57

REVUE MÉDICALE

DE LA

SUISSE ROMANDE

PUBLIÉE PAR

M. Askanazy, prof. d'anatomie pathologique, Genève; **E. Bach**, Lausanne **G. Bickel**, prof. de policlinique médicale, Genève ; **R. Burnand**, Lausanne **G. Cornaz**, Lausanne ; **A. Cramer**, Genève ; **P. Decker**, prof. de clinique chirurgicale, Lausanne ; **Du Bois**, prof. de clinique dermatologique, Genève ; **L. Exchaquet**, médecin de l'Hospice de l'Enfance, Lausanne; **P. Gautier**, prof. de clinique infantile, Genève ; **König**, prof. de clinique obstétricale et gynécologique, Genève ; **L. Michaud**, prof. de clinique médicale, Lausanne ; **G. Patry**, Genève ; **Pettavel**, chirurgien de l'Hôpital des Cadolles, Neuchâtel ; **L. Picot**, chirurgien de l'Hospice de l'Enfance, Lausanne ; **Ch. Plancherel**, Fribourg ; **de Quervain**, prof. de clinique chirurgicale, Berne ; **E. Ramel**, prof. de clinique dermatologique, Lausanne ; **I. Reverdin**, Genève ; **M. Roch**, prof. de clinique médicale, Genève ; **A. Rosselet**, prof. de radiologie, Lausanne ; **J. Taillens**, prof. de clinique pédiatrique, Lausanne ; **G. Turini**, médecin de l'Hôpital de Sierre

COMITÉ DE RÉDACTION :

E. Bach, R. Burnand, A. Cramer, P. Decker, L. Exchaquet, P. Gautier, L. Michaud, M. Roch.

RÉDACTEUR EN CHEF : **A. CRAMER**

Extrait de la *Revue Médicale de la Suisse Romande*
LIXe année. N° 5, 25 avril 1939.

Organicité dynamique
(A propos d'un cas de coxalgie hystérique)

PAR

H. FLOURNOY (Genève).

LIBRAIRIE PAYOT & CIE - LAUSANNE

Extrait de la *Revue Médicale de la Suisse Romande.*
LIXe année. N° 5. 25 avril 1939.

Organicité dynamique
(A propos d'un cas de coxalgie hystérique)

PAR

H. FLOURNOY (Genève).

Le cas de la malade que nous avons présentée, le Dr Adolphe PERROT et moi, à la Société médicale de Genève le 1er décembre 1938, me donne la possibilité de préciser certaines questions de pathologie nerveuse qui sont souvent trop peu connues, et que je réunis ici sous le titre d'organicité dynamique.

I. RÉSUMÉ CLINIQUE DU CAS.

Le Dr PERROT et le prof. SCHERB, de Zurich, ont pu établir au moyen des radiographies et surtout en examinant la malade — une jeune fille de 16 ans — sur le tapis roulant de SCHERB, que sa claudication n'était pas due à un état pathologique de la hanche. En outre, tous les mouvements de la cuisse gauche pouvaient être exécutés volontairement aussi bien que du côté droit ; pas trace d'atrophie. Il ne s'agissait donc pas d'altérations anatomiques, osseuses ou musculaires, mais d'un trouble purement fonctionnel, c'est-à-dire portant sur une « fonction » déterminée : la marche.

Cette affection, généralement connue sous le nom de *coxalgie hystérique*, a fait l'objet de publications médicales depuis un siècle. C'est le chirurgien anglais BRODIE qui en donna la première description en 1837. Cinquante ans plus tard, CHARCOT, reprenant les travaux de BRODIE, exposa dans deux magistrales leçons un cas du même genre observé chez un homme [1].

[1] J.-M. CHARCOT : *Sur un cas de coxalgie hystérique de cause traumatique chez l'homme. Oeuvres complètes*, 1890, t. III, p. 370-398. Charcot donne au début de cet article la liste des publications anglaises, allemandes et italiennes sur le même sujet. Voir aussi pour la bibliographie

Lorsque BABINSKI procéda à la revision de la doctrine de CHARCOT, ce qui eut pour effet de restreindre le cadre de l'hystérie, il forgea en même temps un nouveau mot pour désigner la névrose, celui de *pithiatisme*, qui signifie guérissable par la persuasion. Bien que ce mot ne paraisse pas devoir supplanter définitivement celui d'hystérie, seul employé dans les langues étrangères et consacré par l'usage, il a le grand mérite de mettre l'accent sur la nature psychique des troubles dont il s'agit.

La méthode de traitement employée chez notre malade a consisté en d'énergiques suggestions appuyées par une rééducation de la fonction altérée. Par divers exercices appropriés et d'une difficulté croissante (se tenir à cloche-pied, monter sur un escabeau, etc.), nous l'avons obligée à utiliser ses muscles de la hanche gauche aussi bien que du côté sain, et à reprendre l'habitude d'une démarche correcte. Le tout a duré une douzaine de séances échelonnées sur deux mois alternant avec des massages exécutés par une masseuse expérimentée. Les procédés physiothérapiques sont parmi les plus efficaces pour fortifier la conviction de guérison, car ils ont à côté de leur action mécanique un effet suggestif extrêmement puissant. Mais il ne faut pas craindre, avant même qu'ils aient produit la moindre amélioration visible, de recourir dès le début aux moyens psychologiques et diplomatiques pour gagner la confiance du sujet et stimuler son bon vouloir.

Si nous ne pouvons pas garantir chez notre malade une complète guérison, les progrès qu'elle a accomplis jusqu'ici sont tels qu'ils confirment absolument, même si des rechutes venaient à se produire, la nature hystérique de sa coxalgie. Et nous nous demanderons maintenant quelles ont été les *suggestions défavorables* qui ont provoqué chez elle le trouble fonctionnel ?

Rappelons que la malade avait été opérée il y a trois ans par le Dr ODY pour une méniscite du genou gauche, interven-

de ces premiers travaux GILLES DE LA TOURETTE : *Traité de l'hystérie*, 1891, t. I, p. 230-247. — Parmi les publications plus récentes, voir l'étude de ROCHER et ROUDIL (Bordeaux chirurgical, 1930) que cite M. MEYER dans son article intitulé : *Coxopathie et sacro-coxopathie pithiatique* (Journal de médecine de Bordeaux, 1933, CX, p. 62).

tion suivie d'une restitution fonctionnelle intégrale. Deux ans plus tard elle fut immobilisée pendant six mois dans une station de montagne (hiver 1937-1938), avant de subir avec succès sa seconde opération, par le Dr PERROT (juillet 1938), pour ostéochondrite dissécante de l'extrémité inférieure du tibia gauche. Une fois la guérison chirurgicale obtenue, plus rien n'aurait dû s'opposer à l'utilisation progressive du membre en question ; mais c'est alors qu'est apparu le trouble fonctionnel. Remarquons tout de suite que, malgré le succès des interventions chirurgicales, il y a donc eu à deux reprises une « épine irritative », les deux fois du côté gauche, ce qui a sans doute joué un rôle dans la localisation ultérieure du symptôme hystérique.

Toutefois, ce n'est ni du genou ni du pied que la malade s'est mise à boiter, mais bien de la hanche, tous les muscles des lombes et de la région fessière restant flasques du côté gauche pendant la marche. Or il n'y a jamais eu ni lésion, ni la moindre sensation douloureuse à l'articulation coxo-fémorale (l'absence de douleur est même une particularité un peu exceptionnelle). On peut donc dire que les épines irritatives n'ont été qu'un prétexte à la coxalgie, disons même un mauvais prétexte — expression figurée qui fera bien saisir ce que nous entendons, mais qui ne doit pas s'appliquer avec son sens péjoratif à la mentalité de la malade. En effet, cette jeune fille est d'une entière bonne foi : c'est *inconsciemment* qu'elle a obéi à de défavorables suggestions.

Parmi ces suggestions, et en dehors des épines que je viens de signaler, il y a lieu de mentionner divers facteurs d'ordre psychologique. Tout d'abord, la malade a été en contact pendant son immobilisation à la montagne avec plusieurs personnes atteintes de coxalgie. A Genève, elle est liée avec une amie intime qui boite par suite de paralysie ; souvent elles se promènent ensemble. Un autre fait banal à première vue, mais qui a peut-être une certaine importance, c'est que sa grand'mère aussi marche en clochant depuis plusieurs années. Il est donc vraisemblable que notre malade a imité ces exemples fâcheux. Mais pourquoi les a-t-elle imités ?

En réalité, l'aïeule boiteuse jouit d'un grand prestige dans cette famille, dont elle est à certains égards le personnage

central. Et l'on sait, d'une manière générale, combien une grand'mère choyée et vénérée exerce une influence profonde sur les enfants. La petite-fille a-t-elle voulu imiter sa grand' mère, dans cette particularité physique qui aura peut-être frappé depuis longtemps sa jeune imagination ? S'agirait-il, pour employer le terme technique, d'une *identification inconsciente ?* C'est une question que je me pose, car je dois me borner à des hypothèses.

Pour établir avec certitude le rôle respectif de chacun des facteurs nuisibles et concordants, il faudrait procéder à l'analyse détaillée de notre malade, à sa *psychanalyse.* Car il ne suffit pas d'en rester à des termes tels que : suggestibilité, imagination, tendance à l'imitation, persévération, etc. Ces termes, indispensables au point de vue descriptif, correspondent à des notions trop vagues et générales. Ils n'ont pas une valeur explicative suffisante en psychopathologie, pas davantage que n'en avaient les « diathèses » auxquelles on recourait autrefois en médecine interne. Ce qu'on cherche à établir aujourd'hui, ce sont les mobiles individuels, les facteurs précis, qui ont agi de façon pathogène dans chaque cas particulier, et qui feraient comprendre, par exemple chez cette malade, pourquoi elle s'est mise à boiter. Mais cela nécessiterait une investigation longue et délicate, portant sur les rouages de sa vie instinctive et ses *mécanismes psychiques,* conscients et surtout inconscients.

A l'heure qu'il est, la méthode psychanalytique de FREUD est la seule qui permette d'avancer dans une exploration de ce genre ; mais malgré son extrême intérêt scientifique je ne l'ai pas employée ici. Ceux qui voudraient avoir une idée de la question, notamment se rendre compte de la complexité et des difficultés de l'analyse, se reporteront aux observations parues dans la littérature. Je rappelle, entre autres, l'étude minutieuse et approfondie d'un cas de coxalgie hystérique, que Mme Ilse RONJAT a publiée il y a quelques années dans la Revue française de psychanalyse [1].

[1] I. J. RONJAT : *Le cas de Jeannette. Psychanalyse et guérison d'une jeune fille hystérique opérée sept fois.* Revue française de psychanalyse, 1927, I, p. 210-323.

2. Psychologie et organicité dynamique dans l'hystérie.

Nous venons de parler de *mécanismes psychiques* (conscients et inconscients). Faut-il entendre par là des processus qui n'auraient aucune attache avec l'organisme, des mécanismes « abstraits » se déroulant en dehors des perturbations du système nerveux ? Non. L'idée que certains phénomènes d'ordre psychologique pourraient être dépourvus de tout lien somatique est contraire à l'un des principes fondamentaux de la psychologie expérimentale. Cette idée est contraire aussi à la doctrine clinique de la psychanalyse.

Rappelons que, pour Freud, les processus mentaux sont régis par des tendances instinctives d'origine inconsciente et de source *organique* auxquelles il a donné le nom de « pulsions » (Triebe), et qui sont inconcevables en dehors du fonctionnement physiologique de l'organisme. La doctrine psychanalytique satisfait donc, elle aussi, à ce principe fondamental de la psychologie, quelle que soit d'ailleurs la manière dont les auteurs classiques l'ont formulé. Dans « Métaphysique et Psychologie » (1890), Théodore Flournoy s'exprimait ainsi : « Il y a peut-être beaucoup de phénomènes de conscience dont on ne réussira jamais à déterminer les conditions physiologiques précises. Mais s'autoriser de cet insuccès pour admettre qu'ils n'en ont pas du tout, ce serait pécher contre l'idée maîtresse de la psychologie expérimentale... » (p. 11).

Il n'en reste pas moins vrai que ce principe est encore trop souvent ignoré. Les médecins psychologues et les psychanalystes pourraient facilement contribuer à le faire connaître s'ils parlaient d' « organicité dynamique », et ils dissiperaient du même coup de regrettables malentendus.

Mais alors, dira-t-on, vous pouvez admettre que l'hystérie, malgré sa nature psychologique indéniable, soit une affection organique ? Sans doute. Il n'y a là aucune contradiction si l'on veut bien s'entendre sur le sens des mots. La pathologie des organes envisagés isolément, et à plus forte raison celle de l'organisme considéré comme un tout, méritent toujours le qualificatif d'*organique*. Cela me paraît être l'évidence même. Par contre, il ne s'agit pas toujours de *lésions*. En sorte que

les adjectifs « organique » et « lésionnel » ne doivent plus être pris comme synonymes. Le second a une signification beaucoup moins extensive ; il devrait même être réservé par souci de clarté aux cas où l'on a affaire à un foyer unique, ou à des lésions multiples mais nettement délimitées.

Appliquées à la pathologie cérébrale, ces considérations pourraient être résumées dans le tableau suivant où l'on distingue trois sortes d'organicité. Pour mieux faire ressortir les contrastes, j'ai précisément choisi des exemples dans lesquels la fonction de la marche, entre autres, est plus ou moins troublée.

1. *Organicité lésionnelle :* l'hémiplégique qui ne peut plus marcher pas suite d'une thrombose de la capsule interne, ou le vieillard atteint de foyers lacunaires.

2. *Organicité toxi-infectieuse,* ou *humorale :* l'individu incapable de se tenir sur ses jambes, parce qu'il a une forte fièvre ou qu'il est dans un état d'ébriété.

3. *Organicité dynamique :* celui qui n'avance qu'avec peine, parce qu'il s'est mis à boiter sous l'influence de suggestions fâcheuses, comme la malade qui fait l'objet de cet article [1].

Dans tous ces cas il y a des perturbations cérébrales : l'organe essentiel du système nerveux ne fonctionne plus de façon normale. Je ne me cache pas que la séparation en trois catégories est trop schématique. On ne saurait établir une ligne de démarcation absolue entre les lésions cérébrales, solitaires ou multiples, mais définitives d'un hémiplégique ou d'un lacunaire, et les altérations cérébrales diffuses, humorales et transitoires dues à un état toxi-infectieux. D'autre part, il est certain que des perturbations dynamiques entrent aussi en jeu chez les malades de ces deux premières catégories. Mon maître, le professeur BARD, ne manquait pas de faire observer que « le trouble fonctionnel dépasse toujours le territoire lésé ». Néanmoins je crois que cette division, si elle n'apporte rien de neuf à nos connaissances cliniques, a peut-

[1] Le mot *dynamique* s'applique aux processus intimes qui se déroulent dans la substance nerveuse, tandis que celui de *fonctionnel* convient mieux pour désigner les manifestations extérieures qui en résultent. Les processus dynamiques sont sans doute inséparables de l'état physico-chimique (modifications micellaires, par opposition aux lésions structurales, anatomiques).

être l'avantage de mettre un peu d'ordre dans nos esprits en matière de pathologie cérébrale.

Elle a un autre avantage. Grâce au troisième groupe, le seul que nous envisagerons ici, nous pouvons faire rentrer plus facilement dans le cadre de la pathologie générale des états morbides comme ceux de l'*hystérie*, états auxquels on est trop enclin à trouver des odeurs de mystère et que parfois on a voulu ignorer au point de contester leur existence. Aujourd'hui il n'en est plus ainsi : les neuro-psychiatres les plus soucieux d'observations précises non seulement reconnaissent les troubles hystériques, mais ils en abordent l'étude avec toutes les ressources de la clinique médicale moderne. Témoin les remarquables rapports des Drs Baruk et Van Bogaert au récent congrès de Bruxelles (1935), qui était précisément consacré à l'hystérie. Il vaut la peine d'en donner un bref aperçu qui pourra éclairer déjà, en une certaine mesure, ce que j'appellerai tout simplement le *problème dynamique* [1].

Baruk a montré les différences fondamentales qui séparent le syndrome hystérique des troubles pyramidaux et extrapyramidaux et les raisons pour lesquelles il le rapproche du syndrome psychomoteur catatonique. D'autre part, ses études sur la bulbocapnine et sur la catatonie colibacillaire constituent, à son avis, une présomption en faveur de l'étiologie organique de l'hystérie. Mais, comme j'y ai insisté moi-même au congrès de Bruxelles, cette organicité diffère certainement de celle de la catatonie, car Baruk n'a nulle part exprimé

[1] Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Bruxelles, 1935. H. Baruk : *L'hystérie et les fonctions psychomotrices. Etude psycho-physiologique*, p. 79-128. L. van Bogaert : *L'hystérie et les fonctions diencéphaliques. Etude neurologique*, p. 169-229. — Il n'est peut-être pas superflu de rappeler que le diagnostic d'hystérie ne doit plus évoquer l'idée d'utérus, pas plus que des grandes crises théâtrales de la Salpêtrière, qui étaient dues surtout à la suggestion collective et que l'on trouve si bien illustrées dans le livre de Richer (1881). Il est assez rare que ces fameuses crises se produisent d'une manière spontanée, en dehors de toute suggestion ; elles relèvent d'ailleurs plus souvent de la catatonie que de la « grande hystérie », comme on l'appelait autrefois. Le diagnostic d'hystérie n'a pas non plus dans le langage médical le sens péjoratif et grossièrement sexuel qu'on lui donne dans le public. Aussi les médecins feront-ils bien de s'abstenir de prononcer ce mot devant leurs malades.

l'idée que les troubles hystériques fussent toxi-infectieux ; une telle idée eût contredit la définition de ces troubles tels qu'il les a caractérisés lui-même, à savoir qu'ils peuvent être guéris « totalement et quasi-immédiatement » par la psychothérapie. Aussi BARUK a-t-il été obligé, pour maintenir l'adjectif « organique » dans l'hystérie, d'en assouplir la signification à tel point qu'il est devenu synonyme de « perturbations physiologiques » ! Cela revient à dire que ces phénomènes morbides ne sont ni lésionnels, ni toxi-infectieux. Ils sont, dans leur nature intime, dynamiques, comme l'est le jeu physiologique des organes.

La notion de perturbations nerveuses *dynamiques* est en outre la seule qui permette de comprendre l'action de la psychothérapie. Le Dr BARUK, il est vrai, estime que cette action, dont il reconnaît si justement la valeur, « ne s'oppose nullement à la notion de l'origine organique de la maladie ». C'est aussi mon avis. Mais n'oublions pas que lorsque nous améliorons un catatonique ou un parkinsonien par la psychothérapie, ce n'est ni sur les toxines ni sur les lésions que porte notre action, c'est uniquement (et temporairement) sur leurs répercussions nerveuses dynamiques. On se rend compte à plus forte raison pourquoi les manifestations de l'hystérie, curables « totalement et quasi-immédiatement » par la psychothérapie, révèlent une organicité (si l'on tient à conserver ce mot) essentiellement dynamique.

La conception dynamique a enfin — *last but not least* — l'immense avantage de pouvoir s'accorder entièrement avec une *pathogénie psychologique*. Ce point capital n'a pas échappé au professeur VAN BOGAERT, à en juger par son excellent rapport de neurologie au même congrès de Bruxelles. VAN BOGAERT conclut en admettant « l'existence, chez les hystériques, d'une labilité momentanée du pouvoir de synthèse supérieure au profit d'activités plus primitives et d'une incapacité de réintégrer ces fonctions momentanément libérées. Ce trouble (qui a peut-être une origine, mais certainement une contre-partie psychologique) utilise, dans son expression, des mécanismes physiologiques ».

Cette conclusion de VAN BOGAERT montre en tout cas, par sa prudente parenthèse, que les progrès les plus récents

de la clinique neurologique n'infirment en rien les découvertes des psychologues sur l'hystérie. Il n'y a pas d'incompatibilité. Au contraire, il se pourrait même que les neurologistes tirent une fois parti de ces découvertes et y trouvent de précieuses données sur l'*origine* de la maladie. Bien mieux : la conclusion de VAN BOGAERT, que j'ai tenu à citer textuellement, rappelle à s'y méprendre ce que Pierre JANET avait si bien décrit il y a plus de quarante ans, ce que FREUD a analysé et précisé à un point de vue plus dynamique depuis la même époque !

En ce qui concerne l'hystérie, l'étude attentive et minutieuse des faits laisse donc entrevoir, à n'en plus douter, une concordance de résultats (sur laquelle je reviendrai plus loin) entre l'exploration du neurologiste et celle du psychologue. Leurs voies d'accès diffèrent ; mais rien ne les empêche de se rencontrer sur le terrain d'une organicité dynamique.

3. CHARCOT ET LE PROBLÈME DYNAMIQUE.

Je crois que dans tous les travaux classiques sur l'hystérie, aussi bien les anciens que les contemporains (SYDENHAM, BRIQUET, LANDOUZY, REYNOLDS, LASÈGUE, CHARCOT, BERNHEIM, MŒBIUS, PITRES, BREUER, FREUD, JANET, CLAUDE, DUBOIS, SCHNYDER, SOLLIER, CLAPARÈDE, LEVI-BIANCHINI, KRAEPELIN, BINSWANGER, KRETSCHMER), la notion de troubles dynamiques a été admise implicitement, sinon d'une manière explicite. CLAUDE, entre autres, recourt à cette notion avec insistance pour rendre compte des faits observés dans la schizophrénie, aussi bien que dans l'hystérie [1].

Mais aucun auteur, si je ne me trompe, ne s'est laissé aller à parler d' « organicité dynamique ». C'est la psychanalyse,

[1] H. CLAUDE : *Interprétations de certaines activités dynamiques dans le domaine de la neuro-psychiatrie.* Cette revue, 1939, p. 65. — Il va sans dire que les activités dynamiques ne sont pas toujours liées à des facteurs psychiques, et qu'elles ne s'observent pas uniquement dans l'hystérie. Le professeur CLAUDE étudie surtout dans cet article celles que l'on provoque dans la schizophrénie par les thérapeutiques de choc (insuline, cardiazol). Il cite aussi, en relatant les récentes expériences de LAUBRY et de Mlle BROSSE, certains phénomènes végétatifs d'ordre dynamique nettement psychogènes, c'est-à-dire produits par un effort de volonté *consciente* et n'appartenant donc pas au domaine clinique de l'hystérie.

je l'avoue, qui m'encourage à accoupler ces deux mots, et je dois revendiquer seul la responsabilité d'une pareille hérésie. Je m'expliquerai mieux dans le chapitre suivant, en jetant un coup d'œil sur la doctrine de FREUD. Auparavant je tiens à rappeler quelle était l'opinion de CHARCOT lui-même quant au problème spécial qui nous occupe ; elle présente pour nous un grand intérêt et elle est d'autant plus utile à connaître qu'on l'a exposée parfois de façon tout à fait inexacte.

En parcourant les œuvres de CHARCOT on rencontre, appliquée aux zones corticales dans l'hystérie, l'expression de *lésion dynamique*, par opposition à la *lésion organique* que constitue, par exemple, un néoplasme intracranien. Ce mot de lésion, employé par CHARCOT dans un cas comme dans l'autre, est en partie responsable d'une malheureuse confusion qui me paraît justement pouvoir être évitée, si l'on formule la même antithèse de la manière que je propose, à savoir : « organicité dynamique » et « organicité lésionnelle ». (Je reconnais d'ailleurs que ces deux derniers mots ne figurent ni l'un ni l'autre dans le dictionnaire de l'Académie ; mais le souci de la clarté l'emporte ici sur celui de la grammaire.)

La confusion provoquée involontairement par CHARCOT est que plusieurs commentateurs ont cru que les lésions qu'il attribuait à l'hystérie ne se distinguent des lésions organiques que par une différence de grosseur et une moindre durée. Alors que les dernières apparaissent à l'autopsie, les lésions dynamiques seraient beaucoup trop fines et fugaces pour être décelées par les méthodes d'examen anatomo-pathologique dont nous disposons aujourd'hui. En somme, il y aurait là une question de degrés, et non de nature.

Cette explication, très séduisante au premier abord, convient fort bien à certains états d'organicité toxi-infectieuse où les altérations anatomiques et humorales équivalent en effet à des lésions proprement dites, mais elles sont si ténues qu'elles échappent au plus puissant microscope. En revanche, elle est à mon avis complètement fausse quand il s'agit d'affections dynamiques comme l'hystérie. Et c'est mal rendre la pensée de CHARCOT et faire tort à sa perspicacité, de croire qu'il n'admettait qu'une différence de degrés entre ces diverses catégories de lésions.

CHARCOT pensait bel et bien qu'il y avait là une distinction beaucoup plus profonde ; c'est ce qu'il a cherché à établir en parlant de lésions *dynamiques*. S'il n'avait pas saisi la nuance — nuance fondamentale — il aurait qualifié les lésions de l'hystérie d'imperceptibles, infinitésimales, ténues, transitoires, etc. Le mot dynamique, par lequel il les désignait, prouve à lui seul combien CHARCOT voyait clairement la différence. Mais il y a plus. Ces lésions de l'hystérie étaient vraiment pour lui d'une nature tout autre que les lésions organiques (tumeurs cérébrales, sclérose en plaques), puisqu'il insistait sur le caractère *psychique* des troubles en question — ce caractère auquel Pierre JANET, FREUD et tant d'autres devaient consacrer plus tard leurs recherches.

CHARCOT utilisait déjà à bon escient, et avec une parfaite netteté, les mots de « paralysies dynamiques, psychiques ». Du reste il suffit de relire ses admirables leçons cliniques (21e à 24e du t. III) où il s'efforçait précisément de montrer le rôle de la suggestion dans la production de ces paralysies, pour se convaincre que les lésions dynamiques corticales qu'il admettait dans ces états sont d'un tout autre ordre que les lésions organiques. Il ne s'agissait pas, pour CHARCOT, d'une différence de degrés, mais bien de nature. Sa pensée ne peut faire aucun doute à cet égard. Nous ajouterons que cette différence de nature est si radicale qu'elle suffit à assurer aux névroses, ou mieux *psychonévroses*, malgré les difficultés de diagnostic et les erreurs toujours possibles — sans parler des fréquentes associations avec les états lésionnels ou toxi-infectieux les plus divers — une place tout à fait à part et autonome par rapport aux autres groupes nosologiques.

Qu'on lise aussi les considérations de CHARCOT sur les méthodes de traitement dans les cas de coxalgie hystérique. « Nous savons, dit-il, par les observations de divers auteurs, que ces arthralgies psychiques, soit d'origine traumatique, soit dépendant d'une autre cause, guérissent quelquefois tout à coup, à la suite d'une émotion vive ou d'une cérémonie religieuse frappant vivement l'imagination. Malheureusement, aucun de ces moyens n'est entre nos mains. » (p. 394.) Croit-on vraiment que CHARCOT aurait pu admettre l'efficacité de moyens de ce genre, purement psychologiques — efficacité immédiate

et parfois souveraine même dans les cas les plus rebelles — si les « lésions » dynamiques de l'hystérie appartenaient pour lui à la même catégorie, mais étaient simplement plus ténues, que celles des tumeurs cérébrales et de la sclérose en plaques ?

Ceci n'empêche que CHARCOT, en employant dans les deux catégories le mot de lésion (alors que dans la première il eût fallu l'éviter), n'a pas facilité la compréhension du *problème dynamique*. Et comme c'est dans les psychonévroses que ce problème se pose avec le plus d'acuité, on comprend pourquoi le chapitre qui leur est consacré dans les traités modernes de psychopathologie et de neuropsychiatrie prenne un intérêt toujours croissant, non seulement au point de vue pratique, mais encore par la signification doctrinale et théorique si importante qui s'y attache.

En définitive, comment peut-on imaginer une organicité, dite dynamique, qui ne soit pas constituée par des lésions ? L'anatomie pathologique étant forcément muette sur ce point, nous sommes bien obligés de recourir à des comparaisons avec d'autres domaines. La différence entre les régions cérébrales dont le fonctionnement est troublé dans l'hystérie et les mêmes régions à l'état sain serait analogue (évidemment pas semblable, puisque d'abord il n'y a ni suggestions ni autres causes d'ordre psychologique en physique) à la différence qui existe dans un aimant, selon qu'il a perdu sa force magnétique ou qu'il l'a recouvrée. Il se produit aussi de grandes modifications dans un conducteur électrique, suivant qu'il est dans un état de basse ou de haute tension. Or, pour les physiciens, ces modifications, dont les effets fonctionnels peuvent être considérables, ne sont pas nécessairement liées à la présence ou à l'absence de certains « défauts » dans la structure du métal, de « failles » ou de « lésions », même imperceptibles et transitoires. Il s'agit ici, *ce qui est tout autre chose*, de changements dans l'orientation moléculaire de l'aimant, de variations dans la valeur et la répartition des charges électriques sur le conducteur — bref, de phénomènes que nous devons bien considérer comme matériels (en biologie nous disons organiques et surtout dynamiques), mais non pas lésionnels.

C'est donc, me semble-t-il, par analogie avec certains exemples empruntés à la physique que nous arrivons le mieux

à nous représenter, *mutatis mutandis*, en quoi consistent ces perturbations cérébrales si particulières, caractéristiques des psychonévroses et notamment de l'hystérie. Ah, comme il aurait été plus simple que dame Nature veuille bien s'en tenir, pour toutes les variétés d'états morbides, à des modèles anatomo-pathologiques du type lésionnel !

4. Freud et les concordances psycho-physiologiques.

Et maintenant, que nous enseigne Freud ? Pour lui, davantage encore que pour les autres cliniciens ou psychologues, les symptômes des psychonévroses se ramènent à des processus dynamiques. Les troubles mentaux (aussi bien que les manifestations corporelles pathognomoniques de l'hystérie) expriment le jeu multiple de tendances instinctives et leurs conflits : interférences, refoulements, résistances, inhibitions, intrications, désintrications, investissements, régressions, fixations, interversions, libérations, déplacements, etc. Et les forces instinctives brutes — les pulsions, comme on l'a vu plus haut — sont de source organique.

Sous l'extrême variété des observations cliniques de la psychanalyse, où le lecteur profane ne voit que des histoires plus ou moins romancées, reviennent sans cesse ces mécanismes fondamentaux et inconscients découverts par Freud. Grâce à la technique dont il est l'auteur, il est possible maintenant de pénétrer par voie psychologique dans toute cette dynamique cérébrale, en attendant que d'autres méthodes plus précises viennent en donner la confirmation. Ce moment n'est peut-être plus très éloigné. On peut remarquer déjà de frappantes *concordances* entre les vues de Freud et certaines acquisitions récentes de la physiologie expérimentale et de la pathologie cérébrale. Bornons-nous à passer en revue, d'une manière très sommaire, trois groupes de faits qui me paraissent des plus instructifs à cet égard : les réflexes conditionnels, les chronaxies, les instincts.

a) Les travaux de Pavlov ont montré qu'il est possible de créer chez les animaux des réflexes d'un caractère tout à fait individuel, par opposition aux réactions innées et uniformes fixées dans l'espèce. Ces *réflexes conditionnels* imposés

au sujet au cours de son développement peuvent, par leurs effets combinés, donner lieu à un nouveau comportement qui diffère de celui de la norme, à une véritable « conduite de névrosé » qui mérite bien d'être qualifiée de pathologique. On saisit ici un premier parallèle avec la conception de la genèse traumatique et évolutive des névroses, sur laquelle FREUD a si fortement insisté, par opposition à la théorie constitutionnelle et héréditaire. En outre, si l'on examine le mode de formation d'un réflexe conditionnel (par exemple la salivation du chien consécutive à une sonnerie), on constate qu'il est créé par un dispositif qui désorganise les connexions nerveuses normales et en établit d'autres *sans faire intervenir aucun facteur lésionnel ou toxique.*

PAVLOV explique ces phénomènes par des interférences d'excitations et d'inhibitions, c'est-à-dire par des processus dynamiques du même ordre que ceux que la psychanalyse décrit sous les noms de conflits, investissements, refoulements, etc. De curieuses analogies ont été signalées aussi entre les moyens employés pour faire disparaître les réflexes conditionnels, les « guérir », et la technique psychanalytique qui a pour but de faire tomber certaines inhibitions et résistances en rendant claires les connexions associatives morbides et inconscientes. Une série de publications, dues à des psychanalystes ou à des élèves de PAVLOV, ont paru ces dernières années pour montrer les concordances qui se révèlent de part et d'autre, malgré les différences de terminologie, entre la doctrine de FREUD et celle du physiologiste russe [1].

b) Passons à un deuxième groupe de faits nouveaux permettant d'entrevoir d'autres concordances psycho-physiologiques, qui récemment encore étaient insoupçonnées. Il semble que l'étude des *chronaxies* puisse fournir un moyen de diagnostic non seulement entre les lésions pyramidales et les troubles fonctionnels, mais aussi entre l'hystérie et la simulation. Jusqu'ici cette distinction ne pouvait guère reposer

[1] T. M. FRENCH : *Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov.* American Journal of Psychiatry, 1933, XII, p. 1165-1205. — P. SCHILDER : *Psychoanalyse und bedingte Reflexe. Imago,* 1935, XXI, p. 50-66. — W. DRABOVITCH : *Freud et Pavlov.* L'évolution psychiatrique, 1935, III, p. 21-34.

que sur des considérations d'ordre psychologique ; en sorte que certains neurologistes, voulant s'en tenir exclusivement aux données de l'examen corporel et objectif, en sont venus à nier l'authenticité de l'hystérie, comme je l'ai dit plus haut, et à prendre les « soi-disant » malades pour des simulateurs.

Or, il y a dans l'hystérie des modifications de la chronaxie qu'a étudiées dernièrement BOURGUIGNON [1]. Par contre, le même auteur a trouvé toutes les chronaxies normales chez un simulateur pris en flagrant délit de simulation. Voilà donc un fait d'une grande portée, d'abord en lui-même, mais encore et surtout à titre de concordance : au lieu de nier, la neurologie commence à confirmer par ses propres méthodes une distinction que la psychologie a établie depuis longtemps, entre la simulation consciente et volontaire d'une part, et d'autre part les réactions d'origine inconsciente si caractéristiques de l'hystérie.

Chez les hystériques qui présentent des troubles moteurs permanents, les variations de la chronaxie rappellent celles des lésions pyramidales ; elles révèlent néanmoins un état *dynamique*, « un trouble purement fonctionnel, dit BOURGUIGNON, pouvant disparaître brusquement, comme on voit brusquement revenir à la normale, au moment du réveil, les chronaxies augmentées pendant le sommeil naturel ». Cette observation présente, elle aussi, une valeur considérable pour le problème qui nous intéresse ; car elle montre que les recherches sur la chronaxie ouvrent de nouvelles perspectives dans l'étude de la « dynamique » nerveuse et cérébrale. Je ne sais si je me trompe fort, mais je crois bien que ces recherches pourraient contribuer à établir, dans un avenir plus ou moins lointain, des concordances aujourd'hui bien inattendues. Car elles permettront peut-être de soumettre à des mensurations exactes ces processus psychiques inconscients (refoulements, déplacements, etc.) que FREUD a découverts par l'analyse des rêves et que les psychanalystes constatent chaque jour — processus dynamiques qui échappent encore, par leur extrême

[1] G. BOURGUIGNON : *Chronaxies vestibulaires et neuro-musculaires dans quelques cas d'hystérie.* Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Bruxelles, 1935, p. 440-450.

complexité, aux techniques d'une investigation expérimentale absolument rigoureuse.

c) Le troisième groupe de concordances sur lesquelles je désire attirer l'attention se rapporte à la question des *instincts*, ou *tendances instinctives*. La psychanalyse s'attache justement à découvrir et à étudier ces forces-là, sous l'aspect de leurs manifestations psychologiques. La notion de tendance instinctive, en un mot d'instinct, doit être précisée. Elle est prise ici comme synonyme de besoin, de désir, c'est-à-dire d'une force ou « pulsion » (en allemand *Trieb*) qui tend à « pousser » l'individu à la recherche d'une satisfaction.

Il est bon de remarquer que cette notion n'a pas été empruntée à la philosophie, comme l'ont imaginé certains critiques qui en ont fait un grief à FREUD. Bien au contraire : FREUD a trouvé dans cette notion une hypothèse de travail strictement scientifique et biologique. Il a du reste affirmé, dès ses premiers ouvrages, que les pulsions sont d'origine inconsciente et de source organique ; pour cela il se basait sur des faits cliniques indiscutables et bien connus, par exemple les transformations du désir sexuel après la castration.

Mais que voyons-nous aujourd'hui ? De récents travaux (HESS, LHERMITTE), fortement étayés des données de l'histologie, ont prouvé que nos besoins instinctifs, qu'il s'agisse d'alimentation ou de sexualité, dépendent d'un appareil végétatif situé dans le diencéphale. Dans son dernier article cité plus haut (1939), CLAUDE écrit ceci : « L'hypothalamus apparaît donc par ses connexions corticales et sous-corticales d'une part (ROUSSY et MOSINGER), et d'autre part, par ses connexions avec les autres échelons encéphalo-médullaires, comme le carrefour suprême de la vie végétative, instinctive et émotionnelle, qui intervient dans l'activité cérébrale[1] ».

On voit ainsi que la notion d'instinct — que d'aucuns croyaient tirée de la philosophie — est en train de prendre pied dans la neurologie ; et les phénomènes biologiques sur lesquels elle repose, on arrive même à les localiser dans le diencéphale. Il semble vraiment que cette base organique,

[1] On trouvera aussi dans cet article de CLAUDE des références à de récents travaux sur le rôle de l'hypophyse et sur la constitution glandulaire des neurones hypothalamiques.

sur laquelle FREUD a toujours pensé que l'on pourrait asseoir l'édifice de la psychanalyse, commence à s'esquisser.

En outre MONAKOW, mettant l'accent sur les facteurs dynamiques et fonctionnels du système neuro-végétatif et endocrinien, a développé une théorie des névroses qui présente, malgré le vocabulaire neurologique très spécial forgé par MONAKOW, de frappantes concordances avec la théorie psychologique de FREUD. En résumé, FREUD a pu montrer dans les détails par la psychanalyse, beaucoup mieux qu'on ne l'avait fait auparavant, combien les processus mentaux se rattachent au fonctionnement somatique de l'organisme, à ses sources inconscientes, instinctives et vitales. C'est pourquoi l'expression d'organicité dynamique — qu'elle soit bonne ou mauvaise — m'a été suggérée, je le répète, par la psychanalyse [1].

5. DYNAMIQUE ET ÉNERGÉTIQUE. CONCLUSION.

Nous voici bien loin de la malade dont l'observation a été le point de départ de cet article. J'aimerais, pour terminer, revenir à son cas et faire ressortir très brièvement une dernière concordance entre les voies d'exploration psychologique et somatique.

La psychologie, tout particulièrement la psychanalyse comme on vient de le voir, étudient des phénomènes dynamiques. Or, pour nous, dynamique est pratiquement synonyme d'énergétique : c'est la force qui est génératrice de mouvement. Du reste, on aura remarqué que les « besoins instinctifs » et les « désirs » que décrit la psychologie courante, ou les « pulsions » de la psychanalyse, agissent comme des *forces :* ce sont, en définitive, des modes d'énergie biologique.

Eh bien, il me semble qu'on ne saurait se passer de cette

[1] Je saisis cette occasion pour rappeler un aspect, souvent trop peu connu, de l'œuvre de FREUD, à savoir ses recherches personnelles sur l'histologie du système nerveux et ses importantes contributions à la neurologie, notamment sur l'aphasie et la paralysie cérébrale infantile. R. BRUN, de Zurich, a montré l'intérêt de ces travaux et en a publié la liste. (*Sigmund Freuds Leistungen auf dem Gebiete der organischen Neurologie*. Archives suisses de neurologie et de psychiatrie, 1936, XXXVII, p. 200).

notion si l'on veut comprendre le cas de notre malade. Il n'y avait chez elle aucune rupture anatomique des éléments nerveux ; il y avait une mauvaise répartition des forces. Lorsqu'on lui demandait de se tenir droite en marchant, elle essayait de le faire ; mais la quantité d'énergie, même beaucoup trop considérable, mobilisée par cet effort de volonté, se dirigeait ou se concentrait dans l'organisme d'une manière défectueuse. Une fois l'hypothèse de lésions articulaires, spinales ou cérébrales éliminée, on pouvait se convaincre par la seule observation clinique, même sans aucune analyse psychologique, que le trouble fonctionnel était la conséquence d'inhibitions, de refoulements, de déplacements ou de conflits de forces, bref de désordres qu'il n'est guère possible de concevoir sans faire intervenir des notions énergétiques et dynamiques.

Que le « penser anatomique », au sens le plus large, soit indispensable aux progrès de toutes les branches de la médecine, cela ne saurait être raisonnablement contesté par personne. Ceux qui auront eu la patience de lire les pages qui précèdent n'y trouveront, je l'espère, aucune entorse au principe qui doit sans cesse guider les cliniciens et leur faire rechercher partout les solides points d'appui de l'anatomie pathologique.

Mais mon but aura été atteint si je suis arrivé à montrer, à la lumière de ce cas d'hystérie, que la conception dynamique est indispensable, elle aussi, et qu'elle permet en outre — ce qui est capital pour celui qu'intéressent l'histoire comparée des sciences et l'aide réciproque qu'elles se fournissent les unes aux autres — d'établir des concordances de plus en plus nombreuses et détaillées entre les découvertes récentes de la physiologie cérébrale et celles de la psychologie contemporaine. Ceci justifiera peut-être l'expression d'organicité dynamique qui figure en tête de ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

J'ai exposé les idées maîtresses de cet article, mais d'une manière différente et avec d'autres développements, dans quelques publications antérieures, notamment les cinq suivantes où l'on trouvera aussi des références bibliographiques.

1. *Symbolisme dans l'hystérie.* Archives de psychologie, 1919, XVII, p. 208. — 2. *Psychoses organiques et psychoses fonctionnelles.* Revue médicale de la Suisse romande, 1924, XLIV, p. 345. — 3. *Le caractère scientifique de la psychanalyse.* Archives suisses de neurologie et de psychiatrie, 1931, XXVII, p. 241. Cet article a été reproduit dans la Revue française de psychanalyse (Paris), 1932, V, p. 190, et traduit *in extenso* dans la Rivista italiana di psicoanalisi (Rome), 1932, I, p. 20, et dans la Psychoanalytische Bewegung (Vienne), 1933, V, p. 5. — 4. *Discussion sur l'hystérie et les fonctions psychomotrices.* Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France, Bruxelles, 1935, comptes rendus, p. 150. — 5. *Psychanalyse et biologie. Quelques remarques générales.* Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 1936, LXVI, p. 580.

LIBRAIRIE PAYOT

Lausanne - Genève - Neuchâtel - Vevey - Montreux - Berne - Bâle

Nouveautés médicales

BARBE, R.-H. : **Les conséquences pathologiques des pratiques anticonceptionnelles chez la femme.** In-8° broché, 360 pages . . . . . Fr. 6.75

BÖHLER : **Technique du traitement des fractures,** in-8°, illustré, relié . . Fr. 28.—

DARIER, SABOURAUD, GOUGEROT, MILIEN, PAUTRIER, RAVAUT, SEZARY, G. SIMON : **Nouvelle pratique dermatologique,** 8 beaux volumes in-8° reliés et richement illustrés, de 800 à 1000 pages chacun . . . . Fr. 302.40

DÉLÉANU, FABRE et CONIVER : **Index médico-pharmaceutique,** in-8° relié, 750 pages . . . . . Fr. 20.—

EXCHAQUET, L. : **Le nourrisson, sa physiologie, sa santé.** 2e édition. Un volume in-8° broché . . . . . Fr. 7.50

FLEISCH, A. : **L'alimentation et ses erreurs.** In-16 broché . . . . . Fr. 2.25

FOREL, A. : **La question sexuelle** exposée aux adultes cultivés. Nouvelle édition remaniée par le Dr Oscar Forel. Grand in-8° broché . . . Fr. 10.—

GONIN, J. : **Le décollement de la rétine.** Un vol. in-4°, 77 figures et 38 planches hors-texte en couleurs, relié . . . . . Fr. 50.—

GORIS, A. et LIOT, A. : **Pharmacie galénique,** 2 vol. illustrés, cartonnés Fr. 59.—

JAQUET, A. : **La médecine qui guérit et la médecine qui tue.** In-16, broché Fr. 3.—

JAQUEROD, M. : **Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine.** In-8° broché . . . . . Fr. 2.50

JOURNÉ, M. et DESCHAMPS P. N. : **Manuel de pathologie médicale,** 3e édition entièrement refondue, in-8°, 1700 pages illustrées . . . . Fr. 16.10

LEDOUX-LEBARD : **Manuel de radiodiagnostic clinique.** 1143 figures, in-8° relié en 1 volume . . . . . Fr. 39.55

MARTINET : **Diagnostic clinique.** Nouvelle édition entièrement remise à jour. In-8° relié, illustré . . . . . Fr. 21.30

RAMOND, L. : **Conférences de clinique médicale.** Dernière série parue, vol. XIII, in-8° broché, 360 pages. . . . . Fr. 8.30

ROLLIER, A. : **La cure de soleil,** grand in-8°. Nouvelle édition avec 185 figures et 23 planches, broché-cartonné . . . . . Fr. 13.—

SAINTON, P. : **Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale.** In-8° broché, 800 pages . . . . . Fr. 20.80

SERGENT : **L'exploration clinique médicale. Technique et séméiologie.** Grand in-8°, relié, avec de nombreuses illustrations . . . . . Fr. 24.55

STEPHANI-CHERBULIEZ, J. : **Le sexe a ses raisons,** un vol. in-16, broché Fr. 3.50

WINTSCH, J. : **Les premières manifestations motrices et mentales chez l'enfant.** Un vol. in-8°, broché . . . . . Fr. 4.—

*** **Les Régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique,** in-8° broché, 850 pages (Compte rendu des journées médicales de Paris) . . . . . Fr. 16.—

IMPRIMERIES RÉUNIES S. A. LAUSANNE