

longue durée et par ses conséquences. Les plus simples sont encore les meilleures.

VI. TROUBLES DE LA NUTRITION GÉNÉRALE. FIÈVRE. — A. — Ébauchée par MM. Charcot, Bouchard, Empereur¹, l'étude de la *nutrition* dans l'hystérie a fait récemment, de la part de MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau², l'objet d'importantes recherches. Ces deux auteurs ont étudié l'état de la nutrition d'abord dans l'hystérie normale, et ensuite dans l'hystérie pathologique ou mieux paroxystique.

a. — Par *hystériques normaux*, il faut entendre les sujets qui ne présentent d'autres manifestations de la névrose que les stigmates permanents. On a cru jusqu'à nos jours que cette catégorie d'hystériques, ne mangeant pas, vivait sans maigrir. « Les hystériques, dit Empereur, ne maigrissent pas, parce qu'elles ne dépensent rien, et, ne perdant rien, il leur est inutile sinon nuisible de manger. » MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau ont fait l'analyse méthodique des excréta urinaires de dix hystériques normaux (sept femmes et trois hommes), et sont arrivés à cette conclusion que chez eux la nutrition s'effectue normalement. Le volume de l'urine, le taux des excréta urinaires rapportés au kilogramme d'individu sain, est exactement superposable à ce qui existe chez ce dernier. En outre, leurs recherches sur l'état du sang ont confirmé les résultats obtenus déjà par MM. Charcot, Gréhant, Quinquaud... et montré que :

1° Chez les hystériques normaux, la même solution de continuité du tégument cutané que celle faite à un individu sain ne donne issue qu'à une quantité de sang d'un tiers environ inférieure à la normale ;

2° En dehors des cas d'anémie et de chlorose, la quantité d'hémoglobine, l'urée et la glycose sont en proportions normales.

b. — Au contraire, dans l'hystérie pathologique, la nutrition est profondément troublée.

1° D'abord, leurs recherches³ ont porté sur l'urologie de l'attaque

1. EMPEREUR, *Essai sur la nutrition dans l'hystérie* (Thèse de Paris, 1876).

2. GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINÉAU, *La nutrition dans l'hystérie* (*Progress méd.*, 1890).

3. L'examen des urines des vingt-quatre heures précédant l'attaque n'a jamais révélé de trouble nutritif appréciable. C'est exclusivement sur les urines des vingt-quatre heures qui suivent l'attaque que portent les modifications physico-chimiques. Dans ces urines post-paroxystiques, ils ont séparé « l'urine primaire », ou urine de la première miction, des « urines secondaires ». Mais ils ont toujours opéré sur le mélange de ces deux urines et donné les résultats moyens de l'urination totale.

L'urine primaire est claire, limpide, inodore; l'urine secondaire est jaune citron et fade. La densité de la première est très faible (1004 à 1010), celle de la seconde plus considérable (1025), la densité de l'urine totale, faiblement acide, étant de 1016. L'urine primaire présente du reste les mêmes caractères généraux que l'urine

convulsive classique chez dix malades (huit femmes et deux hommes). Ils ont constamment trouvé un abaissement du résidu fixe, de l'urée et des phosphates, avec inversion de la formule de ces derniers. L'ensemble de ces modifications porte le nom de *formule urinaire*.

2° Après l'urologie de l'attaque convulsive classique (avec ses quatre périodes), ils ont étudié chimiquement l'excrétion urinaire consécutive à l'attaque à forme d'épilepsie tant partielle que vulgaire et aux attaques de chorée rythmée, de toux, de bâillements; ils ont toujours trouvé la même formule urinaire, ce qui assimile ces accidents paroxystiques à l'attaque d'hystérie convulsive proprement dite, assimilation déjà faite par Charcot, au nom de la clinique et de la théorie.

3° Dans les états de mal hystérique, de délire, de sommeil, les résultats ont été identiques. L'amaigrissement se fait ici très rapidement, de même que le retour à la santé, sans période de convalescence. Cliniquement comme chimiquement, ces états de mal sont des attaques d'hystérie prolongée. Ils se jugent par une courbe caractéristique dont la lecture permet de prévoir la durée de l'état de mal et le retour à la guérison. Cette courbe est représentée graphiquement par une chute, puis un plateau et enfin un relèvement qui atteint ou dépasse même la normale. Dans cette courbe excrétoire, il ne s'agit pas de dénutrition banale, chez des sujets plus ou moins privés

secondaire, sauf que la proportion des matériaux solides y est comparativement encore beaucoup plus faible. Elle n'est que la « copie très atténuée » de l'urine secondaire.

Les considérations qui vont suivre s'adressent à l'urine totale des vingt-quatre heures.

Au point de vue du volume, il n'y a pas de polyurie, au contraire, ou du moins la polyurie est relative et bornée à l'urine primaire qui forme souvent les deux tiers de l'urine totale. Mais, chez tous les malades, il y a une diminution considérable du résidu fixe. La moyenne de ce résidu, chez l'homme sain, variant de 40 à 52 grammes, a été de 35 à 38 grammes chez ces dix malades, après l'attaque, tandis qu'elle était de 46^{gr},6, chez les mêmes malades, en dehors des crises. Donc l'attaque diminue d'un tiers environ le poids du résidu fixe de l'urine des vingt-quatre heures. Les deux principaux éléments de ce résidu fixe, à savoir l'urée et les phosphates, fournissent des chiffres très instructifs. Le taux de l'urée s'abaisse à une moyenne de 13^{gr},27 au lieu de 20^{gr},78, pour les mêmes sujets, dans les phases interparoxystiques (l'urine primaire, au point de vue de l'urée, ne représente que le dixième de l'urine secondaire). Quant aux phosphates, on sait que chez l'homme sain, comme chez l'hystérique normal, du reste, l'acide phosphorique des vingt-quatre heures varie entre 2 grammes et 2^{gr},57. Or dans ces dix cas, la moyenne post-convulsive a été de 1^{gr},24, tandis que la moyenne interparoxystique s'élevait à 2^{gr},19. Si, d'autre part, on compare les acides phosphoriques terreux et les acides phosphoriques alcalins (les deux formant l'acide phosphorique total), le rapport des premiers aux seconds étant à l'état normal comme 1 est à 3, devient après l'attaque comme 1 est à 1. Il y a inversion de la formule des phosphates.

Quant aux chlorures, ils ont été trouvés tantôt diminués, tantôt augmentés (trois cas). Lorsque le résidu fixe, après l'attaque d'hystérie, est égal ou supérieur à la normale, cela tient à la seule augmentation des chlorures, les autres éléments restant constamment abaissés.

de nourriture, pendant une manifestation pathologique plus ou moins longue. La courbe de l'inanition, en effet, est rectiligne durant les premiers jours et s'abaisse jusqu'à la mort. Elle ne se relève que si l'on donne des aliments. Or la courbe excrétoire est différente dans les états de mal hystérique et son relèvement n'est pas dû à une ingestion d'aliments qui n'a pas lieu. En somme, l'amaigrissement est constant dans l'état de mal (200 à 500 grammes en moyenne par jour). Une malade en état de mal épileptoïde maigrit de 9 livres en huit jours; son alimentation avait été à peu près nulle dans cette octave.

4° L'examen urologique de quelques cas de *paralysie*, de *contracture* et de *tremblement* hystérique n'a révélé aucun trouble de la nutrition. Or il s'agissait là non de paroxysmes, mais d'accidents permanents.

Si l'on généralise les résultats de cette étude, on peut dire que, dans l'hystérie pathologique, les paroxysmes se jugent par la formule urinaire, tandis que les accidents permanents ne se traduisent par aucun trouble nutritif appréciable. Ces recherches ont établi, en outre, que l'hystérique n'est pas un être à part, « qu'il mange et boit comme tout le monde, peut-être un peu plus épicé, et voilà tout ». Elles ont, enfin, apporté au diagnostic de l'hystérie un précieux élément. On sait, depuis les travaux de M. Lépine et de M. Mairet, qu'un accès épileptique, généralisé ou partiel, augmente l'urée et l'acide phosphorique. Or c'est précisément l'inverse qu'on trouve dans les excréta urinaires de l'attaque d'hystérie, isolée ou en série, à forme d'épilepsie générale ou partielle. La recherche de la formule urinaire ou de la courbe excrétoire pourra rendre également de grands services dans certains cas de chorée, de toux, de pseudo-méningite, etc., ainsi qu'en témoignent les observations de M. Grasset et de M. Chantemesse.

Mais la valeur diagnostique de la formule urinaire et, en particulier, de l'inversion des phosphates, a été contestée par MM. J. Voisin¹,

1. D'après M. Voisin qui a analysé quarante urines d'hystériques et soixante d'épileptiques, outre que la méthode employée par MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau ne présente pas toutes les garanties nécessaires, cette inversion est très rare dans l'hystérie et se rencontre dans l'épilepsie, non seulement à la suite des accès, mais encore pendant la période intercalaire, et on la trouve même chez des sujets sains à la suite d'ingestion de certains aliments et d'injections de certaines substances. MM. Féré et Royer soutiennent aussi que cette inversion ne peut être considérée comme habituelle dans l'hystérie ni même y être admise à titre exceptionnel; ils l'ont rencontrée dans certaines manifestations non convulsives de l'épilepsie. Poels est arrivé aux mêmes résultats et pense également que les conclusions de MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau ne sauraient être érigées en lois absolues. A ces contradictions, ces derniers ont répondu en affirmant de nouveau que cette inversion est l'exception dans l'épilepsie et la règle dans la crise d'hystérie,

Féré, Royer¹, Poels². Ce serait là, pour ces auteurs, un phénomène banal, commun à nombre de syndromes épileptiques.

B. — L'existence de la *fièvre hystérique* a toujours été et est encore contestée; quoique positivement affirmée par Briquet, Gagey, Briand, elle fut suspectée après les critiques de Bouchut, de Pinard³ et surtout après le célèbre exemple de supercherie cité par M. du Castel. Il fallut l'observation de M. Debove, suivie bientôt de celles de MM. Barié, Deleuil, Chauveau, Fabre..., pour triompher des dernières résistances. Actuellement la question est définitivement jugée et les reproches de simulation ou d'observation insuffisante ne valent plus, en présence de nombreux faits indiscutables et authentiques.

Presque tous les cas de fièvre hystérique décrits jusqu'ici concernent des femmes. On en a décrit un certain nombre de types, prématurément, sinon inutilement. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elle est essentiellement irrégulière et résiste à tous les antipyrétiques.

Cette fièvre affecte une marche continue ou rémittente (quelquefois intermittente) avec exaspérations vespérales ou matinales. La température peut atteindre 41 degrés, 44 degrés et plus (?). Après une durée qui varie de quelques jours à plusieurs années, elle disparaît brusquement du jour au lendemain. Elle ne s'accompagne pas d'ordinaire des troubles généraux qui forment le cortège habituel des pyrexies; parfois, cependant, il y a du malaise avec courbature, céphalalgie, langue saburrale, sueurs, fréquence du pouls. Mais ces troubles, outre qu'ils ne sont pas au complet, sont en désaccord avec l'élévation de la température. L'état général est bon et l'absence d'amaigrissement a toujours été notée. Dans un cas récent d'Affleck⁴, malgré une fièvre de 44 degrés, la malade augmenta de plusieurs

qu'elle n'est pas à elle seule pathognomonique, mais que la formule tout entière en bloc, est seule caractéristique. Bref, ils maintiennent leurs premières conclusions confirmées par des recherches nouvelles faites sur 40 litres d'urine d'individus sains et 40 litres d'urine d'hystérie normale et paroxystique.

Bosc a confirmé les données de ces deux derniers auteurs et ajouté trois nouveaux éléments à la formule biologique de l'hystérie: « La crise d'hystérie bouleverse, dit-il, chacun des termes de la formule urinaire, entraînant une diminution des oxydations (diminution de l'azote total), un ralentissement de ces oxydations diminuées (diminution du coefficient d'oxydation), une augmentation de l'acide urique et enfin une hypotoxicité très considérable. » Il pense aussi qu'on doit rechercher tous les éléments de la formule, car l'inversion des phosphates peut manquer dans l'hystérie et exister dans l'épilepsie.

1. *Société de biologie*, 1892 et 1893, *passim*.

2. *Journal de médecine et de chirurgie*, Bruxelles, n° 11, 1893.

3. PINARD, *De la pseudo-fièvre des hystériques* (Thèse de Paris, 1883). — Voir BOULAY, *De la fièvre hystérique* (*Gaz. des hôp.*, 1890). — SARBO (de Budapest), *Ueber hysterisches Fieber* (*Arch. f. Psych.*, Bd. XXII, H. 2). On y trouvera un historique très détaillé.

4. AFFLECK (d'Édimbourg) (*Semaine méd.*, 1892, p. 410).

livres. Mais l'état de la nutrition n'a jamais été étudié chimiquement, et il serait utile de faire à l'avenir l'examen des excréta urinaires.

Tantôt la fièvre hystérique reste isolée, monosymptomatique, tantôt — et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent — elle accompagne d'autres manifestations de la névrose. Dans ce dernier cas, les symptômes se groupent souvent de telle manière qu'ils simulent une maladie organique fébrile. Un certain nombre de ces syndromes fébriles simulateurs méritent une mention spéciale. Tout d'abord, la *pseudo-fièvre typhoïde* hystérique, dont le premier exemple démonstratif appartient à M. Rigal. L'observation toute récente de M. Hanot¹ est des plus instructives. Une jeune femme, venant de soigner dans sa propre famille trois cas de fièvre typhoïde, entre à l'hôpital avec tous les signes de la dothiéntérie : épistaxis, céphalalgie, vertiges, courbature, etc. Mais l'affection avait eu un début brusque, les urines étaient abondantes et la prostration faisait défaut. En outre, cette femme, qui ne présentait aucun stigmate hystérique actuel, avait eu jadis des attaques de nerfs. S'appuyant sur ces signes discordants, M. Hanot diagnostiqua l'hystérie et l'événement lui donna raison. Le tableau de la fièvre typhoïde s'était gravé dans le cerveau de cette malade, à son insu ; elle n'avait pas tardé à l'extérioriser. Les antithermiques n'amènèrent aucun résultat ; le bromure de potassium fut plus heureux, sans doute par action suggestive.

L'hystérie fébrile peut simuler la *méningite*, la *tuberculose pulmonaire*, la *pneumonie*, la *péritonite*, la *fièvre intermittente tierce* ou *quotidienne*, etc... Dans un cas de Lorentzen², il y eut hémoptysie, fièvre, dyspnée, point de côté durant deux mois. Un soir, la température axillaire, prise par le médecin lui-même, monta à 44°,8. La guérison se fit sans qu'on pût jamais trouver aucun signe de tuberculose. Une malade de Putnam Jacobi présentait tous les signes d'une paramérite avec fièvre. L'examen physique ne révéla aucun foyer morbide et la suggestion verbale suffit à tout faire disparaître. Dans un fait d'Estevès³, la fièvre s'accompagna de douleurs articulaires et dura vingt et un jours. Fièvre et douleurs, qui avaient résisté au salicylate de soude et à la quinine, cédèrent facilement à la suggestion.

La fièvre hystérique se reconnaît à son irrégularité extrême, à l'absence ou à la discordance des troubles généraux concomitants et à sa résistance aux antithermiques variés. Son évolution, l'existence d'antécédents hystériques et de stigmates, l'examen des urines et la

1. HANOT, Sur un cas de fièvre hystérique (*Soc. méd. des hôp.*, 28 avril 1893).

2. LORENTZEN (*Centralbl. für klin. Med.*, 1889).

3. ESTEVÈS, Fièvre hystérique (*Nouv. Iconog.*, 1892).

recherche, à l'avenir, de la formule urinaire, devront entrer en ligne de compte. De toute manière, il faudra s'être assuré préalablement, par un examen attentif, qu'aucune affection fébrile, plus ou moins cachée (angine, vaginite) n'a passé inaperçue. Et même, si l'hystérie semble probable, il restera encore à éliminer l'association possible de la névrose avec une pyrexie organique.

Diagnostic. — Nous avons déjà esquissé le diagnostic respectif de chaque manifestation hystérique. Il ne nous reste plus qu'à présenter ici, à titre de complément, quelques brèves réflexions générales.

Pour éviter de méconnaître l'hystérie, il faut, chez tout malade, rechercher systématiquement, de parti pris, les stigmates de la névrose. La fréquence de l'hystérie, solitaire ou associée, nous semble légitimer, sinon commander, une pareille méthode. Cette recherche fera constater, suivant les cas, l'existence ou l'absence des stigmates.

I. — Si *les stigmates font défaut*, il est extrêmement probable que la névrose n'est pas en jeu. Mais, si l'on ne parvient pas à rattacher à une maladie connue le complexe morbide, on peut et l'on doit, par exclusion, penser à la névrose : « Lorsque j'ai bien examiné une malade, disait Sydenham, et que je ne trouve rien en elle qui se rapporte aux maladies connues, je regarde l'affection dont elle est atteinte comme une hystérie. » Toutefois le diagnostic d'*hystérie monosymptomatique* ne doit être porté qu'à bon escient. L'hérédité, les antécédents personnels du sujet révélant dans son passé quelque manifestation franchement hystérique, le mode de début des phénomènes, les circonstances dans lesquelles ils sont survenus, permettront d'ordinaire de se prononcer, sinon avec une certitude absolue, du moins avec de très fortes probabilités. Ce n'est que très exceptionnellement qu'on sera obligé de rester dans le doute et d'attendre de l'avenir la solution de l'énigme.

II. — Si *les stigmates existent*, il ne reste plus qu'à les interpréter. Tous n'ont pas la même valeur séméiologique. Tandis qu'il en est de secondaires et d'accessoires, d'autres, comme le rétrécissement concentrique permanent du champ visuel, ont une signification caractéristique. Il faut encore et surtout tenir compte de leurs caractères propres, de leur nombre et de leur mode de groupement. Aucun, en effet, n'est pathognomonique de l'hystérie.

Il est le plus souvent facile de reconnaître que l'hystérie est en jeu. Mais il existe des cas difficiles. L'hystérie, maladie mimétique par excellence, pousse parfois l'imitation jusqu'à la ressemblance plus ou moins parfaite. Elle peut simuler la plupart des affections des divers appareils. Nous en avons rapporté, au cours de cet article, un

certain nombre d'exemples. Mais elle simule surtout les maladies du système nerveux. Charcot et ses élèves ont bien mis en relief ces modalités cliniques de la névrose¹. Dans ces faits d'*hystérie simulatrice*, il faut interroger avec soin les antécédents héréditaires et personnels des malades, les commémoratifs, les symptômes concomitants, l'évolution, etc., et savoir faire son profit de ces notes discordantes qu'on trouve si communément dans la névrose. Les dangers qui peuvent résulter d'une méprise exigent un diagnostic précis. Prenons au hasard deux exemples nullement exceptionnels. Si l'on méconnaît l'hystérie à forme d'épilepsie partielle ou le pseudo-mal de Pott hystérique, on exposera les malades à l'inutilité et aux dangers d'une trépanation cérébrale ou rachidienne. D'autre part, si chez un syphilitique on songe à la syphilis cérébrale en présence d'un syndrome (céphalalgie, paralysie) relevant uniquement de la névrose, on soumettra sans raison les sujets aux inconvénients d'un traitement spécifique intensif. L'erreur peut donc, dans l'espèce, être aussi dangereuse que regrettable.

Mais supposons que l'existence de l'hystérie soit reconnue; il reste encore à savoir si elle est seule en jeu. Près de l'hystérie simulatrice, il faut en effet placer l'*hystérie associée* à une autre affection organique ou dynamique. Charcot, Oppenheim, MM. Giraudeau², Souques, Babinski³, etc., en ont signalé de nombreux exemples. Dans ces faits complexes, il ne s'agit pas de fusion, mais uniquement de juxtaposition, chacune des deux entités morbides gardant ses caractères propres et évoluant séparément, pour son propre compte. C'est surtout dans ces cas d'association qu'il ne faut pas oublier les règles et les lois qui régissent les manifestations hystériques et qu'il est indispensable de recourir à une enquête sévère et à un examen approfondi, si l'on veut départager équitablement le complexus morbide et rendre à chaque partie ce qui lui revient. Attribuer tout soit à l'hystérie, soit à son associée, serait une erreur clinique qui aurait de graves conséquences au point de vue du pronostic et de la thérapeutique; ce serait aussi une erreur nosographique qui aboutirait à la création d'espèces hybrides et à la confusion.

Pronostic. — Le pronostic des manifestations hystériques n'est pas univoque; il varie avec chacune d'elles. Il en est qui, comme l'anesthésie, sont peu gênantes, et d'autres, telles que les paralysies,

1. Voir : DUTIL, SOUQUES (Thèses de Paris, 1891), GHILARDUCCI et BARDOL (*loc. cit.*) pour la simulation des maladies cérébrales et médullaires; — CHARCOT (*Arch. de neurol.*, 1891), X. GOURAUD et MARTIN DURR (*Arch. gén. de méd.*, 1892) pour la simulation des maladies protubérantielles.

2. GIRAUDEAU, Rétrécissement mitral et hystérie (*Arch. gén. de méd.*, 1890).

3. *Soc. méd. des hôp.*, 1892.

les contractures, les amyotrophies, qui condamnent parfois les malades au lit et à l'incapacité de travail, durant des années; il en est enfin, comme l'anorexie, qui peuvent se terminer par la mort, d'une manière indirecte, il est vrai. Les manifestations hystériques, bénignes ou graves, sont en somme toujours curables, sans qu'il soit toutefois possible de dire quand et comment se fera la guérison. La résurrection peut se faire longtemps attendre, et un accident hystérique devenir une infirmité à vie. Il y a donc, à côté des manifestations transitoires ou bénignes, des accidents hystériques rebelles et graves, chez l'homme adulte particulièrement, où la neurasthénie, compagne si fréquente de l'hystérie, contribue à faire de ces malheureux des êtres désemparés et voués aux misères physiques et morales.

Il est un second élément dont il faut toujours tenir compte dans le pronostic général de l'hystérie, ce sont les *récidives*. Un accident guérit d'habitude, plus ou moins tôt ou plus ou moins tard. Mais la récurrence est toujours à craindre, sous la même forme ou sous un aspect tout différent, à la suite d'une cause provocatrice souvent banale, après une guérison déjà longue et qu'on pouvait croire définitive. Les exemples ne sont pas exceptionnels d'hystérie réveillée après dix ans de sommeil.

D'autre part, la guérison d'une manifestation donnée de la névrose n'est pas constante. Nous avons connu à la Salpêtrière une vieille femme qui, depuis plus de cinquante ans, est atteinte d'hémi-anesthésie et d'angine de poitrine hystérique. Cependant, en vieillissant, les stigmates s'effacent, les accidents disparaissent et l'hystérie guérit. Mais avoir été hystérique constitue toujours une tare dangereuse pour la descendance.

L'*âge* et le *sex*e sont encore des éléments qu'il faut prendre en considération. Chez les enfants, l'hystérie est bénigne et rapidement curable. Chez la femme, toutes choses égales d'ailleurs, la névrose est moins tenace que chez l'homme adulte.

En résumé, si l'on considère la longue durée de certains accidents hystériques avec toutes leurs conséquences, la persistance, quelque rare qu'elle soit, de quelques-uns d'entre eux durant toute la vie et la menace incessante des récurrences à brève ou longue échéance, l'avenir des hystériques apparaît souvent sous des couleurs sombres. Il ne s'ensuit pas cependant que la mort soit à redouter, car on ne meurt pas d'hystérie. Les cas exceptionnels de terminaison fatale par accident hystérique sont très contestables et imputables vraisemblablement à des erreurs de diagnostic. Lorsque la mort survient, elle ne dépend pas, à proprement parler, de la névrose, mais bien de circonstances secondaires telles que le suicide ou l'ina-nition volontaire.

Nature. — La définition de l'hystérie, disait Lasègue, n'a jamais été donnée, et elle ne le sera jamais, ajoutait-il. Si la première proposition de Lasègue est encore vraie, il est incontestable que la seconde est un paradoxe et demande un correctif. Nous possédons actuellement la formule générale, encore que nous ignorions le substratum anatomique de l'hystérie.

Ce substratum a échappé jusqu'ici à nos moyens imparfaits d'investigation. Mais il existe réellement, car il est impossible de concevoir un trouble fonctionnel quelconque sans une lésion. Il se peut qu'elle consiste en de purs troubles de circulation, de polarisation électrique, ou en simples changements de la composition chimique des cellules. Mais ce n'est là qu'une hypothèse. En tout cas, par *trouble dynamique*, il faut entendre une altération des tissus très voisine d'une lésion organique. Tandis que celle-ci produit des désordres facilement appréciables après la mort, la lésion dynamique n'engendre que des modifications qui ne laissent aucune trace visible. Il n'y a pas entre ces deux catégories de lésions une différence de nature, mais une simple question de degré. Au reste, les lois qui régissent les lésions organiques sont applicables aux lésions de l'hystérie. Pour interpréter une manifestation hystérique, il suffit de faire appel aux connaissances que nous possédons sur l'anatomie et la physiologie pathologique, c'est-à-dire de penser anatomiquement et physiologiquement. Grâce à ce procédé intellectuel, il est facile de localiser une manifestation hystérique donnée. Or ce raisonnement conduit à cette conclusion que l'hystérie est une affection dynamique des centres supérieurs du cerveau, sans qu'il soit encore possible d'en préciser davantage la localisation.

C'est là une conclusion en parfait accord avec nos connaissances actuelles sur le mécanisme des accidents hystériques. Les travaux récents ont singulièrement éclairé cette pathogénie. Il en ressort très clairement que, si l'hystérie reste une névrose — ce qu'on savait depuis longtemps — puisqu'on ne connaît point son substratum anatomique, elle apparaît de plus en plus comme une maladie mentale, comme une *psychose*.

Cette conception actuelle de l'hystérie semble le dernier terme d'une longue étape. A l'origine, l'hystérie fut regardée comme une maladie organique grossière, ayant son siège dans l'utérus ascendant ou fixe dans sa situation normale. La théorie utérine régna sans conteste jusqu'au dix-septième siècle. A cette époque, Lepois, Willis et Sydenham proclamèrent l'origine cérébrale de l'hystérie. La théorie nerveuse était née, mais elle reposait, à tort, sur l'infiltration de l'encéphale par la *collurios serosa*, les esprits animaux ou les vapeurs. Malgré l'autorité de ces défenseurs, elle ne parvint pas à détrôner la

vieille théorie. Il fallut Brodie pour en faire justice et affirmer que l'hystérie est une maladie dynamique, une névrose. Briquet vulgarisa ces idées et les fit définitivement triompher. Aujourd'hui, enfin, sa nature psychique semble hors de contestation. L'impulsion fut donnée par Charcot, à propos de la pathogénie des paralysies et contractures hystéro-traumatiques. Bientôt les études se multiplièrent, un mécanisme analogue fut invoqué pour l'interprétation de la plupart des manifestations de la névrose, et la théorie psychique de l'hystérie fut généralisée. Ce sont surtout MM. P. Janet, en France, Möbius, Strümpell, Breuer et Freud¹ à l'étranger, qui se sont faits les défenseurs de l'hystérie *maladie par représentations*, « durch Vorstellungen ».

Traitement. — La thérapeutique de l'hystérie a toujours été régie par les théories qui ont eu cours sur sa nature. Le mariage et les *antispasmodiques* ont tour à tour été préconisés. Sur la foi d'Hippocrate, qui disait : « *Ego impero virgines his morbis affectas quam citissime cum viro jungi* », on a jusqu'à Briquet considéré le mariage comme un moyen curatif. Aujourd'hui encore, les gens du monde restent convaincus de son efficacité. Briquet a pourtant montré que les satisfactions sexuelles n'ont aucune influence sur l'évolution de la névrose. Le médecin, consulté à cet égard, ne saurait mieux faire que de répondre, avec M. Pitres, aux parents de la jeune fille : « Le mariage n'est pas, comme vous semblez le croire, un remède contre l'hystérie. Si votre fille est plus heureuse avec son mari qu'elle ne l'est chez vous, il y a des chances pour que sa maladie s'atténue et se guérisse ; si elle est malheureuse, il est fort à craindre qu'elle ne devienne plus malade. » Aux parents du fiancé, on dira : « L'hystérie est une maladie dont le pronostic est très difficile à établir. Son évolution dépend de circonstances extérieures qu'on ne peut prévoir. Il y a de par le monde beaucoup de personnes qui, après avoir eu dans leur jeunesse des accidents hystériques violents, sont devenues des épouses modèles et des mères de famille excellentes. Mais il y a aussi des hystériques dont l'état s'est aggravé après le mariage. En ce qui concerne l'hérédité, il est positif que l'hystérie des ascendants est une des conditions qui prédisposent les descendants aux affections nerveuses. Mais les lois qui président aux transmissions héréditaires ne sont pas fatales. Des mères franchement hystériques ont souvent donné le jour à des enfants jouissant d'une excellente santé. »

Quant aux antinervins préconisés contre la névrose, tout l'arsenal thérapeutique y a passé. Ils sont aussi utiles ou aussi inefficaces

1. J. BREUER et S. FREUD (*Neurolog. Centralbl.*, 1893).