

femmes des classes aisées ; mais bien évidemment l'hystérie y est moins commune. Quant aux classes très élevées, on doit supposer que la fréquence de la maladie y est plus considérable que dans la classe moyenne.

« Toutes les femmes, disait Duverney, peuvent devenir hystériques, pauvres et riches ; mais elles le deviennent en proportion des peines qu'elles endurent, et bien évidemment les pauvres en endurent plus que les riches. »

k. Profession. — Les professions sédentaires, par la privation d'exercice, par le séjour dans un atmosphère confinée, par l'insuffisance du salaire qu'elles procurent, sont, à juste titre, accusées de prédisposer à l'hystérie en affaiblissant l'économie. D'autre part, la stimulation de l'encéphale par les travaux intellectuels a été également rangée au nombre des causes de cette maladie ; mais il faut en imputer le développement aux déceptions, aux rivalités, aux écarts, en un mot aux émotions si fréquentes chez les littérateurs et les artistes appartenant à la classe des femmes, bien plutôt qu'aux travaux mêmes auxquels elles se livrent.

La stimulation des organes de la génération exerce-t-elle réellement cette influence considérable qu'on lui accorde si unanimement ? M. Briquet, toujours en vue d'éclaircir cette question, a analysé avec un soin extrême l'influence de certaines professions dont les unes font de la continence un devoir, les autres permettent la satisfaction du besoin génésique, et d'autres enfin « dans lesquelles l'incontinence est en quelque sorte obligée. » La rareté de l'hystérie chez les religieuses, à moins qu'il ne s'agisse de celles qui se livrent à la prière incessante, aux austérités et à la vie contemplative (1), la fréquence considérable de la maladie dans la population de Lourcine, composée de jeunes domestiques, enfin ce fait digne d'attention que la moitié des prostituées de profession détenues à Saint-Lazare, est affectée d'hystérie, tout cela « détruit de la manière la plus décisive les assertions des auteurs sur les effets de la continence, et établit positivement que les faits sur lesquels ils ont prétendu les

(1) « Autrefois, dit M. Briquet, quand la vie monastique n'était pas due au libre choix, quand elle était au contraire le résultat de la contrainte, quand dans les couvens on s'occupait plus du monde que des devoirs religieux, alors l'oisiveté, le regret du passé, l'ennui du présent, les préoccupations pour l'avenir, devaient nécessairement amener des perturbations dans le système nerveux et provoquer l'apparition d'accidens hystériques de toute espèce. Comme ces accidens nerveux se produisaient en face de personnes soumises aux mêmes influences, il en résultait facilement une diffusion de la maladie, et de là les épidémies d'hystérie si fréquentes à ces époques. C'était chez les Ursulines, chez les Carmélites, religieuses qui étaient loin de suivre une règle sévère, que se trouvaient les *miauleuses*, les *aboyeuses*, les *sauteuses*, les convulsionnaires et tous les genres plus ou moins singuliers d'hystérie dont parlent les auteurs qui vivaient à ces époques. »

appuyer, sont complètement controuvés, et que l'observation donne précisément des résultats complètement opposés à ceux qui avaient été avancés. » (Briquet.)

l. État de santé antérieure. Menstruation. Grossesse. — Les personnes destinées à devenir hystériques présentent fréquemment dès avant l'invasion de la maladie, et quelquefois dès leur enfance, divers accidens : migraines, gastralgie dyspeptique, etc., qui trahissent chez elles l'existence de cette prédisposition ; cependant un certain nombre d'entre elles n'éprouvent rien de semblable. Il existe, à ce sujet, une différence notable entre l'hystérie qui se manifeste d'une manière soudaine par une attaque convulsive, et celle qui débute lentement par des symptômes nerveux : l'aptitude à la première de ces variétés est plus grande chez les sujets dont la constitution n'a pas été détériorée ; au contraire, l'hystérie à développement graduel s'observe de préférence chez les personnes qui, par suite de longues souffrances, se trouvent dans un état d'anémie plus ou moins profonde. Les maladies douloureuses à longue durée, qui occasionnent un grand affaiblissement de l'économie, sont donc celles qui prédisposent le plus à l'hystérie ; or, toutes ces conditions se trouvent réunies à un haut degré dans les affections de l'appareil génital de la femme, et l'on peut se demander si ces affections exercent sur la production de la névrose qui nous occupe, une influence plus directe que les maladies des autres organes. Cette dernière opinion compte, comme on sait, de très nombreux partisans ; tout en combattant avec succès, en ce qu'elle a d'exclusif et d'exagéré, la théorie surannée qui attribue le développement de l'hystérie de toutes pièces aux états morbides de l'utérus et des ovaires, quelques modernes vont peut-être trop loin en déniaut à ces maladies toute influence spéciale ; c'est au reste une discussion que nous reprendrons bientôt, à propos de la physiologie pathologique.

Mais une question sur laquelle nous devons insister dès à présent, et qui a plus d'un rapport avec la précédente, c'est celle relative à l'influence de la menstruation. Ici encore, les recherches de M. Briquet étant les plus étendues, c'est à elles que nous demanderons des éclaircissements sur ce point très controversé de pathologie :

On peut établir, d'après une série de faits assez grande pour faire loi, que dans la majorité des cas (les cinq huitièmes) l'hystérie est indépendante de la menstruation, soit que le début de la maladie ait lieu avant la puberté ou après la ménopause, soit que, malgré l'existence de l'hystérie, la menstruation continue à se faire régulièrement. C'est dans la minorité des cas seulement (les trois huitièmes), que divers troubles menstruels précèdent l'invasion de la névrose, ou que la première apparition des règles devient l'occasion de son développement ; — l'influence de la menstruation se fait sentir plus fortement de l'âge de douze ans à celui de vingt, qu'en tout autre temps ; — les troubles menstruels pré-

disposent bien plus à l'hystérie lente et graduelle qu'à celle dont le début est brusque et signalé par une attaque. On ne peut rapporter la prédisposition qui résulte de ces troubles, à la seule influence sympathique que les ovaires et l'utérus exerceraient sur le système nerveux ; car évidemment, dans bien des cas, la dysménorrhée, l'aménorrhée, les ménorrhagies ne sont elles-mêmes que la conséquence d'une altération générale de l'économie.

Quant à la grossesse, le plus souvent, comme nous l'avons dit, elle ne dispose à l'hystérie qu'en raison des conditions morales où les femmes se trouvent placées pendant la durée de la gestation.

B. Après cette étude de la prédisposition, passons maintenant aux causes déterminantes de l'hystérie (bien qu'à vrai dire il soit souvent difficile d'établir entre les unes et les autres une ligne de démarcation précise). Étant donnée la prédisposition, il peut arriver que sans le concours d'aucune circonstance nouvelle, et par les seuls progrès de la modification lente et profonde que les causes précitées ont imprimée à l'économie, l'hystérie éclate avec une sorte de spontanéité ; cependant cela est rare. Chez les cinq sixièmes des hystériques, dit M. Briquet, la maladie a suivi l'action d'une cause déterminante.

1° Tantôt cette cause consiste en une vive et pénible impression morale ou physique (morale surtout) : chagrin, frayeur, perceptions sensorielles intenses et désagréables : vue d'objets antipathiques, respiration d'odeurs fétides ou qui répugnent en raison de quelque idiosyncrasie, audition de sons éclatans, etc. ; vue d'une *hystérique prise d'attaque*, ce dont on se fait un mode de contagion dynamique ou par imitation. La part de l'imitation a été immense dans les épidémies d'hystérie dont l'histoire de la médecine conserve la relation ; — l'action de cet ordre de causes qui paraissent modifier primitivement l'encéphale, est noté dans la moitié des cas.

2° D'autres fois la cause occasionnelle se trouve dans diverses circonstances qui tout ensemble affaiblissent l'économie et surexcitent le système nerveux. Sous ce chef il faut ranger les longues maladies, les médications débilitantes, les fatigues, les excès de tout genre, les affections morales tristes de longue durée, l'alimentation insuffisante, etc. Quelques auteurs, Cullen, Whytt, et surtout M. Beau, ont fait ressortir l'importance des troubles *dyspeptiques*, comme déterminant le développement de l'hystérie ; sans revenir sur ce qui a déjà été dit ailleurs (voy. *Etat nerveux*, p. 490 et suiv.), relativement à la valeur réelle de cette cause, nous ferons remarquer que d'après la statistique de M. Briquet « un sixième seulement des causes déterminantes agit sur les organes de la digestion. »

3° « Un huitième au plus des causes déterminantes, ajoute le même auteur, se compose de modificateurs agissant sur les organes génitaux,

en comprenant parmi ces causes les diverses maladies de ces organes et les troubles de la menstruation (phlegmasies aiguës ou chroniques des ovaires, du corps ou du col de la matrice, injections irritantes dans la cavité utérine ; suppression brusque des règles, etc.). Dans les cas même où cet ordre de causes a provoqué l'apparition de l'hystérie, on ne doit pas toujours rapporter la production de la maladie exclusivement à ces organes. » Ceci évidemment réduit de beaucoup l'importance de certaines causes dont les anciens ont exagéré la fréquence et la valeur ; mais en même temps le passage que nous venons de citer textuellement consacre la réalité de ces influences (dans 1 cas sur 8).

4° Enfin, quelques autres causes déterminantes ont encore été notées : telle est l'action de vêtements gênant la respiration, des corsets, des pressions désagréables, et encore des plaies, des écorchures très douloureuses, des contusions, etc.

Parmi ces causes diverses, celles qui interviennent d'une manière inopinée et violente produisent de préférence l'hystérie débutant par une attaque, et au contraire celles qui lentement et sourdement modifient l'ensemble de la constitution, déterminent surtout l'hystérie à développement graduel et successif.

C. Causes qui provoquent le retour des accidens hystériques. — Toutes les circonstances qui viennent d'être énumérées comme pouvant donner lieu à la manifestation première de l'hystérie chez les sujets prédisposés, sont *a fortiori* susceptibles d'occasionner dans l'hystérie ancienne la réapparition des accidens habituels. Il serait donc oiseux d'en reproduire la longue liste. Disons seulement que, plus la névrose dont il s'agit est fortement accusée, plus elle est invétérée, et moins il est nécessaire que la cause soit puissante pour provoquer ces sortes d'exacerbations. Il vient un moment où, grâce à la susceptibilité excessive des malades, des impressions minimales suffisent pour faire éclater de vives douleurs, des convulsions générales, etc. En outre, dans cet état, tel accident n'a qu'à paraître pour devenir à son tour le point de départ d'une série d'autres symptômes : ainsi des attaques convulsives succèdent souvent à un accès d'hyperesthésie rachidienne ou gastralgique, ou encore de prurit vulvaire ; la rétention d'urine chez les hystériques paralysées amène fréquemment le même résultat (1). MM. Piorry, Schutzenberger, Négrier et quelques autres, ont surtout fait remarquer la facilité avec laquelle on provoque des convulsions en pressant sur la région ovarique (ou plutôt inguinale) hy-

(1) Nous tenons cette remarque intéressante de notre regretté confrère et ami, le docteur Boullay, qui avait eu l'occasion de faire à son établissement hydrothérapique d'Auteuil de nombreuses recherches sur les paralysies hystériques.

peresthésiée ; mais après ce que nous venons de dire, il semble difficile de tirer de ce fait aucune conclusion positive relativement à l'origine ovarienne de l'hystérie.

2088. *Physiologie pathologique.* — L'hystérie est tout à la fois une névrose *complexe*, à laquelle n'échappe aucun des modes de l'activité nerveuse, et une névrose à caractère *inconstant*, en ce sens que l'innervation y pèche tantôt par défaut, tantôt par excès ou perversion. Tracer l'histoire complète de l'hystérie, sous le rapport de la physiologie pathologique, serait recommencer à l'occasion de cette maladie l'étude de toutes celles que nous avons déjà décrites : hyperesthésies et anesthésies, convulsions et paralysies. Contentons-nous de jeter un simple coup d'œil sur l'ensemble de cette affection multiple : *Uias morborum*.

A. Et d'abord examinons l'hystérie *convulsive*, ou mieux tous ceux des phénomènes hystériques qui attestent une exaltation morbide de la motilité ; car, nous le répétons à dessein, s'il est utile en clinique d'accorder une attention particulière aux attaques convulsives, il faut bien reconnaître qu'au point de vue où nous nous plaçons en ce moment, leur importance est infiniment moindre, puisque, d'abord, à l'égal des convulsions et des spasmes, on peut voir la douleur, la paralysie, le délire, apparaître sous forme d'*accès* chez les hystériques ; puisque d'ailleurs la convulsion est seulement l'un des modes que peut présenter chez elles l'altération de la motilité.

La production des attaques convulsives est un résultat auquel deux élémens concourent constamment, en y prenant, il est vrai, une part inégale suivant les cas ; ce sont : 1^o la convulsibilité (excitabilité ou exaltation motrice, excès de motricité ou de puissance intrinsèque de la moelle allongée et épinière, etc.) : sorte de prédisposition sujette à s'accroître par momens, au point de pouvoir se passer de l'addition de toute autre cause, et de devenir déterminante par elle-même, — susceptible aussi, à d'autres époques, de s'atténuer, la maladie persistant d'ailleurs, ou même de disparaître, pour laisser le champ libre à des manifestations hystériques d'autres espèces ;

2^o Des excitations accidentelles, adventices, s'engendrant primitivement les unes dans le cerveau, comme les émotions morales, les autres dans les nerfs sensitifs, comme les souffrances physiques, réagissent par sympathie sur les centres moteurs et transforment la convulsibilité en convulsion actuelle.

C'est, comme on le voit, le mécanisme des convulsions en général. Tout ce qu'il y a de spécial dans la convulsion hystérique se réduit aux faits suivans : intervention *presque* constante des causes occasionnelles, tandis que ailleurs on voit très souvent les convulsions éclater en leur absence ; — prédominance considérable des causes morales parmi celles qui provoquent l'apparition des attaques, avec persistance plus ou moins

évidente de perceptions pénibles pendant l'accès ; — la douleur mêlée aux convulsions, de façon que celles-ci, sous leur aspect le plus ordinaire, ne paraissent être autre chose qu'une réaction consciente ou inconsciente contre la douleur. Il y aurait cependant exagération manifeste et retour vers des idées justement abandonnées, à vouloir réduire l'attaque hystérique à cette sorte de lutte, surtout à vouloir l'identifier avec ce qui a lieu chez une personne bien portante en proie à quelque vive souffrance : ce serait méconnaître l'existence chez les hystériques de la *convulsibilité*, à l'égard de laquelle les douleurs n'agissent que comme causes excitatrices et en quelque sorte complémentaires. En effet, le plus souvent il n'y a nul rapport, soit de *siège*, soit d'*intensité*, entre les convulsions et la douleur qui les précède ; cette douleur est dans bien des cas non point accidentelle, mais un symptôme de l'hystérie même, et, chose importante à noter, elle peut n'être que le résultat ou tout au moins l'accompagnement de quelques symptômes hystériques *convulsifs*. C'est ainsi que la sensation morbide notée le plus fréquemment au début des attaques et qui est suivie de perte plus ou moins complète de connaissance et de convulsions générales, c'est cette *boule hystérique* que nous avons longuement décrite. Or, la boule hystérique, sur l'explication de laquelle les auteurs ont beaucoup varié, paraît être une sensation de contraction, une douleur de spasme ; sa marche ascendante résulte, selon toute apparence, d'une succession de contractions comme antipéristaltiques qui se propagent du cardia, et peut-être d'une région encore plus déclive du tube digestif, jusqu'au pharynx où elle s'arrête, mais où elle peut aussi débiter et demeurer circonscrite (tout en s'étendant peut-être au larynx).

Disons en passant, et sans insister sur des considérations hypothétiques qui nous entraîneraient trop loin, que l'étroite connexion notée entre la sensation de globe d'une part, la dyspnée et les palpitations de l'autre, semble attester une affection commune des diverses parties de la huitième paire, à son origine ; cette supposition cadre fort bien avec l'idée d'un état d'irritation du centre d'où ce nerf se détache, c'est-à-dire de la moelle allongée, ayant pour conséquence la production des mouvemens convulsifs généralisés.

B. Renvoyant pour les autres symptômes aux articles où leur étude a été exposée (c'est-à-dire à l'histoire des névralgies, des anesthésies, des paralysies, etc.), nous devons seulement nous demander jusqu'à quel point la réunion de ces symptômes peut être considérée comme révélant l'existence d'une névropathie particulière appelée hystérie. Ne connaissons-nous pas, sous le nom d'*état nerveux*, un ensemble de phénomènes fort analogue à celui que présentent les femmes hystériques (les convulsions générales réservées) ? Et n'y a-t-il pas double emploi, quand on décrit sinon comme différens, du moins comme distincts, l'état

théorique ou plutôt à l'unification, se heurter contre la complexité des faits. Plusieurs pathologistes se sont efforcés de découvrir quelle est dans cette maladie la condition morbide fondamentale d'où dérivent toutes les autres. Nous avons à signaler dans ce sens l'essai de ramener tous les phénomènes hystériques ou du moins la plupart d'entre eux à un excès d'action réflexe, à un excès de sensibilité, à un défaut de sensibilité (anesthésie superficielle et profonde), à un affaiblissement de la volition, à un trouble de l'intelligence, etc. Évidemment parmi tant de conjectures il n'en est aucune qui réponde aux exigences d'une logique sévère, et chacune d'elles laisse en dehors de l'explication proposée une foule de faits importants considérés à tort comme accessoires.

On peut en dire autant d'une idée au développement de laquelle M. Briquet a consacré en grande partie son important ouvrage sur l'hystérie. Estimant que les termes de mobilité, de susceptibilité de l'encéphale sont trop généraux et s'appliquent aussi bien aux névropathiques qu'aux hystériques, pensant qu'il faut déterminer en quoi consiste la susceptibilité spéciale propre à l'hystérie, cet auteur la considère « comme le produit de la souffrance de la portion de l'encéphale destinée à recevoir les impressions affectives et les sensations; comme une névrose de cette portion d'encéphale. — « L'hystérie n'est qu'une manifestation passionnelle », telle est la thèse soutenue par M. Briquet (p. 661 de son *Traité*). Toutes les causes *hystériques* (suivant l'expression de l'auteur) n'agissent qu'en affectant péniblement cette portion particulière du cerveau; et de même tous les symptômes hystériques ne sont que « la reproduction des phénomènes qui s'observent chez les divers individus, quand ils sont en proie à quelque vive souffrance physique ou morale ». La frayeur, le chagrin, le désespoir, la douleur, troublent les idées, précipitent la respiration et les battemens du cœur, serrent la gorge, font naître une pression à l'épigastre, font tomber les bras, plier les jambes, etc., etc., autant de phénomènes qui, en s'exagérant et en se répétant, deviennent les symptômes mêmes de l'hystérie: délire ou perte de connaissance, palpitations, strangulation pharyngée, gastralgie, paralysie des membres, etc. Dans ce parallèle établi entre les effets des passions et les phénomènes hystériques, on ne saurait méconnaître un rare et fin talent d'observation; mais les conclusions auxquelles aboutit cette comparaison ne nous paraissent pas avoir toute l'importance qu'on leur attribue. Car, en définitive, que sont les passions, les émotions violentes, dont on confronte les manifestations avec celles de l'hystérie? Ce sont des affections nerveuses accidentelles et transitoires; entre elles et la névrose chronique il n'y a d'autre différence que celle qui sépare l'accident de l'infirmité (1). Au lieu de considérer l'hy-

(1) Le langage populaire et même le langage médical, où se révèle souvent un si profond instinct d'observation, ont de tout temps consacré cette analogie entre les passions et les maladies. Les termes mêmes de *passio*, *affectio* pris pour sy-

nergie comme une sorte d'émotion morale prolongée, on pourrait donc retourner cet énoncé et dire que les émotions violentes sont une courte névrose, une hystérie en petit. Cela revient à établir que de part et d'autre il y a un trouble du système nerveux: rien de plus. Quoi de surprenant si, dans les deux cas, les manifestations extérieures sont analogues ou même identiques? N'est-ce pas toujours par des actes intellectuels, par des sensations, des mouvemens, des sécrétions diversement modifiés, que se traduit un trouble quelconque du système nerveux, et peut-il même s'exprimer autrement?

Il nous semble donc que la concordance entre les symptômes de l'hystérie et ceux des névroses momentanées que nous appelons des émotions violentes, ne justifie aucune autre déduction que celle-ci, aussi incontestable qu'incontestée, à savoir: l'hystérie est une affection du système nerveux; parmi les symptômes de l'hystérie, il en est un certain nombre qui appartiennent au trouble des fonctions encéphaliques.

Bien loin de mettre en doute l'importance des émotions dans la pathogénie des affections hystériques, nous voulons seulement faire apprécier à sa valeur réelle la similitude des uns et des autres, en montrant que cette similitude est inévitable, que les mêmes organes ne peuvent souffrir sans qu'il en résulte les mêmes phénomènes. Réduire l'hystérie à une « manifestation passionnelle » prolongée, c'est admettre que cette névrose est une simple modalité du tempérament nerveux, c'est en faire une sorte de maladie physiologique, continuation et amplification de l'exercice *normal* des fonctions; en un mot, c'est confondre la cause de la maladie avec la maladie même. Autant vaudrait envisager la chorée succédant à une frayeur comme le tremblement de la peur indéfiniment continué! la névralgie rebelle produite par un coup, comme la douleur de la contusion passée à l'état chronique! l'amaurose occasionnée par l'impression d'une vive lumière comme un éblouissement permanent! Et ainsi du reste.

Au surplus, l'analogie dont il s'agit (entre les manifestations des passions et les symptômes hystériques) cesse d'exister, pour peu que la névrose acquière une certaine intensité. Il nous suffira de citer à cet égard les propres paroles de M. Briquet: «... Alors les actes qui constituent les manifestations passionnelles seront augmentés, *annihilés* ou *perversis*. La portion affective de l'encéphale deviendra, qu'on me passe le mot, *presque folle*, ses réactions ne seront plus normalement dirigées, et alors elles se manifesteront par des actes que l'âge, la constitution, l'habitude, ont rendus familiers aux malades; ou bien ces manifestations, au lieu d'être celles des passions tristes, sont celles des passions gaies. Bien plus, en luttant à des réactions presque continuelles, les organes qui en sont le

support d'état morbide en font foi; il en est encore ainsi d'une foule d'autres expressions, tels que: *commotion morale*, *choc*, *cœur brisé*, *déchiré*, *âme meurtrie*, etc., empruntées au traumatisme.

siège finiront par se troubler, leur sensibilité s'exaltera, il y surviendra des névroses ou des *phlegmasies* (?) qui, à leur tour, venant compliquer la scène, arriveront, eux aussi, à être le centre d'une réaction qui s'étendra plus ou moins loin... »

E. Nous l'avons déjà fait remarquer à propos de l'état nerveux, et nous le répétons ici : ni le défaut, ni l'excès d'innervation (de quelque nom qu'on les décore : hypersthénie et asthénie nerveuse, atonie et tonicité excessive, dépression et exaltation, affaiblissement ou irritation, etc.), n'embrassent la généralité des phénomènes dont se compose l'hystérie ; on y voit se mêler et se côtoyer en quelque sorte les phénomènes de l'ordre le plus opposé. Les termes vagues de susceptibilité, d'oscillation, de mobilité, de polarité, de modalité particulière, nous paraissent préférables pour l'expression de l'inconnue qu'il s'agit d'indiquer. Si nous y insistons, c'est parce que parmi les auteurs modernes il en est encore qui, envisageant l'hystérie comme une excitation morbide du système nerveux, se perdent en explications hypothétiques lorsqu'il s'agit de certains phénomènes négatifs, tels que l'anesthésie ou la paralysie primitives : ils cherchent alors, en dépit de l'observation, à rattacher ces phénomènes à quelque excitation antérieure, ne pouvant se résigner à admettre dans les fonctions nerveuses des évanouissements fonctionnels non moins certains, quoique sans doute tout aussi embarrassants, que l'excitation fonctionnelle spontanée.

F. Toutes les questions qui précèdent ont pu être discutées avant que nous n'en ayons abordé une qui semblerait dominer l'histoire de l'hystérie, à en juger par le nom de la maladie (*ὑστερον*, *utérus*), et par certaines doctrines relatives à sa nature. En effet, depuis l'antiquité jusqu'aux temps actuels, la plupart des auteurs ont développé ce thème : l'hystérie a pour point de départ l'utérus ou ses annexes. Non point qu'on considérât l'hystérie comme ayant, à proprement dire, son siège dans ces organes : ses symptômes dénotent trop visiblement une affection du système nerveux ; mais les organes génitaux de la femme étaient accusés d'être la source première de cette affection, leur mode d'action étant d'ailleurs diversement interprété. Suivant les idées particulières de l'époque, pour les uns c'était un foyer où l'absorption puisait des produits nuisibles, pour d'autres un lieu d'où s'élevaient des vapeurs irritantes, pour d'autres encore un centre d'irradiations nerveuses sympathiques, etc.

L'étude historique de cette doctrine, uniforme au fond, malgré la diversité des formes sous lesquels elle se produit, serait curieuse ; mais elle nous entraînerait trop loin. Qu'il nous suffise de faire remarquer combien est universelle cette croyance à un point de départ utéro-ovarien de l'hystérie, et combien sont peu nombreux, même de nos jours, les médecins qui la rejettent d'une manière absolue.

Voyons sur quelle base elle s'appuie et quelles objections elle soulève. Il serait bien superflu d'entreprendre la réfutation de certaines idées qui n'ont plus de valeur aujourd'hui qu'au seul point de vue de l'archéologie médicale : telles sont les fabuleuses migrations de l'utérus desséché à la recherche de l'humide, la rétention du sang menstruel et d'un prétendu sperme féminin, les fermentations fantastiques d'une foule d'humeurs elles-mêmes imaginaires. Et toutefois, disons-le, de ce que de semblables conceptions sont erronées ou ridicules, nous ne serions pas encore en droit de conclure à l'inexactitude du fait pathogénique qui leur sert de base ; pour être sérieuse, la discussion doit porter exclusivement sur les arguments tirés de l'observation clinique ; et il peut n'être pas inutile de résumer, en les examinant au point de vue d'une critique impartiale, toutes les circonstances relatives aux causes de l'hystérie, à ses symptômes, à sa marche, par lesquelles on a cru démontrer l'influence du système génital sur le développement de cette maladie.

1° *Principaux faits étiologiques.* — a. *Sexe.* — « L'hystérie est essentiellement une maladie féminine, donc elle se rattache à l'influence des organes génitaux. » Faible raisonnement, dont cependant bien des pathologistes se sont contentés. Comme si les sexes ne différaient pas profondément l'un de l'autre par tout l'ensemble de l'organisation ! Rien de moins vrai, en physiologie comme en pathologie, que cet aphorisme échappé à Van Helmont : *propter solum uterum mulier est quod est* (dût-on même y ajouter avec les modernes : *et propter ovaria*). D'ailleurs l'hystérie a été observée chez l'homme.

b. *Age.* — « L'hystérie appartient exclusivement à la durée de la vie sexuelle de la femme (époque comprise entre la nubilité et l'âge critique). » Cette assertion est inexacte : voir les recherches de M. Briquet qui établissent la fréquence à tort méconnue de l'hystérie dans l'enfance ; voir aussi les faits d'hystérie développée après la ménopause.

c. *Tempérament.* — « L'hystérie attaque de préférence les femmes lascives, celles chez qui les fonctions sexuelles ont une énergie prédominante, etc. » L'observation prouve que s'il est un fait général qu'on puisse avancer à l'égard de la constitution et du tempérament, c'est que les victimes de l'hystérie se trouvent surtout parmi les femmes douées d'une très grande sensibilité morale.

d. *Contenance.* — « La non-satisfaction du besoin génitale dispose à l'hystérie. » Ici nous devons rappeler les intéressantes recherches de M. Briquet sur les filles publiques ; et cependant il ne semble pas qu'on puisse écarter par une simple fin de non-recevoir les exemples cités par les auteurs, où la continence prolongée a pris une part évidente au développement de la maladie.

e. *Troubles menstruels.* — Dans l'opinion de plusieurs médecins, l'hystérie ne serait guère autre chose qu'une aménorrhée accompagnée de troubles nerveux sympathiques, tant la suppression du flux men-

struel leur paraît jouer un rôle capital dans l'étiologie de cette névrose. Si nous interrogeons les faits, nous reconnaissons : 1° que l'hystérie peut se montrer longtemps avant la nubilité ou après la ménopause ; 2° qu'elle n'est pas incompatible avec la persistance d'une menstruation régulière ; 3° que, chez un certain nombre de femmes, la diminution ou l'arrêt du flux menstruel dispose à cette affection ou en détermine la première apparition. Les cas de ce dernier ordre s'observent, d'après M. Briquet, dans la proportion de 3 sur 8. Encore faut-il avoir égard aux causes dont les troubles divers de la menstruation sont la conséquence, causes souvent étrangères à l'appareil génital lui-même. Les observations d'hystérie imputables aux organes génitaux seuls sont en fort petit nombre : 30 sur plus de 400 malades, au dire de M. Briquet ; ce chiffre est certainement minime, mais il ne faut cependant pas l'effacer.

Quant à l'influence que l'époque des règles exerce sur le retour des accidens hystériques, elle est incontestable ; mais elle ne prouve rien ni pour ni contre l'origine génitale de l'hystérie, puisque tous les accidens nerveux possibles subissent des recrudescences aux mêmes momens.

f. *Maladies utérines.* — « Les inflammations légères (car les profondes désorganisations paraissent susciter moins de sympathies morbides) de l'ovaire ou de l'utérus, les déplacements, les ulcérations du museau de tanche, etc., sont des causes d'hystérie, et leur guérison peut être suivie de la disparition de la névrose. » Quelques observations démonstratives ont été citées à l'appui, par M. Landouzy surtout, et de simples dénégations ne sauraient pas en diminuer la valeur. Seulement la fréquence de ce genre de faits a été à coup sûr exagérée.

g. Appartiennent aux faits encore plus exceptionnels, les exemples de femmes chez lesquelles une métrite ou une ovarite aiguë, l'introduction de l'hystéromètre, une injection irritante poussée dans la matrice, le travail de l'accouchement, ont directement provoqué des attaques d'hystérie. Presque toujours, on le sait, c'est à la suite d'une violente perturbation morale que se montrent les premiers accidens de la maladie.

2° *Principaux faits de symptomatologie.* — Sans revenir à ce propos sur les dérangemens des règles dont il a été déjà question, nous nous arrêterons surtout aux points suivans :

a. « Les attaques convulsives d'hystérie ne sont que la reproduction du spasme cynique. » Nous renvoyons à la description des attaques ; c'est la meilleure manière de réfuter cette allégation.

b. « La boule hystérique s'élève presque toujours de la région de l'hypogastre. » La région épigastrique est le point de départ le plus ordinaire de la sensation de globe.

c. « La pression sur la région ovarique détermine le retour des accès convulsifs. » Mais d'abord la sensibilité de la région sus-inguinale est-elle constamment en rapport avec celle de l'ovaire ? Puis, chez combien de femmes la manœuvre dont il s'agit demeure sans aucun effet ! Une

attaque survient quelquefois à la suite d'une pression exercée sur la région sternale (Brodie), sur la région rachidienne, etc.

d. « Les attaques convulsives se terminent habituellement par l'émission d'un liquide accompagnée d'une sensation voluptueuse. » C'est quelquefois qu'il faudrait dire, et même assez rarement. M. Briquet n'a pas une seule fois observé ce phénomène sur un total considérable de malades.

e. Que dire des prétendues preuves de la sympathie ovarienne qu'on a cru trouver dans le développement persistant du tissu graisseux chez les hystériques, dans le volume des mamelles, la richesse du système pileux de la tête, l'aphonie, etc. ! (Laycock.) Nous croyons inutile de nous arrêter à des argumens d'une aussi faible valeur.

3° *Principaux faits relatifs à la marche de l'hystérie.* — Aux observations d'hystérie guérie par le mariage, on peut en opposer de bien plus nombreuses où le mariage a été suivi d'une exaspération très vive des symptômes, si même il n'en a pas occasionné la première apparition ; de même l'arrêt des accidens pendant la grossesse est moins fréquent que leur aggravation dans le cours de la gestation.

Bien qu'il soit vrai de dire que la maladie décroît dans l'âge adulte et devient rare après la ménopause, c'est-à-dire à la fin de la vie de reproduction, néanmoins, il est à remarquer que le décroissement dont il s'agit précède de plusieurs années l'extinction de l'énergie génitale (voy. plus haut, *Étiologie*, p. 640, n° 2087, b), et que l'invasion après l'âge critique n'est pas sans exemple ; à plus forte raison en est-il ainsi de la persistance de l'hystérie dans la vieillesse.

4° Nous pourrions ajouter ici quelques déductions tirées des faits thérapeutiques, mais il nous semble préférable d'en ajourner l'exposition qui trouvera naturellement sa place au *traitement* de l'hystérie.

Que conclure maintenant de toute cette discussion ? D'abord, que l'influence des organes génitaux a été évidemment surfaite. Les résultats de la statistique ne permettent plus de soutenir aujourd'hui ni la constance, ni même la généralité de ce point de départ de l'hystérie.

Mais convient-il de pousser la réforme de la doctrine traditionnelle jusqu'à une négation complète, radicale ? Nous ne le pensons pas, et cela parce que :

1° Il existe des *faits positifs* que les opposans même les plus décidés de la doctrine en question ne peuvent nier, ou qui subsistent malgré leurs dénégations : influence évidente qu'exercent dans certains cas, sur le développement de l'hystérie, un tempérament lascif, la continence ou l'excitation génésique artificielle, l'aménorrhée ou les troubles locaux qui accompagnent une menstruation difficile, ou encore la présence de maladies utérines ou ovariennes ; — cessation des accidens hystériques chez quelques femmes, par le fait du mariage ou pendant la grossesse ; — rapports incontestables entre l'hystérie et l'aliénation mentale sous la

forme de nymphomanie ; — apparition pendant les accès ou dans leur intervalle d'hyperesthésies occupant les ovaires, l'utérus, la vulve, etc.

Dans quelle proportion les cas de cette espèce, sont-ils à l'égard de ceux où les organes sexuels doivent être complètement innocents ? C'est ce qui reste à déterminer ; quant aux faits en eux-mêmes, pour être beaucoup plus rares qu'on le croyait autrefois, ils n'en demeurent pas moins réels et conservent toute leur signification.

2° Il est des circonstances où le problème se complique des inextricables difficultés inhérentes à l'action intime que le moral et le physique exercent l'un sur l'autre, et où par conséquent l'appréciation de l'un et l'autre élément, cérébral et génésique, devient difficile ou impossible : soit, par exemple, une passion sexuelle contrariée donnant lieu à des accidens hystériques ; sera-t-on en droit d'y nier toute participation de l'excitation génitale et de n'admettre que le pur érotisme psychique ?

Au risque de paraître partager une croyance « qui a quelque chose de dégradant pour la femme » (considération peu scientifique, croyons-nous), nous devons rappeler que les vétérinaires ont étudié chez les femelles d'animaux des accidens nerveux assez analogues à l'hystérie, et auxquels ils assignent pour cause la non-satisfaction du besoin de reproduction.

La solution la plus naturelle peut-être à donner à ce début, consisterait à reconnaître, avec un certain nombre d'auteurs, une variété d'hystérie due à l'influence de l'appareil sexuel, tout en établissant que cette variété est loin d'être la plus commune, et que les causes morales jouent le principal rôle dans la plupart des faits de cette névrose.

2088. *Diagnostic.* — La division de l'hystérie en convulsive et vapo-reuse ou protéiforme, si discutable qu'elle puisse être en théorie, offre cependant l'avantage de faciliter le diagnostic, en permettant de grouper sous deux chefs différens les considérations relatives, les unes aux attaques, les autres aux accidens névropathiques.

A. *Diagnostic des attaques hystériques.* — On pourrait confondre les convulsions de l'hystérie avec celles de l'épilepsie ou de l'éclampsie. Voici à l'aide de quels caractères différentiels on évitera aisément cette erreur :

a. Les attaques hystériques succèdent presque toujours à l'action d'une cause évidente, spécialement aux impressions morales pénibles ; au contraire, les attaques épileptiques surviennent souvent d'une manière inopinée, sans aucun motif apparent.

Il est cependant des attaques hystériques qui se renouvellent à des époques fixes et apparaissent à des intervalles très rapprochés, en l'absence de toute cause occasionnelle manifeste, à la manière de l'épilepsie ; mais alors la régularité même ou la grande fréquence de ces retours devient une présomption en faveur de l'hystérie.

Les prodromes ne font presque jamais défaut à l'approche d'une attaque

hystérique, et l'*aura* consiste ordinairement en malaise, douleurs épigastriques avec ascension de boule et constriction pharyngée ; l'*aura* épileptique manque assez souvent, de sorte que la chute et la perte de connaissance sont instantanées ; quand il existe des sensations prodromiques, presque toujours elles siègent dans les membres.

Un cri unique, inarticulé, rauque, signale le début de l'attaque d'épilepsie ; les hystériques, lorsqu'elles crient au commencement de leurs accès, profèrent des sons plaintifs, articulés, multipliés.

Avant de tomber, l'hystérique a le temps de gagner un abri ; la chute de l'épileptique est subite, imprévue : on peut dire que l'une se laisse tomber, tandis que l'autre est jeté à terre. (Willis.)

La perte de connaissance, toujours ou presque toujours absolue dans l'épilepsie, peut être incomplète dans l'hystérie ; il est rare surtout qu'elle y arrive d'emblée, dès les premiers momens de l'attaque.

Les convulsions hystériques sont désordonnées, et reproduisent en partie la mimique des passions, des sensations ou des actes ordinaires de la vie. Les convulsions épileptiques se succèdent toujours dans le même ordre, d'abord toniques, puis cloniques ; elles ne sont pas expressives et s'éloignent complètement des mouvemens physiologiques.

Dans l'hystérie, la face exprime la souffrance, elle se décolore ou s'injecte, mais n'offre que très rarement la distorsion, la pâleur mortelle et la lividité qui se remarquent dans l'épilepsie. L'écume à la bouche, le relâchement des sphincters et surtout la morsure de la langue sont caractéristiques de cette dernière névrose.

L'attaque hystérique dure au moins un quart d'heure, souvent davantage ; l'attaque épileptique simple se prolonge tout au plus pendant quelques minutes.

On trouve d'autres différences dans la manière dont l'accès se termine : chez l'hystérique il y a des pleurs, des sanglots, la connaissance se rétablit promptement, il est rare que le sommeil arrive ; l'épileptique, revenu à lui, a la face hébétée, un grand trouble dans les idées, il s'endort profondément, ou d'autres fois revient immédiatement à l'état normal et reprend son occupation interrompue.

L'hystérique accuse de la céphalalgie, du malaise, de la courbature des membres pendant vingt-quatre heures après l'attaque ; ces symptômes peuvent manquer, et en général ils persistent moins longtemps à la suite d'un accès d'épilepsie.

Le diagnostic ne devient difficile que dans certaines circonstances rares, par exemple si chez une hystérique les sensations prémonitoires de l'attaque partent d'un point autre que l'épigastre, si les convulsions sont accompagnées d'écume à la bouche, et suivies d'assoupissement. On devra alors prendre en grande considération les accidens antérieurs : en effet, entre l'état *habituel* des hystériques et celui des épileptiques, il y a des différences tranchées que nous avons eu soin d'indiquer et qui