L'hypertrophie de certains muscles et l'exagération de leurs réactions électriques ne sont que la conséquence de leur excès de fonctionnement.

Principaux tics. — Ce livre étant avant tout un livre de thérapeutique, il m'est impossible d'entrer dans la description de tous les tics. Il suffit de les énumérer, en rappelant que les tics de la tête et de la face sont plus fréquents que ceux du membre supérieur, et ceux du membre supérieur plus fréquents que ceux du membre inférieur.

On a décrit des tics mimiques parce qu'ils donnent à la physionomie une expression commandée habituellement par une émotion, tel le tic du rire, ou par un acte : le tic du reniflement. Souvent le tic est unilatéral. Qu'il siège d'un seul ou des deux côtés, les contractions musculaires se combinent diversement et donnent lieu à la production de grimaces plus ou moins bizarres; certains muscles innervés par le facial y participent, tandis que d'autres restent au repos. On a décrit des tics de l'oreille, des yeux (de la nictitation et de la vision), des globes oculaires, le blépharospasme est une forme que l'on rencontre fréquemment et qui est particulièrement rebelle à la thérapeutique : il s'associe souvent à un tic tonique des globes oculaires. Il existe encore des tics du nez, des lèvres, du menton, de la langue (tic du léchage), des mâchoires (tics de morsure, trismus mental).

Les tics du cou sont également très fréquents, ils sont cloniques (tics d'affirmation, de négation, de hochement), ou toniques (torticolis mental).

Torticolis mental. — Dû à un spasme des muscles rotateurs de la tête le torticolis mental a été particulièrement bien étudié par Brissaud, qui en a reconnu la nature : « Ici, sans aucun doute, l'état morbide n'est pas dans les muscles, ni dans les nerfs, il est dans l'esprit même. »

Les muscles qui participent au torticolis varient suivant le cas, tantôt la tête s'abaisse sur l'épaule, tantôt elle se tourne de côté, tantôt elle se renverse en arrière (rétrocolis), tantôt enfin elle se porte en avant. Le sterno-cleido-mastoïdien entre seul en contraction ou bien simultanément avec le trapèze et le splénius, les muscles obliques. Le spasme est unilatéral et quelquefois bilatéral : il reste unilatéral pendant un certain temps, puis à force de lutter avec les muscles contralatéraux, afin de corriger l'attitude, il devient bilatéral; la tête reste inclinée alternativement à droite ou à gauche : dans les tentatives de redressement, la tête exécute un mouvement

de roulement continu. Les déplacements ne sont pas toujours localisés à la tête et lorsque le trapèze est pris, l'épaule correspondante s'élève.

Comme tous les autres tics, le torticolis a « sa raison d'être dans l'imperfection mentale de celui qui en est atteint » (Meige). La volonté est débile et il ne peut s'opposer au besoin résistible d'exécuter ce mouvement convulsif (Brissaud).

Les tics du tronc consistent ordinairement en mouvements de balancement, de salutation, de rotation, etc.

Au membre supérieur, les tics varient suivant la cause qui les a fait naître : les tics d'élévation, les associations avec le torticolis mental sont les plus habituels : le mouvement ressemble souvent à celui d'une personne gênée par une emmanchure trop étroite. Chez les enfants, les tics de grattage ont été maintes fois signalés.

Les tics *des membres inférieurs* sont variables : certains malades se donnent un coup de pied, d'autres frappent le sol, quelques-uns s'arrêtent dans la marche au bout de trois ou quatre enjambées pour repartir de l'autre pied, ou bien fléchissent sur les genoux (tics de génuflexion).

Enfin on a décrit encore des tics de la respiration (reniflement, ronflement, toux), du langage (bégaiement), de la déglutition, d'éructation, d'aérophagie, de vomissement.

Parmi les tics du langage une mention spéciale doit être faite pour le besoin irrésistible d'émettre des sons (tics phonatoires, tics d'aboiement, de hurlement, de gloussement), de prononcer certains mots, soit de les répéter (écholalie), soit de proférer des mots orduriers (coprolalie).

Des tics convulsifs doivent être séparés certains mouvements lents qui se répètent et paraissent évidemment coordonnés comme les tics proprement dits, mais qui n'en ont pas le caractère impétueux et convulsif. On leur a donné le nom de *tics coordonnés* (Noir), mais en réalité il ne s'agit pas de tics, ce sont plutôt des sortes de mauvaises habitudes, de mouvements stéréotypés, de manies que les malades répètent parfois indéfiniment, sans arrêt ; ils n'apparaissent pas brusquement pour disparaître de même comme les tics; ils s'observent généralement chez les idiots. Certains de ces mouvements stéréotypés sont rythmiques, comme le balancement, la rotation de la tête, l'acte de se frapper (*krouomanie*), ou arythmiques, et ils se traduisent par des mouvements de tête ou des mains, qui n'ont souvent ni signification, ni intérêt (Noir). Parfois le corps tout entier y participe (grimpeurs, sauteurs, tourneurs) et les mouvements ou les attitudes du corps peuvent être extrêmement complexes. Ces

tics coordonnés coïncident quelquefois avec les tics convulsifs.

Maladie des tics. — Sous le nom de *maladie des tics convulsifs* on comprend une affection décrite par Gilles de la Tourette et caractérisée par l'incoordination motrice, accompagnée d'écholalie et de coprolalie. C'est une affection qui débute dans le jeune âge par la face ; puis les tics, de type nettement convulsif, tendent à se généraliser. Les troubles moteurs coexistent avec des troubles psychiques qui n'en imposent tout d'abord que pour des bizarreries de caractère ou des caprices, mais qui ne sont en réalité que les premières ébauches des obsessions, des idées fixes et des manies qui passeront plus tard au premier plan. En même temps apparaissent les habitudes de répéter *ou écholalie*, les obsessions avec profération de mots grossiers ou *coprolalie*, l'imitation des gestes ou *échokinésie*.

A part les anomalies mentales précédemment signalées, l'intelligence est ordinairement assez bien développée. L'autonomie de la maladie des tics convulsifs a été contestée par divers auteurs (Magnan, Saury, Legrain), parce qu'aucun des éléments symptomatiques groupés par Gilles de la Tourette ne lui appartient en propre, et chacun d'eux peut exister isolément : ce sont des syndromes épisodiques de cet état qui ont été décrits sous les noms de folie héréditaire (Morel), de dégénérescence mentale (Magnan), de déséquilibration (Charcot). Cependant elle est acceptée par Noir et peut-être pourrait-on, avec Meige, réserver le nom de maladie des tics convulsifs ou de Gilles de la Tourette aux seuls cas de tics dont l'évolution progressive aboutit à la généralisation des états convulsifs, et qui peuvent s'accompagner de coprolalie et d'écholalie ; on pourrait ajouter : qui se compliquent de tics psychiques et d'un état mental sérieux s'acheminant vers l'aliénation. A côté des tics convulsifs, il existe en effet, chez ces malades, des tics psychiques provoqués par une idée fixe ou par la vue des mouvements d'autrui (échokinésie). Cette affection suit généralement son évolution et elle est rebelle à toute thérapeutique médicamenteuse ou psychique. En cela, elle diffère des tics convulsifs simples qui sont au contraire accessibles à diverses méthodes.

II. — THÉRAPEUTIQUE DES TICS.

1°. — Traitement général.

Des considérations précédentes peut-on tirer quelque enseignement et quelques indications thérapeutiques ?

L'influence de la conscience, de l'attention, de la volonté sur l'apparition, les aggravations, les rétrocessions des tics, démontre

que le tic est plus qu'une anomalie du mouvement, c'est une anomalie psychique, ou, si l'on préfère, c'est à la fois une anomalie du mouvement et de la mentalité : c'est une anomalie psychomotrice.

Ce fait capital laisse entrevoir la part qui doit revenir aux méthodes de discipline ou de rééducation et à la psychothérapie dans le traitement des tics.

Il est presque banal de rappeler qu'avant toute entreprise, il est nécessaire de formuler un diagnostic précis : l'erreur ne pourrait guère être commise et elle ne l'a été que pour les tics de la face, qui d'ailleurs sont les plus nombreux. Le tic ne devra pas être confondu avec les *simples mouvements réflexes* provoqués par une irritation périphérique, dont la plus fréquente est l'inflammation de la conjonctive, avec *l'épilepsie Jacksonienne* localisée à la face, *avec le tic douloureux de la face.* Dans ces trois cas, le diagnostic est facile : il n'en est pas toujours de même pour *l'hémispasme facial périphérique*, avec lequel les tics ont été longtemps confondus. Lorsqu'il s'agit d'hémispasme facial, comme son nom l'indique, les phénomènes convulsifs sont rigoureusement unilatéraux et n'ont lieu que dans les muscles innervés par le nerf facial, ce qui est plus rare, mais non exceptionnel dans le tic ; contrairement à ce qui se passe ordinairement dans les tics de la face, les convulsions paraissent illogiques. Les contractions sont d'abord parcellaires, fasciculaires, se localisant souvent au début dans certains groupes musculaires, mais tendant ensuite à se généraliser ; les contractions rappellent celles que l'on observe pendant l'électrisation faradique du nerf facial. Suivant l'expression de H. Meige, c'est une contracture frémissante. Lorsqu'il s'est installé de longue date, ce spasme est déformant (Babinski) et imprime aux traits des déviations persistantes. Les crises, car ces contractions reviennent par crises et c'est pourquoi elles ont pu être confondues avec les tics, augmentent sous l'influence de la fatigue, des mouvements volontaires ; elles persistent pendant le sommeil ; elles diminuent quelquefois par l'électrisation. Il n'est pas rare de constater des modifications dans les réactions électriques du nerf facial, des mouvements associés involontaires, des synergies paradoxales. En somme l'hémispasme facial est une maladie du nerf facial ; quelquefois il est consécutif à la paralysie faciale, quelquefois au contraire il est primitif. Même dans ces cas, en examinant soigneusement le malade, on constate souvent un certain degré de parésie faciale.

Le diagnostic étant nettement posé, que convient-il de faire ?

Auprès d'un très grand nombre d'auteurs, le tic a joui de la répu-

tation d'une maladie rebelle à toute intervention thérapeutique, et plus d'un lui a décerné un brevet d'incurabilité.

Fort heureusement, c'est une exagération motivée par l'insuffisance des moyens mis en œuvre, et par les résultats de la thérapeutique exclusivement médicamenteuse.

La multiplicité des médicaments recommandés est le meilleur garant de leur inefficacité. Je citerai au hasard, parmi ceux qui ont la réputation d'agir sur le système nerveux, les bromures, la valériane, le camphre, la morphine, le chloroforme, l'éther, le curare, etc... ; parmi les reconstituants ou les toniques, l'arsenic, le quinquina, etc... Leur emploi est cependant justifié, parce que les tiqueurs sont des névropathes, et quand on les prescrit, il faut avoir en vue leur nervosisme, plutôt que le tic en lui-même.

Divers traitements physiques ou mécaniques ont été préconisés ; mais les succès sont loin d'être encourageants. Les résultats obtenus autrefois avec l'électricité faradique par Duchenne de Boulogne étaient plus que médiocres ; dans quelques cas, il est vrai, le traitement électrique a été suivi de la disparition rapide des tics, mais ce ne sont souvent que des guérisons éphémères, et Charcot se méfiait alors des récidives. « Tout ce que l'on pourrait se permettre, disent Meige et Feindel, c'est, dans certains cas, d'employer l'électricité à dose psychothérapique. La vue d'une bobine, le bruit de l'interrupteur, l'humidité des électrodes sont des adjuvants suggestifs, dont l'efficacité transitoire peut n'être pas négligeable, si le courant est infinitésimal, ou même complètement interrompu. Mais d'une façon générale, ces subterfuges devront être évités. »

Le massage est quelquefois un adjuvant des méthodes de rééducation, mais à lui seul il est incapable de guérir. Les divers appareils de mécanothérapie ne sauraient être recommandés, et sont susceptibles de devenir des habitudes pour des malades particulièrement enclins à ce genre d'esclavage.

Lorsque les tics sont très localisés et lorsqu'ils siègent, sinon d'une manière absolue, du moins d'une manière prépondérante dans des muscles innervés par un seul nerf (comme certains torticolis mentaux), on a essayé d'y remédier par des interventions chirurgicales, telles que la section de muscles (de Quervain) ou la section de nerfs. Tantôt la section porte sur un nerf sensitif (branches postérieures des deuxième et troisième paires cervicales — ou branche de trijumeau), et elle a pour but de diminuer l'excitabilité réflexe ; tantôt elle porte sur le nerf moteur lui-même, dans le but de paralyser les muscles qui entrent en jeu dans le tic (section du spinal, anastomose spinofaciale). On a encore proposé

la section uni ou bilatérale du sympathique. A la suite de ces diverses opérations, quelques succès ont été cités, et récemment Babinski (1907) en a rapporté un exemple très remarquable : la section de la branche externe du spinal chez une femme atteinte de torticolis mental, presque exclusivement localisé dans le sterno-mastoïdien, a été suivie immédiatement d'une diminution très notable des mouvements involontaires de rotation, qui s'accentua encore dans la suite. La malade était opérée depuis près de quatre mois, quand elle fut présentée à la Société de neurologie (7 novembre 1907). Babinski en donna l'interprétation suivante : il suppose « que dans le torticolis dit mental les mouvements spasmodiques, provoqués par un agent dont à la vérité la nature et le siège précis nous échappent, exercent à leur tour sur cet agent une influence excitatrice et entretiennent le mal : or, en diminuant par l'opération l'intensité du spasme, on diminue l'influence excitatrice en question et on obtient ainsi, le temps venant à l'aide, une sédation de la maladie ».

Mais, il faut bien l'avouer, jusqu'ici ces résultats encourageants sont rares et, si on est autorisé à pratiquer la résection du spinal — qui, suivant la remarque de Babinski, n'entraîne pas de troubles fonctionnels bien graves — dans les cas où le torticolis est presque exclusivement localisé dans le sterno-mastoïdien et dans le trapèze (en réalité, il est exceptionnel que ces deux muscles soient les seuls intéressés), on ne l'est plus à tenter une intervention lorsque le torticolis a nettement franchi les limites de ces deux muscles.

Dans les succès opératoires ne faut-il par faire une part, peut-être très large, à la perturbation psychique que provoque l'intervention. C'est à elle, d'après Brissaud, qu'il faut attribuer les modifications heureuses, mais passagères, observées à la suite des interventions chirurgicales dont l'action suggestive ne saurait être contestée, et Meige se rallie à la même opinion, en faisant intervenir à la fois l'influence simultanée de la perspective d'une guérison, de l'émotion opératoire, et l'immobilisation consécutive. Mais, dans la plupart des cas, les opérations ne retranchent rien à la prédisposition si spéciale du malade et à son état mental ; le tic réapparait ailleurs ou sous une autre forme, presque fatalement et dans un délai très court. Avec le retour du torticolis, l'état moral du malade s'aggrave et, en fin de compte, les résultats opératoires deviennent désastreux.

L'histoire des tiqueurs est féconde en aggravations et en améliorations, brusques ou rapides, succédant à des émotions pénibles ou agréables ; et c'est pourquoi, plus que dans toute autre affection, il

est difficile de porter un jugement sur l'efficacité de tel ou tel procédé thérapeutique. L'évolution des tics est aussi bizarre que le caractère des tiqueurs, elle est indubitablement dominée en grande partie pas le psychisme du malade ; si le hasard a quelquefois bien servi telle ou telle méthode thérapeutique, c'est sans doute parce que, par la manière dont elle a été appliquée ou proposée, elle a apporté avec elle un bon élément psychothérapique. C'est vraisemblablement ainsi qu'il faut envisager les bons résultats obtenus au moyen de l'électricité, des interventions chirurgicales et de divers autres procédés.

2°. — Méthodes de psychothérapie.

Les tics sont des habitudes et de mauvaises habitudes. L'aptitude à les contracter indique un état psychique ou mental assez spécial, comparable par certains côtés à celui qui se trouve à l'origine des obsessions, des petites manies, des impulsions, etc.

Empêcher l'installation de ces habitudes, les faire disparaître lorsque le mal est déjà fait, les empêcher de réapparaître après la guérison, et cela sans perdre de vue l'état mental des tiqueurs : voilà toute la thérapeutique des tics. Elle se résume dans les trois mots : éducation, rééducation, psychothérapie.

Éducation. — Beaucoup d'enfants contractent des tics, parce qu'ils ne sont pas suffisamment surveillés par leur famille. La répétition d'un mouvement, qui n'est alors qu'un commencement d'habitude, pourrait céder rapidement, après une simple injonction, une réprimande : lorsqu'elle est devenue tic, c'est beaucoup plus difficile.

Certains tics ne sont souvent, au début, que des mouvements de défense, dont le retour est occasionné par la répétition d'une excitation périphérique, telle qu'un vêtement trop ajusté, un col trop étroit ; et cela parce que chez les tiqueurs, comme je l'ai déjà fait remarquer, les sensations sont plus vives, plus persistantes, plus irritantes ; les images ou les souvenirs qu'elles laissent se réveillent également avec plus de vivacité que chez les sujets normaux, et elles se transforment plus rapidement en actes, comme des réflexes. Si la famille n'y prend pas garde, le médecin doit éveiller son attention, et lui conseiller de diminuer toutes ces causes d'excitation.

Les admonestations ne doivent pas non plus être intempestives ; les observations à répétition, les rappels à l'ordre trop vifs, les punitions trop fréquentes et exagérées ne font généralement

qu'exalter les tics. Vis-à-vis de tels malades, il faut de la mesure, de la patience : malheureusement on ne rencontre pas habituellement ces qualités chez les parents des tiqueurs, qui sont loin d'être bien équilibrés.

Lorsque les parents ont une mauvaise influence sur leurs enfants : influence d'éducation ou influence d'imitation, non seulement au point de vue des tics, mais encore au point de vue de la mentalité, le médecin ne doit pas hésiter et conseiller l'éducation en dehors de la famille.

Le tic définitivement constitué, il faut alors faire appel aux méthodes rééducatrices ou psychomotrices.

Une question préalable se pose; les tiqueurs ont souvent recours à certains petits subterfuges soit pour suspendre momentanément leurs tics ou leurs spasmes, soit pour les dissimuler.

Le malade atteint de torticolis mental corrige l'attitude défectueuse ou l'empêche de se produire, en prenant sa tête entre les mains, ou en la soutenant avec la paume de la main ou même, comme le malade de Brissaud, en se contentant d'appliquer deux doigts sur le menton. Tous ces procédés n'agissent pas mécaniquement mais imaginativement. « Contre un spasme du cou si violent, dit Brissaud, la seule opposition de deux doigts ne compte pas ; si faible pourtant que soit le secours apporté à la résistance, l'imagination du sujet s'en contente. »

Ces malades arrivent à se servir de combinaisons et de systèmes invraisemblables pour venir à bout de leur mal, et ceci prouve une fois de plus le rôle que doivent jouer l'idée ou l'imagination aussi bien dans la genèse de leurs tics, que dans les méthodes thérapeutiques qui aspirent à les guérir. « Un malade de Grasset se promène dans le jardin de l'hôpital avec un bâton entre les dents, tenant un doigt sur une des extrémités de ce bâton et maintenant ainsi sa tête..... ou bien encore il maintient sa tête, en mettant un doigt dans son bonnet. »

Un malade de Raymond et Janet doit introduire un petit morceau de bouchon entre ses machoires pour faire cesser un trismus mental. Les malades inventent même des appareils orthopédiques. Tous ces moyens de défense ne sont efficaces que s'ils sont appliqués par le malade lui-même : ils ne guérissent pas le mal, ils le dissimulent ou le transforment, on pourrait même dire qu'ils le compliquent en lui adjoignant de nouvelles habitudes. C'est pourquoi ils ne doivent pas retenir l'attention du médecin, pour lequel ils sont plutôt une complication.

Rééducation. — Il y a des malades qui essaient eux-mêmes de

s'immobiliser volontairement, ils réussissent quelquefois à suspendre leurs mouvements; mais le soulagement n'est que temporaire et leur volonté est rapidement vaincue.

Suggestion. — Elle a été employée avec succès à l'état de veille ou à l'état hypnotique sur quelques malades : mais vraiment s'agissait-il bien de tics dans ces cas, et si l'hystérie n'était pas exclusivement en cause, n'intervenait-elle pas dans une large mesure? La suggestion n'est pas à conseiller, sous l'une ou l'autre forme, dans le traitement des tiqueurs : la suggestion hypnotique est d'ailleurs rarement obtenue.

Méthodes de rééducation psychomotrice. — Trousseau conseillait aux tiqueurs une gymnastique ordonnée : « exécuter avec les muscles affectés de la convulsion des mouvements commandés, et les exécuter d'une façon régulière, en suivant une mesure que donne, par exemple, le mouvement d'un métronome ou d'un balancier d'horloge ». Cette méthode de discipline musculaire ou motrice sert de base à celle qui a été imaginée plus récemment par Brissaud; mais la méthode de Brissaud a une portée plus large que celle de Trousseau : c'est à la fois une méthode de discipline musculaire et de discipline mentale.

Les méthodes de rééducation psychomotrice sont au nombre de deux : bien que s'inspirant l'une et l'autre du rôle de l'*attention* dans la genèse du tic, elle ont un but diamétralement opposé. *La méthode de Brissaud* a pour but de fixer l'attention du malade sur son tic et de lui en imposer la correction. *La méthode de Pitres* a pour but de distraire l'attention du malade, en la fixant ailleurs.

Méthode de Brissaud. — La méthode de Brissaud ou de l'immobilité commandée, bien exposée dans ses détails par Meige et Feindel, comprend deux parties : l'immobilisation et la discipline des mouvements.

Pour obtenir *l'immobilisation*, on commande au tiqueur de résister au mouvement le plus longtemps possible, et on note chaque fois le temps d'immobilité obtenu. Les séances doivent être courtes, ne pas excéder au début cinq ou dix minutes : les reprises doivent être elles-mêmes espacées, afin d'éviter la fatigue. Les séances sont répétées tous les jours. Suivant les progrès obtenus, la durée en est prolongée. Lorsque l'amélioration persiste, il n'est plus indispensable que chaque séance ait lieu sous la surveillance du médecin, et le malade peut se suffire à lui-même. Il est utile qu'il fasse les séances d'immobilisation devant un miroir, exerçant lui-même sa propre surveillance (Meige). A défaut du médecin, les enfants doivent être surveillés par une personne qui jouisse auprès d'eux d'une réelle

autorité et qui leur en impose. Le malade est habitué à conserver l'immobilité dans toutes les positions qu'est susceptible de prendre la région tiquante, en commençant par celle dans laquelle le tic se produit avec le moins d'intensité et le moins de fréquence. Dans l'intervalle des séances, il est préférable que le malade s'abstienne de lutter contre son tic, sinon il risquerait de le transformer en une véritable obsession.

Ce sont là des règles générales dont l'application à chaque cas particulier exige du médecin un peu d'initiative et d'esprit d'invention. Il en est de la rééducation des tics comme de tous les procédés pédagogiques.

La discipline des mouvements consiste à faire exécuter des mouvements de directions diverses par les régions où siège le tic. Ces mouvements seront exécutés d'abord lentement, puis de plus en plus vite, mais le malade doit, autant que possible, déployer le minimum de force. Il est utile, surtout au début, de faire exécuter le même mouvement par les parties symétriques. Cette petite manœuvre facilite beaucoup la tâche du malade. De même que pour l'immobilisation, l'emploi du miroir est très utile, les mouvements seront exécutés au commandement sous la direction du médecin.

Si, pendant les séances, le médecin se bornait à commander comme un simple professeur de gymnastique, il est probable que les résultats obtenus seraient des plus médiocres : la méthode vaut davantage par la manière dont elle est appliquée. C'est par l'intérêt qu'on manifeste au malade, par les encouragements qu'on lui donne, les compliments qu'on lui adresse pour le récompenser des progrès, les consolations ou les réprimandes modérées en cas d'insuccès ; c'est par tous ces moyens psychiques, qui sont indispensables, que le médecin obtiendra l'immobilité complète. Un mot affectueux, un geste de contentement auront souvent plus d'effet que l'exercice le mieux commandé.

Lorsque le tic a déjà une longue existence et qu'il se répète avec une très grande fréquence, il en résulte une hypertrophie des muscles qui se contractent. Pour lutter contre l'hypertonicité concomitante, qui favorise le retour du tic, il est indiqué de développer la force et la tonicité des muscles antagonistes par des mouvements appropriés.

Méthode de Pitres ou athmothérapie. — Les mouvements respiratoires, réguliers et profonds, exécutés au commandement, ont une action suspensive très nette sur le bégaiement. C'est de ce fait que s'est inspiré Pitres pour l'ériger en méthode thérapeutique de tous les tics. Le malade exécute tous les jours des mouvements

respiratoires, réglés et dirigés par le médecin ; il peut ensuite les faire seuls, à moins que ce ne soit un enfant pour lequel une surveillance est toujours obligatoire.

Les séances ont lieu trois fois par jour, le matin, l'après-midi et le soir. La durée de chacune est de dix minutes. Le malade, adossé au mur, exécute au commandement des inspirations très amples, les bras élevés ; pendant l'expiration, il abaisse les bras. Tous ces mouvements doivent être exécutés lentement, à des intervalles réguliers.

On peut y adjoindre des mouvements d'assouplissement, des exercices divers ; on fait lire le malade, tout en disciplinant simultanément les mouvements respiratoires. Toute cette gymnastique a en réalité pour but de détourner l'attention du malade de ses tics. C'est plus qu'une méthode mécanothérapique, c'est une méthode psychothérapique.

Les mouvements en miroir que Meige et Feindel conseillent aux tiqueurs, c'est-à-dire les mouvements symétriques et synchrones des deux membres, concourent également à détourner l'attention du tiqueur en la fixant ailleurs. Le malade fait simultanément des deux mains des pages d'écritures, des dessins, des calques, des petits travaux d'ornementation.

Psychothérapie. — On peut encore avantageusement combiner les deux méthodes précédentes ; quelle que soit la marche suivie, la rééducation psychique doit toujours accompagner la rééducation motrice.

Les tiqueurs sont instables, irréguliers ; leur vie est souvent déréglée : il est nécessaire de les rappeler à l'ordre, à l'emploi méthodique de leur temps. Les tiqueurs sont des malades auxquels les écarts et les excès de tout genre sont préjudiciables : la discipline leur est profitable dans tous les domaines. Ils ont besoin d'être dirigés. Il est bon, par des interrogatoires habilement ménagés, de faire connaissance avec leur mentalité, de s'informer de leur idées, de leurs intentions, de leurs réactions émotives, de leurs tendances ; à beaucoup de malades un programme très détaillé peut rendre de réels services.

Toutes les émotions, les chocs moraux, le surmenage physique et intellectuel sont susceptibles de provoquer une recrudescence des tics ou de les faire réapparaître chez des sujets prédisposés. Ils peuvent même, dans ces conditions, acquérir une telle intensité qu'il est utile d'imposer aux malades une cure d'isolement : les tics diminuent alors et disparaissent même sous l'influence du repos et de la psychothérapie. Il est cependant exceptionnel qu'on soit obligé de prendre de telles mesures. Le changement de métier suffit souvent,

surtout lorsqu'il entraîne avec lui un meilleur emploi du temps et une vie mieux ordonnée.

Le traitement par les méthodes de rééducation est long, et ce n'est, dans la grande majorité des cas, qu'après des semaines et des mois qu'on obtient, sinon une guérison complète, du moins une amélioration.

Malade et médecin doivent s'armer de patience : dans le cours même du traitement il y a des périodes d'amélioration et d'aggravation alternantes, d'où la difficulté d'estimer la part qui revient à la thérapeutique dans la guérison. Lorsque le tic est guéri, il peut encore récidiver soit *in situ*, soit sur d'autres muscles. Y a-t-il lieu de s'en étonner ? La maladie, suivant l'expression de Trousseau, fait partie de la constitution de l'individu : le tic disparaît, mais le tiqueur reste.

CHAPITRE X

LES ENFANTS ANORMAUX
IDIOTIE — IMBÉCILLITÉ — ARRIÉRATION MENTALE
ÉCOLIERS ANORMAUX

I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'IDIOTIE.

L'idiotie, tout d'abord confondue avec l'aliénation mentale par Pinel et Fodéré, en fut séparée pour la première fois par Esquirol. « L'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois : c'est un riche devenu pauvre. L'idiot a toujours été dans l'infortune et dans la misère. »

D'ailleurs l'idiotie n'est pas une maladie : ce n'est pas, comme l'a écrit Seguin, « une maladie de la volonté qui livre l'enfant à ses instincts et le retranche du monde moral ». Il n'est pas plus exact de la définir, avec Pinel : « L'abolition plus ou moins absolue soit des fonctions de l'entendement, soit des fonctions du cœur », ou avec Esquirol « un état particulier dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais développées ».

On peut, avec Bourneville, définir l'idiotie : « Un arrêt de développement congénital ou acquis des facultés intellectuelles, morales et affectives, accompagné ou non de troubles moteurs et de perversion des instincts. En réalité l'idiotie ne constitue pas une entité morbide. C'est la conséquence d'un certain nombre de maladies de l'encéphale, de même que la démence symptomatique est l'aboutissant d'un certain nombre de maladies mentales. »

L'idiotie n'est jamais liée à un simple arrêt de développement mental, contrairement à l'opinion soutenue par Seguin : elle est rarement la conséquence d'un développement primitivement anormal ou incomplet du cerveau (lissencéphalie, microgyrie). Presque toujours l'idiotie est le résultat de lésions cérébrales ; les unes grossières, telles que la méningite, la méningoencéphalite, l'hydrocéphalie, la sclérose cérébrale, la porencéphalie, les hémorragies ou les ramollissements, la sclérose tubéreuse, la sclérose atrophique ; les autres légères, en quelque sorte histologiques, parfois réparables

dans une certaine mesure, surtout sous l'influence d'un traitement approprié, ce sont celles du myxœdème. Les grosses lésions cérébrales qui donnent lieu à l'idiotie sont distribuées parfois avec une prédominance très nette sur les lobes frontaux, mais ordinairement elles sont diffuses ; par leur nature et leur structure, suivant la remarque judicieuse de Hutinel et Babonneix, elles ne sont pas propres à l'idiotie.

Ces lésions se développent soit pendant la vie intra-utérine, soit même à la naissance (accouchement difficile et laborieux — application de forceps — circulaires du cordon), soit après la naissance (traumatismes, infections, méningites, hémorragies, ramollissement, etc.). C'est pourquoi on distingue l'idiotie congénitale et l'idiotie acquise. En dehors du traumatisme, les causes sont fréquemment les mêmes dans les deux cas ; l'alcoolisme, les intoxications, les infections, la syphilis, la tuberculose des ascendants.

L'idiotie est propre à l'enfance; en effet, au delà d'un certain âge, les mêmes lésions ne la produisent plus, parce que spontanément, et grâce à l'éducation, l'intelligence a déjà atteint un degré de culture qui empêche l'idiotie de se produire ; la même lésion qui, chez le tout jeune enfant, entrave l'éducation intellectuelle et morale, ne fait pas complètement disparaitre chez un enfant plus âgé la somme des connaissances qu'il a acquises au moyen de cette éducation. L'idiotie n'est donc pas fonction de la lésion cérébrale en temps que nature, elle dépend avant tout et simultanément de l'époque de son apparition, de ses localisations et de son étendue.

Il est donc bien établi que l'idiot est un être anormal qui ne deviendra jamais normal, quelque degré de perfectionnement qu'ait atteint son éducation, et qu'on ne pourra développer chez lui que les facultés qui y existent en germe, elles-mêmes en rapport avec le degré de développement de la corticalité cérébrale. Qu'on n'oublie pas non plus que chez l'idiot, le cerveau est non seulement incomplètement développé, mais encore que les parties existantes peuvent se développer anormalement et être déviées plus ou moins profondément de leur type primitif. Il en est de même de la fonction, c'est-à-dire des facultés intellectuelles ; elles sont nulles ou incomplètes : incomplètes, elles peuvent être également anormales. La psychothérapie des idiots doit donc comprendre l'ensemble des procédés employés pour tirer le meilleur parti de leurs fonctions intellectuelles, et pour combattre leurs aptitudes mauvaises et vicieuses, Elle est à la fois curatrice et éducatrice ou, si l'on préfère, médicale et pédagogique : elle peut même être prophylactique et

sociale, mais elle ne s'adresse plus alors à l'idiot lui-même, mais à ses générateurs et à la société en général.

Avant d'exposer les règles qu'il convient de suivre dans l'éducation des idiots, il est important de savoir quels sont ceux qui peuvent réellement en profiter.

LES DEGRÉS DE L'IDIOTIE

Les idiots sont presque toujours des anormaux *psychiques* et *physiques*, et si, parmi les attributs physiques de l'idiotie, beaucoup ne nuisent qu'à l'esthétique, telles les déformations du crâne, les malformations faciales ou des membres, il en est un certain nombre qui constituent de véritables infirmités et qui ne sont pas négligeables au point de vue thérapeutique ; d'autant plus que quelques-unes, par l'obstacle qu'elles apportent au développement des sens et par suite des facultés de perception, contribuent dans une large mesure au retard du développement intellectuel. Tels sont les vices de conformation de l'œil, l'ouverture exagérée des lèvres, les perforations de la voûte palatine, les anomalies de la main et des doigts (malformations, luxations, pieds bots, etc.) et, par dessus tout, celles qui compromettent et limitent la motilité (paralysies, parésies, ataxie, contracture, tics, choréo-athétose, difficultés de la marche et de la station debout, convulsions, etc.).

Les divers sens sont plus ou moins touchés. La sensibilité générale dans tous ses modes est souvent très altérée, les sensations de contact, de température sont incomplètes ou anormales. Il en est souvent de même de la vue ou de l'ouïe. Ces derniers troubles sont imputables soit à des malformations ou des accidents des organes des sens eux-mêmes, soit à des lésions siégeant sur les nerfs qui transmettent les impressions périphériques, ou sur les centres qui sont chargés de les percevoir. Ces lésions aggravent singulièrement le pronostic.

Suivant leur mentalité on peut, avec Bourneville, distinguer trois degrés d'idiotie :

1° L'idiotie proprement dite, qui peut être complète ou profonde ;

2° L'imbécillité ;

3° L'arriération mentale ou imbécillité légère.

Bourneville ajoute encore l'instabilité mentale et l'imbécillité morale ; mais il nous semble préférable de les étudier en même temps que les écoliers mentalement anormaux de Jean Philippe et Paul Boncour.

1°. — Idiotie proprement dite.

La faiblesse ou la nullité de l'intelligence s'explique par la gravité des lésions de l'écorce cérébrale, qui prédominent dans la zone psychique, par l'insuffisance des sens, du langage, de l'imitation, qui jouent un si grand rôle dans les acquisitions intellectuelles, et qui sont plus ou moins compromis à leur tour par les lésions qui ont leur siège dans les centres de perception et sur les centres moteurs, ou sur les voies qui les relient à la périphérie.

Le langage se réduit à quelques mots répétés (écholalie); les uns sont muets, d'autres passeraient pour bavards (idiots microcéphales) si l'on ne se rendait compte de la pauvreté de leur vocabulaire. Par contre quelques-uns chantent assez facilement ou du moins fredonnent les airs ; mais le développement exclusif du langage musical n'est pas une garantie du développement intellectuel.

Dans l'idiotie complète, la vie est purement végétative et encore quelques malades n'éprouvent-ils pas le besoin de s'alimenter. Aucune vie de relation. Ils ne parlent pas, ils ne marchent pas, ils sont gâteux. De tels malades sont incapables de se perfectionner et par conséquent inaccessibles aux méthodes de rééducation.

Idiotie profonde : la vie végétative existe, mais la vie de relation est bornée. La motilité et la sensibilité sont rudimentaires. Ces enfants peuvent se tenir debout et marcher, mais pour tous les actes ils sont maladroits, leur registre verbal est court et ils ne parviennent à prononcer que quelques mots; ils se servent de leurs mains et peuvent prendre des objets.

Ils sont susceptibles de prendre contact, dans une faible mesure il est vrai, avec le monde extérieur : l'instinct d'imitation ne leur manque pas complètement, ils sont d'ailleurs capables d'une attention légère et même de s'attacher à une personne. Ce sont encore des gâteux. Ils mangent malproprement, d'une manière gloutonne. Souvent ils ont des tics et des manies.

Ils sont améliorables, mais comme ils sont inconscients, irresponsables de leurs actes, ils sont beaucoup plus dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres : par conséquent ils doivent être davantage surveillés.

2°. — Imbécillité.

Ce sont des êtres que l'on a plus souvent l'occasion de coudoyer dans la société, parce que chez eux la vie de relation est plus développée : mais ils n'en sont pas plus sociables pour cela, ils sont

dangereux ou insupportables : l'idiot, dit Sollier, est un être anti-social.

L'attention se fixe difficilement, ils passent sans raison et subitement d'une chose à une autre. La mémoire est très variable : elle peut être remarquable. La volonté, au sens propre du mot, est très rudimentaire : de tels enfants agissent et exécutent parfois les actes commandés, mais ils y sont presque toujours poussés par la crainte ou l'envie. L'acte n'a rien de spontané, de réfléchi : naturellement il ne saurait être question d'initiative. Ils sont surtout imitateurs, et si ce don paraît se développer plus facilement chez eux que chez d'autres enfants, c'est parce que les autres facultés intellectuelles restent embryonnaires. Les sentiments sont à peine ébauchés : l'affectivité est nulle ; par contre ils sont capables de réactions exagérées, que ce soit la colère, le rire et le pleurer. Les sentiments déjà plus délicats de propriété, de solidarité leur font défaut. Moralement ils sont pervertis : ils sont menteurs, égoïstes, paresseux, entêtés, méchants, voleurs.

La parole est souvent anormale ; ils bégaient ou ils blèsent : il y en a qui écrivent ou qui dessinent, mais ils ne peuvent dissimuler leur absurdité.

Ils manquent de discernement et de jugement : leurs comparaisons ne s'opèrent généralement que dans un domaine limité et sont presque toujours grossières. Ils sont cependant capables de quelques saillies ou bouffonneries plaisantes et amusantes, souvent aussi méchantes : c'est parmi eux que les rois recrutaient leurs fous.

3°. — Arriération intellectuelle.

Si on classe les enfants anormaux non plus au point de vue de leur développement physique et intellectuel, mais au point de vue social, on peut avec Charon distinguer deux groupes : celui des *dégénérés* qui comprend les anormaux les plus malades et les insociables, c'est-à-dire les *imbéciles* et les *idiots :* les *imbéciles* dont les facultés psychiques (intellectuelles, morales, affectives) présentent des caractères lacunaires qualitatifs et quantitatifs : les *idiots*, dont les facultés psychiques présentent des modifications qualitatives et quantitatives de forme globale — et celui des *arriérés* qui comprend les moins atteints ou sociables, susceptibles d'être améliorés dans un milieu ordinaire, non dangereux pour eux-mêmes ni pour les autres.

On peut encore, avec Philippe et Boncour, si on ne se place plus au point de vue strictement médical ou social, mais au point de vue

scolaire, classer les écoliers mentalement anormaux de la manière suivante :

1° *Les arriérés intellectuels* qui correspondent au groupe de Bourneville étiqueté de la même manière ;

2° *Les enfants qui sont rendus mentalement anormaux* par diverses névroses : épilepsie, hystérie ;

3° *Les anormaux moraux* ;

4° *Les arriérés pédagogiques.*

1° **Arriération intellectuelle proprement dite.** — Chez l'arriéré intellectuel, toutes les facultés existent, mais insuffisantes : elles sont, dit-on, retardées notablement au-dessous des facultés d'un enfant du même âge. A mon avis, cela n'est pas tout à fait exact, parce que l'arriéré intellectuel restera toujours arriéré et ne rattrapera jamais l'état intellectuel correspondant à son âge. Arriéré il est, arriéré il sera toute sa vie. Il serait peut-être plus exact de dire insuffisant intellectuel, qu'arriéré ou retardataire.

A moins de complications, la motilité et la sensibilité sont toujours intactes. L'attention est faible, la mémoire paresseuse et lente. La volonté est capricieuse, l'initiative toujours rudimentaire, la décision difficile.

La réflexion, la conception sont laborieuses : le jugement souvent incertain. Leur crédivité est exagérée ou au contraire insuffisante, d'où leur confiance excessive ou une méfiance irréductible. Cependant leurs aptitudes peuvent être plus développées dans certains domaines : quelques-uns sont particulièrement doués pour le calcul, mais il est rare que ces dons, qui sont d'autant plus apparents que leurs moyens sont en général peu développés, puissent leur être de quelque utilité dans la vie.

Ils ne sont pas dénués de sentiments, non seulement des sentiments les plus grossiers, mais encore des sentiments affectifs et des sentiments moraux : ils s'attachent assez facilement à leurs parents ; ils ont la notion du devoir vis-à-vis d'eux-mêmes et vis-à-vis de leurs semblables (sentiments de propriété, de solidarité, d'assistance même). Ce sont le plus souvent des êtres mous, qui, sur les bancs de l'école, restent sourds aux leçons et aux avis de leurs maîtres : ce sont des abonnés aux dernières places dans les listes de classement.

En un mot ce sont des asthéniques, des apathiques ; ils sont atones et sans réaction au point de vue psychique comme au point de vue physique. En classe ils ne font pas de bruit ; ils sont sages. Ce sont de bons petits enfants : ils ne font pas de mal.

Mais il n'en est pas toujours ainsi : parmi les arriérés, il y en a

qui ont un caractère plus difficile. Ce sont les instables, l'attention se fixe difficilement et pour un temps très court, il en est de même de leurs idées; ils passent facilement d'un sujet à un autre sans raison. Ils ne peuvent rester en place. Il en est de même au point de vue affectif : ils ont des réactions exagérées et sans motifs, qui vont parfois jusqu'à l'impulsion : les colères, les rages, les violences, quelquefois même les vengeances, les cruautés, leur sont habituelles. Aussi dénués de résistance qu'ils sont impulsifs, ils se laissent aller à de mauvaises fréquentations ou de mauvaises habitudes; ces arriérés instables ne sont autre que les débiles.

L'école est un excellent réactif pour déceler leurs tares mentales : et d'autre part, beaucoup d'enfants qui ne seraient qu'arriérés ou instables à l'école deviennent, au contact de la rue, vagabonds et même voleurs (Boncour et Philippe).

2° **Anormaux par névrose.** — Le groupe des anormaux par névrose (épilepsie, hystérie) me paraît moins bien caractérisé : à la rigueur on se rend aisément compte que l'enfant qui est fréquemment sujet aux crises d'épilepsie, même larvée, soit dans des conditions différentes de l'enfant normal au point de vue de son développement intellectuel ; mais il est bien rare qu'il ne soit pas primitivement atteint, en même temps que d'épilepsie, de tares mentales qui témoignent d'une véritable insuffisance intellectuelle.

Les crises nocturnes le fatiguent pour le lendemain ; les crises larvées du jour suspendent momentanément son attention.

Quant à l'écolier hystérique, ce n'est pas tant par l'hystérie qu'il se présente comme un écolier mentalement anormal, mais par les tares psychiques qui ne font jamais défaut : ce sont des petits arriérés qui se distinguent des autres parce qu'au premier abord leur intelligence et leur moralité paraissent moins sérieusement compromises. Mais chez eux l'instabilité mentale est évidente. Ils ont simplement en plus des manifestations hystériques ou hystériformes, qui peuvent être, il est vrai, particulièrement gênantes dans la vie scolaire.

L'écolier hystérique se distingue des autres par des réactions excessives, intentionnellement exagérées ; il est sans cesse poursuivi par le besoin de paraître ou de tromper. Bizarre, fantasque, capricieux, il est avant tout « comédien ». C'est un être encombrant, que ses camarades entraînent parfois facilement, puisqu'il est suggestible, mais qui déteint sur ceux d'entre eux qui sont faibles et à leur tour facilement suggestibles.

Entre les arriérés intellectuels et les enfants normaux, il existe

tous les types de transition, de sorte qu'au dessous des enfants normaux on peut isoler un groupe d'enfants subnormaux (Boncour et Philippe). Les uns sont, suivant l'expression populaire, des nerveux ou des paquets de nerfs, des originaux; d'autres sont tranquilles, mais naïfs à l'excès : ils restent enfants au-delà des limites auxquelles convient encore cette appellation. L'attention est chez les derniers difficile à fixer, chez les premiers difficile à maintenir.

Chez les uns et les autres, il n'est pas rare que certaines maladies ou tares physiques (adénoïdisme, stercorémie, diabète) mettent obstacle, en même temps que leur prédisposition névropathique, à leur éducation et à leur instruction.

3° **Anormaux moraux.** — Parmi tous ces dégénérés, il en est chez lesquels la mentalité et la moralité ne sont pas également endommagées l'une plus que l'autre : il y a des enfants qui sont mentalement, d'autres moralement anormaux. Parmi ces derniers, il y en a chez lesquels les tares morales sont congénitales, d'autres chez lesquels elles ne sont que le reflet d'une éducation mauvaise et d'exemples néfastes : ceux-ci sont un peu moralement ce que sont les arriérés scolaires au point de vue intellectuel, avec cette différence que, si l'arriéré scolaire représente un terrain inculte, l'amoral représente un terrain mal ensemencé (à propos des anormaux moraux, voir folie morale, p. 324). Parmi les anormaux moraux, on peut distinguer avec Paul Boncour deux groupes : dans le premier la tare morale dépend de l'anomalie intellectuelle, dans le second elle en est tout à fait indépendante, et l'intelligence peut être même très brillante. Les premiers sont des êtres viciés qui profiteront du traitement médico-pédagogique ; les autres des êtres vicieux, vis-à-vis desquels l'éducation reste le plus souvent désarmée et ne donne guère que des déboires (Boncour).

4° **Arriérés pédagogiques.** — Dans un groupe spécial, et à juste raison, Boncour et Philippe rangent les enfants, dont l'intelligence et l'instruction sont moins développées que celle des enfants de leur âge, non parce qu'ils sont faibles d'esprit, mais parce que leur éducation a été négligée ; ils ne sont que « scolairement » et non intellectuellement arriérés. Il serait presque inutile d'en faire mention, si cette distinction ne devait entraîner quelques indications d'hygiène scolaire et de pédagogie.

On ne peut se baser ni sur l'anatomie pathologique (Bourneville), ni sur l'étiologie (Ireland) pour établir une classification des idiots. On se contente de fixer un certain nombre de groupements d'après

l ensemble des symptômes mentaux et physiques et aussi suivant leur intensité.

Binet et Simon reprochent à toutes les classifications, qui donnent comme caractéristique de chaque catégorie une énumération de symptômes, en particulier à celle de Bourneville, de ne pas mettre suffisamment en relief les caractères essentiels et surtout sous une forme précise. D'après eux, « la classification de l'idiotie est une classification clinique à faire par la psychologie ».

Sollier a déjà fait une tentative dans ce sens, en proposant de classer les idiots d'après leur degré d'attention : idiotie absolue, caractérisée par l'absence complète et absolue d'attention. — Idiotie simple, dans laquelle il y a faiblesse et difficulté de l'attention. — Imbécillité, dans laquelle il y a instabilité de l'attention. Binet et Simon critiquent cette classification, parce qu'elle n'indique pas par des caractères assez précis ce qu'il faut entendre par faiblesse, difficulté, instabilité de l'attention.

Pour juger de l'état intellectuel des enfants, Blin et Damay les soumettent à un interrogatoire préparé d'avance et le même pour tous. Sans entrer dans les détails, je rappellerai seulement que cet interrogatoire se divise en plusieurs parties concernant l'habitus extérieur, le langage, le nom, les parents, l'âge, la connaissance du corps, les mouvements, les objets, les sensations internes, la notion du temps, de lieu, de patrie, le service militaire, la lecture, l'écriture, le calcul, le dessin, le métier.

Binet et Simon reprochent à cette méthode de n'être qu'un examen scolaire dont l'appréciation des résultats est assez arbitraire, parce que les auteurs n'expliquent pas assez sur quelle base ils s'appuient pour donner la note qui va de 0 à 5, et aussi parce qu'ils mettent sur le même pied tous les thèmes, tandis que, en réalité, les questions posées correspondent à des niveaux intellectuels différents, suivant que l'on considère tel thème ou tel autre.

Binet et Simon (1905) proposent une méthode qui ne s'applique qu'aux enfants d'intelligence inférieure : ils éliminent d'emblée les dégénérés aussi bien que les déments ; de même, dans leur interrogatoire, ils négligent les aptitudes partielles qui ne sont pas rares, même chez les idiots, et ils se bornent à apprécier l'intelligence en général.

Ils font appel à trois méthodes pour reconnaître les états inférieurs de l'intelligence :

1° La méthode médicale qui a pour but d'apprécier les signes anatomiques, physiologiques et pathologiques de l'infériorité intellectuelle ;

2° La méthode pédagogique qui a pour but de juger de l'intelligence d'après la somme des connaissances acquises ;

3° La méthode psychologique, qui fait des observations directes et des mesures sur le degré de l'intelligence.

Méthode psychologique. — « L'idée fondamentale de cette méthode est l'établissement de ce que nous appellerons une échelle métrique de l'intelligence : cette échelle est composée d'une série d'épreuves, de difficulté croissante, partant, d'une part, du niveau intellectuel le plus bas que l'on puisse observer, et aboutissant, d'autre part, au niveau de l'intelligence moyenne et normale : à chaque épreuve correspond un niveau mental différent. » (Binet et Simon.) En réalité, ils ne mesurent pas l'intelligence, ils n'aspirent qu'à un classement des intelligences diverses.

Les *tests* ou épreuves doivent être simples, rapides, commodes, précis, hétérogènes ; chaque examen ne doit pas se prolonger au-delà de vingt minutes, pendant lesquelles l'enfant subira une dizaine de tests. Ils sont rédigés de telle manière qu'on met surtout à l'épreuve l'intelligence de l'enfant et non son instruction. Il y a en effet des arriérés scolaires dont l'intelligence est normale; seule l'instruction a été négligée. Dans l'intelligence, le jugement ou le bon sens est la faculté principale qu'ils explorent; la mémoire a beaucoup moins d'importance. Voici, en laissant de côté le procédé et les remarques accessoires, la série d'épreuves à laquelle ont recours les auteurs :

1. *Le regard.* — On recherche s'il existe une coordination dans les mouvements de la tête et des yeux qui sont associés à l'acte de la vision ; cette coordination, si elle existe, atteste que le sujet non seulement voit, mais encore regarde.

2. *La préhension provoquée par une excitation tactile.* — On recherche la coordination entre une sensation tactile de la main et le mouvement de saisir ou de porter à la bouche.

3. La *préhension provoquée par une sensation visuelle.* — On recherche s'il existe une coordination entre la vue de l'objet et sa préhension.

4. *La connaissance de l'aliment.* — On recherche si par la vue le sujet fait la distinction entre ce qui est aliment familier et ce qui ne se mange pas.

5. *Recherche de l'aliment compliquée par une petite difficulté mécanique.* — Cette épreuve peut mettre en relief un rudiment de mémoire, un effort de volonté et une coordination de mouvements.

6. *Exécution d'ordres simples et imitation de gestes simples.*

7. *Connaissance verbale des objets.*

8. *Connaissance verbale des images.*
9. *Nomination des objets désignés.*
10. *Comparaison immédiate de deux lignes de longueur différente.*
11. *Répétition de trois chiffres.*
12. *Comparaison de deux poids.*
13. *Suggestibilité.*
14. *Définition verbale d'objets connus.*
15. *Répétition de phrases composées de 15 mots.*
16. *Différence entre plusieurs objets connus, représentés de souvenir.*
17. *Exercice de mémoire sur des images.*
18. *Dessin de mémoire.*
19. *Répétition immédiate de chiffres.*
20. *Ressemblance entre plusieurs objets connus, représentés de souvenir.*
21. *Comparaison de longueurs.*
22. *Mise en ordre de cinq poids*
23. *Lacunes de poids.*
24. *Exercices sur les rimes.*
25. *Lacunes verbales à remplir* (épreuve d'Eminghaus, de Berlin).
26. *Synthèse de trois mots dans une même phrase.*
27. *Réponse à une question abstraite.*
28. *Inversion des aiguilles d'une montre.*
29. *Découpage.*
0. *Définition de termes abstraits.*

Les solutions données sont réparties en quatre catégories : 1° absence de solution ; 2° solution partielle (marquée par une fraction); 3° solution complète; 4° absurdité. Les causes des réponses défectueuses sont de divers ordres (défaut de compréhension, ignorance, résistance à l'examen, timidité accentuée, défaut d'attention).

Méthode pédagogique (dont l'idée a été inspirée par Demoor, de Bruxelles). — « Elle consiste à inventorier la somme de connaissances des sujets, puis à comparer cette somme à celle d'un sujet normal, à mesurer la différence et à rechercher si l'infériorité des connaissances d'un candidat s'explique par une insuffisance de scolarité. »

Les arriérés pédagogiques sont ceux que leur instruction met en retard de deux ans sur les normaux du même âge.

Les anormaux ignorants se reconnaissent facilement : il faut faire à la fois l'appréciation de leur instruction et de leur scolarité.

Mais d'après Binet et Simon, la méthode pédagogique est double : elle consiste d'une part, à établir le bilan des connaissances sco-

laires acquises par un enfant; elle consiste, d'autre part, à établir le bilan des connaissances extrascolaires.

Elle a l'inconvénient de s'adresser surtout à la mémoire, d'être inapplicable aux enfants très jeunes, de trois à six ans (dont il serait important de signaler la débilité mentale). Il est enfin difficile de connaître pour chaque enfant sa scolarité.

Méthode médicale. — Il est important de faire un diagnostic et un pronostic.

Antécédents héréditaires (âge des parents à la naissance des enfants. — Alcoolisme des parents. — Tuberculose. — Affections névropathiques. — Consanguinité des parents. — Rang de l'enfant dans la famille. — Mortalité des frères et sœurs. — Grossesse anormale).

Développement (passé pathologique. Retard de la dentition. — Retard de la marche, de la parole. Infériorité urinaire.)

Examen anatomique (taille. — Céphalométrie. — Stigmates).

Examen physiologique (vision. Toucher. Autres sens. Sens de la douleur. Respiration et fonction circulatoire. Vitesse du pouls. Analyse du sang. Coloration de la peau. — Thermométrie).

Fonctions motrices (allure générale, marche en avant, en arrière. Expression de la physionomie. Dynamométrie. — Habileté motrice. — Tics. — Vitesse de mouvements. — Parole, défectuosité d'articulation), etc.

Résumé. — En ce qui concerne la méthode psychologique, Binet et Simon établissent des comparaisons d'enfants normaux aux différents âges. C'est ainsi « que l'enfant de trois ans, quoique peu attentif et facilement suggestible, nomme ou reconnaît, d'après le nom, la plupart des choses figurant dans notre série d'objets ou d'images... A cinq ans, un enfant normal répète trois chiffres, compare deux lignes; après leçon, il compare deux poids; il peut également définir un objet usuel ».

Les mêmes auteurs donnent également des termes de comparaison pour les enfants de sept ans. A sept ans, on arrive soit au premier temps, soit plus souvent au second temps, à faire les comparaisons proposées : on en réussit le plus souvent deux sur trois.

Pour les âges suivants les auteurs font trois sortes d'épreuves :

1° Epreuves de mémoire;

2° Epreuves d'intelligence qui se font en partie avec le secours du langage;

3° Epreuves d'intelligence sensorielle.

Pour apprécier si un enfant est anormal, il faut comparer ses réponses à celles d'un enfant normal du même âge, en prenant

comme terme de comparaison les plus mauvaises réponses obtenues d'un enfant normal.

Voici la classification des idiots proposée par ces auteurs :

Idiotie. Incapacité de nommer ou de reconnaître, quand ils sont nommés, des objets familiers, les parties de son corps ou des objets figurés, d'une image. Aptitude de l'enfant normal, âgé de 0 à 2 ans environ.	*Idiot végétatif.* Aucun trait de vie de relation. *Idiot avec regard volontaire.* Suit des yeux un objet mobile (allumette en feu). *Idiot avec préhension.* Prend un objet qui touche sa main, après l'avoir vu. *Idiot avec connaissance des aliments.* Fait la distinction entre ce qui est et ce qui n'est pas aliment. *Idiot avec imitation de gestes simples.* Comprend le geste, la mimique, imite et obéit.
Imbécillité. Capacité de nomination verbale. Incapacité de trouver la différence de deux objets connus, Aptitude de l'enfant normal, de 2 à 5 ans environ.	*Imbécile avec faculté de dénomination,* Nomme et reconnait les principales parties de son corps, les objets familiers, les images. *Imbécile avec faculté de comparaison,* Compare deux poids de 3 et 15 grammes ou deux lignes de 5 et 8 centimètres. *Imbécile avec faculté de répétition.* Répète une phrase facile de 15 mots.

Je ne puis insister davantage sur les méthodes suivies dans le but de classer les arriérés : les tentatives que j'ai rapportées plus haut tendent à démontrer les difficultés que l'on rencontre, quand on veut établir des types nettement tranchés.

II. — PSYCHOTHÉRAPIE DES IDIOTS ET DES ENFANTS ANORMAUX

I. — HISTORIQUE

Les idiots étaient jadis envisagés comme des fous et, par suite, soumis aux mêmes traitements ; ils étaient l'objet du mépris général qui ne se traduisait que trop souvent par des injures. Seuls les métiers de bûcheron ou de charpentier leur étaient consentis. Ce n'est que depuis le commencement du XIX^e^ siècle et vraisemblablement sous la poussée des doctrines philosophiques, de l'émancipation et de l'essor de la pensée vers la science et l'humanité, que le mépris se transforma en commisération, les injures en mesures de

charité. Presque en même temps une circonstance fortuite contribua à modifier la destinée des idiots.

C'est à la fin de l'an VIII qu'était recueilli à l'Institution des sourds-muets un enfant de onze à douze ans, trouvé dans les bois de la Causse où il vivait à l'état sauvage ; d'où le nom de Sauvage de l'Aveyron sous lequel il est généralement connu. Cet enfant présentait la plupart des signes que l'on reconnaît aujourd'hui comme ceux de l'idiotie : Itard entreprit son éducation « et d'un être insociable et dégoûtant, il en fit un être obéissant et supportable ».

Malgré ce succès, qui devait avoir par la suite un si grand retentissement, Esquirol, qui avait définitivement séparé l'idiotie de l'aliénation mentale (1818), la considérait comme une infirmité incurable, opinion partagée par de nombreux aliénistes ; mais quelques années plus tard (1824) Belhomme, interne d'Esquirol, démontra que l'éducation de l'idiot n'est pas impossible. Ferrus organisa alors une école à Bicêtre ; Falret suivit son exemple à la Salpêtrière ; Félix Voisin fonda à son tour un institut orthophrénique.

Les premières tentatives d'Itard furent poursuivies d'une manière systématique par un de ses élèves qui se consacra presque exclusivement à la cause de l'idiotie, et qui peut être considéré comme le principal initiateur des méthodes actuelles d'éducation : c'est Seguin (1838). En continuant l'œuvre d'Itard, il perfectionna ses procédés, les rendit applicables à tous les enfants et les répandit à l'étranger. Il partit cependant d'une donnée fausse, à savoir que l'idiotie « n'est pas le résultat de la défectuosité ou de la malformation du cerveau, ni du système nerveux, mais d'un arrêt de développement mental ». La curabilité de l'idiotie et la rééducation des idiots découlaient plus logiquement d'une conception aussi spéculative que de la doctrine générale, qui envisageait l'idiotie comme le résultat de lésions profondes et indélébiles de l'encéphale. Le but de sa méthode était de « conduire l'enfant, comme par la main, de l'éducation du système musculaire à celle du système nerveux et des sens, de celle des sens aux notions, des notions aux idées, des idées à la moralité ».

S'il est regrettable que l'œuvre et les travaux de Seguin, justement appréciés par les médecins et philanthropes français et étrangers, soient tombés dans l'oubli, après son départ pour l'Amérique (1850), peut être aussi y a-t-il eu plus tard un enthousiasme exagéré de la part de ses admirateurs posthumes pour les résultats de sa méthode physiologique.

Cette méthode et ses idées furent reprises, en 1879, par Bourneville qui les appliqua dans le service de Bicêtre, dont il venait d'être chargé. Il y créa une école d'idiots, sur l'organisation de laquelle j'aurai lieu de revenir plus loin.

II. — BASE PSYCHOLOGIQUE DU TRAITEMENT ET DE L'ÉDUCATION RATIONNELLE DES IDIOTS.

L'idiot étant un être incomplètement ou anormalement développé au point de vue intellectuel, affectif et moral, et souvent perverti dans ses instincts, le médecin doit avoir pour principal objectif : 1° de compléter, par son intervention propre ou celle des pédagoques, le développement intellectuel et moral et, par suite, de rechercher en présence de tel cas particulier, quels sont les moyens ou les méthodes les plus efficaces pour exploiter, avec le meilleur rendement, les facultés psychiques du petit infirme ; 2° de refréner certaines aptitudes vicieuses, qui ont pris un essor excessif aux dépens de l'intelligence.

Par l'éducation de l'idiot, il faut comprendre non seulement l'éducation intellectuelle, l'instruction, l'éducation morale, mais encore et surtout l'éducation sociale et professionnelle, c'est-à-dire celle qui doit lui permettre de se suffire à lui-même et de devenir utile, de lutter efficacement pour l'existence.

Ce qui importe par dessus tout, en présence de ces êtres anormaux, c'est d'estimer approximativement par une observation minutieuse et continuelle, et par comparaison avec des cas, sinon identiques, du moins très semblables, dans quelle proportion on peut espérer les éduquer et les corriger; car c'est la question que posent les familles, et autant que possible il ne faut pas les leurrer inutilement en faisant miroiter à leurs yeux des résultats inespérables : ce serait leur ménager de tristes désillusions.

C'est au médecin qu'incombe cette appréciation : lui seul est capable d'étudier et de connaître la gravité des tares mentales et le degré d'utilisation des ressources psychiques de l'idiot : tel malade peut prétendre à une certaine instruction, tandis que tel autre ne saurait aspirer qu'à une profession des plus élémentaires, celui-là à une émancipation plus ou moins complète, celui-ci à une liberté relative.

La première condition de l'éducabilité des idiots, c'est la possession de la faculté d'attention. « Douer un idiot de la faculté d'attention, c'est établir la base certaine de son amélioration ultérieure, » dit

Thuilié : c'est parce qu'il considérait les imbéciles et les idiots comme privés d'attention qu'Esquirol les jugeait incapables d'éducation. Mais on ne peut pas douer un sujet, quel qu'il soit, de la faculté d'attention : on peut seulement développer cette faculté, la mettre davantage en évidence, en renforçant et en perfectionnant les éléments qui concourent à sa formation.

On peut distinguer, avec Ribot, deux formes d'attention : l'une spontanée ou naturelle ; l'autre volontaire, artificielle. « L'attention spontanée, forte ou faible, a pour cause des états affectifs ; l'attention spontanée a ses racines au fond même de notre être ; la nature de l'attention spontanée chez une personne révèle son caractère et ses tendances fondamentales..... Un homme incapable d'éprouver du plaisir ou de la peine serait incapable d'attention. »

Dans l'ordre chronologique, les premiers états affectifs reconnaissent comme origine des sensations et même des sensations grossières. L'affectivité et l'attention qui la suit sont sollicitées tout d'abord par des sensations qui tranchent sur les autres par leur intensité et leur vivacité. La sensibilité se développe, se perfectionne grâce au mouvement qui lui permet de mieux s'adapter à la réception des impressions périphériques ; grâce à la sensibilité, le mouvement, à son tour, se perfectionne et se précise. C'est pourquoi tout organe sensoriel est à la fois sensitif et moteur. Motilité et sensibilité concourent également à la genèse de la faculté d'attention.

Chez l'idiot, l'attention est déjà nulle, incomplète ou imparfaite, pour cette raison que les sens et les organes de mouvements sont anormalement constitués, et aussi parce que les centres réflexes supérieurs qui procèdent à l'élaboration des sensations sont eux-mêmes mal conformés. Suivant la remarque de Ribot « les conditions les plus élémentaires de l'attention manquent ou n'apparaissent que par éclairs ; les sens mal formés ne transmettent que des impressions obtuses ; les centres supérieurs sont impropres à les élaborer et à les lier. L'état du pouvoir moteur, ce facteur essentiel de l'attention, mérite d'être noté. Il présente toujours des anomalies : paralysies, contractures, convulsions. »

A plus forte raison, l'attention volontaire est-elle compromise chez l'idiot, puisqu'elle est subordonnée à l'attention spontanée, greffée sur elle, et trouvant en elle ses conditions d'existence. « Le procédé par lequel l'attention volontaire se constitue est réductible à l'unique formule : rendre attrayant par artifice ce qui ne l'est pas par nature ; donner un intérêt artificiel aux choses qui n'ont pas un intérêt naturel. » (Ribot.) C'est en grande partie l'œuvre de l'éducation, qui fait appel d'abord aux sentiments simples, puis à des sentiments

déjà plus complexes, ou de formation secondaire (amour-propre, ambition, désir), et enfin à la discipline et à l'habitude. L'attention spontanée est la condition *sine qua non* de l'attention volontaire, mais alors même que celle-là existe, celle-ci peut rester à l'état embryonnaire et résister aux tentatives de perfectionnement et d'éducation, lorsque, comme chez les anormaux intellectuels, le fonctionnement des centres psychiques supérieurs est entravé par des lésions irréparables.

C'est donc à l'éducation de l'attention spontanée qu'il faut tout d'abord s'attacher : celle-ci peut être nulle, ou difficile, inégale; elle peut être suffisamment développée pour certaines sensations, alors qu'elle manque presque totalement pour d'autres. Cette inégalité dépend elle-même d'une anomalie de constitution de tel ou tel organe des sens ou de ses centres de perception. Suivant les cas, l'éducation sera donc orientée de préférence dans telle ou telle direction, mais toujours elle commencera par les sens et la motilité.

L'éducation de l'attention spontanée est en quelque sorte le premier degré de l'éducation intellectuelle, qui repose à son tour sur l'attention volontaire, et qui comprend l'éducation psychologique, l'éducation morale et l'éducation des instincts.

Est-il besoin de rappeler comment le développement de la mémoire est subordonné dans une large mesure à celui de l'attention? et comment elle intervient dans l'édification des processus psychiques supérieurs : jugement, discernement, réflexion, comparaison, généralisation, abstraction.

Tous les échelons de l'intellectualité sont étroitement reliés les uns aux autres, et les plus élevés ne peuvent être atteints si les inférieurs et les intermédiaires n'ont été gravis. Cette loi ne souffre pas d'exception, même pour les sujets dont quelques facultés ou aptitudes ont pris des proportions gigantesques à côté des autres facultés, qui sont restées à l'état rudimentaire, comme cela a lieu pour certains enfants prodiges (calculateurs).

Dans ces cas, à chaque échelon, tous les domaines n'ont pas été explorés au même degré, et l'attention s'est plus volontiers concentrée sur tel ou tel groupe de sensations, de sentiments ou d'idées; cette sélection, fonction d'une disposition anatomique spéciale du cerveau, qui existe déjà pour certains individus, aux échelons inférieurs et moyens de l'intellectualité, ne se manifeste pour beaucoup d'autres qu'aux échelons supérieurs. Ne rencontre-t-on pas quotidiennement des sujets merveilleusement doués pour certaines parties, tout à fait réfractaires pour d'autres : tel individu est doué

d'une volonté et d'une initiative merveilleuses pour l'étude et la solution de certains problèmes, qui est presque complètement dénué de jugement et de discernement devant les situations les plus élémentaires de la vie et inversement. Ces aptitudes spéciales sont, dans la plupart des cas, facilement découvertes, elles sautent aux yeux ; quelquefois le médecin devra les dévoiler et les exploiter, sans négliger toutefois le développement de celles qui sont restées à l'état d'ébauche. Entre les processus psychiques supérieurs et les processus inférieurs, phénomènes fondamentaux de l'attention spontanée, la mémoire sert de trait d'union. Il convient donc de la développer en multipliant les procédés de fixation de l'attention et les associations d'idées.

C'est au médecin autant et même plus qu'au pédagogue qu'échoit le devoir de se renseigner sur les insuffisances intellectuelles des idiots, de discerner le siège des points faibles et la nature de leurs besoins, d'apprécier approximativement ce qu'on peut exiger de leurs moyens, de ne pas demander à leur intelligence un travail qu'elle n'est pas en état de fournir, de régler en conséquence, leur vie, leurs études, leur éducation en général, psychologique, morale et sociale et tout cela dans le but final de leur éducation professionnelle, c'est-à-dire l'adaptation à la lutte pour la vie, au mieux de leur intérêt et de leurs aptitudes

III. — ÉDUCATION SPÉCIALE.

La première condition de l'éducation d'un idiot est sa perfectibilité. Or, après les considérations générales qui ont été présentées quelques lignes plus haut sur la mentalité et le degré de leur développement intellectuel, on peut déduire que les *idiots complets* ne figurent pas parmi les enfants éducables. Ce sont des êtres exclusivement végétatifs qui, pour la plupart, passent leur vie, dans les salles d'asiles spécialement réservées : les salles des gâteux !

Au contraire les idiots profonds chez lesquels la vie de relation est au moins ébauchée sont plus susceptibles de perfectibilité et éducables : les imbéciles le sont encore davantage.

Le traitement doit commencer, d'après Bourneville, dès que le diagnostic d'idiotie a pu être établi, à partir de l'âge de deux ans. A Paris, l'administration de l'assistance publique accepte les garçons à Bicêtre et les filles à la Salpêtrière à partir de cet âge. Il y a intérêt à commencer le plus tôt possible ; « les organes sont en effet d'autant plus flexibles et l'imitation d'autant moins difficile que l'enfant est plus jeune » (Bourneville).

Bourneville et ses élèves insistent pour que les enfants soient placés dans un établissement spécial, médico-pédagogique. Celui-ci a pour avantages de mettre l'enfant dans les meilleures conditions au point de vue de l'hygiène, des méthodes, de la régularité, de l'ordre et de la discipline, et de le faire vivre avec d'autres enfants qui sont du même niveau intellectuel. Cette mesure est encore motivée par des raisons humaines et sociales : dans les classes pauvres, les parents ne peuvent s'occuper suffisamment de leurs enfants et il leur est impossible de leur consacrer le temps et l'argent nécessaires ; ces enfants sont pour eux de grosses charges. Dans les classes plus aisées, au contraire, la question pécuniaire n'intervient plus, mais si certaines familles très dévouées s'appliquent de leur mieux à l'amélioration du sort de ces infortunés, avec leur cœur et leur intelligence, il en est aussi qui ne comprennent pas leur devoir avec la même rigueur, et dont la patience se lasse vite à une éducation aussi pénible et aussi longue.

D'autres questions interviennent encore : l'idiot offre un spectacle rebutant qui blesse profondément l'amour-propre des parents, et qui contrarie pour des motifs divers l'éducation de ses frères et sœurs. En tout cas, si les parents ne consentent pas à se séparer de leurs enfants, le médecin ne doit jamais se désintéresser du sort de ces infirmes et conserver toujours la direction du traitement.

Le médecin de famille, qui est plus à même que n'importe qui de juger impartialement le pour et le contre, orientera les parents dans telle ou telle direction.

Il y a cependant des circonstances dans lesquelles la séparation est inévitable, par exemple, quand on se trouve en présence d'un idiot dangereux, capable de commettre des attentats contre les propriétés et les personnes. L'internement s'impose.

L'éducation doit se prolonger pendant des années, pendant lesquelles les progrès et les observations sont consignés sur un cahier spécial. La date de sortie des établissements varie avec le développement de l'enfant. Pour beaucoup il serait utile qu'ils fussent placés ensuite dans un patronage où ils seraient employés à des métiers en rapport avec leurs aptitudes et leurs capacités, et sous une surveillance continuelle.

Chez les enfants dont l'attention est insuffisante, il faut la fixer en rendant les sensations plus vives et en les multipliant.

Chez l'enfant normal, l'attention spontanée se suffit à elle-même : sur le cerveau se fixent comme sur une plaque photographique les impressions du dehors, la fixation est instantanée ; chez l'idiot, l'imbécile ou l'arriéré une pause d'une durée variable est nécessaire, et

souvent il faut recommencer l'épreuve, l'image doit être agrandie. En réalité, l'attention livrée à elle-même est nulle ou presque nulle; elle a besoin de procédés spéciaux pour fixer et enregistrer : elle n'est plus spontanée, elle est éduquée.

L'éducation doit être à la fois individuelle et collective. Individuelle, elle doit l'être au début; il est utile et même nécessaire de débrouiller l'enfant avant de le mêler aux autres: elle doit l'être encore pour développer avec un soin particulier les aptitudes de chacun. Collective, elle est plus intéressante et plus entraînante ; les enfants sont excités par l'exemple et l'initiative des autres, et à la condition qu'ils soient surveillés, il est préférable qu'ils soient réunis pour les jeux, les travaux manuels, la musique, le chant. L'enseignement se fera donc en classe dès que la chose sera possible; mais il est indispensable que chaque classe ne comprenne qu'un petit nombre d'élèves : une dizaine paraît être un grand maximum. Les élèves ne doivent pas être réunis suivant leur âge, mais suivant leur capacité intellectuelle.

Les progrès, surtout au début, peuvent être très lents : il ne faut pas se décourager, et ce n'est qu'au bout de deux ou trois ans d'efforts stériles qu'on peut se croire autorisé à abandonner la partie. Cette limite paraît très exagérée, et beaucoup plus tôt, généralement au bout de six mois, on se rend compte de l'inutilité des efforts.

D'après Mlle Meusy, ce n'est cependant qu'au bout de plusieurs années qu'on pourra s'apercevoir qu'un arriéré doit être classé dans les incurables, parce que, pour quelques-uns, ... des améliorations imprévues se sont produites.... et même les fillettes les plus malades, les gâteuses qui sont turbulentes et agitées, écoutent les airs de musique avec plaisir, essaient de les retenir et de les répéter (Meusy).

1°. — Éducation des sens et de l'attention.

Les sens et l'attention se développent simultanément par des épreuves qui ont pour but de rendre les sensations plus vives et de les multiplier.

1° Sens de la vue. — Lorsque l'inattention est pour ainsi dire absolue, on essaie de l'attirer et de la retenir en présentant des boules ou des objets très intensivement colorés, en juxtaposant des objets de couleurs très opposées. On se sert encore de sphères brillantes, de projections lumineuses, d'étoffes de teintes variées, de cartes à jouer, de dominos, des tableaux de diverses couleurs, d'images stéréoscopiques; des objets volumineux de formes diverses, sphériques, cylindriques, cubiques, sont placés les uns à

côté des autres ; on en varie l'ordre, les dimensions, les couleurs.

Pour faciliter la concentration de l'attention, on dispose ces objets dans un local tel, que l'enfant n'ait pas d'occasion de la laisser dériver ailleurs, par conséquent loin des bruits. Au cours de ces expériences, il faut multiplier tout d'abord les contrastes; puis, peu à peu, on présente le même objet à des échelles différentes, de manière à développer successivement les notions de dissemblance, de ressemblance, de mesure, etc...

2° Éducation de la main et de l'œil. — L'enfant sera habitué à toucher avec les doigts, puis à prendre ces mêmes objets, développant et perfectionnant simultanément ses impressions visuelles et ses impressions tactiles. Il sera utile de lui faire connaître ainsi le plus tôt possible les objets les plus élémentaires d'usage courant. Mais au début, cet enseignement sera plus facile, si ces objets ont des dimensions supérieures à celles qu'ils ont habituellement. Voici ceux dont on se sert ordinairement dans le service de Bourneville à Bicêtre, et qui sont énumérés dans l'ouvrage de Hamon du Fougeray et Couétoux : jeux de balles, du passe-boules, du volant, de grâces, de croquets... L'exercice de la brouette, des briquettes en bois qu'on place à plat verticalement, obliquement, en habituant l'enfant à procéder de même..... 1° Un bâton avec poignée sur lequel l'enfant est dressé à enfiler des boules de bois, colorées ou non ; 2° une grosse aiguille de bois avec un large chas permettant l'introduction de la corde à store; 3° une autre aiguille en bois plus petite avec un chas plus étroit laissant passer facilement le fil de fouet; 4° une alène dont la pointe a été émoussée ; 5° un passe-lacet; 6° des aiguilles de plus en plus petites. Ces objets permettent des exercices très intéressants au point de vue de l'éducation de la main, de l'œil et de l'attention : leur manipulation est une préparation utile aux ouvrages de couture. C'est d'ailleurs une excellente précaution, de choisir, parmi ces exercices, ceux qui sont le plus indiqués pour la préparation à l'habileté manuelle et à l'éducation professionnelle.

3° Éducation de l'ouïe. — On initie les enfants aux sons du piano, de l'orgue et de divers instruments de musique, plus tard au chant, dont les exercices répétés ont souvent une bonne action. Beaucoup d'idiots ont une aptitude spéciale à retenir les airs, et il n'est pas rare que des enfants agités soient momentanément calmés par l'audition de la musique. Les enfants qui chantent juste sont à peu près dans la même proportion que les enfants normaux (Binet). On les habitue encore aux bruits produits par la chute de différents objets en métal ou en bois, aux bruits des cloches, etc.

4° Éducation de l'odorat et du goût. — Après avoir pris soin de la propreté de la bouche, on leur présente des objets de saveurs et de parfums divers, d'abord très opposés, puis de plus en plus rapprochés, en les associant aux sensations visuelles et dans la mesure du possible, avec les sensations tactiles : au début il est indispensable de répéter les expériences toujours dans le même ordre et de la même manière, pendant des semaines et des mois, jusqu'à ce que ces associations se soient transformées en une notion définitivement acquise.

5° Éducation du sens du toucher. — Les mains sont plongées dans de l'eau à divers degrés pour donner la notion de température : elles sont mises en contact ou promenées sur des surfaces douces et rugueuses, sur des étoffes diversement nuancées et en même temps plus ou moins douces au toucher.

L'enfant apprend à *boutonner*, en se servant de deux bandes de drap, l'une percée de larges boutonnières, l'autre munie de gros boutons; à lacer, au moyen d'une bottine dont les œillères ont près de un centimètre de diamètre et sont alternativement entourées de cuir rouge et de cuir bleu, pour indiquer à l'enfant le chemin qu'il doit faire suivre aux deux cordons rouge et bleu ; à nouer à l'aide d'une planchette sur laquelle sont disposés des cordons de plusieurs couleurs (Hamon du Fougeray et Couétoux). Au préalable, la main aura été dressée à des exercices plus élémentaires : l'éducation motrice et celle du sens du toucher sont trop intimement liées, pour qu'elles ne soient pas entreprises simultanément.

On apprend aussi à l'idiot à prendre un barreau, à saisir une corde, des objets divers (sphères, planches, cylindres) de dimensions variées et de poids inégal : on l'entraîne à saisir les barreaux d'échelles à cordes, en plaçant le pouce en dessous, et plus tard, lorsque les deux mains saisissent bien les barreaux, on lui fait exécuter divers exercices en variant les positions du corps. Pour exercer les doigts, on se sert de boîtes à trous et de boutons à tiges.

On leur donne la notion de la résistance en leur passant dans la main un bout de bois, sur lequel on exerce ensuite des tractions plus ou moins fortes avec une ficelle, en leur faisant manier des cordes élastiques et des cordes reliées à des ressorts ; on introduit de même dans la main des substances de consistances différentes. Le pétrissage de l'argile est souvent employé.

La gymnastique (gymnastique Pichery, échelles et ressorts) sera surveillée et on ne laissera pas les épileptiques faire du trapèze ou de la barre fixe.

Lorsque les progrès sont suffisamment avancés, ou d'emblée, si l'enfant n'est pas trop arriéré, on l'initie à s'habiller, à se laver les mains, à se coiffer, à faire sa toilette, à nettoyer, à faire du jardinage. Aux filles on apprend à laver, à faire de la couture. Il est presque inutile d'en dire davantage, sinon que ces actes si simples, appris sans peine, en quelque sorte automatiquement par l'enfant normal, doivent être enseignés avec une insistance et un dévouement continuels, une patience inlassable.

Dans les jeux (on ne doit jamais choisir des jeux dangereux); l'apprentissage en commun aura beaucoup de bon : ce seront des exercices rythmés, facilités par le concours d'instruments de musique, du tambour par exemple.

Les petites filles sont exercées à faire des nœuds, des rosettes, lacer leurs chaussures, boutonner leurs tabliers, agrafer leurs robes, à faire des paquets, des pelotons de laine. Enfilage de grosses perles, puis de plus en plus fines ; pliage avec papier de couleur; piquage sur carton perforé; point de chaussette en laine, d'abord avec les doigts, puis crochet en bois; canevas, ourlets (Meusy).

Pour faciliter la marche, le massage et les mouvements passifs des articulations devront être fréquemment renouvelés ; on augmente ainsi l'élasticité des jambes. Hamon du Fougeray et Couétoux conseillent l'emploi d'un fauteuil balançoire : les jambes allongées vont frapper sur une planche verticale, poussant une sorte de tremplin. L'enfant apprend à marcher, soutenu sous les bras, ou en s'appuyant sur les barres parallèles, dans de petits chariots.

L'éducation de la marche se fait avantageusement sur une sorte d'échelle posée à plat, dont les barreaux sont remplacés par des planchettes. Quand il sait marcher on lui apprend à sauter, à courir sur le plat, puis sur des plans inclinés : il s'habitue, sur un escabeau, à monter et à descendre un escalier.

2. — Éducation physiologique et de la vie organique.

Digestion. — Les repas sont donnés à des heures régulières : les enfants sont étroitement surveillés, de manière qu'ils n'introduisent pas trop d'aliments à la fois, etc.; pour régulariser les gardes-robes, on les met sur des sièges au lever, après chaque repas, au coucher et au milieu de la nuit. Le personnel, pourvu qu'il soit un peu attentif, saisit le moment où l'enfant manifeste d'une manière quelconque le besoin.

Respiration. — Les exercices, les jeux, la vie au grand air, la

gymnastique contribuent à faciliter la respiration et à développer le thorax.

3°. — Éducation de la parole.

Elle sera précédée par une série d'exercices qui ont pour but de perfectionner le jeu des muscles des mâchoires (faire ouvrir et fermer la bouche) et des muscles de la face, à rapprocher et écarter les lèvres, les projeter. Pour contraindre les enfants à fermer la bouche, on introduit des bâtonnets de réglisse, on peut avoir encore recours à l'électrisation du muscle, qui, d'une manière générale, développe la sensibilité musculaire.

Les enfants doivent encore reproduire par imitation les mouvements de la langue : la tirer, la rentrer, la diriger de côté, appuyer la pointe sous le rebord alvéolaire. Si les lèvres sont molles, lentes dans leurs mouvements, et restent le plus souvent écartées, il faut faire tenir entre les lèvres une règle de plus en plus petite, ou faire sucer des bâtons de réglisse de plus en plus petits (Hamon du Fougeray et Couétoux).

Les exercices de respiration seront joints aux exercices d'articulation : éteindre une bougie à des distances croissantes, souffler dans un sifflet, faire rouler par la seule force du souffle une bille plus ou moins grosse sur une planchette creusée d'une petite gouttière, à gonfler une baudruche qui produit un son musical.

Phonation. — On procédera comme pour l'éducation des sourds-muets, en faisant suivre les mouvements des lèvres. Il faudra donc exagérer les mouvements et les contractions musculaires.

Après les voyelles, dont on fait tenir le son de plus en plus longtemps, on commence par les syllabes simples. Seguin conseillait de débuter par les labiales. Boyer divise les articulations en articulations fortes et en articulations faibles :

1re *série* : *m. p. t. k. l. f. s. ch.*

2e *série* : *n. b. d. g. r. o. z. j.*

3e *série* : *fr, x, ps, etc...*

En réalité on commence par ce que l'enfant réussit le mieux. On associe ensuite les syllabes en lettres, puis en mots : il y a intérêt à commencer par les mots d'une syllabe.

Chaque fois qu'un mot est prononcé, on montre l'objet correspondant, etc.

4°. — Éducation psychologique.

L'éducation psychologique a pour base l'éducation de l'attention. Celle-ci sera surtout développée par l'ingéniosité de celui qui en

est chargé, assisté lui-même de son attention, de sa patience et de son dévouement.

On procède ainsi du simple au composé, de la sensation à l'image, de l'image à l'idée, à la notion ; il faut multiplier les associations inhérentes à chaque mot et à chaque objet, comme si l'enfant était incapable de faire ce travail de lui-même, spontanément et automatiquement ; un mot est-il prononcé, on montre l'objet, on le fait palper, on fait comprendre ses usages par la parole ou par gestes, et on établit ainsi le rapport des choses entre elles, première ébauche du raisonnement et du jugement ; ce n'est que plus tard, et encore si la chose est possible, qu'on arrive à développer, en allant toujours du simple au composé, la généralisation, la réflexion, puis l'abstraction, la mémoire et l'imagination.

Moral. — Par la régularité et la discipline on développe la propriété, l'ordre, le caractère. Par l'affection, le dévouement, l'exemple, on leur inspire dans une certaine mesure l'idée du bien et du mal.

La discipline ne doit pas être trop rigoureuse. Il serait important, suivant la remarque de Binet, de savoir quels sont les caractères pour lesquels il faut employer la douceur et l'encouragement, quels sont ceux pour lesquels la répression, l'inhibition, la sévérité conviennent mieux.

5°. — Classes.

Dans les classes on donne d'abord des leçons de choses : d'après Binet, il faut insister surtout sur l'utilité des choses ; puis les leçons de lecture et d'écriture, et enfin l'enseignement scolaire : les leçons de grammaire, calcul, histoire, géographie.

Leçons de choses. — Il faut les présenter sous la forme la plus saisissante, qu'il s'agisse d'objets ou d'images. Les images lumineuses sont très utiles. On enseigne d'abord aux enfants les notions relatives à eux-mêmes et aux objets (noms des différentes parties du vêtement, du corps, mobilier scolaire, fleurs, fruits, légumes, graines....

Pour leur apprendre les noms des couleurs on se sert de palettes en couleurs superposables à des tracés de même couleur disposés sur un tableau. Les promenades dans les jardins et en particulier dans des jardins spécialement aménagés ou jardins scolaires (jardin de fleurs, potager, verger, céréales, plantes fourragères, vignobles, bois) sont très utiles.

Lecture et écriture. — Pour la lecture, voici comment on procède (Hamon du Fougeray et Couétoux) :

1° Lettres imprimées en noir de 12 centimètres de hauteur, sur

lesquelles les enfants placent des lettres en bois de mêmes dimensions.

2° Feuilles où les consonnes sont en noir, les voyelles en rouge, et superposition des mêmes lettres en bois noir et rouge.

3° Alphabets ordinaires (surtout le syllabaire Regimbeau).

4° Reproduction, devant un groupe d'enfants, par les projections, des lettres d'abord, des mots ensuite, puis répétition en chœur.

Ce dernier exercice, où l'imitation joue un grand rôle, développe beaucoup la parole.

L'écriture sera apprise en même temps (associer continuellement entre elles les images verbales. Dès qu'un enfant commence à tracer les premiers bâtons, on lui ouvre un cahier scolaire sur lequel on consigne ses exercices. L'arriéré apprend plus facilement à écrire qu'à lire (naturellement la copie d'un modèle); à la Salpêtrière les enfants apprennent à écrire d'abord sur l'ardoise.

Enseignement scolaire. — Grammaire. — Nom, adjectif, verbe, etc. L'enfant devra compléter des phrases incomplètes (système d'Emminghaus). Récits des promenades, puis lettres.

Calcul. — *Chiffres.* — Feuilles de chiffres imprimées en noir, de 12 centimètres de hauteur; chiffres en bois de mêmes dimensions; feuilles imprimées, chiffres pairs en rouge, chiffres impairs en noir.

Exercice : on fait placer des petits bâtonnets dans une sorte de caisse, composée elle-même de dix petits casiers, au-dessus desquels se succèdent les chiffres 1, 2, 3, etc.

Surfaces. — Diverses surfaces sont tracées en creux sur un tableau ; l'enfant doit appliquer sur elles les surfaces similaires découpées (rond, carré, ellipse, rond, etc).

Solides. — Figures en bois et dessins correspondants.

Promenades dans les *jardins des surfaces*, où de petites pelouses délimitent des triangles, des carrés, etc., *dans les jardins des solides* (ifs, fusains, taillés en sphères, cubes, cônes, pyramides).

Poids. — Balles creuses et pleines.

Longueurs. — Morceaux de bois ou de métal d'inégale longueur, puis adjonction de règles graduées.

Histoire. — Commencer par le présent pour remonter au passé. Images et cartes murales, etc.

Géographie. — Explication du plan de l'école, de la section, hospice; cartes de la commune, du canton, de l'arrondissement, du département, cartes en relief, etc.

6°. — Éducation des instincts.

La vie en commun développe l'instinct de conservation et la sociabilité. L'instinct génésique doit être surveillé.

7°. — Education physique.

Gymnastique, escrime, danse. Jeux de boules, barres, cerceaux, quilles, marches militaires, etc.

8°. Éducation professionnelle.

A Bicêtre, les premiers ateliers ouverts ont été les ateliers de menuiserie, couture et cordonnerie, et après eux ceux de serrurerie, vannerie, paillage de chaises, brosserie et imprimerie.

Les hémiplégiques sont dirigés exclusivement sur les ateliers de couture; les aveugles sont placés à l'atelier de paillage et de cannage; les imprimeurs doivent être choisis parmi les moins arriérés. La plupart des ateliers ne travaillent que pour la section et l'hospice, d'autres pour la maison et le magasin central des hôpitaux. Pour l'année 1893, le produit de Bicêtre s'est élevé au chiffre de 43 783 francs, comprenant le salaire des maîtres (16. 607) et l'intérêt du capital engagé dans la construction (200 000 francs), donnant à l'administration un bénéfice de 17 176 francs.

Aux filles, à la Salpètrière, on apprend la couture, la fabrication des fleurs artificielles, le brochage et le blanchissage, le crochet, le coupage. La fabrication des fleurs comprend : la façon de monter les tiges, le collage, le montage, l'enfilage, le gaufrage; plusieurs sont capables de brocher seules et entièrement un livre.

Résumé. — Quand on jette un coup d'œil d'ensemble sur les méthodes proposées pour l'éducation et l'enseignement des idiots, on se rend compte qu'elles ne diffèrent pas sensiblement de celles qui sont généralement adoptées pour l'éducation et l'enseignement des enfants normaux. L'arriéré, suivant la remarque de Mlle Meusy, directrice de l'école d'arriérés de la Salpètrière, exige seulement plus de patience, de dévouement, des efforts plus répétés. Il lui faut un enseignement plus saisissant dans sa forme.

Résultats de l'enseignement médico-pédagogique. — Bourneville, qui fut le protagoniste de la méthode, affirme que par le traitement médico-pédagogique on obtient la guérison du gâtisme, l'éducation de la marche, l'habillement, la toilette, la préhension des aliments.

Bien plus on crée en quelque sorte la parole, on fait disparaître les vices de prononciation, les anomalies du caractère : les impulsions violentes, l'irritabilité nerveuse, les tendances vicieuses, la perversion des instincts, l'onanisme, le mensonge, la coprolalie, la coprophagie, les tics, les manies, la chorée, l'épilepsie, les accès de colère. On développe l'affectivité, la sociabilité. L'enrichissement des aptitudes scolaires pourrait aller jusqu'à l'obtention du certificat d'études, aux aptitudes aux travaux manuels.

L'éducation spéciale des anormaux a été réclamée un peu partout, tant au point de vue social et économique qu'au point de vue humanitaire. Ce que la société et l'État économisent sur la première éducation des enfants anormaux, abandonnés à eux-mêmes (Kurella), est plus tard dépensé dix fois en frais de police, justice, prison, traitement dans les asiles d'aliénés.

Cet enthousiasme n'a pas été partagé par tous les médecins. « Tout en applaudissant, disait Ball, aux efforts intelligents et à la persévérance philanthropique de Seguin, Belhomme, Voisin, Delasiauve, Ireland et des autres protecteurs de la jeunesse idiote, on ne peut se défendre d'un scrupule de conscience, en voyant dépenser tant d'intelligence et tant d'activité pour une culture essentiellement stérile et qui ne donnera jamais qu'une très pauvre et misérable récolte. » Où se trouve la vérité entre ces deux opinions extrêmes, celle de Ball et celle de Bourneville, reprise encore par Hamon du Fougeray et Couétoux, « grâce à l'application d'une méthode spéciale d'enseignement, l'idiot cesse d'être cette brute inutile et parfois dangereuse, pour devenir un homme qui saura penser, raisonner, travailler et dont la société pourra tirer profit ». Ne faut-il pas se mettre en garde à la fois contre l'enthousiasme des initiateurs de la méthode, et les détracteurs sceptiques, dont l'opinion ne repose sur aucune base expérimentale ?

Chaslin et Rousseau estiment que les résultats sont loin d'être en rapport avec le temps, l'argent et le dévouement dépensés.

Binet et Simon (1905) se sont livrés à une enquête sur le sort de 100 élèves sorties de la Salpêtrière. Sur ces 100 élèves, 55 sont épileptiques, 11 idiotes, 5 imbéciles, 32 arriérées, 1 aveugle avec débilité, 6 sourdes et muettes (avec idiotie ou imbécillité, débilité, épilepsie), 3 débiles avec chorée, 4 hystéro-épileptiques, 1 cas de nervosité, 1 cas de scrofule, enfin 3 enfants martyrs (?). Elles appartiennent donc à des catégories assez différentes.

Le mode de sortie se distribue de la manière suivante :

Élèves rendues à la famille et sur lesquelles on n'a aucun renseignement précis		26	
Élèves exerçant une profession	*dans l'asile comme infirmières*	3	12
	en dehors de l'asile	9	
Élèves transférées aux adultes	auxiliaires	7	60
	placées dans les services d'aliénées	44	
	placées aux indigentes	3	
	placées dans le service Raymond	1	
Élèves décédées		17	

Binet et Simon rangent synthétiquement ces malades en trois divisions : *Améliorées* : 12. *Déchéantes* : 60. *Douteuses* : 26. D'après les renseignements qu'ils ont obtenus du personnel sur les douteuses : chez 20 enfants, l'état est stationnaire ; chez 6 enfants, il est très amélioré.

Or, les enfants exerçant une profession sont ainsi réparties : 8 sont débiles, 3 atteintes d'épilepsie simple, une atteinte d'imbécillité ; et encore le diagnostic, dans ce dernier cas, serait-il sujet à revision.

En somme, dans aucun cas l'imbécile ou l'idiote n'a été rendue capable d'exercer une profession. Quant à celles qui exercent une profession, elles sont réparties de la manière suivante : bonnes d'enfants, vendeuses, brocheuses, infirmières, blanchisseuses, couturières. Une seule a son brevet d'institutrice et est employée : elle a été diagnostiquée *dégénérée*.

De cette enquête il résulte que, pour apprécier à sa juste valeur l'éducation des anormaux, il ne faut pas prendre en bloc les résultats de Bourneville et d'autres auteurs. Ces résultats ne seront intéressants que si on leur juxtapose un certain nombre de renseignements indispensables. Dans les établissements qui leur sont ouverts, les anormaux seront soumis à une enquête médicale et psychologique sérieuse (c'est d'ailleurs le vœu exprimé par Binet et Simon), c'est-à-dire à un diagnostic exact de leur maladie et à une estimation de leur niveau intellectuel.

On notera leur âge à l'entrée dans l'école, les progrès accomplis année par année, au point de vue intellectuel, moral, scolaire, professionnel : et après leur sortie, il serait nécessaire de ne pas perdre de vue ces enfants, afin d'être renseigné sur leur degré d'utilisation, et la manière dont ils exercent la profession qu'ils ont apprise dans l'établissement pédagogique.

On pourra disposer alors de données sérieuses, en admettant que l'enseignement a été bien donné (il doit l'être par principe et en pratique, s'il est réglé et surveillé conformément aux besoins des anormaux), sur l'influence de l'éducation spéciale médico-pédago-

gique : on saura surtout dans quel groupe doivent figurer ces enfants, qui obtiennent le certificat d'études ou qui deviennent capables d'exercer une profession. On sera alors édifié approximativement sur l'avenir d'un idiot, d'un imbécile, d'un arriéré, d'un épileptique. Je rappelle en passant que l'épilepsie est une maladie à surprises, qui peut se compliquer de démence et il n'est pas rare de voir des épileptiques, dont la mentalité, après une période plus ou moins longue d'amélioration, s'affaiblit progressivement.

Il est à présumer qu'après une enquête aussi minutieuse et aussi prolongée, on ne se laissera plus illusionner au point de croire qu'un véritable idiot ou un véritable imbécile est devenu capable d'obtenir son certificat d'études.

En résumé je ne puis répéter que ce qui a été déjà écrit au commencement de cet article : le cerveau de l'anormal ne peut fournir que le travail dont il est capable et développer les aptitudes dont il est doué : la bonne volonté de l'homme ne peut modifier sa constitution et lui donner ce qui lui manque, de même en est-il de l'intelligence qui est sa fonction.

Il faut seulement essayer de tirer le meilleur parti et le plus grand profit de cet organe incomplet ou imparfait : il faut en outre prendre sous sa tutelle l'individu qu'une telle infirmité aura rendu inférieur vis-à-vis de lui-même et de la société. Par conséquent on est appelé à lui venir en aide, non seulement en lui ouvrant des instituts médico-pédagogiques, mais encore en le gratifiant d'une assistance sociale.

Les anormaux relèvent en somme du médecin, du pédagogue et du législateur.

IV. — ASSISTANCE DES ENFANTS ANORMAUX

La question de l'assistance des enfants anormaux a été particulièrement bien traitée par Charon, d'Amiens (1), et je ferai de larges emprunts à son rapport si documenté.

Cet auteur divise, à ce point de vue, les anormaux psychiques en deux grands groupes : les *arriérés* sociables et les *dégénérés* insociables. Les dégénérés comprennent les imbéciles et les idiots.

Au premier échelon de l'anormalité, les arriérés forment le groupe des *anormaux d'école ;* à l'autre extrémité, les idiots du deuxième degré (ceux dont les facultés psychiques présentent des troubles quantitatifs et qualitatifs à forme globale) forment le groupe des

(1) Congrès des médecins-neurologistes et aliénistes. Dijon, 1908.

anormaux d'hospice ou d'asile (Régis). Entre les deux extrêmes, les imbéciles et les idiots du premier degré, perfectibles, mais insociables, et à qui doit être appliqué le traitement médico-pédagogique : ce sont les *anormaux d'hôpital.*

Dans ce dernier groupe, Charon détermine deux catégories nouvelles : « 1° ceux qui d'emblée ou progressivement manifestent des tendances vicieuses et des perversions graves, incorrigibles par les moyens de douceur, susceptibles de corrompre leur entourage, et qui justifient l'application d'une surveillance et de méthodes de redressement spéciales : ce sont les *anormaux de maison de réforme* (Régis) ; 2° d'autres, sur qui le traitement est resté impuissant ou a produit son effet utile et qui, tout en restant insociables, peuvent être occupés, utilisés sous une surveillance moins étroite et avec la jouissance d'une liberté relative ; on peut les désigner sous le nom d'*anormaux de colonie.* »

Actuellement, d'après les recherches faites par Charon, le nombre des anormaux psychiques serait de 11.260 (imbéciles et idiots de six à seize ans), se décomposant en 6.074 perfectibles et 5.186 imperfectibles.

Établissements publics. — Les anormaux sont actuellement assistés soit dans des établissements autonomes, soit dans des quartiers spéciaux annexés aux asiles d'aliénés, ce sont :

1° La fondation Vallée (234 lits) pour les filles, annexée à l'hospice de Bicêtre ;

2° La colonie de Vaucluse (282 lits), annexée à l'asile (Seine-et-Oise), pour les garçons ;

3° L'hospice de la Salpêtrière, un quartier spécial de 120 lits, pour les filles ;

4° L'hospice de Bicêtre, un quartier spécial de 408 lits, pour les garçons ;

5° Les colonies familiales de Dun-sur-Auron (Cher) et Aunay-le-Château (Allier). C'est un essai récent : 28 enfants des deux sexes sont placés chez les nourriciers.

Dans tous ces établissements, il existe un enseignement médico-pédagogique : les enfants reçoivent, en outre, un enseignement professionnel à Bicêtre et à la Salpêtrière, agricole à Vaucluse.

Dans la plupart des autres établissements, asiles publics ou privés, faisant fonction d'asile, il en est très peu dans lesquels les enfants soient logés dans des pavillons particuliers et reçoivent un traitement médico-pédagogique. Citons parmi ces derniers : Saint-Yon et Quatre-Mares (Seine-Inférieure), Clermont (Oise), Château-Picon (Gironde).

Établissements privés, pour enfants de familles aisées :

Institut médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine, fondé par Bourneville, et dirigé aujourd'hui par Paul Boncour. Institut des enfants arriérés d'Eaubonne (Seine-et-Oise), dirigé par Langlois et Chabert. Institut de Créteil (Bérillon et Quinque), pour vicieux et nerveux. École Théophile-Roussel, à Montesson, pour anormaux légers.

Il existe encore, à Paris, des dispensaires pour consultations médico-pédagogiques aux arriérés : dispensaire Paul Boncour et Philippe; dispensaire Théophile-Roussel et le dispensaire Bérillon.

En province :

Asile John-Bost, de la Force (Dordogne). Établissement de Meysieux (Isère), dirigé par les Drs Courjon et Larrivé. Institut médico-pédagogique de Montfavet (Vaucluse).

Il existe, en outre, des consultations médico-pédagogiques à Bordeaux (hôpital du Bouscat, par les Drs Régis, Delage et Jacquin); à Lyon (Dr Feuillade, à la clinique des maladies nerveuses).

En résumé, sur 15.000 dégénérés existant en France, 12,000 seraient privés de toute assistance. La France est très en retard sur les autres pays à ce point de vue.

L'Allemagne possédait déjà, en 1903, 103 asiles avec 20.112 malades et 3.742 employés. A la tête de ces asiles sont des médecins qui ont sous leur direction des instituteurs et des infirmiers spécialisés. Les classes nombreuses sont organisées avec un maximum de 20 élèves. Les enfants sont initiés à diverses professions : plus tard, ceux qui sont suffisamment éduqués sont placés chez des particuliers par l'intermédiaire des sociétés de patronage, mais toujours sous la surveillance d'inspecteurs et de médecins.

La Belgique est également très avancée, elle possède de nombreux établissements médico-pédagogiques et des colonies familiales très importantes, telles que Ghéel et Lierneux. Des médecins font des cours de pédagogie. Des sociétés protectrices surveillent les enfants, une fois sortis des établissements.

De grands progrès ont été réalisés à peu près par tous les pays européens, dans le cours de ces dernières années. La France s'est laissé largement distancer.

Charon propose que l'organisation future de l'assistance aux enfants anormaux comprenne :

1° *Des hôpitaux et quartiers d'hôpitaux*, dans lesquels seront placés des enfants reconnus ou présumés perfectibles. Ils seraient observés et soumis en même temps au traitement médico-pédagogique. Ce serait une station de sélection, où se ferait le classement des perfectibles et des non perfectibles;

2° *Des hospices et quartiers d'hospices*, réservés aux idiots jugés

d'emblée imperfectibles, et aux malades des hôpitaux reconnus non perfectibles;

3° *La maison de réforme* serait destinée à abriter les enfants antisociaux (criminels, délinquants et vicieux). Une école de réforme, sous forme de colonie agricole, existe à Bordeaux;

4° *Les colonies* seraient ouvertes aux êtres utilisables, non dangereux (de seize à vingt ou vingt-cinq ans). Les avis sont partagés à leur égard : les uns préfèrent les colonies familiales (assistance des enfants par les familles dans lesquelles ils sont placés); d'autres, les colonies annexées à l'asile (cela existe en France, à Vaucluse).

Il serait utile, enfin, de créer et de multiplier les sociétés de patronage qui ont pris une si grande extension en Allemagne et dans les pays du Nord. « Ces sociétés ont pour tâche non seulement d'assister les sujets qui sortent des asiles, mais encore de les suivre une fois mis en liberté, de leur trouver des situations appropriées, de s'occuper de leur placement ou de leur réintégration en cas de rechute, d'assister leurs familles pendant le traitement, de se mettre en rapport avec le service des consultations externes des asiles, de lutter contre la cause des affections mentales (alcoolisme, etc.), de déraciner les préjugés concernant cette catégorie de malades. » (Prieur.)

Écoles et classes pour arriérés. — Les arriérés doivent être également l'objet de mesures spéciales et, contrairement à l'opinion généralement répandue, ils ne relèvent pas uniquement de l'éducateur et du psychologue; ils relèvent avant tout du médecin. D'ailleurs, comme le fait remarquer Régis, l'intervention active du médecin est prévue par loi du 15 avril 1909, destinée à réglementer la création et le fonctionnement des classes et écoles pour enfants arriérés.

Non seulement il est nécessaire que des écoles spéciales soient ouvertes ou des classes spéciales instituées pour les arriérés scolaires, qui ne sauraient recevoir la même instruction que les normaux; mais encore que les enfants soient suivis à la fois par l'éducateur et le médecin, car la participation de ce dernier est suffisamment justifiée par leurs tares psychiques et physiques.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE NOCTURNE ESSENTIELLE D'URINES OU ENURESIA NOCTURNA (1)

Définition. — Sous le nom d'incontinence nocturne essentielle d'urines, il faut comprendre l'incontinence nocturne d'urines qui ne reconnaît comme origine ni une lésion de l'appareil génito-urinaire, ni une maladie organique du système nerveux. C'est une affection, dont on ignore complètement la pathogénie ; bon nombre d'hypothèses ont été soulevées, mais aucune n'a reçu un commencement de démonstration. Il n'est pas impossible que ce soit un syndrome plutôt qu'une maladie autonome ; en tout cas, dans l'état actuel de nos connaissances, le traitement ne saurait être pathogénique que d'intention et non de fait.

Symptomatologie. — L'incontinence nocturne se voit ordinairement chez des enfants âgés de six à sept ans ou même davantage, car elle peut se prolonger dans l'adolescence et durer jusqu'à un âge assez avancé, dix, douze, quinze ans ; les garçons sont plus souvent pris que les filles.

Dans un assez grand nombre de cas, elle n'est que la continuation de la malpropreté du premier âge : l'enfant n'est pas devenu incontinent, il l'a toujours été et il reste tel.

Dans d'autres cas, au contraire, l'enfant était devenu et était resté propre pendant plusieurs années, lorsque l'incontinence fait son apparition à la suite de circonstances diverses, maladies aiguës, changement de régime, émotion, choc nerveux, quelquefois aussi sans cause apparente. Peut-être y aura-t-il lieu de séparer ces deux formes de l'incontinence, si le mécanisme physio-pathologique n'est pas le même dans les deux cas. Il y en a qui sont pollakiuriques pendant le jour, et qui sont pris de besoin d'uriner à la moindre émotion. Plus rarement l'incontinence persiste le jour : dans ce cas

(1) Ce chapitre est placé ici un peu arbitrairement, faute de connaissances suffisantes sur la pathogénie de cette affection.

l'enfant ne peut pas toujours se retenir. Il est plus rare enfin que de jour ou de nuit il y ait de l'incontinence des matières fécales.

Une fois constituée, l'énurésie ne se comporte pas comme une incontinence vraie, en ce sens que l'urine ne s'écoule pas goutte à goutte, mais d'un seul jet comme dans une miction ; d'où le nom de miction nocturne involontaire donné encore à la maladie.

Chez certains enfants la miction ne se produit qu'une seule fois, chez d'autres deux ou trois fois dans la nuit. C'est généralement dans le deuxième tiers de la nuit qu'elle a lieu, mais il n'y a rien de fixe: il y a des incontinents qui pissent au lit vers le matin.

L'hérédité des incontinents est assez chargée : on retrouve chez leurs ascendants divers accidents névropathiques, tels que l'épilepsie, les migraines, les névralgies, les obsessions, les tics, l'hystérie. L'hérédité similaire est loin d'être rare, et j'ai été maintes fois frappé par sa fréquence, la maladie se reproduisant non seulement chez plusieurs membres de la même famille, mais dans trois générations consécutives.

Eux-mêmes sont nerveux: les uns sont vifs, émotifs, impressionnables, irritables, turbulents, instables, quelques-uns ont des tics: beaucoup ont un sommeil agité ; d'autres au contraire sont mous, apathiques, dolents.

L'examen soigneux des malades révèle parfois une affection ou une infirmité locale : des oxyures vermiculaires, des vulvo-vaginites chez les filles, des adhérences du gland au prépuce, du phimosis chez les garcons. Après la guérison dans le premier cas ou après intervention dans les deux derniers, on a signalé parfois la disparition assez brusque de l'incontinence. On en a conclu que certains cas d'énurésie essentielle ne sont peut-être que des cas d'énurésie symptomatique. Cette distinction paraît vraie pour quelques observations, en particulier pour celles que Bazy a publiées, observations dans lesquelles l'incontinence nocturne est rapportée par l'auteur à une pyélite ou à une pyélo-néphrite. Malgré les résultats de la thérapeutique et en particulier le succès opératoire, il serait peut-être prématuré de conclure qu'une affection locale, telle que le phimosis ou les adhérences balanéo-préputiales ou même une retrodéviation utérine, est toujours la cause immédiate de l'incontinence. Ce ne sont ordinairement que des causes occasionnelles, qui agissent d'autant plus sûrement qu'elles surviennent sur un terrain spécialement préparé.

Les auteurs qui considèrent l'énurésie comme un trouble nerveux ont émis des opinions diverses et diamétralement opposées. Tandis que Trousseau mettait en cause l'hypertonicité de la vessie, d'autres incriminaient la faiblesse ou le relâchement du sphincter. On peut

avec Courtade (1911) distinguer deux formes principales : la forme atonique et la forme avec irritabilité vésicale.

La forme atonique est due à l'insuffisance de tonicité du sphincter externe (Guyon). L'incontinence est presque exclusivement nocturne. L'exploration de l'urètre membraneux ne laisse percevoir aucune résistance ni à l'aller, ni au retour. Les enfants (plus souvent des garçons) qui sont atteints de cette forme d'énurésie sont des apathiques au sommeil lourd ; ils guérissent ordinairement au moment de la puberté. Dans *la forme avec exagération de l'irritabilité vésicale*, l'urètre membraneux est plus sensible et l'explorateur rencontre de la résistance à son passage dans la région sphinctérienne. Ici les filles sont plus souvent prises que les garçons. Ce sont des enfants vifs et exubérants qui rêvent facilement. Pendant le jour la pollakiurie est presque de règle et les mictions impérieuses : l'incontinence peut être à la fois diurne et nocturne.

La séparation de ces deux formes est quelque peu schématique et on rencontre des malades dont le sphincter est atone et la vessie irritable.

Il me paraît inutile d'insister sur le mécanisme de l'incontinence dans ces deux formes; il se déduit logiquement des considérations précédentes.

Plus récemment P. Merklen (1909) a attiré l'attention sur la fréquence du *syndrome de débilité motrice d'inhibition* chez les énurésiques. Sous ce nom Dupré désigne un syndrome, dans lequel entrent la *paratonie* ou impossibilité de réaliser la résolution volontaire des muscles ou de faire le bras mort ; une *tendance aux attitudes cataleptoïdes; l'hyperréflectivité tendineuse ;* les troubles du réflexe plantaire pouvant aller jusqu'au signe de Babinski et à l'abduction des orteils ; les syncinésies ; l'inhabileté et la maladresse habituelles. Ce syndrome indique une insuffisance du développement du système pyramidal. Sur quarante-huit débiles moteurs Merklen a trouvé dix-huit énurésiques; sur cent seize enfants normaux huit énurésiques; sur vingt-six énurésiques dix-huit étaient des débiles moteurs.

L'auteur en déduit que l'énurésie pourrait être due à une hypertonie de la musculature vésicale comparable à l'hypertonie de la musculature striée et, par suite, envisagée comme la conséquence d'une hypogénésie de la voie pyramidale : ce serait une énurésie hypogénésique. Cette théorie est évidemment très séduisante, mais sans vouloir entrer dans la critique des éléments qui constituent le syndrome de débilité motrice, je dois avouer que, tout en le recherchant systématiquement depuis deux ans chez les incontinents que j'ai eu l'occasion d'examiner, j'ai trouvé assez rarement chez eux les éléments de ce syndrome

Thérapeutique. — L'incontinence d'urines est considérée à juste raison par beaucoup d'auteurs comme un trouble psychique, du moins dans un grand nombre de cas; et en dehors de la constatation de tares mentales diverses chez ces enfants, les succès obtenus en employant des procédés psychothérapiques sont de nature à confirmer cette manière de voir.

Je laisse donc momentanément de côté tout ce qui a trait à la thérapeutique de l'énurésie par les agents physiques ou médicamenteux pour m'occuper exclusivement du traitement psychique.

Psychothérapie proprement dite. — La suggestion hypnotique et la suggestion impérieuse à l'état de veille doivent être évitées.

En procédant par intimidation, en menaçant les petits incontinents de les séparer de leurs familles, de les faire placer dans une maison de correction, de leur infliger une punition, on a obtenu parfois de bons résultats. En somme c'est en provoquant chez eux une émotion vive qu'on vient très rapidement à bout de l'incontinence. J'aurai encore l'occasion de revenir sur ce point un peu plus loin : en tout cas il ne faudrait user de ce procédé qu'à bon escient, et pour cela il serait indispensable d'être mieux renseigné que nous ne le sommes sur la pathogénie de la maladie.

On peut dans certains cas, sans employer la menace ni l'intimidation, exercer une sorte de suggestion indirecte : ainsi en présence des enfants, on conseille aux parents de s'en séparer et de les mettre dans une maison de santé, dans le cas où ils ne viendraient pas à bout de la maladie par les procédés ordinaires. Cet avertissement est souvent salutaire ; lorsqu'il reste sans résultat, on peut toujours avoir recours à la maison de santé, et de fait j'ai vu l'isolement absolu réussir dans des cas réfractaires à toutes les autres méthodes.

Rééducation. — On a encore procédé avec succès à la rééducation de la vessie : lorsqu'on se trouve en présence d'enfants pollakiuriques diurnes, on les habitue à se retenir le plus longtemps possible. Si, après avoir surveillé les enfants la nuit, on sait l'heure à laquelle se produit la miction involontaire — et il y a en effet des enfants qui pissent au lit toujours à la même heure — on les réveille un peu auparavant. Quelques-uns perdent ainsi l'habitude d'uriner au lit.

Parmi les méthodes d'éducation, je ferai une mention spéciale de la méthode de Genouville, que je trouve ainsi décrite dans l'excellente monographie de Courtade. « Le docteur Genouville a proposé un moyen très original pour traiter l'incontinence d'urine. Nous avons vu qu'il était très important d'obtenir le réveil du malade lorsqu'on le faisait uriner. Mais il est évident qu'un procédé qui éveillerait le

malade au moment même où il urine serait encore meilleur. On s'était servi autrefois de traitements brutaux et dangereux qui consistaient à obturer la partie antérieure de l'urètre, soit au moyen d'anneaux serrés autour de la verge, soit en ligaturant le prépuce avec un lien, soit en obturant le méat avec du collodion. Genouville s'est servi de deux toiles métalliques, séparées par de l'ouate hydrophile, et placées dans un endroit du lit facilement accessible à l'urine, qui s'écoule au moment de l'incontinence.

Les deux toiles métalliques sont réunies à un système comprenant deux éléments Leclanché et une sonnerie.

Aussitôt que l'urine vient mouiller l'appareil, le courant passe, la sonnerie se met à marcher et le petit malade se réveille plus ou moins vite.

« Ce procédé a deux avantages; a) d'abord il a une action voisine de la suggestion : l'enfant pense à l'appareil, est suggestionné par sa présence, et redoute le brusque réveil qui se produira, s'il urine en dormant ; son sommeil, si lourd d'habitude, est rendu plus léger, trop léger même quelquefois, au début ; b) le réveil se produit au moment précis où la miction involontaire se produit; il s'effectue au moment pour ainsi dire physiologique, ce qui au point de vue de l'éducation vésicale a une grande importance.

Souvent la miction est arrêtée net ; l'urine rendue est moins abondante : ce qui est à considérer au point de vue de la détérioration des effets de literie. « Si le malade ne se réveillait pas spontanément, une personne dormant dans la pièce pourrait réveiller l'enfant tout de suite. »

Je passe sur les agents médicamenteux qui, en dehors de leurs propriétés calmantes ou excitantes (la belladone est prescrite dans les formes avec irritabilité vésicale, la strychnine dans les formes atoniques) n'ont d'autre vertu psychique que l'influence suggestive banale que peuvent avoir tous les produits pharmaceutiques, quand ils sont présentés sous une certaine forme.

Plusieurs auteurs ont obtenu de bons résultats des injections épidurales (Cathelin), des injections rétrorectales (Jaboulay), ou même de la ponction lombaire. Toutes ces interventions ont pour but d'agir directement sur le système nerveux génito-urinaire, en produisant l'élongation ou l'anesthésie des nerfs; il me paraît excessif d'affirmer que les succès relèvent toujours du même mécanisme. Chez un certain nombre d'enfants, j'ai substitué à l'injection épidurale ou rétrorectale la simple injection souscutanée de sérum physiologique dans la région lombaire, et dans plusieurs cas j'ai obtenu des améliorations soit immédiates, soit après plusieurs

piqûres. Les cas que j'ai observés n'ont pas été suivis assez longtemps et sont encore trop peu nombreux pour que je puisse formuler des conclusions définitives, mais l'influence psychique de l'injection me semble indéniable au moins dans certains cas.

Suggestion indirecte. — Le rôle de la suggestion indirecte dans le traitement de l'incontinence me paraît encore démontré par le fait suivant.

Au dispensaire Furtado-Heine où je fais, une fois par semaine, une consultation des maladies nerveuses dans le service du docteur Ch. Leroux, une mère m'amène un jour son enfant pour lui faire des piqûres. C'est la guérison d'un garçonnet traité par la même méthode qui l'a décidée à venir consulter. Or, à cette époque, je n'avais pas encore fait des injections souscutanées, mais je me rappelais fort bien que, quelques semaines auparavant, j'avais examiné la sensibilité d'un petit incontinent, et que pour cela je m'étais servi d'une épingle. Les piqûres que j'avais semées sur le corps lui avaient laissé un mauvais souvenir, et la crainte que je ne recommence, dans le cas où il ne serait pas guéri, avait eu un effet salutaire. La suggestion émotive l'avait radicalement guéri.

L'électricité a été suivie d'excellents résultats dans un très grand nombre de cas. « L'électricité, dit Courtade, a agi favorablement dans environ 85 p. 100 des cas que j'ai traités. La guérison totale a été observée dans 55 p. 100 des observations. » La guérison survient dans des délais assez variables, quelquefois dès la première séance, quelquefois aussi après douze à quinze séances.

Ce traitement peut être appliqué de différentes manières : on peut électriser faradiquement l'urètre au moyen d'une boule olivaire, ou bien on applique des électrodes sur le périnée, en avant de l'anus. Lorsque la guérison est rapide et suit la première séance, on ne peut s'empêcher de penser que l'intervention de l'électricité n'a pas été exclusivement physique : elle a eu également une influence psychique.

De tout ce qui précède on est en droit de conclure que l'incontinence nocturne essentielle est accessible à la psychothérapie, mais on ne peut encore préciser dans quelle mesure. Il serait utile au préalable de faire une classification des incontinents : les enfants qui ont toujours été malpropres ne sauraient, par exemple, figurer dans la même catégorie que ceux qui, après s'être appropriés, sont devenus incontinents. Les derniers me paraissent plus accessibles à la psychothérapie que les premiers. Chez ceux-ci l'incontinence est quelquefois liée à un état de débilité intellectuelle qui joue un rôle manifeste dans la persistance de l'énurésie.

TROISIÈME PARTIE

MALADIES ORGANIQUES DU SYSTÈME NERVEUX

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT DES APHASIES

I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES APHASIES

Le traitement des aphasies, exception faite des indications fournies par l'étiologie et la pathogénie, consiste presque exclusivement dans les méthodes de rééducation. Celles-ci auront d'autant plus de chances de procurer de bons résultats, qu'elles seront basées à la fois sur l'observation clinique et sur la psychologie des troubles du langage.

Pour apprécier la valeur de telles méthodes, il faut les employer chez des malades dont l'aphasie, livrée à elle-même ou soumise à d'autres méthodes de traitement, n'a subi aucune modification : certaines formes d'aphasie ont souvent, en effet, une tendance à évoluer spontanément vers la guérison, et les différences que l'on constate à cet égard, d'un malade à l'autre, sont quelquefois considérables. Il est presque toujours difficile de pronostiquer ce que deviendra un aphasique.

Les causes de ces différences sont multiples. L'âge en est une importante. L'aphasie de l'enfant est celle qui guérit le plus rapidement et le plus complètement, ordinairement sans laisser aucune trace ; comme si chez l'enfant le jeu des suppléances était facilité par une plasticité plus grande de l'écorce cérébrale, par la moindre prévalence d'un hémisphère sur l'autre, par l'absence d'habitudes acquises et profondément enracinées, circonstances qui jouent un

très grand rôle dans l'incurabilité ou la persistance de l'aphasie chez l'adulte, et surtout chez le vieillard.

Le pronostic de l'aphasie s'assombrit donc avec l'âge, sans que ce soit pourtant une règle absolue, parce que, si l'âge est un facteur d'aggravation, il n'est pas le seul, et il peut être contre-balancé par d'importants facteurs d'atténuation.

Que nous naissions ambidextres, comme le veulent certains physiologistes et que la prévalence du côté droit sur le côté gauche s'affirme ensuite du fait de l'éducation et de l'habitude, ou que, par innéité, nous soyons des droitiers (ce qui est la règle), ou des gauchers (ce qui est l'exception), il n'en est pas moins vrai que la différence de force et d'adresse entre les deux côtés du corps est une règle, et qu'en même temps elle est très variable d'un sujet à l'autre. Si l'on compare à cet égard plusieurs individus du même âge, on sera frappé par les écarts qui les séparent, il y en a qui sont tout à fait droitiers, et qui ne confient à leur main gauche qu'un nombre d'actes très restreint ; d'autres, au contraire, tout en étant plus habiles du côté droit que du côté gauche, exécutent un grand nombre d'actes ou de mouvements indifféremment avec l'une ou l'autre main, ils se rapprochent de plus ou moins près de l'ambidextérité idéale ; il y a, enfin, un très petit nombre d'individus qui se servent avec une préférence marquée de leur main gauche. Entre ces trois types, on peut observer tous les types intermédiaires.

De la prévalence du membre supérieur droit sur le gauche, ou inversement, on a déduit, pour des raisons physiologiques qu'il est superflu de rappeler, que chez les droitiers l'hémisphère gauche est fonctionnellement plus développé que le droit et que chez les gauchers c'est l'inverse; chez les ambidextres les deux hémisphères seraient fonctionnellement égaux. Chez les sujets moyennement droitiers la supériorité fonctionnelle de l'hémisphère gauche sur le droit serait relativement moins grande que chez le droitier le plus schématique ; elle serait relativement plus grande que chez l'ambidextre le plus typique. Avec l'habitude, avec le temps, la supériorité de l'hémisphère gauche chez les droitiers s'accentuerait toujours davantage, de même que la plus grande habileté de la main droite, tandis que le fonctionnement de l'hémisphère droit, privé d'exercice et d'entraînement, serait de plus en plus limité. Et ce qui est vrai pour les centres de motilité des membres, le serait tout autant et peut-être davantage pour les centres du langage : chez le droitier le plus typique, les centres de l'hémisphère gauche se développeraient seuls ou du moins avec une prédominance marquée; chez les gauchers, ce serait le contraire. Chez l'ambidextre, il y

aurait égalité entre les deux hémisphères pour le langage comme pour l'habileté manuelle.

Que se passe-t-il alors chez le droitier, lorsque les centres du langage de l'hémisphère gauche sont brusquement détruits par une hémorragie ou un foyer de ramollissement ; la perte du langage ou aphasie qui en est la conséquence aura naturellement beaucoup de chances de persister; les centres du langage de l'hémisphère droit, qui depuis longtemps ont peu fonctionné, ne sont pas en état de suppléer ceux du côté gauche, et cette incapacité est d'autant plus flagrante que leur inertie remonte à une date plus éloignée. Il en est de même chez le gaucher en cas de lésion des centres du langage du côté droit. Au contraire chez ceux qui sont moins nettement droitiers ou gauchers et qui se rapprochent davantage de l'ambidextérité, les suppléances seront plus faciles.

L'individualité est donc un facteur très important, dont il faut tenir compte dans la restauration du langage chez les aphasiques, mais ce serait en méconnaître la valeur exacte que de ne la faire intervenir qu'au point de vue trop étroit de la prévalence ou de l'équivalence des centres hémisphériques. L'individualité comporte d'autres propriétés qui ont aussi leur part; l'intelligence, la culture intellectuelle et l'instruction, la richesse des associations d'idées facilitent les suppléances, les nouvelles acquisitions, en un mot la rééducation spontanée du langage; à égalité de lésion et d'âge, l'aphasie des incultes est ordinairement plus rebelle que celle des gens cultivés.

Ce qui précède nous aide à comprendre pourquoi l'âge est un facteur de gravité dans le pronostic de l'aphasie, mais on peut encore envisager la question à un autre point de vue. Si c'est par l'usage que la zone du langage de l'hémisphère gauche a pris une prédominance si marquée sur celle du côté droit, la répétition constante du même mécanisme a créé des habitudes dans le fonctionnement cérébral, et lorsqu'un centre aussi important que celui du langage vient à faire défaut, sa disparition entraîne une perturbation d'autant plus grande et d'autant moins réparable dans la physiologie de tous ceux qui agissent synergiquement avec lui, que ces habitudes sont plus invétérées.

Il faut encore chercher dans la grande variabilité des lésions, soit en nombre, soit en étendue, soit en profondeur, une des principales raisons des différences que l'on peut observer d'un sujet à l'autre. L'apparition brusque d'une lésion dans la zone du langage produit d'emblée des troubles du langage, qui dépassent de beaucoup en importance et en intensité la perte de la fonction due au foyer de

destruction; en même temps qu'il y a suppression définitive d'un territoire cérébral, il y a inhibition des centres plus ou moins éloignés, qui sont physiologiquement associés avec lui. C'est cette inhibition momentanée que von Monakow désigne sous le nom de *diaschisis;* c'est pourquoi, suivant la remarque qui a été déjà faite quelques lignes plus haut, il ne faut pas trop se hâter de pronostiquer l'intensité et la durée d'une aphasie, et les phénomènes dus à la diaschisis doivent eux-mêmes varier au double point de vue de la durée et de l'intensité, suivant l'étendue et la localisation de la lésion, suivant l'âge du sujet, suivant son individualité psychique, etc.

Ces derniers phénomènes une fois disparus, le tableau symptomatique varie encore suivant l'importance de la lésion; quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur la localisation anatomique idéale de telle ou telle forme d'aphasie, il est exceptionnel que la lésion soit rigoureusement superposable à cette localisation : elle la déborde presque toujours, et cette extension plus ou moins grande en surface ou en profondeur est, avec la bilatéralité des lésions, une des principales causes de la persistance ou de l'incurabilité de certaines aphasies.

Avant d'exposer les méthodes de rééducation qu'il convient d'appliquer au traitement de l'aphasie, il est indispensable de rappeler aussi succinctement que possible la symptomatologie et la physiologie pathologique des principales formes. J'étudierai successivement l'aphasie motrice et l'aphasie sensorielle; chacune d'elles comporte des variétés : la première : 1° l'aphasie motrice de Broca; 2° l'aphasie motrice pure; la deuxième : 1° l'aphasie sensorielle proprement dite; 2° la surdité verbale pure et la cécité verbale pure.

II. — APHASIE MOTRICE

Autrefois les deux formes de l'aphasie motrice étaient distinguées sous le nom d'aphasie motrice corticale et d'aphasie motrice sous-corticale ; on estimait alors que la première était toujours produite par des lésions corticales, tandis que dans la seconde l'écorce serait épargnée, et la lésion porterait uniquement sur les faisceaux sous-jacents.

Aujourd'hui on a reconnu que cette conception n'étant pas justifiée par les faits anatomiques, il est préférable d'abandonner cette terminologie. J'appellerai la première, aphasie motrice avec troubles du langage intérieur; la deuxième, aphasie motrice pure ou sans troubles du langage intérieur.

I. — APHASIE MOTRICE AVEC TROUBLES DU LANGAGE INTÉRIEUR.

1°. — Étude clinique et psychologique.

Cette forme d'aphasie est caractérisée avant tout par la perte plus ou moins complète de la parole, coexistant avec des troubles de la lecture et de l'écriture, et quelquefois aussi des troubles de l'audition verbale ou de l'évocation des images.

Parole. — La perte de la parole peut être telle que le malade ne profère aucun mot, aucune syllabe; mais il peut avoir encore à sa disposition un ou deux sons inarticulés ou un monosyllable sans signification, et il le répète invariablement à toute question qu'on lui pose, il en est comme intoxiqué. A un degré moins marqué, l'aphasique dit quelques mots: le nom, le prénom, le lieu de naissance, les noms de ses enfants ; mais ils sont encore évoqués difficilement et ce n'est ordinairement, du moins au début, qu'après des efforts répétés qu'il réussit à les prononcer. A peine a-t-il articulé le mot, qu'il est fréquemment obligé de renouveler les mêmes efforts si on l'invite à le prononcer de nouveau. Il peut lui arriver d'employer un mot pour un autre (paraphasie), mais le fait est plutôt rare dans l'aphasie motrice.

Lorsque les malades sont déjà notablement améliorés, ils peuvent se faire comprendre, mais les mots sont prononcés les uns après les autres, sans liaison (style télégraphique) ; les phrases font encore défaut. Ils parlent souvent à l'infinitif (style nègre). La désignation des objets vus ou présentés est ordinairement plus facile, que si on en demande le nom au malade, après les avoir décrit. Enfin à une phase encore plus avancée de la restauration, les aphasiques construisent quelques phrases courtes, de plus en plus régulières. La lenteur de l'évocation persiste très longtemps et la parole reste généralement plus lente, les syllabes sont nettement séparées et il existe une sorte de scansion dans l'émission des mots. Les polyglottes recouvrent d'abord la langue maternelle ou la langue la plus familière.

Le langage émotionnel est en général relativement intact, et certains malades qui ne peuvent dire aucun mot, quand on leur pose une question, sont très capables de proférer des interjections et des jurons.

Au début et dans les cas sévères, la parole répétée est aussi atteinte que la parole spontanée ; plus tard, lorsque le malade a déjà récupéré quelques mots, il est habituel qu'il les répète mieux ou plus rapidement, qu'il ne les prononce spontanément. Chez quelques

malades la répétition des mots fait des progrès très rapides, alors que la parole spontanée reste stationnaire : en somme c'est surtout l'évocation des mots qui est troublée ; ces formes d'aphasie ont été étudiées par Pitres sous le nom d'aphasie d'évocation. La répétition est enfin facilitée par la vue des mouvements des lèvres ; c'est un point très important sur lequel je reviendrai plus loin.

On observe encore quelques particularités qui sont susceptibles de jeter une certaine lumière sur la physiologie pathologique des troubles du langage. Ainsi, il y a des aphasiques qui articulent très bien les mots dans le chant, alors qu'ils sont incapables de parler : telle syllabe qui ne peut être correctement prononcée dans un mot, l'est correctement dans un autre. En ayant recours à un procédé que j'indiquerai ultérieurement, on réussit à faire prononcer par quelques malades des mots qui, dans la vie courante, se présentent et ont été répétés dans un ordre invariable : la série des chiffres, des jours, des mois, des prières. Il suffit que le malade ait prononcé le premier mot de la série pour que les autres mots suivent rapidement, en quelque sorte d'une manière automatique : tel mot qui est prononcé très correctement au cours de la série ne peut plus l'être d'emblée. Ce qui laisse déjà entrevoir que, si l'aphasique ne parle pas, ce n'est pas parce qu'il ne peut plus articuler, c'est parce qu'il ne trouve plus les mots qui expriment sa pensée. L'anarthrie et l'aphasie peuvent coexister, mais l'anarthrie n'est qu'un phénomène contingent et surajouté.

Lecture. Troubles de la lecture. — Il existe en outre des troubles de la lecture et de l'écriture. Il est rare que l'aphasique moteur soit complètement alexique ; il reconnaît le plus souvent son nom et son prénom, le nom de ses enfants, les noms des objets les plus usuels. A une époque plus ou moins reculée du début, il y en a qui comprennent tout ou presque tout ce qu'ils lisent, et, s'ils sont complètement guéris de leur aphasie, ils lisent à haute voix presque correctement.

Malgré l'intégrité apparente de la lecture, il existe néanmoins des modifications qui peuvent se présenter avec des intensités très différentes, mais suivant une loi qui est presque toujours la même. Les malades comprennent bien les mots usuels écrits sous leur forme ordinaire, mais ils ne les comprennent plus quand ils sont écrits verticalement ou en syllabes séparées, ou en lettres isolées, en un mot quand ils sont obligés d'épeler. Ce sont-là les troubles latents de la lecture mentale (André Thomas et J.-Ch. Roux) : ce qui signifie qu'il faut les rechercher.

Ecriture. — L'écriture est généralement très altérée. L'apha-

sique moteur droitier est presque toujours paralysé du côté droit, et par suite il lui est impossible d'écrire du fait de sa paralysie: mais au bout de quelques jours ou de quelques semaines, il peut s'exercer à écrire avec la main gauche. Or, qu'il soit ou non paralysé du côté droit, qu'il se serve de sa main droite ou de sa main gauche, la question d'habileté ou de calligraphie mise à part, les troubles de l'écriture sont les mêmes. L'aphasique moteur signe son nom ; il l'écrit, de même que quelques mots usuels ou familiers, soit spontanément, soit sous dictée. Le malade est souvent capable d'écrire sous dictée les lettres qui entrent dans la composition d'un mot, mais il ne peut écrire le mot lui-même. Il ne peut écrire des phrases, il est incapable d'écrire une lettre, de narrer un fait. Par contre, il copie très correctement et transcrit l'imprimé en manuscrit. Ce qui prouve bien que cette agraphie partielle ne relève pas d'un trouble moteur, c'est l'impossibilité dans laquelle se trouvent les mêmes malades de reconstituer un mot avec des cubes alphabétiques (Dejerine et Mirallié).

Evocation des images auditives. — Chez certains aphasiques moteurs, l'audition verbale peut être troublée; mais tandis que dans l'aphasie sensorielle complète, le malade ne comprend pas les mots et à plus forte raison les phrases — il s'agit d'une surdité de mots et chez lui le terme de surdité verbale est amplement justifié — chez l'aphasique moteur, la surdité verbale (quand elle existe) est *une surdité de phrases plus qu'une surdité de mots.* Chaque mot entendu isolément est bien compris, des phrases courtes également, mais quand on parle à l'aphasique moteur sur le ton de la conversation ordinaire et que les phrases s'enchaînent rapidement les unes aux autres. il ne retient souvent que quelques mots à l'aide desquels il croit deviner l'ensemble de la conversation.

Chez les aphasiques moteurs il existe en outre un défaut d'évocation spontanée des images auditives (André Thomas et J.-Ch. Roux) que l'on peut mettre en lumière par le procédé suivant (1) :

1° On montre au sujet en expérience un objet usuel (vêtement, partie du corps, etc.), dont le nom contient plusieurs syllabes ; les objets ne doivent avoir qu'une désignation ;

2° On prononce ensuite plusieurs syllabes (trois ou quatre et même davantage) parmi lesquelles se trouve soit la première syllabe du nom de l'objet, soit la dernière, soit la syllabe intermédiaire ;

3° Lorsque la syllabe faisant partie du nom de l'objet est pro-

(1) Cette expérience ne peut être faite que sur un nombre très limité de malades en raison de sa très grande délicatesse.

noncée, le malade doit faire un signe affirmatif indiquant qu'il reconnaît cette syllabe.

Chez les sujets normaux, toutes les syllabes sont reconnues sans hésitation ; il en est de même chez les individus privés de la parole et non aphasiques : chez les pseudo-bulbaires par exemple. Chez les aphasiques, au contraire, la première syllabe est assez souvent reconnue, la dernière syllabe ou la syllabe intermédiaire ne sont reconnues qu'exceptionnellement. Cependant dans quelques épreuves la syllabe (même la syllabe intermédiaire) a été reconnue : ce qui prouve que le malade avait très bien saisi le but de l'expérience ; il s'agit le plus souvent de la syllabe marquante d'un mot. En effet dans quelques mots, il y a une syllabe qui se détache nettement des autres, et qui constitue pour ainsi dire le mot à elle seule : telle la syllabe *cri* dans le mot *encrier*.

En résumé, l'aphasique moteur n'évoque pas l'image auditive verbale de l'objet qu'on lui présente, sinon il reconnaîtrait la dernière syllabe ou la syllabe intermédiaire. Dans le cas où la première syllabe est reconnue, il faut alors admettre qu'à elle seule elle peut évoquer l'image auditive verbale.

L'épreuve de Lichteim-Dejerine, qui nécessite l'intégrité des associations d'images verbales, ne réussit pas chez les aphasiques moteurs corticaux. Le malade doit serrer autant de fois la main ou faire autant d'efforts d'expiration qu'il y a de syllabes dans le mot correspondant à un objet montré.

Le calcul lui-même est généralement altéré, les opérations simples, telles que des additions de deux ou trois nombres courts, sont parfois réussies, mais les opérations compliquées sont impossibles.

Intelligence. — Je me borne à ce bref exposé symptomatique, n'ayant pas ici pour but de refaire une étude générale de l'aphasie, mais de grouper les principaux symptômes, afin d'en déduire une thérapeutique rationnelle. Je ne puis cependant passer sous silence l'intelligence des aphasiques, qui a été si violemment prise à partie par M. Marie dans le courant des dernières années ; « Si pour ma part, a-t-il écrit, j'avais à donner une définition de l'aphasie, le fait que je m'efforcerais surtout de mettre en lumière serait la diminution de l'intelligence..... Il y a chez les aphasiques quelque chose de bien plus important et de bien plus grave que la perte du sens des mots : il y a une diminution très marquée dans la capacité intellectuelle. »

Si l'aphasie a pu coïncider chez certains malades avec de gros déficits intellectuels ; si, d'autre part, au début de l'aphasie, il peut y avoir pendant un certain temps une diminution de l'intelligence qui reconnaît des causes multiples, parmi lesquelles l'étendue géné-

ralement assez considérable de la lésion et l'aphasie elle-même — le langage est en effet un précieux auxiliaire des processus psychiques, vis-à-vis desquels il joue à peu près le même rôle que les chiffres et les nombres vis-à-vis du calcul ; — il faut bien reconnaître que cette diminution de l'intelligence doit être minutieusement recherchée, chez un très grand nombre de malades, pour être mise en évidence, et elle n'a rien de la déchéance intellectuelle. Elle ne saurait donc être considérée comme la cause immédiate de l'aphasie. Quand on observe un aphasique depuis le début de sa maladie, on ne peut être que frappé par l'évolution très différente des troubles intellectuels et des troubles du langage, et il est souvent remarquable de voir avec quelle rapidité se restaure le déficit momentané de l'intelligence, alors que l'aphasie persiste dans toute son intensité.

Évolution. — L'évolution de l'aphasie et la restauration du langage chez les aphasiques sont également sujettes à de grandes variations, non seulement si on envisage la parole, mais peut-être encore davantage si on prend en considération et si on compare entre elles les diverses formes du langage, la parole, la lecture, l'écriture, etc.

On a beaucoup discuté sur le diagnostic de l'aphasie et sur les différences cliniques qui existent entre l'aphasie motrice, l'aphasie sensorielle et l'aphasie totale, celle-ci n'étant généralement que la somme des deux premières.

Or, il ne faut pas perdre de vue qu'entre l'aphasie motrice de Broca schématique et l'aphasie sensorielle typique il peut exister des types de transition correspondant à la plus ou moins grande étendue des lésions. On peut admettre qu'une lésion située dans l'hémisphère gauche à la fois, d'une part, dans la circonvolution de Broca et la partie adjacente des circonvolutions voisines, et, d'autre part, dans la substance blanche sous-jacente (comprenant sous cette dénomination, non seulement les fibres radiées des circonvolutions, mais encore la substance blanche compacte par laquelle passent des fibres de projection et des fibres d'association, soit même l'une ou l'autre de ces deux régions), peut produire le syndrome de l'aphasie de Broca. Les lésions très localisées à la circonvolution de Broca et qui n'empiètent pas dans la profondeur sur la substance blanche, donnent lieu à des aphasies plus éphémères, surtout si elles frappent des sujets jeunes. En tout cas ce sont les lésions de cette région qui donnent le tableau clinique de l'aphasie motrice de Broca le plus typique, et c'est pourquoi l'on considère la circonvolution de Broca comme le centre du langage articulé. —

De même le tableau schématique de l'aphasie sensorielle est fourni par les lésions de la partie postérieure des deux premières temporales. Mais dans la grande majorité des cas on se trouve, à l'autopsie, en présence de foyers de ramollissement qui, dans un cas comme dans l'autre (aphasie motrice ou sensorielle), dépassent plus ou moins les limites de ces régions. En cas d'aphasie motrice, la lésion a pu filer plus ou moins en arrière sur le territoire sensoriel de la zone du langage, de même qu'en cas d'aphasie sensorielle la lésion a pu filer plus ou moins en avant vers l'écorce ou la substance blanche du territoire moteur.

Ces différences d'étendue expliquent, en partie, comme je l'ai déjà rappelé plus haut, les variations cliniques de l'aphasie motrice et vraisemblablement aussi celles de l'alexie et de l'agraphie; mais elles rendent compte également des variations que l'on observe couramment dans l'évolution et la restauration des troubles du langage chez les aphasiques. Il y a des aphasies totales qui s'améliorent et se transforment en aphasie motrice, avec des troubles marqués de la lecture et de l'écriture; et suivant que le malade est examiné au début de la maladie ou après une période plus ou moins longue, il peut être considéré tout d'abord comme un aphasique total et plus tard comme un aphasique moteur. Je ne crois pas cependant que l'anatomie pathologique permette à elle seule d'expliquer toutes les variations que l'on observe dans la restauration du langage et il faut tenir compte de beaucoup d'autres facteurs, en particulier de l'individualité.

Voici pourquoi : chez tel aphasique c'est la parole qui est récupérée la première; chez tel autre c'est la lecture. Il y a des malades qui écrivent des mots qu'ils ne peuvent prononcer ; il en est d'autres qui prononcent déjà un grand nombre de mots, alors qu'ils ne peuvent en écrire aucun. Il y en a enfin qui ont réappris à lire et à écrire très correctement, alors qu'ils ne peuvent proférer un seul mot : chez eux, le langage intérieur s'est reconstitué complètement, mais le symptôme aphasie persiste intégralement : *l'aphasie motrice avec troubles du langage intérieur est devenue une aphasie motrice pure.* On voit ainsi des aphasiques qui, examinés d'année en année, seraient rangés successivement dans l'aphasie totale, puis dans l'aphasie motrice de Broca et enfin dans l'aphasie motrice pure.

Des autopsies de malades arrivés à cette dernière période, après avoir passé par les deux premières, ont révélé des lésions très étendues, qui ne diffèrent pas des lésions observées chez d'autres malades ayant succombé à la phase d'aphasie de Broca : ou du moins, même après examen sur coupes sériées, on n'a pas encore

décelé la raison anatomique de ces différences cliniques. Peut-être la participation plus ou moins grande du corps calleux à la lésion et les variations de siège des interruptions calleuses jouent-elles un rôle ? Ce n'est qu'une hypothèse. Peut-être cette diversité tient-elle à ce que les premiers essais de rééducation du malade ont porté de préférence sur la parole, sur la lecture et sur l'écriture? ou bien encore est-elle due à l'individualité psychique du sujet ? Je laisse ces suppositions insuffisamment fondées pour aborder un problème plus important, celui de la physiologie pathologique, qui est susceptible de nous fournir quelques données intéressantes sur le traitement de l'aphasie.

La restauration du langage chez les aphasiques est encore subordonnée à des circonstances extérieures, par exemple le milieu, la société, dans laquelle ils vivent depuis le début de leur maladie. Lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes, négligés, lorsqu'on ne le leur adresse pas souvent la parole, lorsqu'ils n'ont que de rares occasions de suivre des conversations, ils font ordinairement peu de progrès. Le fait est facile à constater chez les aphasiques d'hôpital ; tels malades qui n'ont fait aucun progrès, tant qu'ils ont été entourés de voisins silencieux, augmentent peu à peu leur vocabulaire, lorsqu'ils se trouvent au contact de voisins plus bavards. Les malades dont on s'occupe, auxquels on parle nettement et souvent, sont ceux qui se trouvent dans les meilleures conditions.

Ce qui est vrai pour le langage parlé, l'est également pour l'écriture et la lecture ; les malades qui s'exercent à lire ou à écrire sous la surveillance d'une personne qui les dirige et les éduque, font beaucoup plus de progrès que ceux qui sont livrés à eux-mêmes.

Physiologie pathologique. — La coexistence de troubles de la parole et de troubles de la lecture, de l'écriture, voire même, dans certains cas, de troubles de l'audition verbale (surdité verbale), de la difficulté d'évocation des images auditives, montre bien que l'aphasie de Broca ne consiste pas exclusivement dans l'impossibilité de parler, mais qu'elle correspond à une perturbation beaucoup plus grande et beaucoup plus étendue de la fonction du langage.

L'aphasie de Broca n'est pas synonyme de dysarthrie ou d'anarthrie : le dysarthrique ou l'anarthrique ne parlent pas ou parlent mal, parce qu'ils ont de la peine à exécuter les mouvements nécessaires à l'articulation des mots ou à l'émission des sons ; mais ils ont la parfaite représentation mentale du mot qu'ils veulent prononcer ; l'aphasique est privé au contraire de cet élément psychique, mais il a conservé le pouvoir d'articuler des mots ou d'émettre des sons.

L'observation clinique démontre amplement la justesse de cette

distinction : il y a des aphasiques qui répètent facilement des mots qu'ils ne peuvent évoquer spontanément ; il y en a, comme je l'ai fait remarquer plus haut, qui ont conservé le langage émotionnel, les jurons, les interjections, alors qu'ils sont incapables de converser ; d'autres prononcent certains mots dans le cours d'une série, alors qu'ils ne peuvent les prononcer d'emblée. Je demande, par exemple, à une malade : Quel jour sommes-nous aujourd'hui ? Elle ne peut répondre mercredi, mais si elle commence la série des jours à partir de lundi, elle dira très correctement mercredi. Que des malades soient en même temps dysarthriques ou anarthriques et aphasiques, cela est incontestable, et lorsque l'aphasie s'améliore, les troubles de l'articulation sont nettement perceptibles, mais il n'y a aucun parallélisme à établir entre les troubles de l'articulation et l'aphasie. La dysarthrie ne les empêche pas d'exprimer leur pensée, et si les malades, déjà passablement améliorés, parlent style nègre ou style télégraphique, est-ce parce qu'ils sont anarthriques, qu'ils ont perdu le pouvoir d'associer les mots en phrases correctes? Évidemment non, puisque chaque mot est suffisamment bien prononcé pour être compris, et l'agrammatisme relève de toute autre chose que d'un trouble d'articulation des mots.

Kussmaul avait remarqué que certains aphasiques réussissent parfois mieux à répéter des mots qu'ils ont vu articuler qu'à repéter les mêmes mots simplement entendus. En examinant autrefois les aphasiques de la Salpêtrière, dans le service du professeur Dejerine, j'ai remarqué plus d'une fois qu'au moment où je les exhortais à répéter les mots que je prononçais devant eux, quelques-uns suivaient avec attention les mouvements de mes lèvres et cherchaient même à les reproduire. Le fait était particulièrement démonstratif chez une malade qui était atteinte d'aphasie motrice depuis quinze ans — elle ne prononçait guère qu'un ou deux mots — et qui réussit très rapidement à prononcer des voyelles, des syllabes et des mots d'une ou de plusieurs syllabes, lorsque je lui montrai les mouvements des lèvres nécessaires à l'articulation des mots. Chez la même malade, et chez d'autres d'ailleurs, j'ai pu constater la conservation de mots en série, alors qu'elle était restée si longtemps sans proférer un son ; il suffisait pour cela de montrer les mouvements d'articulation correspondants au premier mot de la série (série des chiffres, des jours, des mois, prières, etc.) pour que les autres fussent ensuite prononcés successivement et spontanément. Cette malade n'était donc ni une dysarthrique, ni une anarthrique, puisqu'elle pouvait articuler et prononcer des mots dans certaines conditions. La répétition du mot, qui ne pouvait s'effectuer après

la simple audition c'est-à-dire par le réveil de l'image auditive, l'était au contraire par la vue des mouvements nécessaires à la prononciation.

Il paraît donc bien établi que chez l'aphasique de Broca il y a un défaut d'association entre les images auditives et les images motrices verbales, et en outre il existe (Voy. p. 467) un défaut d'évocation spontanée des images auditives, ou plutôt des images auditivo-motrices. En effet l'image auditive du mot n'est pas une image auditive simple, mais le plus souvent une image complexe, résultant d'une association ou d'une combinaison d'images plus simples ; de même qu'un mot est composé de plusieurs syllabes et qu'une syllabe est une succession ou même une combinaison de sons élémentaires. Un mot polysyllabique est en quelque sorte à une lettre comme une gamme à un son. Bien que l'enfant entende parfaitement tous les mots, il ne les prononce pas correctement du premier coup, et vraisemblement parce qu'il n'en saisit pas toutes les nuances; nous sommes à peu près dans les mêmes conditions quand nous entendons parler une langue étrangère ; nous ne percevons pas également bien toutes les parties du mot entendu, nous n'en conservons qu'une image vague.

C'est par l'articulation fréquente et répétée des mots que l'enfant réussit à en connaître toutes les parties constituantes, à les évoquer dans leur intégralité et à les prononcer correctement : il a en quelque sorte analysé et dissocié les sons qui entrent dans la composition du mot. Les images motrices d'articulation (images glosso-kinesthétiques de Bastian) paraissent donc inséparables des images auditives, et nous ne pouvons pas dire que nous pensons intérieurement soit avec des images auditives, soit avec des images motrices : nous pensons en réalité avec des images auditivo-motrices. L'évocation parfaite des images auditives est intimement liée à l'évocation simultanée des images motrices : de même l'intégrité des images auditivo-motrices facilite, dans une certaine mesure, la compréhension.

L'aphasique ne parle donc pas en grande partie parce qu'il ne peut pas évoquer les images auditivo-motrices des mots : ce que Trousseau avait exprimé sous une forme plus simple en écrivant : « Les aphasiques ne parlent pas, parce qu'ils ne se souviennent pas des mots qui expriment leur pensée. »

Les troubles de la lecture et de l'écriture que l'on observe chez le aphasiques sont sous la dépendance du même trouble psychique ; et les malades les plus démonstratifs à cet égard sont ceux qui ne présentent plus que les troubles latents de la lecture.

Troubles latents de la lecture mentale. — Voici les expériences auxquelles nous avons eu recours avec J.-Ch. Roux pour déterminer le trouble du langage intérieur qui se traduit par cette alexie spéciale. Nous prenons, parmi les mots les plus usuels, un monosyllabe : pain, ciel, vin, etc. et nous l'écrivons en mettant les lettres dans le sens vertical et assez éloignées les unes des autres. Le mot ainsi écrit est présenté au malade, on s'est assuré tout d'abord que le malade peut lire les lettres de l'alphabet ; quelques-uns peuvent nommer les lettres qu'on leur montre, les autres n'ayant pas encore récupéré la parole peuvent néanmoins retrouver dans un jeu de cubes alphabétiques une lettre qu'on leur indique. Or, d'une façon constante, bien que le malade puisse reconnaître toutes les lettres du mot ainsi écrit, il ne peut arriver à le comprendre. Il n'y a que les malades très améliorés qui puissent comprendre les mots écrits sous cette forme. Pour rendre l'expérience plus concluante, nous nommons à haute voix et dans l'ordre les lettres qui entrent dans la composition du mot, nous répétons plusieurs fois de suite ces lettres une à une jusqu'à ce que le malade les ait bien toutes dans son souvenir; dans ce cas encore, le mot n'est pas compris. Parfois même, quelques malades qui ont recouvré plus complètement l'usage de la parole, répètent les lettres une à une et cela ne leur est d'aucun secours pour comprendre le mot. Et pourtant, si nous prenions les lettres et si nous les rapprochions l'une de l'autre, présentant le mot dans le sens horizontal et avec son aspect habituel, aussitôt l'aphasique comprenait le mot, le reconnaissait ou, s'il ne pouvait parler, nous indiquait par un geste qu'il avait compris.

L'aphasique lit bien les mots usuels, mais il ne les lit que sous leur forme ordinaire : il comprend les mots usuels comme il comprendrait un dessin, et s'il ne peut pas lire les mots usuels sous une forme inaccoutumée, c'est parce que le mécanisme de l'épellation est très altéré chez lui.

Tout individu normal, lorsqu'il a nommé les lettres qui forment une syllabe, prononce mécaniquement, pour ainsi dire, la syllabe qu'elles forment. L'épellation est devenue quelque chose de spontané et d'automatique. C'est un mécanisme qui a été créé à force de répétitions et d'exercices dans le cerveau plastique de l'enfant, et qui lui servira plus tard de clef pour lire tous les mots. Après plusieurs années d'habitude, certains mots peuvent bien prendre une physionomie spéciale et être reconnus par leur aspect, ce sont les mots lus le plus souvent, les plus usuels ; mais pour la majorité des mots il faut avoir encore recours à l'épellation. Or, l'épellation est un mé-

canisme essentiellement moteur : épeler, c'est réunir les différentes lettres d'une syllabe dans un son unique, par une seule articulation : le son *b* et le son *a* ne font *ba* que parce que nous le prononçons ainsi : l'épellation n'est en somme qu'une sorte d'associations motrices et auditivo-motrices.

On comprend donc comment, chez l'aphasique moteur, l'altération des images verbales motrices et de leurs associations avec les images auditives peut retentir sur les phénomènes psychiques dont l'élaboration dépend directement de l'intégrité de ces images La lecture des mots usuels est conservée parce que ces mots sont lus comme un dessin. Les mots non usuels ne sont pas lus parce que leur forme générale n'étant pas suffisamment connue pour constituer un dessin familier, ils doivent, pour être compris, être épelés et prononcés mentalement.

Les troubles de l'écriture sont justiciables, dans un assez grand nombre de cas, de la même explication ; je ne dis pas dans tous les cas, parce que, par le fait de la plus ou moins grande extension de la lésion en arrière, l'agraphie peut reconnaître un mécanisme beaucoup plus complexe.

Dans les cas types, l'agraphie est sous la dépendance de la perturbation survenue dans les associations des images auditivo-motrices du langage : si on dit à un de ces malades d'écrire un mot sous dictée, il ne peut y arriver et pourtant sous dictée il peut écrire toutes les lettres qui composent ce mot. D'ailleurs il ne peut pas davantage reconstituer le mot par les cubes alphabétiques qu'avec la plume. Or, décomposer un son, remonter du mot entendu aux lettres qui le forment, c'est en quelque sorte faire de l'épellation en sens inverse, et ce n'est que par une grande habitude de l'épellation que l'enfant peut, dans un mot qu'on lui dicte, évoquer le souvenir des lettres qui, épelées et prononcées, reproduisent ce mot. On conçoit aisément que des malades, qui ne savent plus épeler, ne savent pas non plus de quelles lettres se compose le mot écrit, correspondant à un objet ou à un son quelconque (écriture spontanée et écriture sous dictée). En résumé, dans l'aphasie motrice de Broca, les troubles de la lecture et de l'écriture relèvent directement d'une altération plus ou moins profonde de l'épellation mentale. Celle-ci, d'autre part, n'est que la conséquence des modifications survenues dans les associations des images auditives et motrices.

2°. — Rééducation de l'aphasie motrice.

Ces indications générales étant posées, il devient plus facile d'aborder le traitement de l'aphasie motrice. Il doit avoir en vue,

non seulement la perte du langage articulé, mais encore les altérations graves de la lecture et de l'écriture, et il doit s'inspirer des indications fournies par l'examen du langage intérieur et par l'observation clinique des malades en voie d'amélioration spontanée.

La rééducation des aphasiques n'est pas une méthode nouvelle; « pour ma part, dit Broca, je suis convaincu que, sans rendre aux aphasiques la partie de leur intelligence qui a péri avec une partie de leur cerveau, on pourrait, en y mettant assez de persévérance, en les traitant avec l'infatigable constance de la mère qui apprend à parler à son enfant, on pourrait obtenir des résultats considérables. »

La plupart des praticiens, après Broca, Trousseau, Ramskill, conseillent aux familles des aphasiques de leur faire faire des exercices de rééducation de la parole, ou de la lecture et de l'écriture (de l'écriture de la main gauche quand ils sont paralysés du côté droit); mais cette rééducation est faite souvent sans méthode et sans discipline; fréquemment elle est instituée trop tard, alors que le malade est resté pendant des mois et même des années privé de l'usage de la parole.

Kussmaul insistait également sur la rééducation méthodique des malades, et préconisait les exercices d'émission des sons, des syllabes, des mots et des phrases; il recommandait aux malades de porter leur attention, pendant les exercices de prononciation, sur les mouvements des lèvres de celui qui enseigne. Il ne négligeait pas davantage les exercices de lecture et d'écriture. La remarque de Kussmaul, c'est-à-dire la possibilité de faire prononcer des mots aux aphasiques en leur montrant les mouvements de lèvres nécessaires à l'articulation des mots, doit servir de base aux méthodes de rééducation de la parole chez les aphasiques. Ces méthodes présentent ainsi une similitude complète avec celles que l'on applique couramment chez les sourds-muets; elle a été mise à profit par moi-même et J.-Ch. Roux, par Gutzmann et de nombreux auteurs.

Rééducation de la parole. — Avant de procéder à la rééducation de la parole par la vue des mouvements des lèvres, Féré conseille — en s'appuyant sur ce fait, que, chez l'aphasique, il peut exister un retard et un affaiblissement des mouvements d'articulation — l'usage des exercices de force et de vitesse des mouvements de la langue et des lèvres, non adaptés à l'articulation; ils seraient capables d'aider le rétablissement de la fonction motrice verbale. Les exercices qui conviennent aux bègues et aux sourds-muets lui semblent devoir convenir aussi aux aphasiques moteurs. Voici quelques exercices qu'il conseille : rouler un corps étranger dans

la bouche et sous les lèvres, résister avec la langue et les lèvres projetées à une pression d'avant en arrière, résister avec la langue à des pressions latérales, répéter le plus souvent possible dans le même temps des mouvements de propulsion, de latéralité, etc.

Après ces exercices préliminaires, qui ne sont indispensables que chez les aphasiques qui présentent encore des troubles moteurs de la langue et des lèvres, et qui ne sont qu'utiles chez les autres, on procède à la rééducation de la parole.

On commence par les sons simples, les voyelles, puis les syllabes simples, formées par la réunion d'une consonne et d'une voyelle, ba, be, bi, bo, bu, par exemple. Celui qui enseigne se place en face du malade, et articule lentement chaque syllabe, en attirant l'attention sur la position de la langue et des lèvres, et en décomposant tous les mouvements. Il faut aller du simple au composé, faire répéter d'abord les syllabes qui commencent par une labiale ou par une dentale, et dont la prononciation est facilement accessible à la vue. Dans le cas où le malade éprouve des difficultés, il est utile de lui faire contrôler ses propres mouvements : dans ce cas, malade et médecin s'installent devant un miroir, de telle sorte que le malade peut observer les mouvements d'articulation qu'il doit reproduire, et corriger ses propres mouvements.

Après les syllabes simples, et seulement lorsqu'elles sont bien répétées, on procède à la répétition des syllabes composées ; deux consonnes et une voyelle, ou une consonne, une voyelle, puis une consonne, puis à des associations de lettres ou de syllabes de plus en plus compliquées ; mais il n'est pas nécessaire qu'elles aient un sens, et il est même préférable de faire prononcer correctement des syllabes ou des associations de syllabes sans aucun sens, avant de procéder à la répétition des mots (Goldscheider).

L'emploi du miroir rend les plus grands services, de même que chez les sourds-muets ; il peut être indispensable pour l'enseignement de certaines consonnes telles que l'*l*, l'*f*, l'*s*, le *ch*, le *k*, le *v*, etc. Il est parfois utile de faire précéder les essais de répétition de ces consonnes par l'exécution d'actes qui mettent à peu près en jeu les mêmes associations musculaires : ainsi on prie les malades de s'exercer à souffler, à siffler, pour les préparer à la prononciation de l'*f*, de l'*s*, etc. Pour les consonnes qui exigent l'intervention du voile du palais, on peut, de même que chez les sourds-muets, en faciliter l'exécution, en réveillant la sensibilité et la motilité de cet organe, au moyen d'une baguette à laquelle on imprime des pressions plus ou moins fortes.

C'est une méthode, dans laquelle il faut faire preuve d'une grande

patience, bien qu'il soit rare, lorsqu'elle doit donner des résultats, que ceux-ci ne s'accusent pas dès les premières tentatives. La répétition de certaines syllabes est particulièrement difficile, mais il ne faut pas insister outre mesure, surtout si le malade s'énerve ou se décourage, d'autant plus que telle lettre, qui ne peut être prononcée dans certaines conditions, peut l'être très facilement dans d'autres. Il y a des malades qui, par exemple, pendant un certain temps, ne peuvent prononcer l'*l* au commencement d'une syllabe, et qui peuvent très facilement la prononcer au cours d'un mot usuel, tel que pantalon ; ces bizarreries ne sont pas rares chez les aphasiques et s'expliquent en partie par la persistance d'associations purement motrices ou rythmiques.

Au début, les séances doivent être courtes, d'autant plus que la fatigue survient assez rapidement ; lorsque les progrès s'accentuent celle-ci diminue, et les séances qui tout d'abord ne peuvent durer que quelques minutes, peuvent se prolonger jusqu'à une demi-heure, trois quarts d'heure, une heure, ou même davantage. Il est préférable néanmoins de les couper par des récréations, afin de ménager les efforts et l'attention du malade.

Avant de passer à l'articulation de mots, c'est-à-dire de syllabes ou d'associations de syllabes ayant une signification précise, on s'est assuré de la prononciation correcte de toutes les syllabes : cette prononciation, généralement lente et hésitante pendant les premiers temps, devra être progressivement précipitée, afin de réduire au minimum la lenteur de la parole.

En outre, lorsque la répétition des syllabes, par la lecture des mouvements des lèvres et de la langue, a atteint un degré assez élevé de perfectionnement, il est utile d'habituer les malades, (si toutefois la chose est possible), aux mêmes exercices, mais cette fois en se passant du secours de la vue, et après une simple audition. Pour cela, celui qui enseigne se place dans des conditions telles que le malade ne puisse l'observer.

On ne saurait trop recommander de prolonger et de perfectionner le plus possible ces exercices préparatoires ; dans leur désir de parler souvent imtempestif, les malades ne s'appliquent plus à perfectionner leur langage, dès qu'ils se croient capables de se faire comprendre par des mots qui ne sont qu'à peu près correctement prononcés.

Enseignement des mots. — Lorsque les syllabes et les associations de syllabes sont convenablement répétées, la prononciation des mots devient extrêmement facile ; mais la répétition des mots doit être enseignée suivant une certaine méthode : en même temps

que le mot est répété, il faut s'efforcer de multiplier les liens qui doivent le rattacher à la chose qu'il exprime.

Les mots correspondant aux objets usuels ou à leurs qualités, les termes concrets, sont enseignés les premiers, et en même temps qu'on fait répéter le mot (que ce soit par la lecture sur les lèvres ou par l'audition), le malade doit pouvoir regarder et toucher l'objet que désigne le mot. De même si on veut faire prononcer le nom d'un instrument de musique, il est aussi utile d'en fournir simultanément le son, la vue et le contact : cette simultanéité de perception a pour but de multiplier les associations d'idées et, par la suite, de faciliter l'évocation des mots. Il en est de même pour les qualités de l'objet (couleur, dimensions). On passe ensuite à la répétition de phrases courtes, dont la signification peut être exprimée par une valeur représentative aux yeux du malade. Lorsque l'intensité du cas le permet, on pousse encore plus loin la rééducation et on combat l'agrammatisme, c'est-à-dire l'impossibilité de construire des phrases qui subsiste si longtemps chez ces malades, par des exercices d'abord très simples et ensuite de plus en plus compliqués; on sera guidé dans ces tentatives non seulement par la gravité de l'aphasie, mais par le niveau intellectuel et le degré d'instruction du malade. D'ailleurs les exercices simultanés de lecture et d'écriture peuvent être ici d'un précieux secours : c'est pourquoi ils ne doivent jamais être négligés, et il est préférable de procéder à la restauration de l'une ou de l'autre, dès que l'on s'attaque à la rééducation générale de l'aphasique.

Enfin, dès que les malades commencent à parler, ils doivent être le moins possible livrés à eux-mêmes ; leur participation aux occupations de l'entourage réveille leur attention et ne peut leur être que salutaire. Il faut rappeler aux familles et aux personnes qui sont chargées de leurs soins, qu'elles doivent leur parler lentement, que les phrases doivent être courtes et bien articulées.

Rééducation de la lecture. — Dès que la répétition correcte des syllabes a été obtenue, et en même temps que l'on enseigne la prononciation des mots, on entraîne tous les jours le malade à des exercices d'épellation, en faisant regarder simultanément, sous une forme très apparente, les lettres ou les syllabes écrites correspondant aux lettres et aux syllabes parlées. On passe ensuite successivement aux mots d'une ou de plusieurs syllabes ; on montre simultanément aux malades les objets désignés par les mots.

Rééducation de l'écriture. — Les exercices d'écriture de la main gauche sont excellents, et doivent être prescrits le plus tôt possible ; mais ils n'ont pour résultat que de faciliter la copie et de

développer l'habileté manuelle. La restauration de l'écriture sous dictée et de l'écriture spontanée exige des progrès déjà assez avancés dans l'épellation mentale et dans la lecture. On habituera les malades à écrire les lettres en même temps qu'ils les prononcent et qu'ils les regardent dans un alphabet.

Résumé. Exemples. — En somme, pour atteindre son but, la méthode doit utiliser les anciennes représentations verbales, et en créer de nouvelles, en multipliant les associations psychiques des divers équivalents verbaux (moteurs, visuels, auditifs). Les résultats seront certainement très variables d'un sujet à l'autre pour les raisons énumérées plus haut. Mais il n'y a aucun doute qu'ils seront d'autant plus brillants que l'on commencera la rééducation, dès que l'aphasique est en état de s'appliquer. Il est exceptionnel que dans les cas graves où la parole a été perdue pendant des mois et des années, elle soit complètement récupérée ; presque toujours elle reste plus lente, et la prononciation légèrement scandée témoigne des efforts que doit faire le malade. En un mot la parole est moins automatique ; on sent dans l'émission de chaque syllabe une intervention plus effective de la volonté. La même diversité s'observe pour la lecture et l'écriture, et tient encore à toutes les différences individuelles qui ont été déjà signalées.

Les services que rend la méthode sont incontestables, et les succès rapides obtenus chez des malades restés aphasiques depuis des mois et des années sont la meilleure démonstration de son utilité. Pour mieux me rendre compte de la valeur de cette méthode, je l'ai tout d'abord appliquée au traitement de sujets, dont l'aphasie remontait à plusieurs années, sinon on aurait pu m'objecter que beaucoup d'aphasiques guérissent ou s'améliorent spontanément, objection basée sur des faits d'une authenticité incontestable.

La première malade, sur laquelle j'ai essayé la méthode, était âgée de quarante-sept ans et aphasique depuis seize ans : elle ne pouvait dire que *merci*, *Mathilde* (le nom de sa fille), *Arthur*, *mais*. La parole répétée et la lecture à haute voix étaient impossibles, de même que l'écriture spontanée et l'écriture sous-dictée. La compréhension de la parole, la faculté de copier, la lecture des mots usuels étaient conservées. Dès les premiers exercices de lecture sur les lèvres la malade réussit à répéter quelques syllabes ; pour lui faciliter la tâche, je lui faisais contrôler ses propres mouvements dans un miroir. Après quelques semaines, elle réussissait à répéter les mots de plusieurs syllabes, voire même quelques phrases courtes. Plus tard elle put répéter un certain nombre de mots, après les avoir entendus une seule fois, et sans les avoir vu prononcer ; elle disait

même quelques mots spontanément. Quoi qu'il en soit, son vocabulaire, dans la parole spontanée, est resté très limité, l'évocation est toujours très lente ; la répétition des mots est elle-même beaucoup plus rapide et correcte, lorsqu'elle suit les mouvements des lèvres qu'après une simple audition. L'exemple n'en est pas moins démonstratif, et laisse entrevoir les succès que l'on peut obtenir en employant la méthode dès le début de l'aphasie. Chez cette malade, les progrès spontanés de l'écriture avaient même précédé ceux de la parole, car elle écrivait quelques mots qu'elle ne pouvait prononcer.

J'ai renouvelé la même tentative chez une malade âgée de trente-trois ans, atteinte d'hémiplégie droite et d'aphasie motrice depuis six ans, à la suite d'une trépanation. La malade ne pouvait dire que *oui* et *non ;* elle n'écrivait spontanément que son nom de la main gauche. Elle lisait les mots usuels ; elle comprenait la valeur des chiffres écrits. En quinze jours elle apprit à répéter toutes les syllabes, puis à épeler et à lire des syllabes simples ; en même temps que je la faisais épeler ou prononcer, je lui montrais simultanément les lettres et les syllabes. Elle apprit ensuite la répétition des mots d'une syllabe, puis de deux et plusieurs syllabes, la lecture des mots divisés en syllabes, etc. Au bout de six semaines, elle pouvait dire spontanément la plupart des mots, les répéter tous ; elle comprenait les textes écrits ou imprimés, en les lisant à haute voix. Chose curieuse, elle ne les comprenait bien qu'après les avoir lus tout haut. En même temps elle faisait des exercices d'écriture. Je restai un an sans revoir la malade ; après ce délai, je pus constater qu'elle se faisait comprendre assez facilement ; elle répétait correctement toutes les phrases courtes, après les avoirs entendues une seule fois : elle lisait très correctement à voix haute. La lecture mentale était très améliorée. Par contre l'écriture avait fait peu de progrès, mais la malade ne s'y était guère exercée. Je ferai remarquer en outre que la paralysie faciale gauche périphérique, dont était atteinte la malade, n'était pas faite pour faciliter la rééducation.

Quelques années plus tard, la malade dut rentrer à l'hôpital pour subir la trépanation de la mastoïde (elle succomba quelques jours après l'opération). Voici le résumé de l'autopsie. Il existe sur la face externe de l'hémisphère gauche une grosse perte de substance comprenant : la troisième circonvolution frontale en entier, sauf la partie orbitaire ; la moitié inférieure des circonvolutions centrales (frontale et pariétale ascendantes) ; l'opercule de la deuxième circonvolution pariétale ; une grande partie de la première tempo-

rale, sauf la partie la plus antérieure qui contribue à former le pôle temporal, et la partie la plus postérieure, celle qui se continue avec le *gyrus supramarginalis ;* la portion correspondante de la deuxième temporale; tout l'insula sauf l'extrémité antérieure.

Sans entrer dans les détails de l'examen histologique qui a été fait sur coupes microscopiques sériées, je rappelle seulement qu'à quelque étage qu'on examine les coupes de l'hémisphère gauche, les lésions franchissent le plan du territoire cortical, que l'examen macroscopique démontre détruit par la lésion. En bas, la lésion se prolonge dans la substance blanche du lobe temporal, qui est détruite jusqu'au bord externe du faisceau longitudinal inférieur, celui-ci est interrompu sur une partie de son trajet, de même que les radiations thalamiques. En avant elle pénètre sous la première et la deuxième temporales et la première circonvolution antérieure de l'insula; plus haut elle coupe par en dessous les fibres de projection de la portion orbitaire de la troisième frontale, de la deuxième frontale, et sur les coupes passant par l'extrémité inférieure de la frontale et de la pariétale ascendantes, elle se prolonge encore dans la profondeur de la deuxième circonvolution frontale. La partie moyenne du pied de la couronne rayonnante est coupée. En arrière, la lésion se prolonge, sur une certaine étendue, au-dessous de la première et de la deuxième circonvolution temporales, du gyrus supramarginalis et de la deuxième circonvolution pariétale. En dedans, la lésion s'arrête au bord externe du noyau lenticulaire, dont le bord postéro-inférieur a été endommagé. Je passe rapidement sur les dégénérescences secondaires des faisceaux; je ne puis cependant omettre de signaler que le faisceau longitudinal supérieur ou arqué a été forcément compris dans la lésion.

Cette observation est intéressante par la rapide amélioration, bien que l'aphasie ait duré depuis six ans, et aussi malgré l'étendue considérable de la lésion (au début, le tableau clinique devait être sans doute différent de celui que j'ai observé au bout de six ans, et se rapprocher de celui de l'aphasie totale).

Certainement les suppléances ont dû se faire pour la plus grande partie par l'hémisphère droit ; et en ce qui concerne le langage articulé, les mouvements des lèvres n'ont pu se reconstituer que par les fibres qui unissent le centre cortical droit du facial au noyau bulbaire homolatéral, à cause de la destruction du centre cortical gauche et de la paralysie faciale gauche périphérique. En outre, une rééducation aussi rapide ne peut s'expliquer que par la conservation de représentations verbales enregistrées antérieurement dans l'hémisphère droit. Il faut encore ajouter qu'il s'agissait d'un sujet re-

lativement jeune. Le cas n'en démontre pas moins une fois de plus les résultats excellents que peut donner cette méthode de rééducation, puisque, l'âge mis à part, il se présentait dans les conditions les plus défavorables.

Ces deux observations dispensent de rapporter d'autres exemples, dans lesquels les résultats ont été plus remarquables, mais peut-être moins démonstratifs, parce que les exercices ont été institués dès le début de la maladie. Puisque maintenant la démonstration est faite, c'est désormais à cette période qu'il faut intervenir, avec patience, persévérance et méthode. Il y a des avantages sérieux à prolonger le moins longtemps possible la période d'inactivité des centres du langage.

II. — APHASIE MOTRICE PURE.

L'aphasie motrice pure ne se distingue de l'aphasie de Broca que par les troubles du langage intérieur : il n'existe pas de différence entre les deux pour ce qui concerne le langage parlé. Tandis que dans la variété précédemment décrite, le malade est devenu non seulement incapable de parler, mais qu'il a perdu encore l'usage de la lecture et de l'écriture, le malade atteint d'aphasie motrice pure peut lire et écrire ; il évoque facilement les images auditives et il peut suivre avec une très grande facilité toutes les conversations.

Il n'est pas impossible que l'aphasie motrice pure s'installe d'emblée ; toutefois, dans la plupart des cas que j'ai observés, elle n'était que le reliquat d'une aphasie motrice de Broca, et il arrive que les malades, suivant la remarque qui a été déjà faite précédemment, passent successivement par les trois stades : aphasie totale, aphasie motrice de Broca, aphasie motrice pure : on peut citer comme exemple l'observation de Jacquier, du service du professeur Dejerine, publiée par Bernheim dans sa thèse et reprise par M. Dejerine dans diverses publications. Cette malade fut frappée à l'âge de quarante-deux ans de paralysie du côté droit avec perte totale de la parole ; elle resta deux mois sans comprendre ce qu'on lui disait. Ce ne fut qu'au bout d'un an, qu'elle put comprendre ce qu'elle lisait. Jusqu'à sa mort elle ne put dire un mot. L'examen histologique du cerveau, dont j'ai débité l'hémisphère gauche entièrement en coupes histologiques sériées, a donné les résultats suivants : les lésions étaient à la fois corticales et sous-corticales : sur la corticalité, elles prenaient le pied et le cap de la troisième circonvolution frontale, l'opercule rolandique et empiétaient également sur la frontale ascendante : au-dessous de l'écorce, elles coupaient

la substance blanche du lobe frontal et se prolongeaient en arrière jusqu'au niveau du gyrus supramarginalis. Un autre exemple non moins remarquable est fourni par le cas de Madeleine R..., dont observation a été prise par Bernheim (1) dans le service du professeur Dejerine. Après une période d'aphasie avec troubles du langage intérieur, dont la durée n'a pu être exactement précisée, la malade a présenté le tableau clinique de l'aphasie motrice pure. L'autopsie a révélé l'existence de lésions à la fois corticales et sous-corticales ; l'examen histologique sera prochainement publié dans la thèse de Pelissier.

Or, dans ces deux cas, les malades qui se sont considérablement améliorées au point de vue du langage intérieur, de la lecture et de l'écriture n'ont fait aucun progrès pour le langage parlé, bien que les tentatives de rééducation aient été renouvelées à plusieurs reprises. Je n'ai jamais pu obtenir un résultat chez la première. Bernheim n'a pas été plus heureux pour la seconde ; voici ce qu'il écrit à son sujet : « Instruite, intelligente et frappée d'aphasie dans un âge peu avancé, elle semblait capable de suppléer à sa lésion. Et pourtant les essais de rééducation tentés chez elle ont montré qu'avec patience et longueur de temps on n'obtenait pas d'amélioration notable. Nous ne voulons pas dire par là que cette malade n'est pas rééducable et qu'avec le temps on n'arrivera pas à un résultat ; nous constatons seulement que les progrès n'ont pas été facilités autant qu'on aurait pu s'y attendre par sa jeunesse et la conservation de son état intellectuel, deux facteurs importants cependant pour le traitement de l'aphasie motrice. Lorsqu'on parvenait à lui faire prononcer un mot nouveau, elle était, comme les enfants qui commencent à parler, intoxiquée par ce mot. »

On ne doit pas se laisser décourager par ces deux insuccès, qui peuvent être dus à une cause toute individuelle ; c'est la méthode que j'ai employée pour l'aphasie motrice de Broca à laquelle j'aurais recours si j'avais encore à traiter des malades semblables.

L'aphasie motrice pure est beaucoup moins fréquente que l'aphasie motrice de Broca, et on n'est pas en mesure d'expliquer pourquoi, dans certains cas, d'ailleurs rares, l'aphasie motrice de Broca s'améliore autant au point de vue du langage intérieur, au point de se transformer en aphasie motrice pure, tandis que le langage articulé ne fait aucun progrès. Ce problème de physiologie n'est pas encore résolu.

(1) Bernheim, *Thèse de doct.*, 1901, p. 220.

III. — APHASIE SENSORIELLE.

1°. — Étude clinique et psychologique.

L'aphasie sensorielle de Wernicke (1874) est caractérisée par l'incapacité de comprendre les mots prononcés (surdité verbale) et de reconnaître la valeur des mots écrits ou imprimés : à ces troubles de compréhension s'associent des troubles de la parole qui diffèrent complètement de ceux de l'aphasie motrice, et des troubles de l'écriture. Les symptômes sont de deux ordres : les troubles de la compréhension et les troubles de l'émission.

Pour les mêmes raisons que celles qui ont été indiquées à propos de l'aphasie motrice, l'aphasie sensorielle se présente avec une assez grande diversité d'un sujet à l'autre.

Surdité verbale. — La surdité verbale a des degrés ; mais quelque profonde qu'elle soit, le nom et le prénom sont presque toujours reconnus : quelques malades reconnaissent encore le nom de leur mari ou de leur femme et de leurs enfants.

Chez d'autres, le registre de compréhension s'étend un peu plus ; quelques mots parmi les plus familiers, les plus fréquemment entendus sont reconnus. Ils sont saisis au milieu d'une phrase et induisent souvent l'aphasique en erreur, car en possession de ces lambeaux, il les ajuste maladroitement ; il croit comprendre de quoi il s'agit, et il se méprend sur le sens exact de la phrase.

Quelquefois enfin la surdité verbale est légère et demande à être recherchée. En résumé, entre celui dont la surdité verbale est telle qu'on le croirait transporté dans un pays étranger dont il ne connaît pas la langue, et celui dont la surdité se limite à la perception de quelques mots ou de quelques phrases, il y a tous les degrés et toutes les nuances.

Cécité verbale. — Dans les cas types, la cécité verbale est totale, ou du moins très intense ; le malade ne reconnaît aucune lettre, aucun mot, il y a à la fois cécité littérale et cécité verbale ; seul, le nom du malade est reconnu. Mais il y a aussi des cas dans lesquels la cécité verbale est moins prononcée : certaines lettres ou certains mots sont reconnus, et ce ne sont pas toujours les mêmes mots et les mêmes lettres, suivant le moment auquel on examine le malade.

La lecture des chiffres est également atteinte, mais ordinairement moins compromise.

Troubles de la parole. — Les troubles du langage articulé sont tout à fait caractéristiques ; contrairement à l'aphasique

moteur, l'aphasique sensoriel est un verbeux, un loquace, mais son langage est incohérent (Dejerine).

Ce sont des mots dits sans suite et sans ordre, qui ne répondent nullement à l'idée qu'il veut exprimer; les mots pris isolément ont bien une signification réelle, mais par leur association ils n'expriment aucune idée sensée, et c'est pourquoi de tels malades ont été pris longtemps pour des aliénés. C'est de la *paraphasie*. La parole est quelquefois plus altérée, il est impossible de reconnaître un mot réel au milieu de l'assemblage des lettres et des syllabes que débite l'aphasique; c'est de la *jargonaphasie*. Les mêmes troubles se manifestent dans la parole répétée, qui est aussi profondément atteinte que la parole spontanée; il en est de même de la lecture à haute voix; le malade auquel on présente un livre fait signe qu'il ne comprend pas ou bien il prononce des syllabes et des mots qui n'ont aucun sens.

Agraphie. — L'écriture est toujours altérée; dans les formes les plus complètes, l'agraphie est totale, aussi bien pour l'écriture spontanée et l'écriture sous dictée que pour l'écriture d'après copie. Seule la signature peut être conservée. Pour l'écriture d'après copie deux éventualités peuvent se présenter. Ou bien le malade ne peut copier aucune lettre, aucun mot, ou bien il y réussit, mais il transcrit l'imprimé en imprimé, le manuscrit en manuscrit; en réalité ce ne sont pas des lettres qu'il copie, mais des dessins qu'il essaie de reproduire le plus exactement possible. C'est une copie servile et mécanique (Dejerine, Mirallié).

L'écriture peut être cependant beaucoup moins troublée, le malade écrit spontanément quelques mots; la copie est moins servile; plus rarement enfin le malade écrit des mots les uns pour les autres, soit spontanément, soit sous dictée, soit même sous copie, il y a dans ce cas de la paraphasie en écrivant. Lorsqu'il existe de la paralysie du côté droit, il arrive quelquefois que le malade écrive avec la main gauche de droite à gauche en écriture spéculaire.

A côté de cette forme complète, il y en a une autre : c'est la *cécité verbale avec agraphie ou altérations très marquées de l'écriture*. Le tableau de la maladie est le même que celui de l'aphasie sensorielle, en ce qui concerne la cécité verbale et l'agraphie.

Il n'y a pas de surdité verbale et les troubles du langage articulé sont inconstants: quand ils existent, ils acquièrent rarement l'intensité qu'ils ont dans la forme précédente et se manifestent plus fréquemment sous la forme de paraphasie pure; ils se réduisent parfois à l'emploi d'un terme impropre, ou au plus grand usage des périphrases.

L'aphasie sensorielle est généralement due à une lésion, siégeant dans l'hémisphère gauche chez les droitiers, comprenant la partie postérieure des deux premières circonvolutions temporales, que l'on envisage comme le centre des images auditives verbales; mais il est rare que les lésions ne débordent pas plus ou moins sur les circonvolutions de voisinage et en particulier sur le pli courbe, qui serait le centre des images visuelles verbales (Dejerine).

Les lésions localisées au pli courbe donnent lieu à de la cécité verbale avec agraphie.

Les troubles de la compréhension (surdité verbale, cécité verbale) et l'agraphie s'expliquent suffisamment par la localisation des lésions; les troubles de l'émission, la paraphasie et la jargonaphasie sont d'une interprétation plus délicate.

La paraphasie résulte-t-elle d'une interruption incomplète entre l'image visuelle de l'objet et son image auditive, ou bien, suivant l'hypothèse de Wernicke, y aurait-il interruption des fibres qui unissent le centre des images auditives au centre des représentations glosso-kinesthétiques verbales ? Ce sont des questions que l'on ne peut trancher d'une manière définitive.

Lorsque l'aphasie sensorielle s'améliore, c'est généralement la surdité verbale qui diminue et disparaît la première; au contraire les troubles de la parole et de la lecture persistent plus longtemps, les troubles de l'écriture sont plus rebelles. Il y a des malades chez lesquels la paraphasie ou la jargonaphasie persistent presque indéfiniment, mais il y en a aussi chez lesquels les troubles du langage se modifient. Par moments et sous le coup de la fatigue certains mots sont employés mal à propos; c'est le seul trouble qui subsiste, ou bien il se produit quelques hésitations à propos de certains mots.

Chez d'autres malades, le langage se fait tout entier au moyen de périphrases, ils sont incapables d'employer les mots propres qui désignent les objets ou les personnes.

2°. — Rééducation de l'aphasie sensorielle.

La rééducation des malades atteints d'aphasie sensorielle, ou de Wernicke, doit être envisagée au double point de vue des troubles de la parole et de l'écriture, des troubles de la compréhension.

La surdité verbale s'atténue et guérit quelquefois toute seule; mais elle peut persister aussi très longtemps, c'est pourquoi il y a intérêt à faire des tentatives de rééducation le plus tôt possible.

La plupart des auteurs, Westphal, Oppenheim, Nemann, conseillent, pour rendre aux mots entendus la valeur verbale qu'ils ont

perdue, de présenter des objets, ou d'exécuter des actes simples devant les malades, en même temps que l'on prononce le nom des premiers, ou que l'on décrit oralement les seconds. La lecture sur les lèvres peut être précieuse ici, comme pour les aphasiques moteurs ; c'est pourquoi les mots et les phrases devront être articulés correctement, en ayant soin de bien détacher chaque syllabe.

Les troubles de la lecture sont ordinairement beaucoup plus tenaces que ceux de l'audition verbale ; on peut évidemment leur appliquer la même méthode que pour les troubles de la lecture de l'aphasie de Broca, mais les difficultés sont beaucoup plus grandes, parce que la cécité verbale est la conséquence, à la fois de troubles de l'épellation mentale et de la destruction du centre des images visuelles des lettres et des mots.

Pour remédier à cette perturbation, les objets seront toujours présentés à côté des mots qu'ils désignent. En tout cas, ce n'est qu'après la guérison de la surdité verbale et des troubles de la parole, que l'on peut commencer le traitement de l'alexie.

La paraphasie et la jargonaphasie sont des troubles de la parole beaucoup plus rebelles que l'aphasie motrice ; les aphasiques sensoriels sont des verbeux qui, du fait de leur surdité verbale, ne se rendent pas compte des défectuosités de leur langage, aussi a-t-on souvent de la peine à fixer leur attention et à leur imposer silence.

Ce sont encore les exercices appliqués à la cure de la surdi-mutité, qui conviennent le mieux. Des résultats satisfaisants ont été obtenus par divers auteurs et en particulier par Gutzmann. Des observations du même ordre ont été publiées par Féré : il rapporte, entre autres, celle d'un homme de soixante ans, atteint, dit Féré, de surdité psychique (il s'agit en réalité d'un cas assez atypique). Il était depuis deux ans incapable d'entendre un seul mot, bien qu'il eût conservé la perception des sons et des bruits et il ne comprenait que son propre nom. Au début, il était paralysé du côté droit et incapable de parler. La motilité des membres se restaura peu à peu, et au bout de trois ou quatre mois il pouvait écrire ; la parole n'était pas revenue aussi vite ; il remplaçait un bon nombre de mots, principalement des noms propres ou des substantifs, par des périphrases. Bien qu'il fût capable de lire les caractères imprimés et les manuscrits, et qu'on pût facilement se faire comprendre de lui par l'écriture (?), il est vraisemblable que cet homme avait présenté des symptômes d'aphasie sensorielle.

Sur les conseils de Féré, il étudia les mouvements des lèvres avec une personne qui lisait à haute voix les mots qu'il voyait, et en quelques semaines il réussit à lire sur les lèvres les phrases les plus

usuelles; ce qui est encore plus remarquable, c'est que la connaissance des images motrices a réveillé l'audition d'un grand nombre de mots, à tel point qu'il est devenu capable de comprendre le sujet d'une conversation, sinon de la suivre, sans le secours de la vue; et d'autre part le plus grand nombre des mots dont la représentation motrice lui manquait, revinrent et il les prononçait sans hésitation.

En somme, en présence d'un malade atteint d'aphasie sensorielle, il est indiqué de suppléer le plus tôt possible à la faculté absente par la création de nouvelles associations psychiques.

Les troubles de l'écriture sont justiciables de tous les exercices préconisés précédemment pour le traitement de l'agraphie dans l'aphasie de Broca; de même que pour la lecture, la tâche est rendue très ardue par la destruction du centre des images visuelles des lettres et des mots. On peut, il est vrai, associer des exercices de lecture sur les lèvres ou d'audition avec des exercices d'écriture (en faisant calquer des lettres ou des syllabes manuscrites par le malade). On crée ainsi de nouvelles associations motrices qui sont susceptibles de rendre les plus grands services. Il ne faut pas cependant s'illusionner sur la rééducabilité de tels malades et l'agraphie sera plus utilement traitée, lorsque les autres représentations littérales et verbales seront suffisamment réacquises.

IV. — CÉCITÉ VERBALE PURE.

Symptomatologie. — A côté de la cécité verbale avec agraphie, il existe une autre forme de cécité verbale : c'est la cécité verbale pure de Dejerine. Bien que des observations en aient été antérieurement publiées par Westphal et Charcot, c'est lui qui le premier différencia nettement ces deux formes cliniques et démontra par des autopsies que, si, dans le premier cas (cécité verbale avec agraphie), la lésion siège dans le centre visuel verbal, c'est-à-dire au niveau du pli courbe, dans le second cas, elle siège sur le trajet des faisceaux qui relient les centres visuels communs au centre visuel verbal. Un foyer de ramollissement siégeant au niveau de la scissure calcarine gauche (chez un droitier), ou sur les fibres d'association entre cette région et le pli courbe, empiétant en avant sur les fibres calleuses qui réunissent la scissure calcarine droite au pli courbe gauche, peut être considéré comme la lésion schématique de la cécité verbale pure.

La cécité verbale est complète, le malade ne peut lire ni les lettres, ni les mots, mais ses images visuelles verbales sont intactes et, si elles ne peuvent être réveillées par la vue des lettres, elles

peuvent l'être, par contre, par un petit artifice : le malade reconnaît parfaitement les mots écrits *en suivant le tracé avec le doigt*.

La persistance des images visuelles est encore démontrée par la conservation de l'écriture spontanée et sous dictée : la copie au contraire est impossible à cause de la cécité verbale. Aussi le malade copie-t-il mécaniquement, servilement, comme il copierait un dessin, reproduisant le manuscrit en manuscrit, l'imprimé en imprimé. De même, quand il écrit, il ne peut se relire, et si on l'interrompt au milieu d'une lettre, il est incapable, en s'y remettant, de savoir où il en est resté.

Tous les malades atteints de cécité verbale pure ont en même temps de l'hémianopsie homonyme latérale droite ; et ce trouble visuel est une complication assez sérieuse pour la rééducation, mais ce n'est pas une difficulté insurmontable.

Rééducation. — Des exemples de rééducation ont été signalés par divers auteurs ; dans sa thèse, Bernard rappelle les observations de Schmidt, Piorry, des observations personnelles. L'observation de Piorry est spécialement instructive : « Un directeur de théâtre, capable encore d'écrire, mais incapable de lire, même ce qu'il avait écrit (il n'y a pas de doute qu'il ne se fut agi de cécité verbale pure), se remet à l'a, b, c, comme un enfant. Il parvint à lire à nouveau après beaucoup de peine et de temps, en s'y prenant comme si jamais il ne l'avait su. »

L'autorééducation est en effet chose possible, pour peu que les malades se rappellent toutes les lettres de l'alphabet dans leur ordre. Je citerai comme exemple une femme atteinte de cécité verbale depuis deux ans et qui n'avait reçu qu'une instruction très rudimentaire : mais avant d'être frappée d'alexie, elle lisait très correctement et savait écrire. Elle ne présentait aucune trace d'aphasie, sa conversation était facile, elle répondait correctement et sans hésitation à toutes les questions ; l'alexie était totale pour les mots, presque totale pour les lettres : elle était incapable de trouver telle ou telle lettre qu'on lui demandait de chercher dans un jeu de cubes alphabétiques. Lorsque l'on prononçait les lettres qui composent telle syllabe ou tel mot dans leur ordre habituel, elle recomposait immédiatement le mot : par conséquent l'épellation mentale était intacte. Si elle ne lisait pas, ce n'est donc pas parce qu'elle ne pouvait épeler, mais parce qu'elle ne reconnaissait plus l'équivalent visuel de la lettre ou du mot. Elle ne lisait que son nom et sans doute parce qu'elle le reconnaissait à sa forme générale, pour l'avoir vu souvent, comme un dessin. L'écriture spontanée était telle qu'avant la maladie l'écriture sous dictée n'était

nullement altérée; en revanche, elle était incapable de copier quoi que ce soit : elle copiait servilement lettre par lettre : l'imprimé en imprimé, le manuscrit en manuscrit.

Elle était capable de répéter par cœur toutes les lettres de l'alphabet, dans leur ordre, ce qui lui a permis de se rééduquer aussi facilement. En effet, lorsqu'on lui donnait à lire une lettre, elle n'avait qu'à répéter par cœur l'alphabet depuis le commencement en suivant successivement les lettres sur un alphabet imprimé, jusqu'à ce qu'elle soit arrivée, en comparant, à trouver sur cet alphabet la même lettre que celle qui lui avait été indiquée. Elle réapprit ainsi très rapidement à reconnaître toutes ses lettres et, comme elle avait conservé la faculté d'épeler, elle réussit bientôt à lire les syllabes, puis les mots. Dans l'espace de quelques semaines, elle avait réappris à lire presque aussi couramment qu'autrefois. La copie fit simultanément des progrès rapides.

Des tentatives d'un autre ordre ont été faites par Mlle Skivortzoff : sa malade essaya de se rééduquer en touchant des lettres en relief ; lorsqu'elle fut suffisamment exercée, elle s'efforça de lire par les yeux en même temps qu'elle passait ses doigts sur les lettres, mais l'amélioration fut très légère, et au bout de plusieurs mois elle ne réussissait à lire que quelques mots très courts.

J.-B. Charcot a utilisé la faculté conservée par les malades de pouvoir lire les lettres, lorsqu'ils en suivent le tracé avec le doigt, et il a imaginé un appareil qui permet de reproduire les mouvements fins et légers, limités presque exclusivement aux doigts, dont on se sert dans l'écriture normale.

Cet appareil se compose d'une tige de bois, longue de 50 centimètres environ, grosse comme un crayon ordinaire, taillée à l'extrémité inférieure, et percée dans son bout supérieur, sur une longueur de 30 centimètres, de trous à 5 centimètres d'intervalle les uns des autres. Suivant la longueur de la tige dont on veut se servir (longueur dont dépendra l'amplitude des mouvements imprimés à la main du sujet), on fait passer dans un de ces trous un axe en métal situé au centre d'une suspension à la cardan, permettant ainsi des inclinaisons variées et en tous sens. La suspension est fixée elle-même sur deux montants verticaux de 18 centimètres. Ces montants sont placés sur une petite table de 20 centimètres de hauteur, ils sont écartés l'un de l'autre d'environ 15 centimètres. Parallèle à la ligne passant par le pied des deux montants et environ à 15 centimètres en avant d'eux, une fente de 5 centimètres de largeur est coupée dans la table : c'est par cette fente que passera l'extrémité inférieure de la tige crayon. La pointe de cette dernière reposera

sur un pupitre de bois d'une obliquité variable à volonté. La partie de la table en avant de la fente empêche le sujet de voir les mouvements de l'observateur.

Voici comment on se sert de l'appareil. Le malade est assis commodément, l'avant-bras droit reposant sur la petite table à expérience, la main passée entre les deux montants, tenant dans la position adoptée pour l'écriture habituelle la tige crayon, absolument comme si son extrémité se terminait au niveau de la petite table et qu'il faille écrire sur cette table. L'observateur, assis sur une chaise moins élevée que le malade passe son bras sous la petite table et promène la pointe de la tige crayon sur un modèle d'écriture fixé au pupitre. Les lettres de ce modèle peuvent et même doivent être très grandes pour faciliter l'exactitude des mouvements de l'observateur ; conformément à une loi géométrique, suivant que l'on fera terminer l'extrémité de la tige crayon à une hauteur plus ou moins grande, les mouvements perçus dans la main du malade seront plus ou moins étendus, quelquefois extrêmement fins, mais toujours reproduisant d'une façon sensiblement exacte ceux imprimés à l'extrémité inférieure de la tige. Il sera avantageux, surtout au début, de se servir, comme texte, de l'écriture propre du malade, à l'échelle normale ou agrandie.

J.-B. Charcot rappelle l'observation de malades atteints de cécité verbale, qu'il a améliorés au moyen de cet appareil. Il serait avantageux de combiner son emploi avec la vue des lettres manuscrites ou imprimées; sinon, chez les malades atteints de cécité verbale pure, on ne ferait guère que développer davantage une faculté conservée, celle de lire en traçant les lettres, sans faire réapparaître celle qui est disparue, c'est-à-dire la faculté de comprendre par la vue les mots imprimés ou manuscrits.

V. — SURDITÉ VERBALE PURE.

La surdité verbale pure est exceptionnelle. Elle consiste dans l'impossibilité de comprendre la parole, tandis que le langage articulé, la lecture et l'écriture (sauf l'écriture sous dictée) sont conservés. Elle est justiciable des mêmes méthodes de rééducation que la surdité verbale de l'aphasie sensorielle.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE

I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ATAXIE.

En présence de maladies incurables, dont il est incapable d'enrayer la marche, le médecin ne doit pas désarmer : il lui reste encore l'espoir de prévenir les complications, d'atténuer les symptômes, de corriger les infirmités ; et à défaut de la santé, il peut rendre aux malheureux patients une vie plus supportable, une apparence de guérison. Ces réflexions ne sauraient mieux s'adresser qu'au tabes, dont le traitement spécifique ne réussit que rarement, sinon à arrêter, du moins à ralentir la marche de la maladie : nous nous bornons le plus souvent à calmer les douleurs au moyen des analgésiques les plus divers ; nous cherchons à éviter les complications urinaires ; enfin par la rééducation nous essayons de diminuer ou de corriger l'ataxie et fort heureusement nous pouvons y réussir dans un assez grand nombre de cas. A plus d'un malade la restitution plus ou moins complète de la motilité a conservé au moins temporairement son gagne-pain et sa place dans la société.

D'ailleurs les méthodes de rééducation se sont généralisées et ont été appliquées à un grand nombre de maladies : depuis les travaux de Frenkel qui a tout spécialement attiré l'attention sur ce point, l'ataxie locomotrice est encore l'affection qui en a le plus largement bénéficié.

Le mécanisme de l'ataxie dans la maladie de Duchenne est complexe : la localisation de la lésion initiale sur les racines postérieures, c'est-à-dire sur les voies centripètes des impressions périphériques, laisse entrevoir que tous les centres de coordination, qui sont en rapport avec elles, et dont le bon fonctionnement est plus ou moins subordonné à leur intégrité anatomique et physiologique, subissent forcément le contrecoup de leur interruption ; l'ataxie est à la fois médullaire, cérébrale et cérébelleuse. Certains symptômes, tel que l'hypotonie, jouent également un rôle assez considérable dans l'apparition de l'incoordination ; il n'est pas indifférent en effet

qu'au moment où un muscle est sur le point d'entrer en contraction, il soit surpris par l'influx nerveux dans un état de tonicité supérieur ou inférieur à la normale, et que, du fait de l'hypotonie, les membres affectent et conservent des attitudes défectueuses. Comme dans tout acte, si le point de départ est mauvais ou instable, le but ne sera pas atteint. Il en est de même pour les troubles de la sensibilité superficielle et profonde, qui contribuent à nous renseigner faussement ou incomplètement sur les attitudes ou le poids des diverses parties de notre corps et, par suite, sur la mesure et l'intensité de l'effort à accomplir pour mobiliser telle ou telle partie.

Chez un certain nombre de malades, les troubles de la motilité sont encore plus complexes, parce qu'aux perturbations occasionnées par les lésions organiques vient s'ajouter l'intervention fâcheuse d'une mentalité déréglée. Je n'entends pas par là l'association de la paralysie générale et du tabes qui aggrave trop souvent la situation, mais les manifestations d'une émotivité excessive.

Dans le tabes simple, non compliqué de paralysie générale, l'intelligence reste ordinairement intacte, mais un bon nombre de malades sont des émotifs, des obsédés, des phobiques, de par leur constitution, et la maladie tend à orienter leurs réactions émotives sur ses manifestations les plus flagrantes. C'est pourquoi, à côté des ataxiques qui perdent l'équilibre dans la station debout et dans la marche, à cause des progrès de la maladie, il y en a qui le perdent rapidement non pas à cause de la lésion organique et de ses conséquences fonctionnelles, mais à cause de leur phobie systématisée sur l'équilibre: ce sont des staso-baso-phobiques.

Les malades se croient plus impotents qu'ils ne le sont en réalité, et il n'est pas exceptionnel que la suggestion soit survenue sinon dans l'apparition, du moins dans la localisation de la phobie.

Tout d'abord certains tabétiques, auxquels le diagnostic de la maladie n'a jamais été caché, savent à quels terribles accidents ils sont exposés et parmi eux l'ataxie, pouvant aller jusqu'à l'impotence complète. La rencontre d'autres malades arrivés à une période plus avancée les a suffisamment édifiés à cet égard. J'ai vu des tabétiques ne devenir ataxiques et ne perdre l'équilibre qu'après une saison passée dans une ville d'eaux où ils ont observé et fréquenté beaucoup de malades arrivés à une période avancée de l'incoordination ; c'est pourquoi je crois qu'il est contre-indiqué d'envoyer des tabétiques, à la période préataxique, dans les stations thermales où ils sont exposés à voir des ataxiques avérés.

C'est naturellement sur de tels malades que l'on obtient les résultats les plus remarquables par la rééducation ; mais en réalité la per-

suasion intervient beaucoup plus que la rééducation physiologique.

Chez d'autres malades, la maladie occasionne une dépression morale qui favorise l'apparition des phénomènes précédents, qui gêne aussi dans une certaine mesure la rééducation par l'obstacle qu'elle apporte à la fixation de l'attention et à la réalisation des efforts. Dupré distingue, à cet égard, les malades de l'hôpital et ceux de la ville. « Tous les médecins qui observent de nombreux ataxiques connaissent, en effet, l'état de relative indifférence dans lequel vivent, par rapport à leur incurable affection, les malades, au moins ceux qui sont hospitalisés. Les tabétiques de la clientèle diffèrent à cet égard notablement des tabétiques de l'hospice et de l'hôpital. Les malades de la ville, appartenant à un monde plus cultivé et mieux averti, montrent plus d'impatience et d'inquiétude et manifestent, vis-à-vis de leur situation pathologique, des réactions morales dont le médecin doit tenir grand compte dans son traitement. A l'hôpital, le tabétique est en général un malade tranquille et, lorsqu'il ne souffre pas, presque indifférent dans ses réactions spontanées à son sort. »

L'association du tabes à l'hystérie, à la neurasthénie, aux deux à la fois, aggrave généralement les symptômes de la maladie, et la coordination des mouvements, particulièrement de la marche et de la station debout, paraît plus compromise qu'elle ne le serait, si elle dépendait exclusivement du tabes.

La psychothérapie ne doit donc jamais être négligée, quand on se trouve en présence d'un tabétique, simultanément neurasthénique, hystérique ou phobique ; le réconfort moral, la mise au point des craintes et des interprétations qui leur sont liées, la rééducation de la volonté, et surtout la rééducation motrice, sans cesse accompagnée de la démonstration des progrès effectués, rendent à ces malades les plus grands services. J'ai vu des malades découragés au point de ne plus s'occuper de leurs affaires, rendus incapables de se promener et de se tenir debout par la crainte d'avoir définitivement perdu l'équilibre ; j'ai vu, dis-je, de tels malades se rééduquer dans l'espace de quelques semaines ou même de quelques jours et reprendre la vie active ou leurs occupations. Dans la réussite d'une telle cure, l'assurance et la confiance que j'ai données au malade ont fait plus que la rééducation motrice : celle-ci n'a été qu'un auxiliaire, un moyen de démonstration.

II. — MÉTHODES DE RÉÉDUCATION.

Chez tout ataxique l'incoordination est partiellement corrigée par la suppléance inconsciente de la vue : nous en faisons tous les jours la démonstration en recherchant le signe de Romberg, en faisant exécuter des mouvements d'abord les yeux ouverts, puis les yeux fermés. Malgré cela, l'ataxique ne tire pas spontanément tout le parti qu'il devrait tirer de cette vicariance, et la méthode imaginée par Frenkel a précisément pour principe, à côté de l'exécution des mouvements au commandement, le contrôle continuel et volontaire des mouvements par la vue. Les mouvements au commandement ont en outre pour but de remédier aux hésitations qui se produisent au début de tout acte volontaire, surtout pendant la marche et les changements d'attitude, et de rendre au malade la confiance et la sécurité.

Les méthodes de rééducation s'appliquent encore à corriger ou à atténuer l'hypotonie de certains groupes musculaires en les faisant travailler davantage.

La rééducation des mouvements des bras et des jambes consiste à faire exécuter des mouvements très simples pour passer ensuite aux mouvements compliqués. Fait-on porter, par exemple, le talon du membre inférieur droit sur le genou gauche, le malade doit tout d'abord fixer son attention sur la position du talon, puis sur celle du genou, et pendant l'exécution de cet acte très simple, la vue se concentre sans interruption sur le genou, sur le talon et sur l'espace qui les sépare. Il est utile même, pour donner plus de précision au mouvement, d'attirer davantage l'attention, de marquer le but par une bande ou un petit disque de couleur. De même, lorsque le talon doit revenir à sa place, celle-ci est marquée par un index qui attire la vue, et c'est en suivant la même méthode que le mouvement de retour est exécuté.

Les mouvements sont d'abord exécutés au lit, puis assis, dans diverses attitudes ; ils doivent être variés le plus possible. Je n'ai pas à insister sur cette partie de la rééducation qui a été exposée dans un autre volume de la même collection (1) : qu'il suffise de rappeler que le médecin ne doit pas se contenter de commander les mouvements, il doit encore les surveiller, concentrer à tout moment l'attention du malade sur le mouvement en voie d'exécution, l'encourager en insistant chaque fois sur les progrès obtenus ; la

(1) Article de Constensoux, in Mécanothérapie, Hydrothérapie, etc., in Bibl. de thérapeutique Gilbert et Carnot.

méthode vaut peut-être moins par elle-même que par le zèle et la vigilance de celui qui l'enseigne.

Lorsqu'il s'agit de corriger les troubles de la station debout, de l'équilibre, de la marche, la tâche devient plus difficile.

En ce qui concerne la marche, il faut envisager non seulement les coordinations nécessaires au déplacement régulier de la jambe qui se porte en avant, mais encore la préparation aux coordinations semblables qui vont se produire dans la jambe qui sert de point d'appui, les changements continuels que subit le corps dans les déplacements successifs et alternants des membres inférieurs, les mouvements compensateurs que doivent exécuter les muscles du tronc ou des membres supérieurs pour maintenir l'équilibre dans la suite ininterrompue des oscillations de la ligne de gravité.

C'est dans ces associations de coordination, ou, si l'on préfère, dans ces synergies qu'interviennent les divers centres (et parmi eux le cervelet) qui ont précisément pour fonction d'assurer la régularité de leur succession ou de leur simultanéité. Une des raisons pour lesquelles leur fonctionnement est troublé dans l'ataxie locomotrice a été signalée quelques lignes plus haut; une autre raison est que les coordinations élémentaires qu'ils doivent associer sont elles-mêmes atteintes.

Si on suppose que par la rééducation préalable ces coordinations élémentaires ont été corrigées, comment peut-on remédier aux synergies défectueuses, dont on attribue la cause à une perturbation fonctionnelle des centres précités?

Un sujet normal ne se rend pas compte de la complexité des coordinations inhérentes au maintien de l'équilibre ou aux variations d'attitude, à la progression et à la course ; nous marchons tous, pour ainsi dire, sans nous en apercevoir et nous sommes en équilibre sans y réfléchir, en vertu d'un automatisme acquis dès l'enfance. Que l'on interroge au hasard quelques individus normaux : ils seraient fort en peine de dire comment et pourquoi ils marchent bien, et nul ne saurait énumérer la succession on la simultanéité des mouvements qui commandent la régularité de la marche et le maintien de l'équilibre ; ce sont des phénomènes qui restent normalement au-dessous du seuil de la conscience. Evidemment pour marcher ou pour se tenir debout il faut le vouloir : nous voulons l'acte sans en connaître le mécanisme ; nous mettons le moteur en mouvement, mais nous en ignorons les rouages.

Fort heureusement le physiologiste a analysé par divers procédés scientifiques, les appareils graphiques, la photographie, la cinématographie — sans compter la simple observation d'autrui, qui les a

tous précédés — les mouvements qui composent les principaux exercices du corps, la station dans diverses attitudes, la marche, la course, le saut : grâce à eux, il a connu et étudié les synergies que sa propre observation lui aurait insuffisamment dévoilées.

Ce sont ces enseignements de la physiologie que le médecin doit transporter dans le domaine de la pratique ; et dans le cas particulier, avant de corriger les mouvements déréglés des ataxiques, il doit lui-même s'enquérir du mécanisme des mouvements normaux. Lorsqu'il en sera instruit, il pourra expliquer à son malade pourquoi ses mouvements sont incoordonnés et comment il doit s'y prendre pour leur rendre leur régularité : il lui apprendra comment chaque allure ou chaque attitude se décompose en une série de mouvements plus élémentaires qu'il doit exécuter dans un ordre immuable dans le temps et dans l'espace : et, peu à peu, par un entraînement méthodique et discipliné, l'ataxique se perfectionnera dans l'exécution consciente et logique d'un exercice qui, chez un sujet normal, ne relève que de l'automatisme. C'est à cette méthode que je donne le nom de *méthode psychophysiologique*.

Voici les règles générales que j'applique quand je suis en présence d'un ataxique auquel je veux apprendre à marcher ; je suppose, bien entendu, que, par une rééducation antérieure, l'incoordination des mouvements des membres et les effets de l'hypotonie ont été atténués au maximum. Au début je recommande au malade de marcher le moins possible, afin de ne pas persévérer dans de mauvaises habitudes, et de se préparer à marcher suivant les règles de la marche physiologique..

La rééducation de la marche est nécessairement précédée par celle de la station debout dans diverses attitudes.

A. Station debout. — Dans ce but, deux semelles ayant à peu près les dimensions du pied sont disposées parallèlement sur le sol, à une distance convenable l'une de l'autre. Dans cette position, le malade exécute des mouvements de flexion sur les genoux : en même temps que la cuisse fléchit sur la jambe et la jambe sur le pied, le tronc s'incline en avant, les deux genoux doivent plier en même temps. Ces mouvements sont d'abord exécutés lentement ; ils sont exécutés ensuite de plus en plus vite ; mais il faut éviter les mouvements forcés qui contribuent à augmenter l'hypotonie.

Un autre exercice consiste à faire porter les épaules en arrière, dans l'attitude cambrée : l'abdomen se porte légèrement en avant, les genoux plient très faiblement et la jambe se rapproche de la face dorsale du pied.

On fait exécuter ensuite des mouvements de rotation de la tête et du tronc, d'inclinaison latérale ou antéro-postérieure de la tête et du tronc ; tous ces exercices ayant pour but de rétablir le mieux possible l'équilibration.

Pendant l'exécution de ces divers exercices, on explique au malade, en s'inspirant des lois de la mécanique et de la physiologie, comment dans tel mouvement d'ensemble les mouvements isolés de chaque partie s'associent et se combinent pour maintenir l'équilibre et concourir au résultat final.

Avant de rééduquer la marche, il est important également *d'obtenir la station sur un seul pied.* On sait que dans la station droite sur les deux pieds, la ligne de gravité passe entre les deux pieds à égale distance de chacun d'eux et « sur une ligne transver-

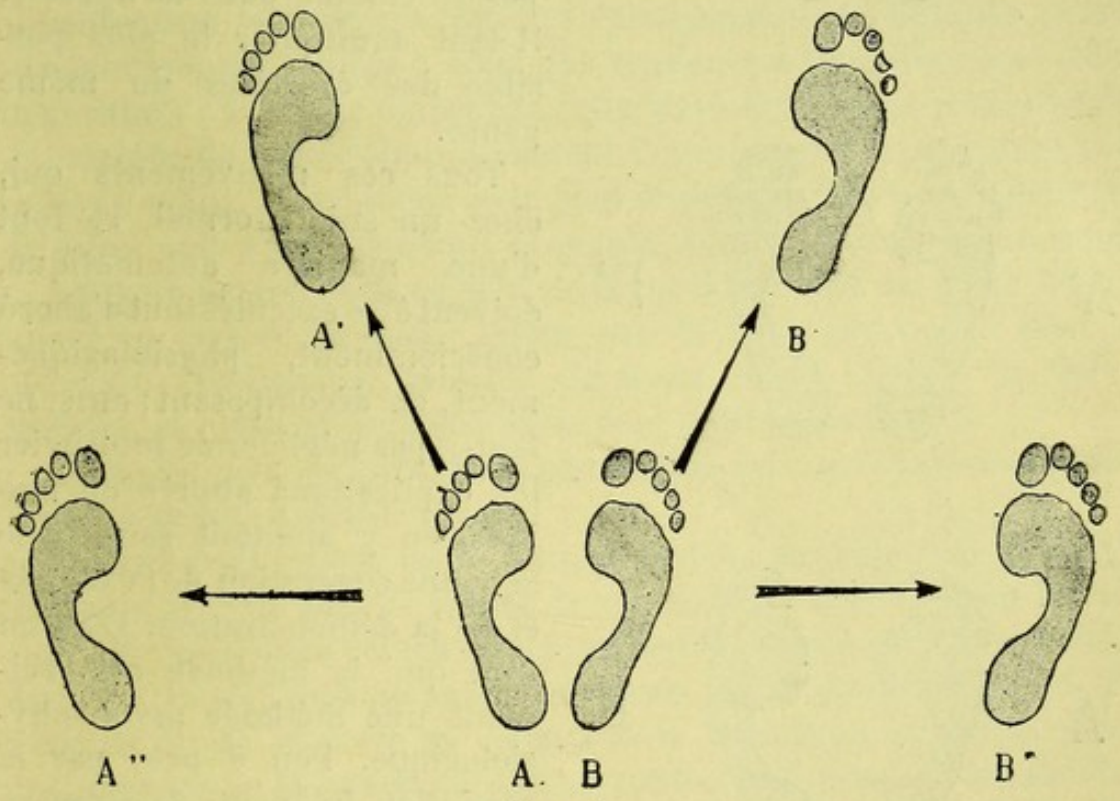


Fig. 1.

sale située en avant de l'apophyse du cinquième métatarsien » (Richer). Dans la station sur un seul pied, l'équilibre serait rompu si la ligne de gravité ne passait pas par la base de sustentation ; il faut par conséquent que, dans cette attitude, la ligne de gravité tombe sur le pied qui sert de point d'appui. C'est dans ce but que le tronc s'incline du côté portant, l'épaule du même côté s'abaisse : l'inclinaison de l'un et l'abaissement de l'autre sont proportionnés à l'écartement de la jambe levée : si elle se porte en avant, le tronc doit se porter légèrement en arrière et inversement. Chez l'ataxique,

la station sur une seule jambe est très difficile, sinon impossible, c'est même un des signes révélateurs de la maladie : or, il est surprenant de voir avec quelle facilité certains malades réussissent à prendre et à maintenir cette attitude, lorsqu'on leur a enseigné les mouvements de compensation réalisés par l'abaissement de l'épaule et l'inclinaison du tronc; par le tâtonnement ils arrivent au degré nécessaire.

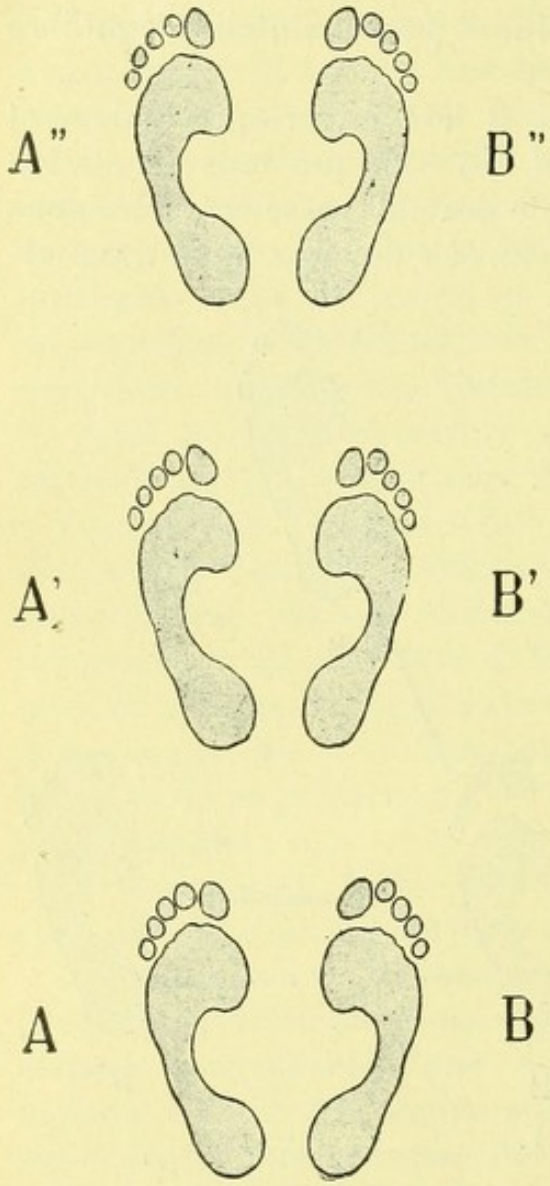


Fig. 2.

Dans le même but, le malade doit être exercé à porter alternativement le pied droit ou le pied gauche sur les barreaux d'une chaise, ou bien à porter ses pieds sur les semelles disposées comme dans la figure 1. Il faut multiplier le plus possible des exercices du même genre.

Tous ces mouvements qui, chez un sujet normal, se font d'une manière automatique, doivent être exécutés tout d'abord consciemment, physiologiquement, en décomposant; aussi ne faut-il pas négliger de multiplier les explications auprès du malade, en y ajoutant sans cesse la bonne suggestion de l'exemple et de la démonstration. C'est en cela que la méthode est vraiment une méthode psychophysiologique. Peu à peu, par la répétition fréquente de ces mouvements conscients, les tabétiques acquièrent un nouvel automatisme, évidemment moins sûr et moins spontané que l'automatisme normal.

B. Marche. — Je suppose six semelles disposées trois par trois sur deux lignes parallèles et équidistantes, comme dans la figure 2, le pied droit repose en B et le pied gauche en A : *le pas simple* consiste dans le déplacement de A en A′ ou de B en B′. Si le pied gauche étant en A, le pied droit en B′, le pied gauche se porte de A en A″, le pied gauche exécute un *double pas* (Richer).

1° *Pas simple.* — Les deux pieds reposant en A et en B, le pied droit se déplace de B en B'. L'équilibre est rompu, puisque normalement la ligne de gravité tombe entre A et B : pour rétablir l'équilibre il faut que la ligne de gravité tombe en A, c'est la période d'appui unilatéral. Au moment où le pied B se lève, le malade doit exécuter simultanément un mouvement d'inclinaison latérale du tronc vers la gauche, une inclinaison légère de l'épaule gauche et tendre fortement le bassin sur la cuisse gauche : la contraction du moyen fessiere mpêche l'inclinaison du bassin sur la droite (Richer), comme d'ailleurs dans la station sur un pied. Au moment où le pied droit va se poser en B', la ligne de gravité doit rencontrer une ligne oblique qui s'étend de A en B' : c'est dans ce but que le corps se porte légèrement en avant du côté droit et en même temps l'inclinaison latérale du tronc et l'abaissement de l'épaule gauche disparaissent. Le corps a ainsi une tendance à regarder en avant et à gauche : c'est pour empêcher cette déviation que je recommande au malade de porter simultanément l'épaule gauche en dedans et le bras en avant. Au moment où le pied se pose en B', j'insiste pour que le talon soit appliqué avant la pointe, comme dans le pas normal.

Lorsque le pied droit revient de B' en B le corps se porte légèrement en arrière en même temps que le bras gauche, le pied se détache, l'inclinaison latérale du tronc et de l'épaule se fait à gauche, et cesse au moment où le pied droit se pose en B.

2° *Double pas.* — Lorsque le pas simple est convenablement exécuté, je passe au double pas.

Le pied droit repose en B', le pied gauche se déplace de A en A''. Lorsque le pied gauche quitte le sol, le tronc s'incline sur le pied portant c'est-à-dire vers la droite, et l'épaule du même côté s'abaisse. Lorsque le pied gauche passe au dessus de A' pour aller vers A'', l'épaule droite se porte en dedans et le bras droit en avant. Tous les muscles de la hanche droite se contractent pendant les oscillations du pied gauche et à leur maximum lorsque le pied gauche passe à côté du pied droit. De même l'inclinaison latérale du tronc et de l'épaule droite diminue, puis cesse dans le trajet du pied gauche de A' en A''.

Il faut faire remarquer dès le début au malade que dans la marche normale, de même que le talon se pose le premier, c'est lui qui se détache également le premier du sol : en outre la jambe qui oscille se fléchit peu à peu avec un maximum au moment où elle croise l'autre jambe. A partir de ce moment, la flexion décroit et la jambe passe à l'extension maximum lorsque le pied touche le sol.

3° *Pas successifs.* — *La marche ordinaire.* — Après ce qui vient d'être

exposé sur *le pas simple* et le *double pas*, il est facile de comprendre ce qui se passe dans la marche ordinaire et de l'expliquer au malade. Il faut disposer les semelles en plus grand nombre, dans le même ordre que celui indiqué dans la figure 2; on supprime ensuite une semelle sur deux sur chaque ligne, alternativement à droite et à gauche, de façon à figurer le tracé de la marche normale; les mouvements sont exécutés lentement, puis de plus en plus vite. Il faut insister sur ce fait qu'au moment où le talon du pied antérieur rencontre le sol, celui du pied postérieur se prépare à se détacher. Les pas seront rythmés comme dans les exercices de gymnastique, de manière à obtenir des pas égaux dans l'espace et dans le temps, et un bon moyen est de marcher à côté du malade en comptant les pas. Plus tard les exercices de marche sont continués sans point de repère et à des allures variées : l'entraînement est continuel et progressif. Je ne saurais insister davantage, ayant l'intention de n'indiquer que les grandes lignes de la méthode; pour de plus amples détails, je renvoie aux livres classiques qui traitent du mouvement et de la locomotion.

Encore une fois, il ne faut pas craindre d'expliquer aux malades intelligents la raison de ces mouvements de compensation, leur rôle dans le maintien de l'équilibre, de la régularité et de la vitesse de la marche. C'est par des procédés semblables qu'on doit apprendre aux ataxiques à marcher à reculons, à descendre ou à monter un escalier, à tourner, à courir même. On ne peut sans doute généraliser et promettre de bons résultats dans tous les cas; mais les succès rapides qui suivent parfois l'emploi d'une méthode si simple sont vraiment surprenants. En tout cas elle est rationnelle et repose sur les principes élémentaires de la physiologie; c'est là tout le secret de la réussite d'un procédé qui ne fait appel qu'à l'attention, à la patience et à l'intelligence du malade, à l'observation et à la logique de celui qui l'applique, c'est pourquoi elle peut être également comptée parmi les méthodes psychothérapiques.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DE LA CHORÉE DE SYDENHAM

Nature organique de la chorée de Sydenham. — Si la nature organique des chorées graves ou mortelles ne faisait depuis longtemps aucun doute, il n'en était pas de même de la chorée de Sydenham, qui était rangée par la plupart des auteurs parmi les névroses. Et cependant il y a des chorées qui surviennent au cours, au déclin ou dans la convalescence des maladies aiguës, qui débutent comme la chorée de Sydenham, et qui sont susceptibles de devenir à leur tour graves et mortelles. Dans ces cas-là l'autopsie a révélé des lésions des centres nerveux.

Dans la plupart des cas, la chorée de Sydenham est une maladie bénigne qui se termine par la guérison au bout de plusieurs semaines ou même davantage ; malgré l'absence de vérification anatomique, on peut affirmer qu'on se trouve en présence d'une affection de nature organique, parce que l'examen clinique met en lumière un certain nombre de signes qui n'appartiennent qu'aux maladies organiques. Babinski avait constaté chez plusieurs malades la flexion combinée de la cuisse et du bassin. Charpentier avait vu une fois le signe de Babinski. Je me suis attaché à rechercher systématiquement l'existence de signes de lésion organique chez un très grand nombre de malades, et j'ai pu conclure, en me basant uniquement sur leur présence, que la chorée de Sydenham est une maladie organique.

Dans la très grande majorité des cas la chorée de Sydenham est d'abord unilatérale, et elle peut rester telle pendant toute son évolution, il est habituel que la force musculaire soit diminuée du même côté, il existe par conséquent un certain degré d'hémiplégie. Dans le cas où la chorée est bilatérale, l'hémiplégie est manifestement plus forte dans le côté le plus atteint.

C'est dans le côté où prédominent les mouvements choréiques que s'observent les signes de maladie organique : les troubles du tonus musculaire (hypotonie), le signe de Babinski ou le signe d'Oppenheim, le phénomène de la pronation de la main, les syncinésies, la

flexion combinée de la cuisse sur le bassin, les troubles de la synergie, la dysmétrie, l'adiadococinésie, etc. Enfin dans quelques cas il existe de la lymphocytose du liquide céphalorachidien.

Ces signes n'existent pas au complet chez tous les choréiques : chez quelques-uns on n'en trouve que deux ou trois. Le signe de Babinski est isolé. Mais alors même qu'ils feraient défaut on pourrait encore conclure à la nature organique de la maladie.

En réalité, il existe chez les choréiques deux ordres de troubles kinétiques : 1° *des mouvements désordonnés, irréguliers, sans but, involontaires,* considérés comme les mouvements choréiques proprement dits : ces mouvements peuvent s'amender considérablement sous l'*influence du repos*, et aussi sous *l'influence de la volonté* ; on peut, en effet, les réfréner considérablement en commandant aux malades de se tenir tranquilles ; 2° *les secousses clonico-toniques*, qui surviennent brusquement, et entraînent des déplacements moindres que la chorée hystérique ; elles prédominent d'un côté et se fixent avec une certaine élection, dans chaque cas, sur tel article plutôt que sur tel autre, davantage sur le membre supérieur et plus particulièrement sur les muscles de l'épaule. Ces secousses tonico-cloniques sont, beaucoup plus que les grands mouvements désordonnés, pathognomoniques de la chorée organique.

Les troubles psychiques sont habituels et portent à la fois sur le caractère et sur l'intelligence. Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que les petits choréiques deviennent facilement irritables et impressionnables, irascibles, exagérément affectifs à certains moments, indifférents à d'autres. C'est sans doute ce regain d'émotivité qui les rend si facilement craintifs, et peut-être a-t-on exagéré le rôle de la peur dans la genèse de cette affection.

L'intelligence n'est pas moins altérée et c'est principalement l'attention qui est touchée. Ils sont distraits, ils passent facilement d'une occupation à une autre. Ils ne peuvent s'appliquer au travail. On les accuse à tort de paresse et de dissipation. Comme ils ne peuvent rien retenir, on a cru que leur mémoire était affaiblie ; mais en réalité il n'en est rien ; seule la mémoire de fixation est atteinte par manque d'attention.

Je passe sur les phénomènes plus graves, tels que les hallucinations ou les délires, dont les rapports avec la chorée ne sont pas complètement élucidés.

Indications thérapeutiques. — Ces connaissances ont une très grande importance au point de vue de la thérapeutique de la chorée de Sydenham.

Tout d'abord il ne faut pas traiter à la légère une affection qui, il

est vrai, est presque toujours bénigne, mais qui est susceptible de s'aggraver. Comme d'autre part le repos a une heureuse influence sur l'agitation motrice et sur les troubles psychiques, il est indiqué de soustraire les choréiques à toute espèce d'excitation extérieure et de fatigue physique ou intellectuelle. Le travail et l'exercice seront donc supprimés ; il en sera même des distractions et de tout ce qui peut augmenter l'impressionnabilité. Les parents s'abstiendront de toute remontrance.

La thérapeutique tonique et reconstituante, les calmants ne sont pas à dédaigner ; mais il y a une méthode beaucoup plus simple : c'est celle du repos au lit qui répond à toutes les indications précédentes. Elle est indiquée partout, mais elle n'est pas assez souvent mise en pratique. Peut-être les bons résultats de tel ou tel traitement doivent-ils être mis sur le compte du repos qui leur a été associé.

Le malade doit rester couché, jour et nuit, et de plus il doit être isolé chez lui, à l'abri de toute cause d'émotion, de surexcitation, de surmenage, dont l'influence est mauvaise. L'alimentation doit être abondante et substantielle ; le régime lacté rend des services, d'abord par ses propriétés et aussi parce qu'il permet de doser plus facilement la ration alimentaire.

L'isolement relatif, et il l'est toujours dans les familles, donne souvent et promptement d'excellents résultats. Ce n'est que dans les cas d'insuccès ou dans les formes particulièrement graves avec amaigrissement rapide, qu'il faut conseiller l'isolement absolu.

TABLE ALPHABÉTIQUE

Aboiement (tic d'), 410.
Abstinence (morphinomanie), 358.
Aboulie neurasthénique, 193.
Accidentelle (neurasthénie), 201.
— (phobies), 297.
Accidents hystériques, 114.
— hystériques (étiologie), 127.
Activité (modifications chez les neurasthéniques), 193.
— (troubles dans la mélancolie), 330.
Affectivité, 9.
— (chez les neurasthéniques), 195.
Affirmation dans le traitement des obsessions, 307.
— (tics d'), 409.
Agents médicamenteux (traitement de l'hystérie) 151.
— physiques (traitement de l'hystérie), 150,
Agoraphobie, 298.
Agraphie dans l'aphasie sensorielle, 486.
Algies centrales ou psychiques, 354.
— urétrales (traitement), 274.
— urinaires, 219.
— vésicales (traitement), 274.
Aliénés (assistance générale), 289.
— (traitement à domicile), 286.
Alimentation par la sonde, 393.
Anorexie dans la démence précoce, 379.
Anorexie et débilité mentale, 376.
— hypocondriaque, 375.
— hystérique, 367.
— — (début), 369.
— — (période d'état) 370.
— — (période d'inanition), 371.
— mélancolique, 377.
— mentale, 364.
— mentale (étiologie), 381.
— mentale proprement dite, 367.
— mentale (psychothérapie), 384.
— mentale de la puberté, 374.
— mentale (régime), 387.
— mentale (thérapeutique), 383.
— neurasthénique, 375.
— des obsédés et des scrupuleux, 378.
— et psychose maniaque dépressive, 378.
— symptomatique, 365
Anormaux moraux, 428.
— par névrose, 427.
Anxieuse (mélancolie), 334.
Aphasies, 461.
— (considérations générales), 461.
— motrice, 464.
— motrice (physiologie pathologique), 471.
— motrice pure, 483.
— motrice (rééducation), 475.
— motrice (rééducation de la parole), 476.
Aphasie motrice avec troubles du langage intérieur, 465.
— motrice avec troubles du langage intérieur, (étude clinique et psychologique), 465.
— sensorielle, 485.
— sensorielle (rééducation), 487.
Aphonie hystérique, 180.
Arbre de Puységur, 29.
Arriération mentale, 421 425.
Arriérés (écoles, classe), 453.
— pédagogiques, 428.
Assistance des enfants anormaux, 450.
— générale des aliénés, 289.
Astasie-abasie (traitement), 180.
Asthénie, 186.
Ataxie locomotrice, 493.
— locomotrice (méthodes de rééducation), 496.
Athétose (diagnostic avec les tics), 404.
Athmothérapie (traitement des tics par l'), 418.
Autosuggestion (définition), 15, 56.
— (rôle étiologique), 15.
— (rôle thérapeutique), 57.
Baquet de Mesmer, 28.
Brissaud (méthode de rééducation des tics), 417.
Cardiaque (neurasthénie) 229.
— (troubles chez les neurasthéniques), 193.

Cardio-vasculaires (localisations, traitement), 278.
Cécité verbale, 485.
— verbale pure, 489.
— verbale pure (symptomatologie), 489.
— verbale pure (rééducation), 491.
Cœnesthénie (troubles dans la mélancolie), 327.
Cœnestopathies, 354.
Céphalée neurasthénique, 188.
Chorée (diagnostic avec les tics), 404.
— rythmée, 180.
— de Sydenham, 502.
— de Sydenham (indications thérapeutiques), 504.
— de Sydenham (nature organique), 503.
Circulatoires (troubles chez les neurasthéniques), 193.
Classes pour arriérés, 453
— (pour enfants idiots), 445.
Complexes, 17.
Constipation chez les neurasthéniques, 191, 214.
— (traitement), 271.
Constitutionnelle (neurasthénie), 204.
— (phobies), 297.
Contagion, 16.
— (chez les neurasthéniques), 197.
Contractures hystériques, 122.
— hystériques (traitement), 179.
Contrôle cérébral (rééducation dans le traitement des obsessions), 314.
Coordonnés (tics), 410.
Coprolalie, 410, 411.
Correspondance, 83.
Cotard (syndrome de), 366.
Confusion mentale, 395.
— — (définition), 395.
— — (évolution), 398.
— — (pronostic), 399.
— — (traitement), 401.
— — (troubles psychiques), 395.
— — (troubles somatiques), 397.
Crises hystériques, 120.
— hystériques (traitement), 172.
Crises (rôle de l'émotion), 127.
Cristallisations neurasthéniques, 208.
Cure (de démorphinisation), 359.
Cyclothymie, 249.
Débilité mentale (anorexie), 376.
— motrice d'inhibition (syndrome de), 456.
Dégénérescence et neurasthénie, 207.
— (stigmates chez les hystériques), 144.
Délire dans la mélancolie, 333.
— du toucher, 293.
Démence précoce (anorexie dans la), 379.
Démorphinisation (cure de), 359.
— (méthodes de), 360.
Dépression mélancolique, 334.
Diarrhée (chez les neurasthéniques), 191, 215.
Digestives (pseudo-organopathies), 210.
Dilatation d'estomac, 191.
Direction (dans le traitement des obsessions), 317.
Distractions (traitement de l'hystérie), 167.
— (traitement des obsessions), 313.
Domicile (traitement de l'aliéné à), 286.
Doute métaphysique, 293.
— scrupuleux, 293.
Dyspepsie, 191.
Echokinésie, 410.
Echolalie, 410, 411.
Ecoles pour arriérés, 453.
Ecoliers anormaux, 421.
Ecriture (rééducation dans l'aphasie motrice), 479.
— (troubles dans l'aphasie motrice) 466.
Education, 16.
— chez les neurasthéniques, 197.
— de la parole chez les idiots, 444.
— pyschologique, 444.
— des instincts, 447.
— physique, 447.
— professionnelle, 447.
— spéciale des idiots, 438.
Éducation des sens et de l'attention, 440.
— de la main et de l'œil, 441.
— de l'ouïe, 441.
— de l'odorat et du goût, 442.
— du sens du toucher, 442.
— physiologique et de la vie organique, 443.
— (traitement des obsessions), 321.
Electricité, 151.
Emotion, (définition), 4.
— (étiologie de la neurasthénie), 197.
— et maladies organiques, 14.
— morbide, 6.
— (physiologie normale et pathologique), 10.
— (réactions physiologiques, 5.
— (réactions physiques), 243.
— (rôle étiologique), 4.
— (rôle dans la genèse des crises hystériques), 127.
— (rôle de son intensité dans la genèse de l'hystérie), 130.
— (rôle de sa nature dans la genèse de l'hystérie), 131.
— (rôle pathogénique), 11.
Emotivité constitutionnelle, 7.
— constitutionnelle (signes), 7.
— et maladies organiques, 14.
— morbide et cœnesthésie, 8.
— chez les neurasthéniques, 195.
— occasionnelle, 6.
— (rôle étiologique), 4.
— (rôle pathogénique), 11.
— (rôle dans la genèse de la neurasthénie), 245.
— (troubles dans la mélancolie), 327.
Enfants anormaux, 421.
— anormaux (assistance), 450.

Enfants (psychothérapie chez les), 81.
Entretiens psychothérapiques, 76.
Enuresia nocturna, 454.
— nocturna (forme atonique), 456.
— nocturna (forme avec exagération de l'irritabilité vésicale), 456.
— nocturna (thérapeutique), 457.
Epidémies hystériques, 181.
Ereutophobie, 298.
Estomac (dilatation), 191.
Etablissements publics, et privés pour l'assistance des enfants anormaux, 451.
Etiologie des accidents hystériques, 127.
Folie alterne, 341.
— circulaire, 341.
— du doute, 293.
— à double forme, 340.
— intermittente, 341.
— maniaque dépressive, 341.
— morale, 324.
— — (sémiologie), 324.
— — (traitement), 325.
Formes de la neurasthénie, 200.
Gastro-intestinaux (troubles) chez les neurasthéniques, 190.
Génitale (neurasthénie), 222.
— (neurasthénie chez la femme), 226.
— (neurasthénie chez la femme, traitement), 276.
— (neurasthénie chez l'homme), 222.
— (phobies). 223.
Génitaux (troubles chez les neurasthéniques : traitement), 274.
Génito-urinaires (troubles chez les), 192.
Hérédité, 16.
— (chez les neurasthéniques), 196.
Hétérosuggestion (rôle étiologique), 15.
Hochement (tic de), 409.
Hurlement (tic), 410.
Hydrothérapie, 150.
Hypnose (cessation), 37.
— (conditions nécessaires), 37.
Hypnose (consentement), 39.
— (définition de Bernheim), 32.
— (degrés), 34.
— par fixation, 36.
— (production), 35.
— par suggestion, 35.
Hypnotisé, 38.
Hypnotiseur, 37.
Hypnotisme, 27.
— (agent anesthésique), 42.
— (agent thérapeutique), 40.
— (conception de Braid), 30.
— (conception de Faria), 30.
— (définition), 27.
— (école de Nancy), 31.
— (école de la Salpêtrière), 30.
— (historique), 27.
— (inconvénients), 44.
— (indications), 41.
— (magnétisme), 27.
— (rapports avec la suggestion), 32.
— (réglementation), 46.
— (dans le traitement des obsessions), 305.
Hypocondriaque (anorexie), 375.
Hypocondrie, 249.
Hypotonie (ataxie locomotrice), 493.
Hystérie (définition), 102.
— (L') et l'école de Nancy, 111.
— et l'école de la Salpêtrière, 107.
— (historique), 102.
— (nature de l'), 113.
Hystériques (accidents), 114
— (anorexie), 367.
— (caractères des accidents), 147.
— (contractures), 122.
— (crises), 120.
— (mentalité), 142.
— (paralysies), 122.
Hystéro-traumatisme, 181.
Idéatives (obsessions), 293.
Idiots (psychothérapie), 433.
Idiotie, 421.
— (considérations générales), 421.
— (degrés), 423.
— proprement dite, 424.
Images auditives (évocation), 467.
Imbécillité, 421, 424.
Impuissance, 223.
Impulsions (psychothérapie), 322.
Inanition dans l'anorexie mentale, 371.
Incontinence nocturne essentielle d'urines, 454.
— d'urines (suggestion indirecte), 459.
— d'urines (traitement par la psychothérapie), 457.
Infections (étiologie de la neurasthénie), 198.
Infirmier (son rôle dans le traitement des maladies mentales), 282.
Insomnie chez les neurasthéniques, 187.
— neurasthénique, (traitement), 279.
Instincts (éducation chez les idiots), 447.
Intellectuels (troubles) dans la mélancolie, 329.
Intelligence dans l'aphasie motrice, 468.
— chez les neurasthéniques, 194.
Internement, 287.
— dans la mélancolie, 351.
Interrogatoire des neurasthéniques, 258.
Intoxication, 234, 356.
— (étiologie de la neurasthénie), 198.
Isolement absolu, 91.
— (applications aux crises hystériques), 175.
— (avantages), 86.
— (critiques de la méthode), 93.
— (dans la cure de démorphinisation), 359.
— (historique), 85.
— à l'hôpital, 92.
— (dans la mélancolie), 351.
— dans la neurasthénie, 257.
— (pratique), 90.
— relatif, 91.
— (traitement de l'hystérie), 155.
— dans le traitement des obsessions, 310.
Jargonaphasie, 486.
Kraepelin (conception des

états mélancoliques), 342
Krouomanie, 410.
Langage intérieur (aphasie motrice avec troubles du), 465.
Léchage (tic du), 409.
Lecture mentale (troubles latents de la), 474.
— (rééducation dans l'aphasie motrice, 479.
— (troubles de la) dans l'aphasie motrice, 466.
Léthargie, 180.
Livres (persuasion par les), 82.
Mal obsédant, 295.
Maladies mentales, 280.
— mentales (traitement; considérations générales), 280.
Marche (rééducation dans l'ataxie locomotrice), 500.
Mariage des hystériques, 171.
Médecin (son rôle dans le traitement des maladies mentales), 280.
Médicamenteux (agents dans le traitement de l'hystérie), 151.
Mélancolie, 327.
— anxieuse, 334.
— (diagnostic), 249.
— (étiologie), 337.
— (évolution), 335.
— (formes), 332.
— (internement), 351.
— (isolement dans la), 351.
— (pathogénie), 337.
— (psychothérapie appliquée au traitement de la), 347.
— avec stupeur, 334.
Mélancolique (anorexie), 377.
— (conception des états), 340.
— (dépression), 334.
Mentale (anorexie), 364.
— (maladies), 280.
Mentalité des hystériques, 142.
— des tiqueurs, 405.
Mesmerisme, 88.
Méthode de Braid (hypnotisme), 36.
— de J. Breuer, 60.
— de démorphinisation, 360.
Méthode de Faria (hypnotisme), 35.
— médicale (classement des états inférieurs de l'intelligence), 432.
— pédagogique (classement des états inférieurs de l'intelligence), 431.
— psychologique (classement des états inférieurs de l'intelligence), 430.
— raisonnante, 65.
— sentimentale, 66.
Mimiques (tics), 409.
Miroir (mouvements en) dans le traitement des tics, 419.
Morphinisme, 357.
Morphinomanie, 356.
Morsure (tics de), 409.
Moteurs (troubles dans l'hystérie), 120.
Mouvements en miroir (dans le traitement des tics), 419.
Mutisme (hystérique), 180.
Mythomanie, 146.
Nature de l'hystérie, 113.
Négations (tics de), 409.
Néphroptose, 221.
Neurasthénie accidentelle, 201.
— cardiaque, 229.
— constitutionnelle, 204
— (diagnostic), 247.
— (formes), 200.
— génitale, 222.
— (limitation), 247.
— (pathogénie), 234.
— respiratoire, 233.
— (traitement), 184, 251
— vasculaire, 232.
Neurasthénique (anorexie), 375.
— (céphalée), 188.
— (cristallisation), 208.
— (rachialgie), 189.
— (syndrome), 185.
Névroses, 97.
— d'angoisse, 249, 257.
— (anormaux par), 427.
Nosophobie, 297.
Obsédant (mal), 295.
— (tic), 405.
Obsédés (état mental), 299.
Obsessions, 291.
— (caractères des), 291
— (étiologie), 302.
— (formes), 293.
— idéatives, 293.
— (psychothérapie), 304.
Occupation, 80.
Origine psychique de la neurasthénie, 240.
Panophobie, 297.
Paralysies hystériques, 122.
— hystériques (traitement), 178.
Paraphasie, 486.
Pawlow (expériences), 241.
Pédagogiques (arriérés), 428.
Persuasion, 64.
— active, 79.
— définition, 25.
— (formes), 65.
— dans la neurasthénie, 261.
— (pratique de la), 71.
— (traitement de l'hystérie), 166.
— dans le traitement de la neurasthénie, 254.
— dans le traitement des obsessions, 305.
Phobies, 297.
— accidentelles, 297.
— constitutionnelles, 297.
— neurasthéniques, 196, 207.
Phonatoires (tics), 410.
Pitres (méthode de rééducation des tics), 418.
Pollakiurie, 218.
— (traitement), 274.
Polygone de Grasset, 22.
Polyurie, 221.
Procédés d'hypnotisation, 35.
Production de la suggestion, 48.
Prophylactique (traitement) de l'hystérie, 167.
Prostatiques faux (traitement), 274.
Pseudo-entéropathies, 214.
— gastropathies, 211.
— organopathies digestives, 210.
— organopathies digestives (traitement), 267.
— organopathies urinaires, 217.
Psychiques (troubles dans l'hystérie), 126.
Psycho-analyse de Freud, 60.
Psychonévroses, 97.
— (caractères), 100.
Psychose maniaque dépressive, 345.
— maniaque dépressive (anorexie), 378.

Psychothérapie dans l'anorexie mentale, 384.
— (applications aux crises hystériques), 175.
— (définition), 1.
— indirecte (appliquée au traitement de l'hystérie), 150.
— (méthodes), 19.
— dans la neurasthénie, 257.
— philosophique, 69.
— (procédés), 19.
— rationnelle, 66.
— religieuse, 67.
— sentimentale, 67.
— dans le traitement des tics, 419.
— verbale, 72.
Physiques (agents) dans le traitement de l'hystérie, 150.
Ptoses viscérales, 191.
Puberté (anorexie mentale de la), 374.
Rachialgie (neurasthénique), 189.
Rééducation de l'attention, 80.
— morale, 81.
— morale (dans la neurasthénie), 255.
— des mouvements, 179.
— des tics, 417.
— (traitement des obsessions), 313.
— de la volonté, 79.
Régime (dans l'anorexie mentale, 387.
Rein mobile, 221.
Reniflement (tic du), 409.
Respiratoires (localisations ; traitement), 278.
— (neurasthénie), 233.
Rétention d'urine (neurasthéniques), 220.
Sensitifs (troubles), 118.
Simulation (rôle dans la genèse de l'hystérie), 140.
Sinistrose, 16.
Somatiques (troubles dans la mélancolie), 331.
Sommeil hypnotique (suggestion produite par le),34.
Sommeil hystérique, 180.
Sonde (alimentation par la), 393.
Stasobasophobie dans l'ataxie locomotrice, 494.
Station debout (rééducation dans l'ataxie locomotrice), 498.
Stupeur dans la mélancolie, 334.
Suggestibilité des hystériques, 143.
Suggestion (définition), 21.
— directe, 48.
— (inconvénients et avantages), 55.
— (indications thérapeutiques), 54.
— indirecte, 49.
— indirecte (historique), 50.
— indirecte (procédés), 52.
— indirecte (dans le traitement de l'incontinence d'urines), 459.
— (mécanisme), 53.
— médicamenteuse, 53.
— dans la neurasthénie, 252.
— (procédés), 48.
— (rôle dans la genèse de l'hystérie), 136.
— dans le sommeil anesthésique, 40.
— dans le sommeil naturel, 40.
— somnique, 40.
— (dans le traitement de l'hystérie), 163.
— (dans le traitement des obsessions), 305.
Surdité verbale 485.
— verbale pure, 492.
Surmenage, 197, 234.
Syndrome de Cotard, 366.
— mélancolique, 324.
— neurasthénique, 185.
Théorie physique de la neurasthénie, 234.
Tics, 402.
— coordonnés, 410.
— (définition), 402.
— (étiologie et pathogénie), 407.
— mimiques, 409.
— (maladie des), 411.
— obsédant, 405.
— (psychothérapie),419.
— (rééducation des), 417.
— (sémiologie), 402.
— (thérapeutique), 411.
Tiqueurs (éducation des), 415.
— (mentalité des), 405
Topoalgies, 354.
Torticolis mental, 409.
Toucher (délire du), 295.
Toxicomanies, 356.
Traumatisme, (rôle étiologique), 16.
Tremblement hystérique, 180.
Trismus mental, 409.
Trophiques (troubles), 114.
Troubles génitaux chez les neurasthéniques (traitement), 274.
— psychiques de l'hystérie, 126.
— urinaires (traitement), 273.
Urinaires (traitement des faux), 274.
— (neurasthénie), 217.
Vasculaire (neurasthénie), 232.
Vaso-moteurs (troubles chez les hystériques), 117.
Vertiges neurasthéniques, 192.
— neurasthénique (traitement), 279.
Veille (suggestion à l'état de), 48.
Viscéraux (troubles chez les hystériques), 117.
Volonté (modifications chez les neurasthéniques), 193.
Voyages (traitement des obsessions), 313.

TABLE DES MATIÈRES

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES 1

Définition 1
Maladies auxquelles s'adresse la psychothérapie 3

Étiologie générale des maladies nerveuses 4

Émotion et émotivité 4
Autosuggestion 15
Traumatisme 16
Hérédité, contagion, éducation 16
Complexes 17

PREMIÈRE PARTIE. — LES MÉTHODES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE. 19

CHAPITRE PREMIER. — **Suggestion** 21

Définition de la suggestion 21
Définition de la persuasion 25

I. — Suggestion pendant le sommeil 26

Historique 27

I. — *Production de l'hypnose* 35

1° Procédés d'hypnotisation 35

Hypnose par suggestion 35
Hypnose par fixation 36
Cessation de l'hypnose 37

2° Conditions nécessaires pour produire l'hypnose 37

L'hypnotiseur 37
L'hypnotisé 38
Du consentement 39
Suggestion dans le sommeil naturel 40
Suggestion dans le sommeil anesthésique 40

II. — *Hypnotisme agent thérapeutique* 40

1° Indications de l'hypnotisme 41
2° Hypnotisme agent anesthésique 42
3° Inconvénients de l'hypnotisme 44
4° Réglementation de l'hypnotisme 46
5° Résumé 47

II. — **Suggestion à l'état de veille** 48
I. — *Production de la suggestion* 48
1° Procédés de suggestion 48
Suggestion directe 48
Suggestion indirecte 49
2° Par quel mécanisme agit la suggestion 53
II. — *La suggestion agent thérapeutique* 54
1° Indications thérapeutiques de la suggestion 54
2° Inconvénients et avantages de la suggestion 55
III. — **Autosuggestion** 56
Définition 56
Rôle thérapeutique de l'autosuggestion 57
Méthodes dérivées de l'hypnotisme et de la suggestion 60
La psycho-analyse de Freud 60
Méthode de J. Breuer 60
Méthode de Freud 61
CHAPITRE II. — **Persuasion** 64
I. — *Les formes de la persuasion* 65
1° Psychothérapie médicale 66
Psychothérapie rationnelle 66
Psychothérapie sentimentale 67
2° Psychothérapie religieuse 67
3° Psychothérapie philosophique 69
II. — *Pratique de la persuasion* 71
1° Psychothérapie verbale 72
Règles générales 72
Entretiens psychothérapiques 76
2° Persuasion active. Rééducation de la volonté 79
Rééducation de la volonté 79
Rééducation des autres facultés 80
Psychothérapie chez les enfants 81
3° Les livres 82
4° Correspondance 83
CHAPITRE III. — **Isolement** 85
Historique 85
Avantages de l'isolement 86
Pratique de l'isolement 90
Isolement relatif 91
Isolement absolu 91
Isolement à l'hôpital 92
Critiques de la méthode 93

DEUXIÈME PARTIE. — TRAITEMENT DES MALADIES PAR LA PSYCHOTHÉRAPIE..... 97

PREMIÈRE SECTION. — **Psychonévroses**..... 97
Névroses..... 97
Psychonévroses..... 98

CHAPITRE PREMIER. — **Traitement de l'hystérie**..... 102

I. — **Définition de l'hystérie**..... 102
II. — **Nature de l'hystérie**..... 113
I. — *Accidents hystériques*..... 114
1° Troubles trophiques..... 114
2° Troubles vaso-moteurs..... 116
3° Troubles viscéraux..... 117
4° Troubles sensitifs..... 118
5° Troubles moteurs..... 120
Crises..... 120
Les paralysies et les contractures..... 122
6° Troubles psychiques..... 126
Résumé..... 126
II. — *Étiologie des accidents dits hystériques*..... 127
1° Rôle de l'émotion..... 127
Crises..... 127
Paralysie et contracture..... 133
2° Rôle de la suggestion..... 136
3° Rôle de la simulation..... 140
III. — *La mentalité des hystériques*..... 142
Suggestibilité..... 143
Stigmates de dégénérescence chez les hystériques..... 144
Mythomanie..... 145
Impossibilité de définir l'hystérie..... 146
Caractères des accidents hystériques..... 147

III. — **Psychothérapie appliquée au traitement de l'hystérie.** 150
TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE EN GÉNÉRAL..... 150
I. — *Psychothérapie indirecte*..... 150
Agents physiques..... 150
Agents médicamenteux..... 151
II. — *Psychothérapie proprement dite*..... 152
Examen clinique..... 152
1° L'isolement dans le traitement de l'hystérie..... 155
Historique..... 155
Rôle psychothérapique..... 157
Indications..... 161
2° Suggestion et persuasion..... 163
3° Distractions..... 166
4° Traitement prophylactique de l'hystérie..... 167

Prédispositions 168
Mariage 171

III. — *Traitement des manifestations hystériques en particulier* 172

1° Crises 172

Rôle de l'ambiance 172
Isolement et psychothérapie 175

2° Paralysies et contractures 178
3° Traitement des divers accidents hystériques 180

Épidémies 181
Hystéro-traumatisme 181

CHAPITRE II. — **Traitement de la neurasthénie** 184

I. — **Utilité de délimiter la neurasthénie** 184

I. — *Éléments fondamentaux du syndrome neurasthénique.* 185

Asthénie 186
Insomnie 187
Céphalée 188
Rachialgie 189
Troubles gastro-intestinaux 190
Troubles génito-urinaires 192
Vertiges 192
Troubles cardiaques, circulatoires 193
État mental des neurasthéniques 193

II. — *Étiologie* 196

Hérédité 196
Éducation 197
Contagion 197
Agents provocateurs 197

III. — *Des formes de la neurasthénie* 200

1° Neurasthénie accidentelle 201
2° Neurasthénie constitutionnelle 204

IV. — *Pseudo-organopathies. Cristallisations neurasthéniques* 208

1° Pseudo-organopathies digestives 210

Pseudo-gastropathies 211
Pseudo-entéropathies 214

2° Neurasthénie urinaire 217
3° Neurasthénie génitale 222

Neurasthénie génitale chez l'homme 222
Neurasthénie génitale chez la femme 226

4° Neurasthénie cardiaque 229
5° Neurasthénie vasculaire 232
6° Neurasthénie respiratoire 233

II. — **Pathogénie de la neurasthénie**..... 234
I. — *La neurasthénie est-elle une maladie de l'énergie?*.. 234
II. — *Origine psychique de la neurasthénie*..... 240
Expérience de Pawlow..... 241
Réactions physiques des émotions..... 243
Rôle de l'émotivité..... 245
III. — **Limitation et diagnostic de la neurasthénie**..... 247
États de dépression d'origine organique..... 247
Mélancolie..... 248
Hypocondrie..... 249
Névrose d'angoisse..... 249
Cyclothymie..... 249
IV. — **Traitement de la neurasthénie**..... 251
I. — *Traitement général*..... 251
1° Suggestion..... 252
2° Persuasion, rééducation morale..... 254
Règles générales..... 255
3° Psychothérapie et isolement..... 257
Neurasthénie accidentelle..... 257
Neurasthénie constitutionnelle..... 265
II. — *Traitement des localisations de la neurasthénie. Pseudo-organopathies*..... 267
1° Pseudo-organopathies digestives. Localisations gastriques..... 267
2° Localisations intestinales. Diarrhée. Constipation..... 271
3° Neurasthénie urinaire..... 273
4° Neurasthénie génitale..... 274
Chez l'homme..... 275
Chez la femme..... 276
5° Localisations respiratoires et cardio-vasculaires..... 278

DEUXIÈME SECTION. — **Maladies mentales**..... 280

CHAPITRE PREMIER. — **Considérations générales sur le traitement des maladies mentales**..... 280
1° Rôle du médecin..... 280
2° Rôle de l'infirmier..... 282
3° Traitement de l'aliéné à domicile..... 286
4° Internement..... 287
5° Assistance générale des aliénés..... 289

CHAPITRE II. — **Traitement des obsessions**..... 291
I. — **Caractères des obsessions**..... 291
I. — *Formes de l'obsession*..... 293
1° Obsessions idéatives..... 293
2° Phobies..... 297
II. — *État mental des obsédés*..... 299
III. — *Étiologie des obsessions*..... 302
IV. — *Évolution des obsessions*..... 302

II. — **Psychothérapie des obsessions** 304

Application des méthodes psychothérapiques au traitement des obsessions 305

1° Suggestion, hypnotisme, persuasion 305
2° Affirmation 307
3° Isolement 310
4° Changement de milieu, distractions, voyages 313
5° Rééducation 313
Rééducation du contrôle cérébral 314
6° Direction 317
Occupation 318
Éducation 321
7° La psychothérapie et les impulsions 322

CHAPITRE III. — **Traitement de la folie morale** 324

Sémiologie 324
Traitement 325

CHAPITRE IV. — **Traitement de la mélancolie** 326

I. — **Considérations cliniques sur la mélancolie** 327

I. — *Syndrome mélancolique* 327
II. — *Formes de la mélancolie* 332
Mélancolie avec délire 332
Mélancolie anxieuse 334
Mélancolie avec stupeur 334
Dépression mélancolique 334
III. — *Évolution de la mélancolie* 335
IV. — *Etiologie et pathogénie de la mélancolie* 337
V. — *Conception des états mélancoliques* 340
Conception ancienne 340
Conception kraepelinienne 341

II. — **Psychothérapie appliquée à la mélancolie** 346

1° Psychothérapie proprement dite 347
2° Isolement et internement 351

CHAPITRE V. — **Traitement des cœnestopathies** 354

CHAPITRE VI. — **Traitement des intoxications. — Toxicomanies** 356

Morphinomanie 356
Morphinisme 357
Abstinence 358
Cure de démorphinisation 359

CHAPITRE VII. — **Traitement de l'anorexie mentale** 364

I. — **Considérations cliniques** 364

I. — *Anorexies symptomatiques* 365
II. — *Anorexie mentale proprement dite* 367
1° Anorexie hystérique 367

Début 369
Période d'état 370
Période d'inanition 371
2° Anorexie mentale de la puberté 374
L'anorexie est un syndrome 375
Évolution 379
Pronostic 380
III. — *Étiologie* 381

II. — Thérapeutique de l'anorexie mentale 383

I. — *Psychothérapie* 384
1° A la troisième période 384
2° Aux deux premières périodes 389

II. — *Résultats du traitement* 390
Thérapeutique adjuvante 390
Pronostic 391
Anorexie symptomatique 392
Alimentation par la sonde 393

CHAPITRE VIII. — **Traitement de la confusion mentale** 395
Définition 395
Troubles psychiques 395
Troubles somatiques 397
Évolution 398
Pronostic 399
Traitement 400

CHAPITRE IX. — **Traitement des tics** 402

I. — **Considérations générales sur les tics** 402
Définition 402
Sémiologie 402
Mentalité des tiqueurs 405
Étiologie et pathogénie 407
Principaux tics 409

II. — **Thérapeutique des tics** 411
1° Traitement général 411
2° Méthode de psychothérapie 415
Éducation 415
Rééducation 416
Suggestion 417
Méthode de rééducation psychomotrice 417

CHAPITRE X. — **Les enfants anormaux. Idiotie. Imbécillité. Arriération mentale. Écoliers anormaux** 421

I. — **Considérations générales sur l'idiotie** 421
Les degrés de l'idiotie 423
1° Idiotie proprement dite 424
2° Imbécillité 424

3° Arriération intellectuelle..... 425
1° Arriération intellectuelle proprement dite..... 426
2° Anormaux par névrose..... 427
3° Anormaux moraux..... 428
4° Arriérés pédagogiques..... 428

II. — **Psychothérapie des idiots et des enfants anormaux..** 433
I. — *Historique*..... 433
II. — *Base psychologique du traitement et de l'éducation rationnelle des idiots*..... 435
III. — *Éducation spéciale*..... 438
1° Éducation des sens et de l'attention..... 440
1° Sens de la vue..... 440
2° Éducation de la main et de l'œil..... 441
3° Éducation de l'ouïe..... 441
4° Éducation de l'odorat et du goût..... 442
5° Éducation du sens du toucher..... 442
2° Éducation physiologique de la vie organique..... 443
3° Éducation de la parole..... 444
4° Éducation psychologique..... 444
5° Classes..... 445
6° Éducation des instincts..... 447
7° Éducation physique..... 447
8° Éducation professionnelle..... 447
Résumé..... 447
IV. — Assistance des enfants anormaux..... 450

Chapitre XI. — **Traitement de l'incontinence nocturne essentielle d'urines ou enuresia nocturna**..... 454
Définition..... 454
Symptomatologie..... 454
Thérapeutique..... 457

Troisième section. — **Maladies organiques du système nerveux**..... 461

Chapitre premier. — **Traitement des aphasies**..... 461

I. — **Considérations générales sur les aphasies**..... 461
II. — **Aphasie motrice**..... 464
I. — Aphasie motrice avec troubles du langage intérieur. 465
1° Étude clinique et psychologique..... 465
Parole..... 465
Lecture. Troubles de la lecture..... 466
Évocation des images auditives..... 467
Intelligence..... 468
Évolution..... 469
Physiologie pathologique..... 471
2° Rééducation de l'aphasie motrice..... 475
Rééducation de la parole..... 476
Enseignement des mots..... 478

Rééducation de la lecture..... 479
Rééducation de l'écriture..... 479
Résumé. Exemples..... 480
II. — Aphasie motrice pure..... 483
III. — Aphasie sensorielle..... 485
1° Étude clinique et psychologique..... 485
Surdité verbale..... 485
Cécité verbale..... 485
Troubles de la parole..... 485
Agraphie..... 486
2° Rééducation de l'aphasie sensorielle..... 487
IV. — Cécité verbale pure..... 489
Symptomatologie..... 489
Rééducation..... 490
V. — Surdité verbale pure..... 492

CHAPITRE II. — **Traitement de l'ataxie locomotrice**..... 493
I. — Considérations générales sur l'ataxie..... 493
II. — Méthodes de rééducation..... 496

CHAPITRE III. — **Traitement de la chorée de Sydenham**.... 503
Nature organique de la chorée de Sydenham..... 503
Indications thérapeutiques..... 504



15036-11. — CORBEIL. Imprimerie CRÉTÉ.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille, à Paris

BIBLIOTHÈQUE
DU
Doctorat en Médecine



Publiée sous la direction
DE

A. GILBERT
Professeur à la Faculté
de médecine de Paris.
ET
L. FOURNIER
Médecin des Hôpitaux de Paris.



30 vol. petit in-8 de 500 à 750 p., avec de nombreuses fig. noires et coloriées.

La somme des connaissances exigées aujourd'hui de l'étudiant en médecine pour l'obtention du titre de docteur et du praticien est considérable ; elle s'accroît constamment du fait des progrès chaque jour accomplis dans le domaine médical.

Il n'existait pas, cependant, une collection d'ouvrages correspondant exactement aux programmes nouveaux composant TOUTES les matières et RIEN QUE les matières du doctorat en médecine. Trop de Précis encombrent la littérature médicale: beaucoup ne sont que de lourdes compilations où l'expérience de l'auteur fait défaut.

La collection de Précis dont la librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS entreprend la publication, sous l'habile direction du professeur GILBERT, contraste heureusement avec ces manuels impersonnels, bons peut-être pour repasser, mais incapables d'apprendre.

Cette nouvelle collection est faite pour réhabiliter les Précis dans le monde médical : ce sont en réalité des œuvres originales où ceux-là mêmes qui enseignent les diverses branches des sciences médicales résument, pour le plus grand profit des lecteurs, leur cours, fruit d'une expérience réfléchie et d'un enseignement travaillé. Ils sont conçus dans un esprit utilitaire : pas d'historique ni de bibliographie, pas de théorie, beaucoup de pratique.

Après avoir dressé le plan détaillé de la « Bibliothèque du Doctorat », les directeurs se sont efforcés de trouver, pour chaque partie, le collaborateur le plus nettement désigné, celui qui, de l'aveu universel, parut le plus capable de mettre au point la somme des connaissances que doivent posséder l'étudiant et le praticien.

Grâce à l'autorité du directeur, cette Bibliothèque formera un tout *homogène* répondant à un plan mûrement réfléchi; grâce au choix des collaborateurs, comprenant *vingt-trois professeurs et professeurs agrégés de nos Facultés de médecine et vingt médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris*, elle reflétera exactement l'état actuel des sciences médicales, et en particulier l'enseignement de la Faculté de Paris.

De leur côté, les éditeurs ont tout fait pour que la « Bibliothèque du Doctorat » se présentât sous un aspect capable de satisfaire les bibliophiles les plus délicats, et pour qu'aucun reproche ne pût se justifier tant au point de vue de l'impression du texte imprimé en caractères, neufs sur satin, que de la reproduction des figures dessinées ou photographiées sous les yeux des auteurs et reproduites par les procédés les plus perfectionnés. Enfin elle se présente sous un élégant cartonnage souple, rouge et blanc.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille, PARIS

Bibliothèque du Doctorat en Médecine

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

A. GILBERT & **L. FOURNIER**
Professeur à la Faculté de médecine de Paris. — Médecin des hôpitaux de Paris.

30 vol. petit in-8 de 500 à 750 pages, avec nombreuses figures, noires et coloriées.

Premier examen.

ANATOMIE — DISSECTION — HISTOLOGIE

Anatomie, 3 vol.	Grégoire...	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	
Histologie	Branca	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris..	15 fr.

Deuxième examen.

PHYSIOLOGIE — PHYSIQUE ET CHIMIE BIOLOGIQUES

Physique médicale	Broca	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	12 fr.
Chimie biologique	Desgrez....	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	
Physiologie	.....	.....	

Troisième examen.

I. MÉDECINE OPÉRATOIRE ET ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE — PATHOLOGIE EXTERNE ET OBSTÉTRIQUE

Anatomie topographique	Soulié.....	Prof. adjoint à la Fac. de méd. de Toulouse.	16 fr.
Pathologie externe, (4 vol.)	Faure, Ombrédanne.....	Prof. agrégés à la Fac. de méd. de Paris.	chaque volume 10 fr.
	Chevassu, Schwartz.....		
	Alglave.....	Chirurgien des hôpitaux de Paris.	
	Cauchoix, Mathieu.....	Chefs de cl. à la Fac. de méd. de Paris.	
Médecine opératoire	Lecène.....	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	10 fr
Obstétrique	Fabre	Professeur à la Faculté de méd. de Lyon.	16 fr

II. PATHOLOGIE GÉNÉRALE — PARASITOLOGIE — MICROBIOLOGIE — PATHOLOGIE INTERNE — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pathologie générale	Claude..... Camus.....	Prof. agrégés à la Fac. de méd. de Paris.	12 fr.
Parasitologie	Guiart.....	Prof. à la Faculté de médecine de Lyon.	12 fr.
Microbiologie	Dopter et Sacquépée.	Prof. agrégés au Val-de-Grâce.	
Pathologie interne (4 vol.)	Gilbert, Widal.....	Prof. à la Fac. de méd. de Paris.	chaque volume 10 fr.
	Castaigne, Claude, Lœper, Rathery.	Prof. agr. à la Fac. de méd. de Paris.	
	Garnier, Jomier, Josué, Paisseau, Ribierre.....	Médecins et anc. int. des hôp. de Paris.	
	Dopter.....	Prof. agrégé au Val-de-Grâce.	
Anatomie pathologique	Achard et Lœper..	Prof. et Agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	12 fr.

Quatrième examen.

THÉRAPEUTIQUE — HYGIÈNE — MÉDECINE LÉGALE — MATIÈRE MÉDICALE — PHARMACOLOGIE

Thérapeutique	Vaquez....	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	10 fr.
Hygiène	Macaigne...	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	10 fr.
Médecine légale	Balthazard.	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	12 fr.
Matière médicale et Pharmacologie	.....	.....	

Cinquième examen.

I. CLINIQUE EXTERNE ET OBSTÉTRICALE — II. CLINIQUE INTERNE

Dermatologie et Syphiligraphie...	Jeanselme .	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	
Ophtalmologie	Terrien. ...	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	12 fr.
Laryngologie, Otologie, Rhinologie.	Sebileau ...	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	
Psychiatrie	Dupré	Prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris.	
	Camus.....	Médecin des asiles d'aliénés.	
Maladies des Enfants	Apert.....	Médecin des hôpitaux de Paris.....	10 fr.

Les quinze volumes parus sont soulignés d'un trait noir.



PRÉCIS
DE
Physique médicale

PAR

le Dr André BROCA
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

1 volume petit in-8, de 634 pages, avec 379 figures.
Cartonné : **12** fr.

Les sciences physiques prennent chaque jour une part plus grande dans les applications médicales, et les médecins ont de plus en plus besoin d'un guide pour comprendre ces applications. Pour les applications médicales de la physique, l'enseignement secondaire et le certificat d'études fournissent au médecin les bases suffisantes; mais ces enseignements ne donnent pas les applications médicales.

M. Broca rappelle dans son livre ce qu'il y a d'indispensable dans les théories physiques fondamentales pour comprendre les applications pratiques; c'est qu'en effet les souvenirs des études secondaires s'effacent à mesure qu'on avance en âge, et on a besoin de se les remettre en mémoire au moment de l'application. Mais un simple rappel ne doit pas prendre l'ampleur d'une démonstration et la partie purement physique de cet ouvrage a été réduite à une courte évocation de souvenirs, pour éviter au lecteur de se reporter à d'autres ouvrages souvent trop étendus pour le but à atteindre.

M. Broca a également supprimé un grand nombre d'appareils dont la description entraîne à des longueurs considérables, et dont les figures font trop ressembler un traité de physique à un catalogue de constructeurs.

Dans un précis comme celui-ci, la pratique doit tenir une place prépondérante, aussi l'auteur a-t-il élagué un grand nombre de résultats expérimentaux aujourd'hui classiques, lorsqu'ils n'ont pas d'application pratique directe.

Il a, au contraire, donné des indications succinctes sur les principales applications médicales de la physique et en particulier de l'électricité. Sans avoir voulu faire ainsi un traité d'électrothérapie, il a donné les principes qui permettront au médecin non spécialiste de savoir dans quel cas il pourra songer à faire traiter ses malades par un spécialiste autorisé, ou à essayer lui-même un traitement parfois très simple.

En mécanique, il s'est efforcé de donner les principes indispensables pour permettre à un médecin de régler les exercices physiques de ceux dont il dirige l'hygiène.

Parmi les phénomènes physico-chimiques, il a consacré un chapitre à des phénomènes non encore classiques, ceux auxquels sont soumis les corps colloïdes stables. L'importance médicale considérable du sujet lui a semblé nécessiter ces indications quoique cette partie de la science ne soit pas complètement faite.

Ce livre ne sera pas seulement utile aux étudiants en médecine pour préparer leurs examens.

Les médecins lancés dans la pratique trouveront parfois utile de feuilleter ce livre pour se remettre en mémoire les principes forcément un peu loin d'eux, et cependant si utiles de l'hygiène et de la thérapie physiques.

Précis d'Histologie

PAR

le Dr A. BRANCA

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Deuxième édition.

1 vol. petit in-8 de 755 pages, avec 390 figures. Cartonné..... 15 fr.

Grâce au perfectionnement des méthodes techniques, l'histologie moderne se livre à une étude de plus en plus pénétrante des phénomènes de la vie cellulaire.

Non contente de savoir ce qu'est une cellule, comment elle naît, comment elle évolue, elle tend à rechercher pourquoi cette cellule a telle ou telle structure, pourquoi elle fonctionne de telle ou telle façon, pourquoi elle évolue dans tel ou tel sens.

On n'étudie plus seulement la cellule adulte, mais l'évolution de la cellule. L'histologie n'est plus seulement une science d'observation ; c'est encore une science expérimentale. Morphologique par les procédés qu'elle met en œuvre, elle est physiologique par le but vers lequel tendent tous ses efforts et, pour elle, le comment est le préambule du pourquoi.

Tel est le point de vue tout à fait moderne sous lequel le Dr Branca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, expose l'histologie.

Ce livre, écrit pour les étudiants, est un précis élémentaire où sont résumées les notions essentielles qui concernent la cellule, les tissus et les organes.

L'auteur s'est attaché à l'exposé des *faits histologiques*. C'est dire qu'il a réduit au minimum les discussions théoriques que soulève l'interprétation de ces faits. En revanche, les grandes notions de l'histogenèse y sont passées en revue, et l'auteur ne manque jamais d'indiquer les modifications de structure qui caractérisent les diverses étapes de l'activité cellulaire.

Ce précis est court, quoique l'histologie contemporaine y soit exposée d'une façon complète, sinon détaillée. L'auteur l'eût pourtant voulu plus court encore. Mais on n'oubliera pas que l'histologie est une science en pleine évolution, et les sciences faites sont les seules qu'on résume en quelques propositions.

Le texte est abondamment illustré. Les schémas y sont rares : sous prétexte de clarté, ils déforment trop souvent le souvenir que l'œil garde d'une préparation, si bonne soit-elle : l'auteur leur a donc substitué des dessins d'après nature, presque tous originaux.

La seconde édition de ce Précis a subi, dans toutes ses parties, de nombreux remaniements. Elle s'est accrue d'une série de chapitres nouveaux. L'histoire des mitoses de maturation, les premiers développements de l'embryon, les annexes fœtales comptent parmi les additions que l'auteur a jugées indispensables



PRÉCIS

DE



Pathologie Externe

PAR

les Drs FAURE, OMBRÉDANNE,
CHEVASSU, SCHWARTZ
Professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris

le Dr ALGLAVE
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

les Drs CAUCHOIX, MATHIEU
Chefs de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

4 volumes petit in-8 de chacun 500 pages avec figures coloriées, cartonnés.
Chaque volume..... **10** fr.

Poitrine et Abdomen

Par **L. OMBRÉDANNE**
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

1 volume petit in-8 de 496 pages, avec 186 figures coloriées.
Cartonné..... **10** fr.

Organes Génito-Urinaires

PAR LES DOCTEURS

SCHWARTZ
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris.

ET

MATHIEU
Chef de clinique
à la Faculté de médecine de Paris.

1911, 1 vol. petit in-8 de 432 pages, avec 200 fig. noires et coloriées, cart. **10** fr.

PRÉCIS

DE

Médecine Opératoire

PAR

le Dr LECÈNE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

1 vol. petit in-8 de 325 pages, avec 321 photogravures. Cartonné.... 10 fr.

Ce Précis de médecine opératoire est un manuel d'amphithéâtre à l'usage des étudiants : c'est un livre essentiellement pratique. En l'écrivant, M. Lecène n'a eu qu'un seul but : être clair, faire bien comprendre à l'élève les différents temps, toujours bien réglés, d'une opération cadavérique et surtout lui enseigner avec précision les différentes attitudes qu'il devra adopter, pour exécuter commodément et correctement l'opération. M. Lecène a remarqué que c'était justement cette notion précise des attitudes de l'opérateur et de son aide qui échappait le plus aux élèves. Il suffira à l'élève consciencieux de lire attentivement le texte et surtout de regarder avec soin les très nombreuses figures qui l'accompagnent et qui ont été toutes faites sur des documents photographiques, pour qu'il sache d'emblée comment il doit se placer, lui et son aide, et comment il doit procéder, temps par temps, pour exécuter correctement l'opération.

On trouvera dans ce Précis la description des *opérations cadavériques réglées dans tous leurs détails et consacrées par l'usage*, c'est-à-dire les ligatures, les désarticulations et les amputations et résections typiques. Cette médecine opératoire classique est la base essentielle de l'éducation *manuelle* du futur chirurgien. Cette médecine opératoire cadavérique possède deux grands avantages : tout d'abord, elle fait revoir à l'étudiant les différentes régions et c'est ainsi une excellente leçon *d'anatomie topographique appliquée;* en second lieu, elle apprend à l'élève à se servir de ses doigts, à être adroit, à tenir correctement son bistouri, à bien placer une ligature, à rechercher et à trouver, pendant l'opération, les points de repère précis qui progressivement le conduisent sur l'organe qu'il veut découvrir. Il faut que tous les temps d'une opération cadavérique quelconque, ligature d'artère, désarticulation ou résection typique, soient successivement, méthodiquement et correctement exécutés : *c'est seulement à cette condition qu'une ligature d'artère ou une désarticulation typique seront des exercices utiles et profitables pour les étudiants.*

Les futurs médecins, en répétant les ligatures et les désarticulations, auront réappris leur anatomie topographique et de plus auront acquis une certaine dextérité manuelle. Pour les futurs chirurgiens, qui devront répéter cent fois ces exercices élémentaires, cette médecine opératoire classique, conventionnelle, sera un exercice des plus utiles, indispensable même comme préparation à l'exécution ultérieure des véritables opérations sur le vivant.

PRÉCIS

D'

Obstétrique



PAR

le Dr FABRE

Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon.
Accoucheur des Hôpitaux de Lyon.

1 volume petit in-8 de 764 pages, avec 466 figures. Cartonné..... 16 fr.

Le *Précis d'Obstétrique* que vient de publier le professeur Fabre, va prendre de suite une place importante dans la littérature obstétricale. C'est un ouvrage dont on ne pourra plus se passer.

Séduisant à l'œil, bien imprimé sur papier glacé, il frappe d'abord l'attention par ses 460 figures, toutes originales, toutes claires et précises. Le professeur Fabre a consacré un soin tout spécial à l'illustration de son livre; il a voulu des figures qui, une fois vues, se graveront pour toujours dans la mémoire de l'étudiant et du praticien.

Le texte ne le cède en rien aux figures. C'est un excellent exposé de l'enseignement classique de l'Obstétrique.

Écrit pour les étudiants qui ont tout à apprendre et pour lesquels aucun détail utile n'a été négligé, pour les praticiens et les sages-femmes qui souvent ont besoin d'un guide au milieu des difficultés de la pratique, ce livre sera certainement bien accueilli, parce qu'il sera considéré par tous comme un livre de première nécessité.

La nouveauté du plan conçu par un maître dans l'art d'enseigner, la lumineuse clarté de l'exposé des faits utiles, l'abandon des discussions et des théories tombées dans l'oubli, l'exactitude rigoureuse des figures, telles sont les qualités maîtresses de cet ouvrage, à [qui l'on peut prédire un grand succès.

PRÉCIS

d'Anatomie Topographique

PAR

le Dr SOULIÉ

Professeur adjoint à la Faculté de médecine de Toulouse.

1 vol. petit in-8 de 734 pages, avec 246 fig., noires et coloriées, cartonné. **16** fr.

Ce Précis est un exposé aussi simple et aussi clair que possible de l'anatomie topographique. L'auteur s'est proposé de décrire, avec les noms et les limites généralement adoptées, les régions qui sont les divisions naturelles ou conventionnelles du corps humain. Il indique, au cours de ses descriptions, tous les repères utiles et toutes les données d'utilisation pratique. Une part importante a été faite à l'étude des formes extérieures. Quelques notions générales sur les proportions sont inséparables de cette étude des formes extérieures; car comment apprécier les déformations et les disproportions, si l'on n'a pas une idée exacte de ce qu'est l'homme normal?

L'anatomie topographique suppose une connaissance assez étendue de l'anatomie descriptive qu'elle complète sans la remplacer. « Il ne s'agit pas d'une manière différente de présenter la même chose, et ce n'est pas faire de l'anatomie topographique que de présenter l'anatomie descriptive par région. La région existe par elle-même, et on doit la comprendre, comme ayant sa constitution propre, ses fonctions spéciales et même ses maladies particulières.

Si l'on reste dans le véritable domaine de l'anatomie topographique, la question de savoir si elle doit être médicale ou chirurgicale ne se pose pas. En réalité, elle est l'une et l'autre, puisqu'elle doit fournir au praticien médecin ou chirurgien, tous les renseignements, toutes les données anatomiques nécessaires tant au point de vue de la sémiologie et du diagnostic que des interventions thérapeutiques. La connaissance de la topographie thoraco-abdominale est aussi indispensable au médecin que la notion des repères pour la découverte des artères ou des nerfs au chirurgien. M. Soulié s'est efforcé d'apporter partout la précision anatomique la plus absolue. C'est dans ce but que toutes les figures, originales, ont été dessinées, d'après nature, en vraie grandeur, et réduites dans une proportion simple (un demi, un tiers, un quart, etc.), de façon à permettre, le cas échéant, quelques mensurations. Elles sont, la plupart, imprimées en plusieurs couleurs, ce qui facilite singulièrement leur compréhension.

L'auteur n'a pas voulu faire un manuel que l'élève feuillette à la hâte pour préparer un examen; il s'est proposé d'écrire un Précis d'anatomie des régions à la fois pour l'étudiant et pour le médecin qui sera certain de retrouver facilement les notions exactes d'anatomie topographique dans la pratique courante.



PRÉCIS

DE

Pathologie Générale



PAR

le Dr H. CLAUDE ET le Dr J. CAMUS

Professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris.

1 volume petit in-8 de 682 pages, avec 147 figures. Cartonné..... 12 fr.

La Pathologie générale, d'après la définition qu'en donnent MM. H. Claude et Jean Camus est l'ensemble des principes qui régissent les processus morbides dans leurs grandes lignes, dans leurs causes, dans leur évolution, dans leur terminaison; elle est en quelque sorte la « philosophie de la médecine ». « Dans la série des études médicales, la pathologie générale se place à la fois au commencement et à la fin : au commencement pour servir de guide à l'étudiant et l'empêcher de se perdre dans les détails; à la fin, pour permettre au médecin de grouper, de synthétiser ses connaissances. »

« La Pathologie générale, dit M. Roger, représente la synthèse, c'est-à-dire la partie la plus élevée des sciences médicales, elle en est l'introduction, elle en est le couronnement. » MM. H. Claude et Jean Camus ont divisé leur ouvrage en quatre grandes parties : 1° Pathologie générale des cellules; 2° Pathologie générale des tissus; 3° Pathologie générale des grands appareils; 4° Pathologie générale de l'organisme. Cette division si simple est proposée pour la première fois dans un ouvrage de Pathologie générale. Dans la première partie sont étudiées les réactions des cellules en face des agents physiques et chimiques, en face des microbes (infection, immunité), les atrophies, les hypertrophies, les dégénérescences cellulaires. Dans la seconde partie, sont traitées les formes de l'inflammation et les tumeurs. Dans la troisième partie, les auteurs étudient les procédés d'exploration des grands appareils (circulatoire, respiratoire, digestif, système nerveux, etc.), avec leurs insuffisances fonctionnelles et le retentissement de ces dernières sur le reste de l'organisme. Dans la quatrième partie sont envisagées l'hérédité, les maladies de la nutrition, la fièvre, l'hypothermie, les maladies d'après l'évolution, les synergies morbides.

Élèves du professeur Bouchard, MM. H. Claude et Jean Camus ont tenu à exposer ses importants travaux sur les maladies infectieuses, les auto-intoxications, les maladies de la nutrition, etc.

Le lecteur sera heureux de trouver dans ces pages le reflet de l'enseignement de ce maître éminent.

Le but des auteurs a été avant tout de faire un ouvrage pratique et utile pour les étudiants et les médecins praticiens, écartant le plus possible ce qui n'est pas assis et solide, sans toutefois cependant repousser entièrement les vues nouvelles qui seront peut-être la science de demain.

PRÉCIS

DE

Parasitologie



PAR

le Dr GUIART

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

1 vol. petit in-8 de 628 pages, avec 549 figures noires et coloriées. Cart. **12** fr.

La parasitologie est devenue, depuis un quart de siècle, une des branches importantes de la médecine. Le professeur R. Blanchard est de ceux qui ont le plus contribué à son développement et son *Traité de zoologie médicale* a été l'ouvrage indispensable à ceux qui voulaient étudier cette science. Nous ne pouvions mieux nous adresser qu'à son élève le professeur Guiart, qui a su synthétiser les idées du maître, tout en leur imprimant le cachet de sa personnalité.

Ce Précis englobe l'étude des parasites végétaux et animaux, à l'exclusion des Bactéries, qui feront l'objet d'un autre volume de cette collection. Mais si l'auteur a dû suivre l'ordre de la classification botanique et zoologique, il n'a pas craint de modifier cette classification pour l'adapter aux besoins de la médecine et faciliter aux étudiants l'étude de l'Histoire naturelle.

Aussi est-ce plutôt un Précis des maladies parasitaires, l'auteur, à propos de chaque parasite, étudiant la maladie qu'il détermine, envisageant tour à tour la symptomatologie, l'anatomie pathologique, la pathogénie, l'étiologie, le traitement et la prophylaxie. Pour arriver à ce résultat, l'auteur a eu l'excellente idée de laisser de côté les parasites douteux et peu connus, qu'on ne peut demander à un examen, pour s'appesantir sur les plus importants et donner ainsi à leur étude tous les développements qu'elle comporte.

En un mot il s'agit d'un livre original, ressemblant bien peu aux ouvrages similaires et que le professeur Guiart a su mettre à la portée des étudiants avec toute l'autorité que lui donnent douze années d'enseignement théorique et pratique dans les Facultés de Médecine de Paris et de Lyon.

PRÉCIS

DE

Thérapeutique



PAR

le Dr VAQUEZ

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital St-Antoine.

1 volume petit in-8 de 500 pages. Cartonné : **10 fr.**

La thérapeutique ne peut pas s'apprendre seulement au lit du malade. La clinique thérapeutique n'est qu'une partie de cette science, et avant de faire de la thérapeutique appliquée, l'étudiant doit connaître la *matière médicale*, qui en est la base, et l'*action pharmacodynamique* des médicaments qui en est la raison d'être.

Un ouvrage d'enseignement de la thérapeutique doit donc faire entrer dans son cadre la matière médicale et la pharmacodynamie. Mais pour que cet ouvrage reste dans les limites d'un précis où l'étudiant puisse, au moment voulu, trouver le renseignement nécessaire pour l'intelligence du cours qu'il aura suivi et la préparation de l'examen qu'il aura à passer, il faut que cet ouvrage soit soigneusement pondéré, et ne tombe pas, sous prétexte d'être complet, dans un écueil non moins grave, la diffusion.

M. Vaquez a su rester à la fois complet et concis, et son *Précis de thérapeutique* sera le guide sûr, clair et succinct, que l'étudiant devra toujours avoir sous la main pour suivre avec fruit le cours du professeur et passer ensuite avec succès son examen.

La difficulté était grande, si l'on veut bien réfléchir que la thérapeutique ne comprend pas seulement les médicaments chimiques, minéraux, organiques ou végétaux, mais qu'elle s'étend aujourd'hui à ces substances préparées de toutes pièces par l'organisme lui-même (opothérapie et sérothérapie), et qu'elle emprunte également aux agents physiques des ressources innombrables.

Pour arriver à ce résultat, en apparence paradoxal, de réduire aux dimensions d'un simple précis une science aussi vaste et chaque jour plus étendue, M. Vaquez s'est astreint à réduire la matière médicale à une simple revue, devant rappeler à l'étudiant l'enseignement plus complet qu'il trouvera dans un autre ouvrage, et à élaguer de la pharmacodynamie tout ce qui est sujet à controverses, pour ne conserver que ce qui est définitivement acquis à la science, et en fixant par des exemples typiques les indications thérapeutiques générales du médicament, avec son mode d'emploi et ses doses usuelles.

Ce précis, court et élémentaire, fera prendre goût à la thérapeutique; en évitant aux étudiants les chemins un peu arides où ont dû passer leurs maîtres pour asseoir la thérapeutique sur ses bases actuelles, il lui montrera seulement la certitude et l'importance des résultats obtenus dans une branche de l'art médical qui est, en somme, la plus pratique, et, par suite, la plus intéressante de la médecine.

Précis d'Hygiène

PAR

le Dr MACAIGNE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

1 volume petit in-8 de 427 pages avec 121 figures. Cartonné ..... 10 fr.

Nul n'était mieux qualifié que le docteur MACAIGNE pour ordonner, condenser et mettre au point les innombrables travaux publiés dans ces dernières années, et pour réunir dans un ouvrage concis et clair, facile à lire et agréable à consulter, l'ensemble des connaissances que doit posséder tout étudiant en médecine, et aussi tout médecin praticien.

Après avoir défini l'hygiène et son double objectif : l'éducation de l'individu et sa protection contre les causes de maladies, après avoir insisté sur les obligations que la vie collective crée à l'homme, et sur l'importance que l'hygiène publique, organisée pour la protection, a prise dans les préoccupations actuelles de la vie sociale, le Dr MACAIGNE divise l'étude de l'hygiène en trois parties : hygiène générale, hygiène individuelle, hygiene sociale.

L'Hygiène générale comprend l'étude des milieux extérieurs envisagés à deux points de vue : d'une part l'influence qu'ils exercent sur la santé de l'organisme humain ; d'autre part, la manière dont les hommes les utilisent pour leurs besoins. Ce sont d'abord les chapitres sur le sol, l'atmosphère, les climats, les eaux. Les divers procédés de purification des eaux sont étudiés avec soin. Il en est de même de l'hygiène de l'habitation, où sont envisagées toutes les questions relatives à la construction, à l'aération, au chauffage, à l'éclairage, aussi bien pour les habitations privées que pour les écoles, ateliers, casernes, hôpitaux. Le dernier chapitre est consacré à l'importante question de l'évacuation et de la destruction des ordures ménagères, excréments, etc.

L'Hygiène individuelle comprend l'exposé méthodique, pour les divers organes, des règles qui conviennent au développement, à l'entretien, au fonctionnement et au perfectionnement de chacun d'eux. Signalons les développements consacrés à l'hygiène du nouveau-né, à la balnéation, aux vêtements, aux exercices physiques, à l'alimentation, à l'éducation.

L'Hygiène sociale a pris de nos jours une importance considérable ; elle embrasse des intérêts complexes et généraux ; elle est souvent étayée et fortifiée par la loi, et s'impose alors avec la rigueur de cette loi. Elle a pour but la préservation de la santé publique. Elle comprend plus particulièrement l'étude des conditions d'hygiène spéciales à divers groupes sociaux, tels que les écoliers, les ouvriers, les malades, dont l'état de santé intéresse la société entière. Toutes les questions se rapportant à l'*Hygiène scolaire* sont étudiées avec le plus grand soin. L'hygiéniste n'a pas seulement à intervenir pour donner les indications nécessaires pour la construction et l'aménagement de l'école, et pour éviter le développement des maladies transmissibles. Le médecin doit être associé au pédagogue dans la direction, la surveillance et le contrôle du développement physique, intellectuel et moral de l'enfant. De même l'*Hygiène industrielle* a pour but de protéger le travailleur et de le défendre contre les multiples causes de maladies. Les conditions hygiéniques du travail et de la vie de l'ouvrier et les diverses maladies professionnelles sont successivement passées en revue. Enfin, un dernier chapitre est consacré à la *Prophylaxie générale des maladies transmissibles* : après avoir développé les diverses questions concernant l'isolement (à l'hôpital et à domicile) et la désinfection, l'auteur étudie l'étiologie et le mode de transmission des maladies contagieuses, et indique pour chacune d'elles les mesures propres à éviter leur diffusion. L'exposé de la *Législation sanitaire* termine l'ouvrage.

Le Dr MACAIGNE a eu le mérite de grouper et de condenser en 400 pages un exposé très complet et très clair des multiples questions qui se rattachent à l'hygiène.



PRÉCIS de Médecine légale

PAR

le Dr BALTHAZARD

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Deuxième édition

1 vol. petit in-8 de 612 p., avec 316 fig. noires et coloriées. Cartonné. **12 fr.**

Le Dr Balthazard s'est efforcé de rédiger un Précis où l'étudiant, le praticien, le médecin-légiste et même le magistrat puissent trouver des indications précises dans toutes les circonstances où la justice fait appel au concours des sciences médicales et biologiques,

Tout d'abord, se conformant au nouveau programme des études médicales, l'auteur a introduit dans ce volume des notions de législation médicale, et la première partie traite de l'*exercice de la profession médicale,* de la *responsabilité médicale* et du *secret professionnel.*

Le chapitre relatif à l'*asphyxie par l'oxyde de carbone*, si importante en médecine légale, a été développé et complété par la notion du *coefficient d'intoxication*, déduite des recherches poursuivies par l'auteur avec Nicloux.

Pour pouvoir apprécier sainement la nature des blessures qu'il constate, le médecin légiste doit connaître les instruments et les armes utilisés pour les produire, ceci justifie l'exposé fait des divers modèles de *revolvers*, des divers types de *munitions.* Il a paru également indispensable de donner des détails sur les *tatouages produits par les diverses poudres.*

Par l'importance qu'ils ont pris dans la pratique médico-légale, les *accidents du travail* méritaient d'être étudiés dans un chapitre spécial, et non plus comme un cas particulier des traumatismes. La législation du 9 avril 1898, modifiée par les lois du 22 mars 1902 et du 31 mars 1905, a élé exposée et commentée dans toutes ses dispositions. La question si délicate des états antérieurs est indiquée ainsi que l'état des connaissances relatives aux *hernies accidentelles*, aux *névroses traumatiques*, à la *sinistrose*, ainsi que la jurisprudence adoptée. Ce chapitre est complété par un tableau des évaluations des infirmités permanentes, d'après G. Brouardel.

L'étude des *perversions génitales* présente une importance telle, en médecine légale, qu'en la négligeant on renoncerait à comprendre la plupart des crimes. Aussi l'auteur a insisté sur l'*étiologie des attentats à la pudeur*, quoique cet exposé appartienne en grande partie au domaine de la psychiatrie.

La *faune des cadavres* n'est d'ordinaire étudiée que d'une façon très sommaire dans les ouvrages de médecine légale ; il a paru utile de décrire avec soin l'œuvre des travailleurs de la mort.

Enfin, on trouvera de nouveaux chapitres sur l'*examen des taches de sang*, la détermination par les méthodes nouvelles de la *provenance du sang*, l'étude des *poils.*

Quelques exemples de *certificats* et de *rapports* serviront de guide à l'étudiant pour l'examen, au médecin dans la pratique médico-légale.

PRÉCIS

D'

Ophtalmologie



PAR

le Dr F. TERRIEN

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

1 volume petit in-8 de 600 pages, avec 271 figures. Cartonné..... **12 fr.**

Voici un nouveau livre pour les étudiants dû à la plume claire et précise de M. Terrien.

Comme tous les ouvrages modernes destinés à l'enseignement, le *Précis d'Ophtalmologie* de M. Terrien s'est affranchi des formules mathématiques et des démonstrations d'optique pure, pour se cantonner exclusivement sur le terrain de la clinique. Le premier chapitre, consacré à la séméiologie, comprend l'examen objectif, le diagnostic et la correction des vices de réfraction, l'examen fonctionnel de l'œil et se termine par la simulation et les accidents du travail. Les dix autres chapitres de l'ouvrage traitent successivement des affections de la conjonctive, de la scléro-cornée, du tractus uvéal et du corps vitré, du cristallin, de la rétine, du nerf optique, des paupières, de l'appareil lacrymal, des muscles de l'œil, de l'orbite et des cavités voisines. Chaque chapitre débute par une introduction sur les notions anatomiques et se termine souvent par un court résumé des opérations qui se pratiquent sur la région étudiée. L'exposé lui-même tient le plus grand compte des besoins de la pratique. Les affections rares sont traitées séparément des affections fréquentes.

Les conjonctivites sont nettement divisées en aiguës et chroniques : parmi les premières, la conjonctivite catarrhale, purulente et diphtérique ; ensuite les autres. Les kératites sont divisées en suppurées, par infiltration, épithéliales. Les cataractes sont divisées en séniles, compliquées et congénitales.

Les modifications de la tension oculaire sont traitées après les maladies de la choroïde et avant celles du corps vitré. Les affections sympathiques ont trouvé leur place avec celles du corps ciliaire.

Nous ne pouvons entrer dans le détail des opinions émises et de la manière de traiter ; nous ne pouvons même pas donner une idée générale de ce tour de force réalisé par l'auteur, de renfermer en 600 pages tant de notions urgentes parmi lesquelles un certain nombre sont encore en voie d'évolution. L'essentiel est que l'élève trouve dans un précis les notions élémentaires qui lui permettront de se reconnaître en clinique. Eh bien! ces notions, il les trouvera dans le livre de M. Terrien sous une forme captivante, claire, oncise - llustrée de nombreuses figures.

En somme, excellent précis, qui rendra d'immenses services au débutant, sera souvent consulté par l'initié et se trouvera aussi sur la table du spécialiste, qui ne se lassera jamais de relire le bréviaire de son art sous une forme aussi attachante.



PRÉCIS
des Maladies
des
Enfants

PAR

le Dr APERT

Médecin du service des Enfants à l'hôpital Saint-Louis.

Avec une Introduction sur l'Exploration clinique dans l'enfance

Par le Dr MARFAN

Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

1 volume petit in-8 de 524 pages, avec 76 figures. Cartonné..... **10** fr.

S'il est permis à un praticien qui n'a pas cultivé spécialement certaines branches de la chirurgie de ne pas exécuter, par exemple, l'opération de la cataracte ou celle de la néphrectomie, on ne saurait admettre qu'il ne sache pas donner des conseils sur l'alimentation des nourrissons, reconnaître et soigner un choléra infantile, ou traiter une bronchopneumonie du premier âge.

La pathologie de l'enfance offre des caractères propres et des différences importantes avec la pathologie de l'adulte. Aucun médecin ne saurait exercer sa profession sans avoir fait cette étude.

Le *Précis des maladies des enfants* du Dr Apert, médecin des hôpitaux de Paris, chargé d'un service de médecine infantile, répond parfaitement aux besoins de l'étudiant et du praticien. Toutes les maladies spéciales à l'enfance sont traitées avec tous les détails nécessaires. Ce sont d'abord les maladies infectieuses : rougeole, scarlatine, rubéole, varicelle, variole, diphtérie, coqueluche, oreillons, tuberculose, etc., puis les maladies de la peau et du cuir chevelu, de la bouche, du nez et du pharynx, les maladies de l'appareil respiratoire, du cœur et du sang, du tube digestif, des organes génito-urinaires, du système nerveux, enfin des os et des articulations. Chaque chapitre est précédé d'un préambule anatomique, physiologique et séméiologique, très utile pour montrer ce qu'il y a de spécial dans la pathologie infantile. La tâche de M. Apert a été simplifiée en ce qui concerne la séméiologie, par le précieux concours qu'il a trouvé dans la collaboration de M. le professeur agrégé Marfan, qui a bien voulu se charger d'écrire pour ce Précis un chapitre spécial.

L'ouvrage de M. Apert est complété par une étude de l'enfant à l'état de santé et de l'hygiène de l'enfance, et enfin par un chapitre de posologie.

PRÉCIS
d'Anatomie Pathologique

PAR

les Drs Ch. ACHARD ET M. LŒPER

Professeur et Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

1 vol. petit in-8 de 555 pages, avec 312 figures et 2 pl. coloriées Cart. : **12 fr.**

La plupart des ouvrages élémentaires consacrés à l'anatomie pathologique ne décrivent guère que les altérations microscopiques des tissus : ils ne sont ainsi que des livres de laboratoire. Tel n'est pas le Précis de MM. Achard et Lœper. Sans négliger l'histologie pathologique, ils ont fait une large place aux lésions microscopiques, et, afin de rester à la portée de l'élève, ils ont écarté de leur programme les théories trop abstraites, en se bornant à l'exposé des faits essentiels et en illustrant leurs descriptions de très nombreuses figures. Estimant qu'un enseignement élémentaire de l'anatomie pathologique doit avoir pour principal objet d'expliquer la maladie, ils se sont proposé surtout d'éclairer et de compléter la clinique. Le livre qu'ils ont écrit peut donc servir de guide à l'étudiant dès ses débuts, lorsqu'il commence par apprendre l'anatomie pathologique à l'hôpital, en faisant des autopsies, avant d'en poursuivre l'étude au laboratoire.

D'autre part, l'anatomie pathologique n'est pas seulement, comme on le dit parfois, une science du cadavre; les lésions qu'elle étudie se développent chez l'être vivant. Aussi MM. Achard et Lœper n'ont-ils pas omis de décrire les altérations qu'on peut observer non seulement sur les pièces opératoires, mais dans les exsudats recueillis sur les muqueuses, dans le sang circulant, dans les épanchements ponctionnés. En un mot, ils ont compris dans leur étude l'anatomie pathologique qui peut se faire sur le vivant. Ainsi leur livre ne sert pas seulement à l'instruction de l'élève, mais renseigne encore le praticien sur les services que peut lui rendre la connaissance des lésions pour établir son diagnostic.

Précis de Pathologie interne

Par les Drs GILBERT, WIDAL

Professeurs à la Faculté de médecine de Paris

CASTAIGNE, CLAUDE, LŒPER, RATHERY, DOPTER

Professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris

JOSUÉ, RIBIERRE, JOMIER, PAISSEAU, GARNIER

Médecins des hôpitaux de Paris et Chefs de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

4 vol. petit in-8 de 500 pages chacun, avec figures, cartonnés.

Chaque volume se vendra séparément ..... **10 fr.**

Deux volumes paraîtront simultanément le 1er octobre 1911.

13683-11. - Corbeil. Imprimerie Crété.

