86

REVUE MÉDICALE

DE LA

SUISSE ROMANDE

PUBLIÉE PAR

E. Bach, Lausanne ; **G. Bickel,** prof. de policlinique médicale, Genève ; **R. Burnand,** chargé de cours, 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 ; **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*
LXIIIe année. N° 8, 25 août 1943.

Psychonévroses traumatiques et psychanalyse

ETUDE HISTORIQUE ET BIOLOGIQUE

PAR

HENRI FLOURNOY (Genève).

LIBRAIRIE PAYOT - LAUSANNE

Extrait de la *Revue Médicale de la Suisse Romande.*
LXIIIe année. N° 8. 25 août 1943.

Psychonévroses traumatiques et psychanalyse

Etude historique et biologique

par

Henri FLOURNOY (Genève).

La communication présentée récemment à la Société médicale de Genève (1er décembre 1942), par Mme Dr Stephani-Cherbuliez sur deux cas d'agoraphobie qu'elle a guéris par la psychanalyse m'a remis en mémoire quelques observations relatives au même sujet. Elles me serviront d'introduction au thème principal qui fait l'objet de ce travail.

1. Introduction. Quelques observations.

Une femme de 32 ans, bien portante au point de vue physique mais de nature anxieuse, était dans l'impossibilité de venir à mon cabinet de consultations en passant par le plus court chemin, car elle aurait dû emprunter le boulevard des Casemates. La seule idée de cette avenue large et souvent déserte lui causait d'indicibles angoisses qu'elle était incapable

de dominer. Aussi avait-elle pris l'habitude de faire un grand détour par des rues très fréquentées. D'ailleurs, même le long de ce trajet plus rassurant elle procédait par bonds fictifs : elle s'imaginait n'aller d'abord qu'à une centaine de mètres, près de tel ou tel magasin qu'elle connaissait bien ; puis un peu plus loin jusqu'à un carrefour qui lui était familier, et ainsi de suite. Grâce à ce stratagème mental, à cette progression par étapes, elle arrivait à bon port.

Mais, chose curieuse et qui signe bien la nature psychologique de son trouble, elle pouvait venir en droite ligne, s'engager dans le boulevard désert, s'y promener dans toute sa longueur sans la moindre inquiétude, pourvu qu'elle fût accompagnée par sa petite fille de trois ans. La seule présence de cette enfant, qui en cas de danger réel ne lui aurait apporté aucun secours, transformait tout son équilibre intérieur. Il est probable qu'elle se sentait alors, et plus profondément qu'à l'ordinaire, une mère de famille digne et respectée, ce qui apaisait les conflits inconscients connus chez les agoraphobes. En compagnie de sa fillette, rien ne l'empêchait plus d'aller droit son chemin, la tête haute, loin de tout soupçon et à l'abri des risques que peut courir une femme seule.

Un autre cas est celui d'une jeune fille de 23 ans qui entreprit chez moi un traitement psychanalytique. Depuis deux ans elle était incapable de sortir seule. Je l'ai traitée sept mois, au bout desquels elle commençait déjà à vaincre son agoraphobie ; mais je n'ai pas pu terminer moi-même son analyse ayant dû partir pour l'étranger. Cette malade a fini par guérir, se marier, devenir mère de famille. Parmi ses symptômes psychiques, je signalerai un rêve d'angoisse stéréotypé qu'elle avait fréquemment depuis son enfance et dont l'analyse s'est révélée très instructive pour la compréhension de son état, rêve à l'étude duquel j'ai consacré un article spécial [1].

Le point sur lequel je désire attirer l'attention, c'est que dans ce dernier cas l'agoraphobie était apparue à la suite de deux opérations (appendicite et goitre) subies à l'âge de 20 ans. Ces interventions chirurgicales avaient joué le rôle de *trau-*

[1] *Rêves d'angoisse stéréotypés chez une agoraphobe.* Evolution psychiatrique, Paris, 1935, III, p. 35.

matismes psychologiques, aggravés par les préoccupations sexuelles que causaient à la jeune fille ses récentes fiançailles. Mais, en réalité, ces facteurs actuels avaient *réveillé* une psychonévrose latente remontant à l'enfance et provoquée alors qu'elle avait cinq ans, par la mort de son frère : ce fut un véritable choc psychique, qui lui fit souhaiter ardemment la naissance d'un autre frère. (Ajoutons que ce premier traumatisme infantile avait donné lieu à un amas de fantaisies relatives au phénomène de la reproduction et aux relations du père et de la mère. C'est ce complexe qui était à l'origine du rêve d'angoisse stéréotypé, question sur laquelle je ne reviens pas ici.)

Voici un troisième cas dont je résumerai l'histoire avec plus de détails et qui mettra encore mieux en relief ce phénomène de « réactivation » d'une *psychonévrose latente d'origine infantile*. Il ne s'agit plus d'agoraphobie, mais d'un état psychasthénique-obsessionnel.

Anamnèse. M. V., 37 ans, profession libérale, officier dans l'armée française, a eu une enfance chétive. Bien portant dès l'âge de puberté. A 20 ans, il fait son service militaire et il supporte très bien ce genre de vie. Quelques années plus tard, lorsque la guerre de 1914 éclate, il est enrôlé et sert régulièrement pendant les quatre ans. A l'exception d'une période de plusieurs mois passés à l'arrière à la suite d'une grave blessure reçue à la jambe, il est presque toujours en première ligne ; il monte en grade et devient capitaine. L'existence dans les tranchées, la vie dure et les incessantes émotions (dangers de toutes sortes, « insupportables » détonations d'obus, etc.) finissent par l'ébranler. Il se sent devenir de plus en plus « neurasthénique », mais comme il est officier, il n'en veut rien laisser paraître. A force de volonté, il tient le coup.

C'est quelques mois après la fin des hostilités, à l'occasion de légers soucis dans la vie civile, que cet état le reprend avec une intensité qu'il n'arrive plus, cette fois, à dominer. Pendant deux ans, il se fait soigner par l'un des meilleurs neurologues de France. Puis il est obligé de cesser tout travail, fait une cure de repos, se sent de plus en plus découragé et il a même des idées de suicide. Après un traitement dans une station thermale, à 33 ans, M. V. arrive à fournir de nouveau un travail à peu près normal pendant six mois ; puis survient une rechute avec inactivité complète persistant un an et demi. Il se remonte avec peine à 35 ans, mais de perpétuels symptômes *psychasthéniques* et *obsessionnels* lui

empoisonnent l'existence : incapacité à se fixer au travail, irritabilité, fatigabilité, insomnies, émotivité extrême, obsessions relatives à des souvenirs de guerre et difficultés d'adaptation conjugale.

Je vois ce malade pour la première fois, dans sa 37e année, à Genève, où il était venu séjourner. Ses symptômes sont depuis plusieurs semaines en pleine recrudescence. Certains indices me font demander un examen du tube digestif. La radioscopie révèle des signes d'altération organique de la région pyloro-bulbaire et des désordres fonctionnels. Mais ceci ne rend pas compte des troubles psychiques, si accentués et si tenaces.

Traitement. Après une dizaine de séances de suggestion et d'hypnose sédative sans aucun résultat, je propose au malade une psychanalyse. Bien qu'il n'ait jamais eu l'idée d'une cure de ce genre et que la perspective de sa longue durée soit loin de lui sourire, il accepte en désespoir de cause et avec peu d'enthousiasme. Le traitement (près de deux cents séances) a duré onze mois consécutifs, mais avec quelques intervalles. Les symptômes se sont atténués au fur et à mesure des progrès de l'analyse. Une activité normale a repris, toujours plus satisfaisante, et la vie conjugale est devenue plus facile. Au bout de onze mois l'amélioration, pour ne pas encore dire la guérison, était si marquée que le traitement fut suspendu. Il n'a jamais été repris, aucune rechute ne s'étant produite depuis lors. Il y a de cela plus de douze ans.

Je ne tenterai pas de résumer ici le *matériel psychique* qui a été analysé au cours de cette cure. Je me bornerai à dire que les associations libres ont ramené au jour de nombreux chocs et conflits infantiles, ainsi que de très vieilles tendances nocives de nature psychosexuelle. Bien qu'il fût apparemment en pleine santé depuis une dizaine d'années lors de la mobilisation de 1914, M. V. avait une psychonévrose latente, dont l'éclosion allait être déclenchée par les traumatismes de la vie militaire.

L'intérêt clinique de ce cas réside dans le fait que le sujet avait subi au cours de la guerre des chocs multiples et variés : frayeurs soudaines, détonations qu'il a toujours qualifiées d'« insupportables », éclatements d'obus, dangers mortels. Il serait bien difficile d'établir dans quelle mesure l'élément physique, purement mécanique, de ces chocs a joué un rôle pathogène. S'il n'y a jamais eu aucune blessure de la tête, aucun symptôme de commotion cérébrale, nous admettons néanmoins qu'il a pu se produire dans le tissu nerveux des

modifications histologiques très fines (OPPENHEIM) ou des altérations moléculaires. Cette hypothèse assez plausible pouvait commander entre autres la thérapeutique par le repos. En revanche, ce qui n'était plus une hypothèse, c'est que ces mêmes chocs ont agi comme *traumatismes psychologiques*. C'était là un fait incontestable. D'autre part, l'inefficacité des traitements médicaux auxquels on avait recouru pendant plusieurs années jusqu'alors, permettait de supposer qu'il pouvait s'agir chez M. V. — bien qu'à première vue son état nerveux parût avoir été causé uniquement par les circonstances si éprouvantes de la guerre — d'une affection plus profondément ancrée, d'une psychonévrose latente d'origine infantile.

Ce cas ne correspond pas tout à fait à celui des névroses traumatiques habituelles, celles de la vie civile, en ce sens que ces dernières sont en général consécutives à un choc *unique*. Malgré cette particularité nous pouvons envisager maintenant le problème dans son ensemble ; il ne pourra s'agir, bien entendu, que d'une vue très générale.

2. COUP D'ŒIL HISTORIQUE. UNE QUESTION DE DOCTRINE.

Dans un petit livre paru en 1913, le Dr J. ROUX, de Saint-Etienne, s'était déjà attaché à établir la distinction entre les psychonévroses traumatiques et les encéphalopathies consécutives à la commotion cérébro-spinale. On trouvera dans cet ouvrage un aperçu historique sur la question avant cette date [1].

Depuis lors, ce chapitre de la pathologie est devenu de plus en plus abondant et complexe. En premier lieu, les années 1914-1918 ont fait surgir de très nombreux cas traumatiques de *psychonévroses de guerre* [2]. Ces affections ont revêtu le plus souvent le type de l'hystérie. (Il est probable que les

[1] J. ROUX : *Les névroses post-traumatiques* : Paris, 1913.

[2] G. ROUSSY et J. LHERMITTE : *Les psychonévroses de guerre*. Paris, 1917. — F. NAVILLE : *Le traitement et la guérison des psychonévroses de guerre invétérées à l'Hôpital Saint-André de Salins*. Corresp. Blatt für Schweizer Aerzte, 1918, N° 25. — Voir aussi le chapitre *Psychoses and Psychoneuroses in War* dans HENDERSON et GILLESPIE : *Text-Book of Psychiatry*, Oxford, 5e éd., 1940.

formes psychasthéniques, comme chez l'officier français dont je viens de résumer l'observation, ont été tout aussi fréquentes mais moins visibles.) En second lieu, les grandes *épidémies d'encéphalite* à partir de 1915 ont permis de préciser les lésions cérébrales de cette maladie, dont bien des séquelles ont une apparence hystérique.

De ces deux ordres d'expériences nouvelles sur des champs si étendus, il est résulté que la question de la « grande névrose » est revenue sur le tapis avec presque autant d'insistance qu'aux temps de CHARCOT, puis de BABINSKI. Aussi le Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France a-t-il estimé devoir consacrer sa session de Bruxelles, en 1935, à... l'Hystérie, ce prétendu fantôme qu'on avait si souvent cru enterrer et dont les médecins sérieux n'osaient plus prononcer le nom.

Des deux rapports fort bien documentés de BARUK (Paris) et VAN BOGAERT (Anvers), il ressort qu'il y a des différences fondamentales entre les troubles hystériques et les syndromes extra-pyramidaux. On ne doit pas les confondre. L'hystérie est bien quelque chose de *sui generis* que BARUK, psychiatre, rapproche du syndrome catatonique, avec cette différence essentielle que les troubles peuvent être guéris « totalement et quasi immédiatement » par la psychothérapie. Quant à VAN BOGAERT, qui dans son travail intitulé « L'hystérie et les fonctions diencéphaliques » s'était placé sur le terrain objectif de la neurologie la plus orthodoxe, ses conclusions sont encore plus significatives. Elles cadrent de façon saisissante (bien qu'exprimées en termes physiologiques) avec ce que le psychologue PIERRE JANET avait si bien décrit sur l'hystérie quarante ans auparavant et ce que FREUD a analysé et précisé à un point de vue plus dynamique depuis la même époque.

En matière d'hystérie, l'étude minutieuse des faits n'exclut donc nullement la possibilité d'une pathogénie psychologique ; en sorte que l'un des résultats, et non les moindres, du Congrès de Bruxelles, a été de préparer la voie à un accord déjà réjouissant entre neuro-psychiatres et psychanalystes.

Entre temps, à côté des états nerveux provoqués par la guerre de 1914 et des épidémies d'encéphalite, un autre champ d'études a pris une importance croissante depuis une trentaine

d'années et a fait rebondir le problème des psychonévroses, notamment des psychonévroses traumatiques. C'est le domaine des *accidents graves* dans la vie civile, entre autres les traumatismes crâniens, dont la fréquence s'est accrue par la multiplicité des moyens de locomotion au XXe siècle et par l'extension du machinisme.

Toute cette question — qui est devenue d'une actualité économique et sociale d'autant plus brûlante qu'elle est liée à celle des assurances — a fait l'objet des discussions de la Société suisse de Neurologie dans son assemblée de Lucerne, en 1937. L'unique rapporteur, le prof. BRUN, de Zurich, avait intitulé son travail : *Die Neurosen nach Schädeltraumen.* En 1941, la même société a remis à l'ordre du jour, pour sa réunion de Zurich, le même sujet, mais sous un titre différent : *Les encéphalopathies traumatiques.* Les rapporteurs, tous de Genève, étaient les prof. DE MORSIER (étude neurologique), FRANCESCHETTI (ophtalmologische Befunde bei traumatischer Encephalopathie), le Dr EDMOND BARBEY (le point de vue neurootologique) et M. ANDRÉ REY, Dr phil. (l'examen psychologique).

On trouvera ces divers rapports, ainsi que les comptes rendus des assemblées de Lucerne et de Zurich, dans les « Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie » (Vol. XLI et L). Il ne peut être question d'entrer ici dans le détail. Mais on remarquera que le changement de titre intervenu entre les deux Congrès, séparés seulement par quatre ans, est révélateur de deux tendances fondamentales qui se sont affirmées aussi au cours des discussions.

La position prise par BRUN peut être appelée, dans ses grandes lignes, « biologique-fonctionnelle ». Le neurologue zurichois tient compte, dans la pathogénie, de l'apport des conceptions psychologiques et de la psychanalyse et il emploie le terme de « psychonévroses ». Tout autre est la position qu'adopte DE MORSIER : elle est nettement « mécanique-organiciste ». Il parle de la *mécanopathologie crânio-cérébrale* qui « comprendra, dit-il, une étude mécanique, histologique et physico-chimique, topographique, sémiologique et pathogénétique ». DE MORSIER fait à juste titre une large place aux données de l'ophtalmologie et de l'otologie et il explique tous les symptômes par une atteinte du méso-diencéphale.

S'il recourt à des examens de psychologie expérimentale, c'est afin de préciser encore par cette voie la nature et le degré des altérations organiques.

Ces deux positions sont aussi légitimes l'une que l'autre. En principe, et dans le fond, elles n'ont rien de contradictoire ; il y a même lieu de penser que notre connaissance des réactions si complexes de l'être humain ne sera vraiment satisfaisante que lorsque nous nous serons habitués à les observer sous les angles les plus divers. Dès le premier chapitre de son rapport au Congrès de Lucerne, le prof. BRUN commence par étudier le *diagnostic différentiel* entre les états organiques et psychonévrotiques après les traumatismes crâniens. C'est dire qu'il admet bel et bien l'existence de la première catégorie de ces troubles — « zweifellos » organisch, écrit-il, — auxquels le Dr ROUX, dans le petit ouvrage que j'ai cité plus haut, appliquait déjà si justement le nom d'« encéphalopathies ». Quelle que soit l'importance qu'il attache par ailleurs aux facteurs psychiques, le point de vue de BRUN n'a donc rien d'exclusif.

Le prof. DE MORSIER, se basant sur des observations très précises et sur des erreurs de diagnostic (ajoutons qu'il y en a eu dans « les deux sens » et qu'il s'en produit, hélas, dans tous les domaines de la médecine), développe sur ce terrain une pathogénie purement mécanique et lésionnelle. Et, conformément à une *doctrine générale* dont il était déjà depuis longtemps le défenseur, il englobe dans le cadre des encéphalopathies tous les états nerveux consécutifs aux traumatismes crâniens ; ceci revient à nier l'existence des psychonévroses et à refuser une valeur quelconque aux conceptions psychogénétiques.

On pourra lire dans les comptes rendus de la Société de Neurologie les critiques et discussions auxquelles ont donné lieu ces rapports si divers et si instructifs. Toutefois, si les faits cliniques avancés par DE MORSIER et ses collaborateurs conservent toute leur valeur, il n'en reste pas moins que la doctrine générale dont il est le partisan le plus intrépide me paraît inacceptable par son caractère exclusif, extrême et absolu. Etant la négation même des progrès de la psychologie médicale et de la psychopathologie contemporaines, elle ne saurait retenir notre attention.

Parmi les neurologues qui ont participé aux débats suscités à Lucerne et à Zurich par les rapports de MM. BRUN et DE MORSIER, je tiens à citer les professeurs NAVILLE et MINKOWSKI dont les travaux offrent un réel intérêt pour nous. Dans une étude très fouillée, NAVILLE [1] a réuni entre autres une série d'observations de psychonévroses survenues après des traumatismes crâniens ; il y a trouvé les mêmes symptômes qu'après des chocs exclusivement psychiques, ce qui montre bien, à son avis, qu'elles ont une pathogénie similaire. « C'est faire fausse route, dit-il, que nier l'existence et le rôle possibles de troubles psychogènes, même s'il y a en même temps des lésions organiques, et c'est faire fausse route aussi que méconnaître les éléments physiogènes, dans les cas mixtes notamment. » Grâce à un abondant matériel clinique, il s'efforce d'établir les caractères différentiels entre ces deux genres de troubles qui sont souvent enchevêtrés.

NAVILLE esquisse aussi une théorie à la fois psychologique et biologique basée sur l'idée que les mécanismes d'adaptation, dont notre organisme dispose, peuvent soudain se trouver en défaut lorsque diverses circonstances ont causé un état de fatigue cérébrale et nerveuse. Il se rapproche ici de la psychologie de PIERRE JANET, dont les applications aux névroses traumatiques ont d'ailleurs fait l'objet à Lucerne d'un exposé du Dr SCHWARTZ, de Bâle.

Le professeur MINKOWSKI, de Zurich, tout en rendant pleine justice aux idées que DE MORSIER défend dans son rapport (il y fait néanmoins certaines objections d'ordre strictement anatomique et mécanique), déclare adopter une attitude intermédiaire entre la sienne et celle de BRUN. Il estime que lorsque les méthodes d'investigation deviennent de plus en plus subtiles et révèlent des troubles plus fins et délicats, on se rapproche toujours davantage de processus qui sont à la limite de l'organique et du fonctionnel (« Grenzsymptome »), processus qui peuvent même apparaître parfois dans des conditions normales et habituelles.

[1] F. NAVILLE : *Etude sur les névroses consécutives aux traumatismes crâniens.* Arch. suisses de Neurol. et Psychiatrie, 1938, XLI, p. 382. Voir aussi son *Résumé des publications*, 1938, p. 37.

C'est justement ce « fonctionnel », sur lequel MINKOWSKI insiste avec tant de raison, qui autorise et rend légitimes les efforts d'analyse et d'interprétation psychologiques même s'il s'agit de troubles où des lésions sont indiscutables. Sans doute les mots « fonctionnel » et « psychogène » ne sont pas synonymes ; mais ils s'appliquent à deux ordres de manifestations qui, loin de s'exclure, se couvrent ou s'enchevêtrent en proportions diverses. Or, c'est précisément par ses études sur l'encéphalite et sur les traumatismes crâniens que MINKOWSKI est arrivé à cette façon si juste d'envisager le lien intime entre les deux ordres de phénomènes — lien qu'il m'a paru exact d'appeler l'*intrication variable et incessante* [1].

MINKOWSKI avait déjà élucidé ce délicat problème dans un exposé magistral fait à Paris il y a quelques années, lorsqu'il s'exprimait de la manière suivante :

> Ce que je tiens à faire ressortir ici, dit-il, c'est que dans le domaine des névroses, comme dans celui des affections organiques du système nerveux et même dans celui des lésions en foyer, il y a non seulement un mécanisme physio-pathologique déterminé, mais souvent aussi des liaisons intimes et complexes de troubles ou plus exactement de composantes pathogéniques organiques sensu strictiori, organo-fonctionnelles et psychogènes ou psycho-fonctionnelles, avec toutefois une prédominance de ces dernières, caractéristique des névroses, tandis que ce sont les premières qui prédominent dans les affections organiques. Il y a donc là certainement une différence, mais qui, à la lumière de notre analyse, nous apparaît plutôt comme une différence de degré que de nature [2].

Cette citation définit avec une grande clarté l'idée maîtresse qui devrait toujours inspirer la doctrine et guider les recherches dans ce domaine de la pathologie. Sans céder à une vision trop simpliste et unilatérale, éloignée de tout exclusivisme, elle laisse le champ libre aux modes d'exploration les plus variés, tout en montrant la complexité des phénomènes et la nécessité d'une synthèse véritablement biologique.

[1] *Psychanalyse et biologie*. Schweiz. Med. Wochenchrift, 1936, p. 687.

[2] M. MINKOWSKI : *Essai d'analyse et de synthèse biologiques des troubles organiques et fonctionnels en neurologie*. Evolution psychiatrique, 1935, I, p. 24.

Cette question préalable étant ainsi mise au point — question élémentaire, mais essentielle, de méthode scientifique et de doctrine générale — voyons ce qu'il en est de la psychanalyse.

3. Le point de vue psychanalytique et biologique.

Jusqu'ici nous avons employé indifféremment les mots « psychonévrose » et « névrose ». Dès maintenant, afin d'y voir plus clair, nous distinguerons entre les *psychonévroses traumatiques* et la *névrose traumatique au sens strict*. Les premières sont des psychonévroses ordinaires qui sont devenues manifestes à l'occasion d'un accident, d'une émotion, ou à la suite de chocs répétés et multiples comme dans le cas de l'officier relaté ci-dessus. Elles peuvent revêtir toutes les formes cliniques habituelles : hystérique, obsessionnelle-psychasthénique, phobique. Dans la nosologie de Freud elles constituent le groupe des « psychonévroses de transfert » et elles ont une psychogénèse qui remonte à l'enfance. Le rôle de l'événement traumatique actuel est uniquement de réactiver une affection latente d'origine infantile.

La *névrose traumatique au sens strict* — la seule dont nous nous occuperons désormais — est consécutive à un choc unique d'une grande violence (collision, explosion, frayeur extrême). Le plus souvent elle prend l'aspect de l'hystérie ; mais dans la règle elle en diffère par les signes d'une véritable souffrance, d'une angoisse profonde. Le traumatisme y joue un rôle étiologique capital. Les malades, assez rares il est vrai, qu'on a pu soumettre à la psychanalyse, n'ont en général pas révélé de conflits intimes remontant à l'enfance comme il s'en trouve toujours dans les psychonévroses ordinaires. Selon Freud, il s'agit d'une *névrose narcissique*, c'est-à-dire qu'elle est créée par un danger extérieur très grave et soudain qui menace le « moi » de l'individu *dans son existence même*.

C'est pendant la guerre de 1914 que des cas de ce genre ont pu être observés sur une grande échelle, sinon analysés vu l'impossibilité pratique, par des psychanalystes. Tout d'abord l'un des premiers élèves de Freud, le Dr Ferenczi, médecin de régiment dans l'armée hongroise, attaché à cette époque à

un centre neurologique de Budapest, publia en 1916 un article où il montre que les névroses de guerre consécutives à un violent ébranlement comme l'explosion d'une grenade, se présentent sous l'apparence de l'hystérie de conversion (contractures, spasmes) ou de l'hystérie d'angoisse (tremblements, astasie-abasie, etc.) [1]. La forme des troubles s'explique soit par la fixation inconsciente de certaines attitudes au moment du choc, soit par une régression à des modes de réaction très primitifs.

D'autres psychanalystes, notamment le Dr SIMMEL, de Berlin, médecin-chef de l'infirmerie pour nerveux dans la forteresse de Posen, et le Dr ABRAHAM, directeur du centre psychiatrique du XXe Corps d'armée en Prusse orientale, firent des observations analogues [2]. Ils les confrontèrent avec celles de FERENCZI, de FEDERN (Vienne), VAN OPHUIJSEN (La Haye) et d'autres, lors du Congrès qu'ils tinrent à Budapest pendant la guerre, avec FREUD, en septembre 1918. Les comptes rendus de cette assemblée, parus l'année suivante, donnent aussi sur le même sujet la contribution d'ERNEST JONES, de Londres [3]. De l'ensemble de ces travaux il résulte qu'on ne retrouverait pas, chez les traumatisés de guerre, malgré la forme clinique de leurs symptômes, une psychogénèse proprement dite comme dans l'hystérie. Cette constatation cadre avec le point de vue que FREUD a toujours soutenu sur la névrose traumatique civile, laquelle se rattache, comme on l'a vu tout à l'heure, au *narcissisme*.

Rappelons que dans la théorie freudienne, énergétique et dynamique, il y a lieu de faire une distinction entre les tendances du « moi », qui visent à la conservation de l'individu, et les sources d'énergie sexuelle *(libido)* dont la signification biologique est différente. Or, le narcissisme est caractérisé par un déplacement durable ou transitoire de l'énergie libidinale, qui vient se fixer sur le moi. Ce phénomène, nuisible s'il est tenace et persistant comme dans la démence précoce,

[1] S. FERENCZI : *Ueber zwei Typen der Kriegsneurose*. Internat. Zeitschr. für Psychoanalyse, 1916, IV, p. 131.

[2] E. SIMMEL : *Kriegsneurosen und « Psychisches Trauma »*. Leipzig-Munich, 1918.

[3] *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*. Internat. Psychoanal. Verlag, Vienne, 1919.

peut avoir dans d'autres cas une valeur momentanée d'auto-protection ; c'est ce qui se produit dans la névrose traumatique. Etant surpris tout à coup par un gros danger qui met directement en jeu son existence et auquel il n'a pas le temps de réagir par des mesures d'adaptation plus adéquates, l'organisme concentre sur soi toutes ses énergies — y compris celles de la libido, dont le rôle biologique à l'état normal est au contraire de le porter vers des buts extérieurs et de lui faire prendre de l'intérêt à des personnes autres que lui.

Notons aussi que ce reflux d'énergie libidinale sur le moi — cette accumulation — rend compte de plusieurs symptômes bien connus dans la névrose traumatique, tels que l'hyperesthésie sensorielle d'une part, l'impuissance et la frigidité de l'autre. Ce même mécanisme explique aussi certaines attitudes psychiques, comme le repliement sur soi-même et la recherche de la solitude ; parfois un certain degré d'égotisme qui pourra fournir le cas échéant, chez les individus assurés, une base inconsciente au désir de revendication.

A l'époque où les psychanalystes que je viens de nommer faisaient leurs observations dans les empires centraux, le Dr Charles Odier avait l'occasion d'étudier en France, à l'Hôpital militaire de Villejuif et à la Salpêtrière, une forme de névrose de guerre très typique appelée par Souques, la *camptocormie*[1]. Chez des soldats le plus souvent indemnes de toute plaie extérieure et à la suite de l'émotion due à l'éclatement d'un obus, il se produit une flexion du tronc qui pourra durer des mois et des années, exactement comme chez un homme qui resterait penché en avant. Toute tentative de redresser cette plicature se heurte à une résistance violente et involontaire et provoque des signes d'angoisse. Le seul moyen, c'est de faire étendre le malade sur le dos ; dès qu'il est en position horizontale l'attitude vicieuse disparaît sans aucune peine, pour se reproduire aussitôt qu'il se lève.

Odier a cherché à établir par une étude très approfondie les mobiles psychologiques de cette curieuse affection qui n'a atteint que des militaires, en divers pays belligérants. Se pencher en avant est un geste instinctif destiné à éviter les

[1] Ch. Odier : *Etude de psychologie de guerre à propos de la « camptocormie »*. Corresp. Blatt für Schweiz. Aerzte, 1919, p. 841 et 882.

projectiles. Au surplus cette plicature, qu'on n'a jamais observée chez des officiers supérieurs, est symbolique de la vie du soldat qui doit « courber l'échine » devant ses chefs, « se plier » à leurs ordres, etc. La camptocormie, où interviennent aussi des phénomènes de contagion mentale collective, est en somme une « idée fixe entretenant une attitude physique normale dont la persistance est morbide ». Les victimes de cet état y trouvent du reste leur compte, puisqu'on ne peut les renvoyer à la ligne de feu ; c'est bien la *fuite dans la maladie*. Le seul moyen de traitement rapide est la suggestion électro-psychique impérative, dite « torpillage » de VINCENT. « Nous avons pu guérir en un quart d'heure, écrit ODIER, des sujets qui étaient courbés depuis trois ans [1]. »

En résumé, ce qui se cache derrière les névroses de guerre comme le montre bien la camptocormie, c'est un phénomène biologique instinctif — une réaction d'origine inconsciente, primitive et souvent peu différenciée, devant un *danger soudain qui menace la vie*.

* * *

Passons maintenant aux névroses traumatiques civiles. En voici deux cas brièvement résumés que j'ai eu l'occasion de voir il n'y a pas longtemps.

Cas A., 35 ans, employé dans une vitrerie depuis une vingtaine d'années. Jamais de maladie grave, mais au printemps 1940, pendant la mobilisation, bronchite grippale qui l'aurait affaibli au point de vue nerveux. Depuis septembre il reprend régulièrement son travail civil. Le 23 mars 1941, il est en train de déplacer avec un camarade une grande glace mesurant plusieurs mètres de côté, destinée à la devanture d'un magasin et pesant plus de 250 kilos. Tout à coup, la glace se brise et tombe dans un fracas épouvantable. Le camarade de A., grièvement blessé, déchiqueté et perdant son sang en abondance, est conduit à l'hôpital où l'on

[1] Selon une récente communication de M. le Dr Bircher, on n'aurait pas observé au cours de la guerre actuelle des cas de ce genre — pas non plus ces « trembleurs » qui étaient si fréquents en Allemagne en 1918. Et pourtant les chocs n'ont pas dû manquer ! Peut-être les renseignements sont-ils encore insuffisants ? Ou bien la contagion mentale collective se traduit-elle d'une autre manière, ce qui serait un indice nouveau sur la nature foncièrement psychologique de ces troubles ?

devra lui amputer la cuisse. Quant à A., il en est quitte pour la frayeur ; il l'a échappé belle et sans aucune blessure. Seuls son tricot et sa chemise ont été coupés net devant l'épaule gauche par un morceau de verre. Il continue à travailler sans interruption les jours suivants, mais il lui reste après cette terrible émotion un état nerveux caractérisé par de l'angoisse, des palpitations, des insomnies, des cauchemars — et par un tic de l'épaule gauche qui est animée de soubresauts brusques et énervants surtout pendant la nuit.

Je vois ce malade pour la première fois un mois plus tard. Il est déjà mieux ; quatre séances de psychothérapie exercent encore un effet très favorable, puis je le perds de vue. Dans la suite, j'ai appris que les troubles nerveux avaient disparu d'eux-mêmes pour ainsi dire complètement à l'exception du tic de l'épaule. Celui-ci est très atténué aujourd'hui, mais il se produit encore (deux ans après l'accident), surtout lorsque A. essaie de dormir sur le côté gauche, ce à quoi il a dû renoncer.

Cas B., 26 ans, fusilier dans une compagnie de montagne. Le 29 juin 1940, au cours d'une patrouille en skis et au moment d'arriver au haut d'un sommet abrupt et très élevé, il fait un faux-pas et se met à glisser dans la neige à côté du précipice. Il parvient à se retenir juste à temps ; plusieurs minutes s'écoulent, effroyables pour lui, avant qu'on ait pu le tirer de cette position des plus dangereuses. Aucune blessure ni contusion. Dès lors, il est dans un état nerveux très accentué : angoisse, faiblesse et tremblement des jambes, vertiges, cauchemars. Tous les examens pratiqués à l'E.S.M. sont négatifs. Avec le repos, B. reprend peu à peu son équilibre et peut être considéré comme guéri au bout de cinq mois.

Bien que ce dernier accident se soit produit en période de mobilisation, il n'a rien de caractéristique de la vie de guerre. Il a sa place ici, car il aurait pu se produire dans la vie civile aussi bien que l'accident de A. Dans les deux cas nous avons affaire à un traumatisme unique et soudain qui a provoqué chez le sujet une extrême frayeur avec sentiment d'un danger qui le menaçait *dans son existence même*. C'est le type de la névrose traumatique au sens strict. Si ces deux hommes avaient été blessés à la tête, des symptômes d'encéphalopathie auraient pu venir se mêler à ceux de la névrose. Il est possible aussi que la névrose ne fût pas apparue, mais rien ne nous permet d'être affirmatif là-dessus ; il est beaucoup plus naturel d'admettre

que la présence de lésions cérébrales ne supprime pas *ipso facto* les réactions névrotiques, dynamiques et fonctionnelles.

Les troubles de ces deux sujets ont revêtu la forme anxieuse et hystérique. Chez A., ce dernier élément (tic persistant de l'épaule gauche) peut avoir la signification d'un geste de défense : se débarrasser des fragments de verre, éloigner le poids qui menace. A cet égard ce serait un phénomène comparable, par sa pathogénie, à l'attitude d'auto-protection des camptocormiques. Chez B., le tremblement des jambes pourrait recevoir une interprétation analogue. En observant les *trembleurs* dans son hôpital militaire de Budapest, FERENCZI, que j'ai cité plus haut, avait déjà attiré l'attention sur ce point. Rappelons que le tremblement nerveux est une réaction biologique très primitive, qui se produit par régression lorsque le sentiment de sécurité vitale est en jeu. Surpris par un grave danger soudain et extérieur, l'organisme peut répondre soit par un déploiement d'énergie motrice (fuite, agression), soit par une inhibition complète (se tapir dans l'immobilité, « faire le mort »). S'il est empêché de réagir sur l'un ou l'autre de ces deux modes, il en résultera un compromis, un intermédiaire inadapté et inutile qui consiste en une succession de décharges motrices sans déplacement du corps : le tremblement.

J'ai observé qu'une araignée, lorsqu'elle se sent en danger cherche d'abord à s'enfuir. Si tous les chemins lui sont coupés, elle fait la morte. Si on la menace quand même avec un objet pointu, elle se met à trembler, ce qui est d'autant plus visible que ses pattes longues et grêles sont un merveilleux amplificateur. Telle est, me semble-t-il, la phylogénèse du tremblement nerveux, réaction si répandue qu'elle doit bien avoir des racines biologiques très profondes. Quant au sentiment d'angoisse, si net chez mes deux traumatisés — et que je veux m'abstenir d'attribuer aussi à l'araignée afin de ne pas encourir le reproche de verser dans un subjectivisme trop naïf — ce sentiment constitue l'aspect psychologique du même phénomène, tel qu'il ressort du témoignage de nos semblables.

Je n'ai pas étudié mes deux malades plus à fond et j'ignore si la psychanalyse aurait révélé quelque chose sur leur état morbide. Selon FREUD, les variétés de la névrose traumatique ont bien une signification inconsciente qui rentre dans

le cadre général de la finalité biologique (instinct de conservation du « moi », comme on l'a vu par les exemples qui précèdent). Mais elles n'ont pas de *psychogénèse* proprement dite, c'est-à-dire qu'elles ne résultent pas comme les psychonévroses, d'un enchaînement d'expériences individuelles et de conflits intimes remontant à l'enfance. Ce sont des névroses « actuelles [1] ».

Cette opinion de FREUD, qu'il a toujours maintenue, n'est pas partagée sans réserve par tous les psychanalystes contemporains. Parmi ceux qui se sont occupés de la question, BRUN, MEIER-MÜLLER, KIELHOLZ, REPOND, BLUM, SARASIN, CHRISTOFFEL, BALLY, MENG, LANDAUER, je crois que la plupart estiment — tout en admettant avec FREUD qu'il s'agit de névroses narcissiques — qu'elles dépendent quand même de facteurs psychonévrotiques infantiles que l'analyse ferait découvrir. Cette manière de voir tendrait donc à rendre moins nette la démarcation que j'ai établie au début de ce chapitre entre psychonévroses et névroses.

MEIER-MÜLLER [2], se fondant sur le matériel de la policlinique de Zurich, a fait des constatations intéressantes à ce propos. Les sujets qu'il a observés avaient déjà eu, bien avant l'accident, une disposition morbide latente consistant en de graves conflits psychiques. Parmi ses autres conclusions, MEIER-MÜLLER met en garde contre l'erreur et l'injustice que l'on commet en accusant les malades de simulation. Il rapporte aussi le cas de deux assurés chez qui l'analyse eut pour résultat de corriger leur tendance revendicatrice (sinistrose) et de faire disparaître la prétention, d'ailleurs injustifiée, à une indemnité pécuniaire. On trouvera dans le rapport de

[1] S. FREUD : *Introduction à la psychanalyse*. Trad. 1922, passim. (Leçons professées de 1915 à 1917). — *Jenseits des Lustprinzips*. 3e éd., 1923, p. 9-44. — *Hemmung, Symptom und Angst*, 1926, p. 70. — *Abriss der Psychoanalyse*. Internat. Zeitschr. für Psychoanal., 1940, XXV, p. 46. (Publication posthume). — Voir aussi O. FENICHEL : *Der Begriff « Trauma » in der heutigen psychoanalytischen Neurosenlehre*. Ibid. 1937, XXIII, p. 339. — D. DREYFUSS : *Zur Theorie der traumatischen Neurose*. Ibid. 1941, XXVI, p. 122.

[2] H. MEIER-MÜLLER : *Zur Psychologie der sogenannten traumatischen Neurose*. Arch. suisses de Neurol. et Psychiatrie, 1920, VI et VII. — *Id. Ein weiterer Beitrag*. Ibid. 1922, X, p. 130. — *Ueber die soziale Auswirkung der Begutachtung von Schädel- und Gehirnverletzten*. Ibid. 1938, XLI, p. 423.

BRUN, au Congrès de Lucerne (1937), une bibliographie très complète. Quant à l'opinion personnelle de BRUN sur les états nerveux traumatiques, il l'a exposée de nouveau dans l'important ouvrage, semé de vues originales et hautement instructives, qu'il vient de consacrer à l'étude des névroses et psychonévroses en général [1].

* * *

Il me paraît utile de résumer ici en français une observation de psychonévrose de guerre que le Dr STAUDACHER a communiquée en 1927 à la Société médicale de Sarrebruck [2]. Ce cas rappelle par son étiologie « polytraumatique » celui de l'officier français que j'ai décrit au commencement de cet article. Mais les troubles de mon officier étaient du type psychasthénique-obsessionnel, tandis que ceux du sous-officier allemand dont l'histoire va suivre ont pris une forme nettement *hystérique*. La relation du Dr STAUDACHER n'a rien perdu de son actualité ; elle est si riche en enseignements divers, qu'elle illustrera encore de façon concrète plusieurs considérations que j'ai exposées au cours de ce travail.

Un chef de bureau, enrôlé comme sous-officier dans un régiment d'artillerie, se trouve presque toujours en première ligne où il est exposé à une suite ininterrompue d'émotions. En automne 1917, après avoir passé quatre semaines dans un avant-poste à Verdun, il est pris d'un effondrement nerveux. A l'infirmerie, on constate les symptômes suivants : paralysie spasmodique des jambes et du bras droit ; impossibilité de parler, car à chaque tentative, il se produit un spasme de la langue tandis que les mâchoires restent fortement serrées. On le transfère dans une clinique à Wiesbaden, où un essai d'hypnose par le Prof. FRIEDLÄNDER reste infructueux. Néanmoins, le malade sort amélioré au bout de quelques mois et il reprend son activité civile. Peu à peu, les paralysies disparaissent complètement ; mais il persiste une certaine difficulté de la parole, ainsi que des céphalées continues et des insomnies.

Six ans plus tard, en 1923, il est pris subitement d'une sorte de *crampe des écrivains* très particulière : chaque fois qu'il veut

[1] R. BRUN : *Allgemeine Neurosenlehre*. Bâle, 1942, 476 p.

[2] C. STAUDACHER : *Heilung eines Falles von Kriegsneurose*. Internat. Zeitschr. für Psychoanal., 1928, XIV, p. 91-97.

écrire son bras se serre contre le corps, tandis que l'épaule s'élève et que la tête subit un mouvement de rotation à droite, ce qui rend toute écriture quasi impossible. Il se soumet alors à une série de traitements médicaux variés. Toutes les méthodes y passent, médicamenteuses, physiques, gymnastiques, électriques sans aucun effet appréciable. Le 4 novembre 1925, la compagnie d'assurances l'adresse au Dr STAUDACHER pour expertise, ou éventuellement pour une cure psychothérapique.

Le 15 décembre, St. entreprend avec le malade un traitement régulier par l'hypnose. Au bout de deux mois, les céphalées ont complètement disparu, les insomnies sont moins fréquentes. Il y a aussi une certaine amélioration de la « crampe des écrivains » ; mais au cours de l'été, malgré un état général toujours meilleur, il se produit une rechute complète en ce qui concerne cette crampe. St. se décide alors, le 6 septembre 1926, à faire une analyse psychologique détaillée.

Plusieurs rêves ayant trait à des *gares*, le malade est invité à donner des associations. Il raconte alors les deux incidents de guerre suivants, qu'évoque cette image : 1° Ayant reçu l'ordre de décharger un wagon à la gare de Reims, il fut découvert avec ses hommes par des avions ennemis qui déversèrent sur eux une pluie de bombes et leur causèrent un indescriptible effroi. 2° Après une bataille sur le front russe, il fut transféré soudain à l'Ouest avec un groupe de soldats. Voyageant de nuit et épuisé, il apprit malheureusement trop tard que le train s'était arrêté quelques minutes dans sa ville natale, Neunkirchen, où un de ses amis avait aperçu à la gare ses parents et sa femme qui étaient venus dans l'espoir de le trouver. « Cet incident, dit-il, surtout le fait d'avoir manqué de revoir ma jeune femme, fut pour moi un indicible chagrin qui m'a obsédé pendant des semaines en me causant toujours le même tourment. »

Si intéressants qu'ils soient, puisqu'ils ont associé des souvenirs très pénibles et chargés d'émotion, ces rêves de « gares » n'ont cependant rien révélé sur la pathogénie possible des troubles du malade. Il n'en est pas de même des deux rêves suivants, tout récents, qu'il raconte ainsi à l'analyste : « *Nous autres, messieurs, étions couchés l'un sur l'autre, sur une luge ; lorsqu'elle arriva au bas de la pente, celui de dessous était écrasé et ne donnait plus signe de vie.* » Sur ce rêve, il ne peut donner aucune explication ; cela n'évoque rien en lui. Mais quelques jours plus tard, voici un autre rêve : « *J'étais dans l'angle d'un talus auquel aboutissaient des rails de chemin de fer. Je voyais qu'un train était poussé dans ma direction, toujours plus près. Je finis par être coincé dans l'angle,*

dans l'impossibilité d'échapper, en sorte que le premier wagon devait m'écraser. »

En cherchant à donner des associations à cette dernière image, le malade fut soudain saisi d'agitation et dit : « Il me revient maintenant un rêve terrifiant qui m'angoissait dans mon enfance jusqu'à me rendre fou, et qui même à l'époque de ma puberté me causa encore une fois une telle frayeur que je me levai au milieu de la nuit et courus dans la chambre de mes parents. *C'était un étrange cadavre entouré de cordes, les bras et les jambes liés, avec un affreux visage boursouflé. Il entrait par la fenêtre et flottait dans la direction de mon lit.* Ce rêve terrible m'a tourmenté de temps à autre, même dans mes années de jeunesse. »

Passant à une nouvelle étape dans les associations en prenant pour point de départ l'idée du *cadavre*, il dit tout à coup, en proie à une émotion croissante : « Je me rappelle maintenant un incident de ma petite enfance. J'avais quatre ans. J'étais étendu le matin dans ma chambre avec mon frère aîné, de deux ans plus âgé que moi. Nous nous taquinions en nous lançant des coussins. Finalement, mon frère prit un coussin, me l'appliqua sur la figure et s'assit dessus. Je voulus crier, me défendre... puis je revins à moi, étendu sur la table. Mes parents étaient accourus en entendant crier mon frère, ils m'avaient tiré du lit sans connaissance et avaient fait le nécessaire pour me ranimer. »

La découverte de cet atroce souvenir d'enfance qui avait été *complètement* « *oublié* » éclaira d'un coup les particularités de l'état morbide, dit le Dr STAUDACHER. La terreur de l'étouffement, les gestes désespérés, les efforts affolants et inutiles pour crier — bref, ces impressions et manifestations motrices s'étaient profondément incrustées chez l'enfant. Lors de l'effondrement nerveux qu'il subit bien des années plus tard sous la menace des dangers de mort à Verdun, elles reparurent sous forme de paralysies spasmodiques des jambes, du bras, et de contracture de la langue. Plus tard encore, elles donnèrent leur cachet spécial aux symptômes si particuliers de sa « crampe des écrivains » : spasmes du bras et de l'épaule, déviation de la tête. Or, ce qui confirma la justesse de l'interprétation, dit encore STAUDACHER, c'est que ces troubles disparurent *immédiatement*. (Au bout de plusieurs mois, ils ne s'étaient pas reproduits.). L'écriture redevint possible, mais nécessita encore des exercices progressifs.

Il est regrettable que nous n'ayons pas sur ce cas une catamnèse à plus longue échéance ; je ne saurais comment me la procurer aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, cette observation présente

un grand intérêt ; elle montre entre autres le rôle possible des traumatismes chez l'adulte et chez l'enfant. On sait que les sinistrés revoient périodiquement en rêve la scène de l'accident. Inversement, l'analyse des rêves peut faire découvrir, comme ce fut le cas ici, des traumatismes infantiles qui étaient *sortis de la mémoire*, totalement « oubliés » — nous disons en termes dynamiques *refoulés dans l'inconscient*, car leur puissante charge affective n'a pas pour autant disparu. Ils constituent même dans certains cas le noyau d'une psychonévrose latente qui se réveillera à l'occasion de chocs ultérieurs, et pour laquelle un traitement psychanalytique pourrait être indiqué.

Chez le malade de STAUDACHER, dont je viens de résumer l'histoire, nous trouvons bien une vraie psychogénèse ; mais le choc initial subi dans l'enfance ne semble pas avoir été en rapport avec la sphère sexuelle comme c'est la règle dans les psychonévroses de transfert. Par contre, ce traumatisme a consisté en un danger extérieur très grave et soudain, venant menacer le sujet *dans son existence même*. A cet égard, il est exact de parler d'une névrose narcissique, ou traumatique au sens le plus strict.

4. LE PSYCHIQUE ET L'ORGANIQUE. LEURS CONCORDANCES.

De récentes controverses m'incitent à soulever une ou deux questions concernant la psychanalyse en général ; elles me permettront de préciser encore quelques points très importants relatifs à l'hystérie et aux névroses traumatiques.

Tout d'abord, peut-on reprocher à la psychanalyse d'être exclusive et unilatérale ? Il est vrai qu'en recourant à la méthode des *associations libres* enseignée par FREUD, et à la découverte de complexes pathogènes restés inconscients, on se place d'emblée sur le terrain d'une investigation et d'une thérapeutique psychologiques. Mais il ne faut pas oublier que les malades ont bien souvent été soumis jusqu'alors, parfois des années, à des traitements physiques nombreux et variés qui sont restés sans résultat. Néanmoins l'aspect organique des états nerveux ne doit jamais être méconnu et il est loin d'être ignoré par la psychanalyse. Pour témoigner de ce fait, il suffit précisément de rappeler l'évolution de nos idées sur l'hystérie ;

disposition du cerveau à former plus facilement des réflexes conditionnés. Et le professeur JULLIARD a montré, dans plusieurs publications, jusqu'à quel point les accidentés réussissent, à force de volonté et de persévérance et malgré des séquelles organiques parfois considérables, à s'adapter à leur nouvel état (accoutumance). C'est l'un des domaines de la pathologie où apparaît, de la façon la plus objective et la plus convaincante, cette étroite *intrication* entre le physique et le psychique sur laquelle j'ai insisté plus haut.

Arrivé au terme de ce travail sur les états traumatiques, je me rends compte que j'ai laissé complètement de côté divers aspects du problème. Ces lacunes seraient impardonnables, s'il ne s'agissait pas de l'un des sujets les plus vastes, les plus ardus et les plus périlleux à aborder. C'est à peine si j'ai fait allusion à la simulation et à la sinistrose. Quant à la position parfois si difficile des compagnies d'assurances, si pénible des assurés, si délicate des experts en matière d'encéphalopathies et de psychonévroses — bref, toutes ces questions économiques, juridiques et sociales d'un intérêt primordial aujourd'hui — je ne les ai même pas effleurées. Mais ça... c'est une autre histoire !