

A certains moments, l'hystérique peut présenter, sous forme de paroxysmes, un complexe de manifestations cérébrales et spinales. Ces paroxysmes ne s'accompagnent pas de la perte de connaissance que l'on observe dans les attaques épileptiques, mais comme celles-ci, ils présentent des accidents convulsifs. L'attaque est parfois précédée de prodromes, douleurs vagues, ructus, bâillements, boule hystérique, ischurie, etc. ; ensuite une violence extraordinaire dans les mouvements respiratoires, véritable respiration convulsive, en même temps que des rires, des cris, des pleurs, des aboiements ; alors éclatent des convulsions épileptiformes, pendant lesquelles le corps peut se déplacer en totalité ; ces mouvements cloniques s'exercent avec une force presque indomptable, que l'on ne soupçonnerait pas chez la malade. Tout rentre dans l'ordre au bout d'un temps variable, une demi-heure, une heure ; alors survient un état d'épuisement général qui, d'ordinaire, est de courte durée, et s'accompagne souvent de polyurie. L'existence de ces attaques constitue précisément une des nombreuses causes pour lesquelles l'hystérique est difficile à soigner dans sa famille ; elle présente d'ailleurs un danger : l'expérience prouve que la vue de ces contorsions de la malade, des positions singulières que prend son corps, exerce sur les spectateurs habituels, sur les jeunes filles surtout, une influence nuisible ; ce spectacle a plus d'une fois provoqué chez elles des crises analogues.

La **durée** et le **cours** de l'hystérie sont extrêmement variables ; elle évolue chroniquement et peut durer des années, et même des dizaines d'années ; bien des personnes sont hystériques depuis l'âge de la puberté jusqu'à celui de l'involution et ne jouissent, pour ainsi dire, jamais de la santé. Au début, l'affection ne se trahit que par quelques signes peu marqués, une humeur difficile, portée aux extravagances ; mais bientôt, la malade se plaint de douleurs multiples, inconstantes, rapidement variables sous le rapport du siège et de l'intensité, les organes respiratoires surtout sont le siège de troubles divers tels que dyspnée, toux aboyante, etc. : l'examen physique ne fait rien découvrir. Les troubles graves de la motilité, les contractures, par exemple, ne s'observent pas dans tous les cas, mais il en est bien peu où la sensibilité ne soit pas intéressée de l'une ou l'autre façon ; l'anesthésie et l'analgésie alternent avec l'hypéresthésie, principalement les douleurs névralgiformes dans les articulations ; l'humeur du patient est souvent altérée par une céphalalgie tenace. Chez un grand nombre de malades, lors de la menstruation, la situation devient encore plus difficile,

l'excitation s'accroît, les plaintes se multiplient ; souvent les paroxysmes, lorsqu'il en existe, se montrent à cette époque, et chez plus d'une malade, la première menstruation est le signal du premier paroxysme, les autres suivent alors à intervalles réguliers. Il faut encore remarquer que, dans beaucoup de cas, les paroxysmes ne se montrent jamais ; on voit bien la malade pleurer, rire, crier, etc. sans aucun motif, mais jamais on ne constate de convulsions. Au seuil de la vieillesse, quand la vie sexuelle s'éteint, les symptômes hystériques rentrent peu à peu dans l'ombre, l'humeur redevient tranquille et égale en même temps que les cheveux grisonnent — d'acariâtre, difficile à conduire, égoïste qu'elle était, la femme, en vieillissant, devient aimable et conciliante, l'hystérie et ses symptômes désagréables ont disparu. Il existe malheureusement des exceptions où la maladie persiste encore même au-delà de 70 ans.

Le **pronostic** de l'hystérie peut être facilement déduit de ce qui précède ; il est encore assombri d'une façon malheureusement trop certaine par ce fait d'observation que chez certaines personnes, dont la vie a été marquée pendant de longues années par des accidents hystériques graves ; il se déclare plus tard des lésions organiques réelles des organes centraux (*Feldmann, Diss. inaug., Leipzig 1887*).

On croyait autrefois que l'hystérie, comme son nom l'indique, appartenait exclusivement au sexe féminin ; elle est sans contredit infiniment plus fréquente chez la femme, mais comme *Charcot* et ses élèves l'ont démontré à l'évidence, on l'observe aussi chez l'homme, chez les jeunes gens, et cela plus souvent qu'on ne pourrait le supposer *a priori*. C'est *Charcot* également qui signala sa fréquence dans l'armée française ; il est possible qu'en cherchant bien on la trouverait également dans d'autres armées. L'âge a aussi, dans l'apparition de cette névrose, une importance bien moins grande que celle qu'on lui assignait jadis ; l'hystérie est loin d'être rare chez l'enfant (v. bibl.), la présence de la plupart des manifestations hystériques chez beaucoup de personnes, non encore pubères, prouve également que la puberté et la vie sexuelle ne sont pas tout dans la genèse de l'hystérie.

Le **diagnostic** peut, en certains cas, n'offrir aucune difficulté ; d'autres fois, il est loin d'être aisé. Le débutant lui-même reconnaîtra facilement l'hystérie lorsque les symptômes se succèdent sans règle, où les douleurs disparaissent pour se montrer le lendemain à un autre endroit, et cela sans que l'on puisse rien découvrir objectivement. Mais lorsque l'affection se traduit, par exemple, par une paralysie unilatérale sans qu'il

se soit montré antérieurement de symptômes bien caractéristiques, ou bien, lorsqu'on ne constate, chez le patient, qu'une affection de la hanche en apparence très grave, alors il peut être très difficile d'assurer que l'on se trouve en présence d'une hémiplegie ou d'une coxalgie de nature hystérique. Les indications qui suivent permettront, dans le plus grand nombre des cas, de poser un diagnostic différentiel exact.

En ce qui concerne d'abord les manifestations cérébrales et surtout les symptômes que l'on constate dans le domaine de certains nerfs crâniens, nous ne pouvons que répéter ici ce que nous en avons dit déjà lors de la description des affections de ces nerfs et, plus tard, lorsque nous les avons passés en revue dans l'hystérie; il s'agira de déterminer le plus exactement possible, dans chaque cas particulier, si oui ou non il existe une lésion anatomique; d'un autre côté, on s'efforcera de rechercher si ces symptômes ne sont pas accompagnés d'autres manifestations dépendant, non des nerfs crâniens, mais de l'hystérie.

Si on ne constate aucun symptôme relevant d'une lésion anatomique et si l'on a soin de répéter minutieusement son examen, on n'éprouvera guère de difficulté à asseoir son diagnostic. Ces considérations s'appliquent principalement aux cas où l'on aura à déterminer si une hémiplegie est de nature corticale ou hystérique, ou bien encore lorsqu'il s'agira de distinguer si les troubles respiratoires en présence desquels on se trouve, s'appuyent sur une lésion du poumon, du larynx ou sur une névrose du vague et du récurrent.

Les troubles moteurs de nature spinale peuvent offrir dans leur diagnostic, les plus grandes difficultés; l'examen électrique est absolument nécessaire pour permettre d'affirmer qu'une paralysie d'une extrémité est d'origine périphérique et dépend d'une névrite. La réaction de dégénérescence bien nette indique toujours un état inflammatoire prononcé. On devra également tenir compte de l'âge; les paralysies hystériques se montrent de préférence chez la femme, et cela entre 15 et 30 ans; de plus, ces paralysies hystériques s'accompagnent presque toujours de troubles de sensibilité qui font d'ordinaire défaut dans l'accident similaire d'ordre anatomique (v. *Lumbroso, Lo Sperimentale*, Firenze, 1887. *Neurol. Centralbl.*, 1888, 7). Nous avons vu antérieurement (p. 496) que la présence de l'atrophie musculaire n'indiquait pas nécessairement une paralysie d'ordre anatomique, qu'on pouvait également l'observer dans l'hystérie (*Brissaud, Arch. de physiol. norm. et pathol.*, avril 1887, p. 339).

Les contractures hystériques se distinguent par leur apparition subite, et aussi par la présence d'autres symptômes hystériques: météorisme, hyperesthésie ovarienne, ischurie; si ces signes font défaut, on recherchera avec soin si, en réalité, on peut admettre l'existence d'une lésion anatomique, centrale ou périphérique (v. *Blocq, Des contractures*, Thèse de Paris, 1888, *Progrès médical*, 1888, 20, p. 397).

L'observation de *Caiger* (*Lancet*, 20 août 1887) prouve que les crampes musculaires hystériques peuvent en imposer pour de la tétanie; *Pitres* signale la fréquence, dans l'hystérie, de spasmes rythmiques se passant dans certains groupes musculaires déterminés (*Gaz. méd. de Paris*, 1888, 13).

On rencontre rarement, dans l'hystérie, du tremblement pouvant simuler le tremblement intentionnel qui s'accroît lors des mouvements; cependant, il est bon de ne pas perdre de vue que la confusion du tremblement hystérique avec la sclérose en plaques, ou l'erreur contraire, est possible. Nous reviendrons sur le diagnostic différentiel lorsque nous parlerons de cette affection.

Les troubles de sensibilité de l'hystérie trahissent assez facilement leur nature; l'anesthésie, avons-nous vu, peut intéresser non seulement la peau, mais aussi les tissus profonds, le malade ne ressent plus les piqûres d'aiguille, même si l'on perce les chairs jusqu'aux os. D'ordinaire, les différentes qualités de la sensibilité sont troublées; parfois même, le sens musculaire est annihilé au point que le malade, les yeux fermés, ne peut donner aucun renseignement sur la position de ses membres. On rencontre de l'anesthésie très prononcée lors des paroxysmes hystériques; une anesthésie qui s'étend à tout le corps y compris les muqueuses, est presque toujours de nature hystérique.

L'hyperesthésie et les douleurs névralgiformes offrent le caractère essentiellement variable que nous avons plus d'une fois signalé dans les manifestations de l'hystérie. Un jour, ce sont les nerfs sensibles du cerveau qui sont le siège de la douleur; le lendemain, celle-ci occupe les nerfs rachidiens. Les névralgies articulaires, sans cause anatomique appréciable et rebelles à tout moyen thérapeutique, témoignent, avec une grande probabilité, de leur origine hystérique.

Les attaques de l'hystérie pourraient être confondues avec celles de l'épilepsie; mais, dans l'hystérie, la perte de connaissance n'est jamais aussi complète que dans l'épilepsie et les morsures de la langue sont exceptionnelles; de plus, les

convulsions s'accompagnent de rires bruyants, de pleurs, etc., tandis que chez l'épileptique, à part le cri initial, qui n'est d'ailleurs pas constant, le stade convulsif est silencieux. On a voulu également différencier les deux attaques par l'état de la température du corps qui reste stationnaire dans l'hystérie et subirait, au contraire, une élévation de 0,7 à 1° dans l'épilepsie : outre que ce signe n'est pas facile à constater, il nécessite encore confirmation. Enfin, le diagnostic pourra s'inspirer de la possibilité de rappeler l'attaque hystérique à l'aide d'une pression sur les ovaires ou le testicule, circonstance qui ne s'observe pas dans l'épilepsie vraie.

La **nature, l'essence** de l'hystérie sont encore plongées dans la plus complète obscurité ; tous les efforts tentés dans le but d'expliquer les symptômes de cette névrose n'ont encore abouti qu'à de pures hypothèses. Tout ce que l'on peut admettre comme assuré, c'est que l'affection ne repose sur aucune lésion anatomique importante, sinon la soudaineté avec laquelle les symptômes se montrent et disparaissent, serait absolument inexplicable. Vouloir toujours et partout incriminer l'utérus (*υστερια*), n'est plus possible aujourd'hui que l'hystérie est prouvée chez l'homme et chez l'enfant ; les exemples se multiplient d'ailleurs et tôt ou tard, on sera bien obligé d'abandonner cette dénomination d'hystérie qui n'a déjà plus sa raison d'être. Nous verrons encore, dans la suite, l'influence que peuvent avoir les organes sexuels sur l'apparition de l'affection.

Mais comment interpréter cette maladie ? Si l'on admet que toutes les manifestations de l'hystérie ont un caractère commun, on pourrait peut-être les faire dépendre toutes d'une augmentation de l'excitabilité du système nerveux général vis-à-vis des excitations internes et externes. De même qu'il existe des états pathologiques dans lesquels on observe une excitabilité plus grande des nerfs et des muscles vis-à-vis du courant faradique, on peut concevoir l'existence d'un état morbide du système nerveux général, qui se caractérise par une excitabilité plus grande, donc pathologique, de l'élément nerveux des organes centraux, du cerveau, particulièrement de son écorce, de la moelle épinière et des nerfs périphériques. Il est facile de comprendre que les idées jouent un grand rôle dans la production de cet état, non pas que toutes les souffrances accusées par le malade soient imaginaires, mais l'état même du malade fait que ses idées se forment et disparaissent plus facilement et plus rapidement, varient donc avec une extrême facilité ; tous ces changements soudains et inaccoutu-

més finissent par retentir défavorablement, d'abord sur la vie intellectuelle, le moral, et aussi sur l'état corporel du malade. En réalité, dans la majorité des cas, des troubles psychiques servent de cause occasionnelle à l'affection.

L'**étiologie** peut, dans une certaine mesure, jeter quelque lumière sur la nature de l'hystérie. Les causes de l'affection, pour autant que nous les connaissons, se divisent en causes directes et en causes indirectes. Parmi les premières, l'hérédité avec toutes ses conséquences, prédispositions, qualités individuelles aussi bien corporelles qu'intellectuelles ; il n'est pas étonnant que l'on devienne hystérique lorsqu'on naît avec toutes les conditions requises pour cela, c'est-à-dire un système nerveux général doué de la susceptibilité dont il a été question plus haut. Cette prédisposition congénitale, héritée, trouve plus tard ses conditions de développement dans *a)* le sexe, *b)* l'âge, *c)* l'éducation et *d)* la nationalité ou la race du patient. Nous avons déjà fait remarquer que le sexe féminin et l'âge où s'établissent les fonctions sexuelles, sont éminemment propres à l'éclosion des accidents hystériques ; cependant, le sexe masculin et tous les âges de la vie peuvent aussi en être atteints. L'hystérie dans l'enfance, telle qu'on l'observe entre 5 et 10 ans, fera l'objet d'une étude spéciale.

L'éducation peut contribuer, de différentes façons, au développement des symptômes hystériques ; elle peut pécher par plusieurs points. Parfois le cerveau est surmené au détriment du développement corporel, ou bien, par une condescendance excessive, on encourage ou tolère chez l'enfant les caprices, l'inconvenance, la dissimulation, on ne corrige pas un manque d'énergie ou de volonté, on a recours, dans le but de punir un enfant en faute — ce sont surtout les domestiques qui usent de ce moyen, — à la menace de l'arrivée d'animaux sauvages, de fantômes, de « l'homme noir » etc. ; l'enfant, élevé de cette façon, dans un état continuel de terreurs imaginaires, redoutera d'entrer seul dans une chambre obscure ou n'y pénétrera qu'avec des battements de cœur. Tous ces moyens d'éducation, et bien d'autres encore, deviennent des causes indirectes de l'hystérie. En ce qui concerne la race, on a remarqué que les slaves (polonais, russes) et les romans (français, italiens), les juifs en particulier, fournissaient un plus fort contingent à l'hystérie que les germains ; les formes les plus graves de l'affection s'observent chez les françaises et les juives polonaises. Cette circonstance peut dépendre beaucoup des qualités nationales ; le tempérament vif, ardent que l'on rencontre relativement beaucoup plus souvent chez les slaves que

chez les germains, est particulièrement favorable à l'écllosion des manifestations de l'hystérie.

Parmi les causes indirectes, il faut citer, en première ligne, les maladies des organes sexuels, et cela dans la même mesure pour les deux sexes. Ce n'est pas que ces maladies entraînent nécessairement et indirectement une altération du système nerveux : chez la femme notamment, elles peuvent être en elles-mêmes fort insignifiantes, mais elles agissent plutôt par la voie de l'imagination.

Les actes de la vie sexuelle, le coït, la grossesse, la parturition, jouent dans la vie de la femme — à moins que sa vocation ne soit singulièrement pervertie — un rôle si prépondérant, que la seule pensée d'être mal douée sous ce rapport, de ne pouvoir, à cause d'organes malades, accomplir ces actes, suffit pour déterminer chez elle un trouble sérieux de l'esprit. L'homme attache plus d'importance à la possibilité du coït qu'à la faculté génératrice. L'impuissance psychique ainsi déterminée, peut, à la longue, provoquer à elle seule l'hystérie ; la neurasthénie sexuelle (p. 485) est assez souvent accompagnée de manifestations hystériques bien marquées pour que l'on puisse admettre en pareil cas la coexistence des deux affections.

Le traumatisme, en second lieu, peut être capable d'occasionner les causes directes de l'hystérie ; il ne s'agit pas seulement du traumatisme corporel, mais également du traumatisme moral. Certaines parties du corps semblent douées, sous ce rapport, d'une susceptibilité particulière, en ce sens que l'hystérie peut s'y installer à la suite d'une affection purement anatomique au début ; c'est ainsi qu'une lésion banale de l'articulation de la hanche peut devenir, dans la suite, alors que la lésion primitive est guérie depuis longtemps, le point de départ d'une coxalgie hystérique. Les traumatismes psychiques peuvent agir d'une façon aiguë ou chronique ; parmi les premiers, citons la frayeur, les émotions tristes, rarement la joie, parmi les secondes, les contrariétés, les peines, les blessures répétées de l'amour-propre et de la vanité. Il existe, enfin, des traumatismes qui provoquent un choc corporel en même temps qu'un choc moral — la foudre, l'incendie, le chemin de fer, etc., donnent lieu à des accidents de cette espèce. *Strümpell* et *Oppenheim* ont consacré, dans ces derniers temps, une étude spéciale aux névroses traumatiques, consécutives aux traumatismes complexes du corps et de l'esprit ; l'une de ces névroses est le *raylway-spine*, qui, comme son nom l'indique, est provoquée par les accidents de chemin de fer. Toutes ces affections se rattachent incontestablement à l'hystérie,

alors même qu'aucun autre signe de la forme habituelle de cette maladie, ne viendrait s'y ajouter (1). On trouve une sorte de transition des névroses pures vers des affections anatomiquement définies, dans ces formes où il existe, non seulement des troubles fonctionnels, mais encore des lésions anatomopathologiques, l'atrophie de l'optique par exemple. Le traumatisme psychique surpasse toujours, par l'intensité de ses manifestations, le traumatisme physique — l'imagination réagit d'une façon malade sur les troubles corporels et donne ainsi naissance à une affection durable (*Oppenheim*), il se forme, par une sorte d'auto-suggestion, une paralysie dans le domaine de la motilité et de la sensibilité ; ce mécanisme est en tout point comparable aux paralysies que *Charcot* a pu provoquer chez les hystéro-épileptiques par voie de suggestion.

Les symptômes que l'on observe chez certains individus qui ont été soumis à l'action de la foudre, rappellent assez souvent le complexe des névroses traumatiques. On constate parfois chez eux des paralysies de durée variable, dans le domaine des nerfs sensoriels, des nerfs sensibles et des nerfs moteurs. J'ai

(1) Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la place à assigner dans la classification nosologique aux accidents nerveux d'origine traumatique ; tandis que les uns, à la suite de *Charcot*, les considèrent comme appartenant à l'hystérie, d'autres, parmi lesquels *Oppenheim*, les en séparent et les décrivent sous le nom de *neurasthénie traumatique*, de *névrose traumatique*.

Quoi qu'il en soit, ces accidents débutent le plus souvent par le domaine psychique. Le malade est inquiet, craintif, en proie à des angoisses continues : il peut tomber dans un véritable état de mélancolie hypochondriaque. Il ressent des douleurs vagues, surtout le long de la colonne vertébrale, douleurs qui sont exagérées par les mouvements. Il est privé de sommeil ; il est sujet à des vertiges, à des défaillances et souvent à du tremblement.

A ces phénomènes généraux, se joignent des troubles locaux de la motilité et de la sensibilité.

Indépendamment de la gêne des mouvements due à la douleur, on observe des paralysies, ou plutôt des parésies d'étendue variable suivant la nature du traumatisme (monoparésie, hémiparésie, paraplégie, etc.). Parfois, il y a augmentation de la tonicité musculaire, ou même véritable contraction. Les réflexes tendineux sont généralement exagérés.

Les troubles sensibles ont une importance spéciale, ils se distinguent par les deux caractères suivants : d'abord, leur distribution ne correspond jamais à la distribution des branches nerveuses ; en second lieu, l'anesthésie de la peau et des muqueuses s'accompagne ordinairement de troubles sensoriels, en particulier de rétrécissement concentrique du champ visuel. En général, les sphincters restent indemnes.

Pour plus amples détails, consulter l'excellente monographie de *OPPENHEIM*, *Die traumatischen Neurosen*, (X. F.).