

malade de Kraepelin savait parler douze langues : l'allemand, le français, l'anglais, le russe, le polonais, le roumain, le hongrois, l'italien, le suédois, le latin, le grec et l'hébreu. Malheureusement, leur volonté est désordonnée ; une activité régulière leur est impossible, car, plus leur vie est variée et accidentée, plus ils se sentent heureux. Le vantard polyglotte dont nous venons de parler



Fig. 69. — Caractère pathologique ; tendance au mensonge ; la malade veut convaincre l'entourage qu'elle est aveugle et sourde.

avait été successivement, et à de courts intervalles, comédien, cocher, garçon de café, mineur, balayeur de rues, interprète et portefaix. Chez quelques-uns, comme chez la femme représentée par la figure 69, le trait particulier de leur caractère consiste dans le mensonge, le mensonge pathologique, la *pseudologia phantastica*, comme l'appelle Delbrück. Presque toujours le sujet joint aux mensonges des actes plus ou moins abracadabrants. Ainsi, l'un d'eux avait établi un bureau de sténographie et de dactylographie, où toute la journée il dictait des lettres, des offres de services, des commandes à des maisons de commerce imaginaires, sans jamais en expédier aucune ; il se référait à des réponses qui ne lui étaient jamais parvenues ; il se vantait en société ou auprès de ses parents de ses relations commerciales extraordinaires, jusqu'à ce qu'enfin on découvrit toute son existence chimérique, qui, d'ailleurs, on le conçoit facilement, ne lui avait jamais rien rapporté. On a voulu ranger ces cas sous la rubrique de l'hystérie ; mais Henneberg

remarque avec raison qu'ils appartiennent plutôt au domaine de la dégénérescence mentale, quoiqu'on constate ici certains phénomènes hystériques, comme les attaques, les paralysies. [Il s'agit, en pareil cas, de la dégénérescence mentale compliquée d'hystérie.]

Le traitement des sujets à caractères pathologiques varie évidemment selon les cas. En général, il doit être surtout psychique. Il ne faut prêter aucune attention aux mensonges ; il faut obliger ces malades au travail, et, au besoin, les interner.

Au point de vue *médico-légal*, on ne peut tout au plus que leur accorder des circonstances atténuantes.

XIV. — HYSTÉRIE

[Depuis 1888, plusieurs travaux français publiés sous l'impulsion de l'École de la Salpêtrière, ceux notamment de Gilbert Ballet, Marquezy, Henri Colin, Roubinovitch, ont démontré surabondamment la coïncidence fréquente en clinique de l'hystérie avec les stigmates psychiques et physiques de la dégénérescence. Personnellement, nous avons publié, en 1890, les résultats, très probants à cet égard, des recherches portant sur des malades entrés, de 1875 à 1890, à Sainte-Anne, dans le service de l'admission.]

Dans ces recherches, faites sans aucun parti pris, où l'on avait simplement soin d'enregistrer les particularités saillantes de l'histoire de chaque sujet, on trouve une démonstration manifeste de l'association des signes de l'hystérie avec les stigmates de dégénérescence.

En étudiant ces nombreuses observations cliniques, on constate que, jusqu'à un certain âge, l'histoire pathologique de ces « hystéro-dégénérés » est dégagée de toute manifestation anormale grave ; ils sont simplement bizarres, originaux, débiles ; ils ont des aptitudes restreintes et, quoique leur déchéance morale ou intellectuelle soit évidente, ils ne paraissent pas encore sérieusement atteints aux yeux de leur entourage. Mais bientôt, sous l'influence d'un traumatisme, d'une émotion, d'excès alcooliques ou autres, d'une maladie infectieuse, l'individu commence à présenter des obsessions, des impulsions, et, simultanément, des accidents hystériques. Ce fait est conforme à l'histoire

des dégénérés. Il faut bien admettre que la plupart des individus qui portent en eux les éléments de la constitution pathologique peuvent vivre et mourir sans avoir jamais présenté des accidents nerveux ou psychiques graves; ils conservent cette prédisposition héréditaire à l'état latent, et cela grâce à des conditions favorables d'éducation ou de traitement. Mais les autres héréditaires dégénérés, la minorité, ceux qui ont subi d'une façon intense l'influence de leurs ascendants malades, ceux chez qui, dès leur enfance, l'équilibre des fonctions nerveuses et psychiques se trouve complètement rompu, ceux-là se comportent autrement. Leur constitution neuro- et psychopathique est incapable de lutter contre les moindres exigences de la vie courante; ce sont des vaincus avant la lutte, et les chocs des agents nuisibles du monde extérieur provoquent chez eux, avec une grande facilité, les troubles plus ou moins graves sous forme de syndromes psychiques et d'affections nerveuses.

Ainsi, dans les nombreuses observations recueillies à Sainte-Anne, nous avons eu justement à nous occuper des représentants de cette minorité. En examinant l'évolution pathologique de ces derniers, on constate que l'individu chez lequel les tendances émotives dominent le tableau clinique devient plus tard un agoraphobe, un claustrophobe ou autre phobe quelconque; quand ce sont les troubles intellectuels qui occupent la première place dans l'histoire de l'enfant, nous voyons l'adulte devenir un obsédé, un onomatomane, par exemple; quand c'est la sensibilité générale qui se fait remarquer dès le début par un fonctionnement irrégulier, on voit plus tard l'individu devenir un hypocondriaque; enfin, si les troubles moteurs réflexes occupent le devant de la scène, on se trouve plus tard en présence de l'épilepsie, de l'hystérie ou de la chorée (Joffroy). Or, tous ces troubles divers peuvent exister associés chez le même enfant, et les différents syndromes psychiques ou nerveux qui en résultent pourront plus tard se trouver également associés chez l'adulte. On trouvera alors chez le même individu de l'hémianesthésie, du rétrécissement du champ visuel, des crises convulsives, en un mot, de l'hystérie, associée à la folie du doute, au délire du toucher, à l'onomatomanie, aux impulsions suicides ou homicides, à l'absence ou à l'aberration du sens génésique, à toutes les perversions d'ordre moral ou organique et à toutes les malformations d'ordre phy-

sique. On peut donc dire que la dégénérescence et l'hystérie paraissent avoir une affinité mutuelle qui se manifeste sous l'influence d'un agent provocateur quelconque : alcoolisme, maladies infectieuses, traumatismes, perturbations morales.

Cependant, les troubles psychiques liés directement aux attaques d'hystérie, comme les périodes hallucinatoires, par exemple, ne doivent pas être confondus avec ceux qui résultent de la dégénérescence mentale de l'individu, comme les obsessions et les impulsions, par exemple. En un mot, il y a pour la dégénérescence et l'hystérie une *affinité d'origine*, mais non une *identité de nature*.]

Sous le nom d'*hystérie*, nous comprenons un état psychique anormal dans lequel les idées qui se présentent dans la conscience d'une façon prédominante sont celles qui émanent des sensations d'ordre somatique ou moral appartenant exclusivement en propre à la personnalité du sujet.

En outre, toutes ces idées concernant le *moi* sont accompagnées dans l'hystérie d'un sentiment cœnesthétique plus vif qu'à l'état normal. Enfin, ces idées qui dominent la conscience du sujet exercent sur son système nerveux tout entier, et plus particulièrement sur sa motilité, ainsi que sur sa sensibilité, une influence considérable soit dans le sens de l'excitation, soit dans celui de l'inhibition. Autrefois, on pensait que c'était l'utérus (*δστέρα*) qui produisait tous ces phénomènes morbides, par ses divers déplacements dans l'intérieur du corps. Cette opinion repose sur une parcelle de vérité. C'est, en effet, du système génital, chez la femme, que partent le plus souvent les fortes excitations qui provoquent chez elle des sensations qui fixent son attention sur son propre corps. Chez l'homme sain, au contraire, l'attention est le plus souvent attirée par des excitations extérieures à son corps. Mais l'hystérie n'est nullement spéciale au sexe féminin; de plus, pour provoquer cet état, il n'est pas toujours nécessaire qu'il y ait une excitation intense venant d'un organe malade. Les excitations diverses dont notre organisme est continuellement le siège occupent entièrement la personnalité réflexe de l'hystérique, tandis que ces mêmes excitations ne provoquent d'ordinaire aucune espèce d'idées conscientes chez l'homme sain qui n'y pense généralement que par un effort voulu de son attention.

De plus, l'attention d'un grand nombre d'hystériques peut être artificiellement fixée sur certaines excitations; on peut ainsi leur *inspirer*, leur *suggérer* des sensations et des idées qui ne leur appartiennent pas, qui leur sont étrangères, mais qui se rapportent à des états somatiques. Aussi, est-ce avec raison qu'on considère les manifestations nerveuses de l'hystérie comme naissant exclusivement par l'intermédiaire d'idées et comme étant, par conséquent, d'origine purement psychique; cela, contrairement à d'autres accidents nerveux, tels que certaines paralysies, certaines convulsions, qui sont provoqués par une lésion organique du système nerveux et dont la production n'a rien à voir avec ce qui se passe dans la conscience du sujet. On ne doit pas admettre que les phénomènes hystériques se produisent d'après un plan déterminé, voulu, et qu'ils représentent une série d'actes électifs. Ce qui arrive plutôt, c'est que, parmi les idées qui correspondent à divers états et à divers actes d'ordre somatique, il s'en trouve qui pénètrent avec une intensité plus grande que d'habitude dans la conscience du sujet et réagissent à leur tour sur sa sphère somatique. On ne saurait naturellement démontrer pourquoi c'est tantôt telle idée qui s'impose, tantôt telle autre; pourquoi, dans un cas, l'influence s'exerce sur la sphère motrice et, dans un autre cas, sur la sphère sensorielle, sensitive ou sécrétoire. Déjà l'homme sain, en s'observant attentivement, peut assez souvent constater combien certaines de ses fonctions, en apparence purement automatiques, sont influencées par des représentations mentales, en particulier par des idées d'aperception. Nous faisons abstraction ici du rythme du pouls et de la respiration; mais les actes comme la miction, la défécation, l'intonation de la voix, la sensation de douleur ressentie à l'occasion d'excitations quelconques, par exemple par suite de vêtements ou de chaussures trop étroits, tous ces actes sont souvent différemment influencés, selon que nous fixons plus ou moins notre attention sur eux. Il faut cependant reconnaître que tous les symptômes de l'hystérie ne peuvent nullement être provoqués directement par des idées. Ce principe d'explication ne saurait s'appliquer, par exemple, au cas de l'absence des réflexes pupillaires observée parfois dans de grandes attaques d'hystérie; il faudrait admettre, en pareil cas, que l'impulsion, passant par-dessus les centres nerveux acces-

sibles à notre intelligence et à notre volonté, vient mettre en action d'autres centres psychomoteurs sur lesquels notre volonté ne peut rien. [Lire sur la psychologie de l'hystérie les travaux de Bernheim, Charcot, Pitres, Janet, Sollier.]

Dans l'étiologie de l'hystérie, il y a lieu d'insister sur l'hérédité dont l'influence est certaine dans 75 p. 100 des cas.

La transmission héréditaire *similaire* n'est pas rare. L'apparition de diverses manifestations hystériques est pourtant précédée d'ordinaire d'une *cause occasionnelle*, le plus souvent d'une vive *émotion* due à une excitation soit d'ordre somatique, soit de nature psychique. La surexcitation psychique jointe à un *traumatisme* constitue une cause occasionnelle fréquente. Le terrain favorable au développement des troubles hystériques est préparé par diverses circonstances. Nous voyons, par exemple, des symptômes hystériques dans l'idiotie congénitale, dans la manie, dans la démence précoce, dans l'anémie, dans les intoxications morphinique, cocaïnique, saturnine, alcoolique. Parmi les excitations d'ordre somatique, les phénomènes génitaux jouent un rôle fréquent, sans que l'appétit sexuel soit réellement augmenté.

Jolly a calculé qu'il y a 5,5 femmes hystériques pour 1 homme atteint de la même névrose. Chez les enfants, on a observé l'hystérie typique dès la troisième année, mais on en a surtout constaté fréquemment à l'âge scolaire. Les Orientaux seraient particulièrement disposés à l'hystérie. [Suivant Debove et Sallard, l'hystérie est commune dans tous les pays, dans toutes les races, davantage peut-être dans la race israélite.]

Des troubles hystériques peuvent être provoqués par la suggestion en masse, dans les réunions où sont rassemblés beaucoup d'individus prédisposés; on assiste alors à de véritables épidémies psychiques.

[L'hystérie de l'homme ou de la femme s'accompagne très souvent, sinon toujours, des manifestations diverses de la dégénérescence mentale. La figure 74 en est un exemple.]

Symptomatologie. — Nous allons examiner successivement les symptômes isolés de l'hystérie, ses syndromes les plus importants, son évolution. Presque tous les symptômes de cette névrose dépendent d'un facteur psychique; mais le plus souvent ils apparaissent à l'observation sous une forme physique.

La *perception* est en général suffisante, mais d'ordinaire l'attention ne se fixe que d'une façon superficielle sur l'idée perçue.

Les altérations dans le domaine de la *perception sensorielle* sont extrêmement fréquentes.

L'*acuité visuelle* peut diminuer d'un seul côté ou des deux en même temps. Parfois, le malade distingue mal les couleurs; très souvent on constate un rétrécissement concentrique du champ visuel. Dans quelques cas, on a pu observer de l'amblyopie ou de la cécité. Un examen attentif, surtout lorsque le trouble ne se trouve que d'un seul côté, permet pourtant de constater encore l'existence fonctionnelle de l'œil atteint. Ainsi, un hystérique amaurotique unilatéral qui regarde dans un stéréoscope dont l'un des verres est coloré en jaune et l'autre en bleu pourra combiner les deux couleurs et percevoir une surface verte.

Les *illusions* et les *hallucinations* hystériques qui se produisent dans des cas graves se rattachent la plupart du temps au sens de la *vue*. Elles sont parfois très complexes. Souvent, elles sont accompagnées d'un état cœnesthétique triste, pénible. Le malade voit des cercueils, des morts, des spectres, la femme infidèle, une scène de tribunal, des animaux fantastiques. On a aussi observé de la *micropsie* et de la *macropsie*. Quelquefois, les malades voient les traits des assistants complètement changés.

L'*ouïe* peut être diminuée d'un côté seulement ou des deux à la fois. Il se produit aussi parfois une *surdité hystérique*, qui disparaît d'une façon intermittente, surtout à l'occasion de communications qui intéressent particulièrement le sujet. Les *illusions* et les *hallucinations de l'ouïe* sont plus rares.

La diminution de l'*odorat* et du *goût* se produit également plus ou moins complètement. De plus, il n'est pas rare qu'il y ait de l'idiosyncrasie par rapport à certaines sensations olfactives ou gustatives se traduisant par une répugnance ou une prédilection marquée pour tel ou tel aliment, et surtout pour telle ou telle odeur.

Les troubles de la *sensibilité cutanée* abondent dans l'hystérie. Il en est qui surviennent si fréquemment qu'on les a considérés comme particulièrement caractéristiques de cette névrose et qu'on les a désignés sous le nom de *stigmates hystériques*. Un des symptômes les plus fréquents est l'*anesthésie*. L'insensibilité cutanée peut intéresser la

surface tout entière du corps ou n'être que localisée; quelquefois, elle n'existe que d'un côté; assez souvent elle est disposée par plaques plus ou moins étendues. Dans ce dernier cas, il ne s'agit pas de régions circonscrites dans le sens anatomique et correspondant à un territoire nerveux déterminé de la peau. La distribution de l'anesthésie n'est soumise, en apparence du moins, à aucune règle fixe: elle frappe la face ou la région crânienne, en affectant la forme d'une casquette; elle existe au niveau d'une extrémité tout entière ou bien seulement au niveau de certaines parties de cette extrémité: aux mains, en forme de gants ou de manchettes; à l'avant-bras, à la partie supérieure du bras, à la partie inférieure des jambes. Parfois, l'anesthésie est localisée au tronc, en forme de gilet de flanelle. Quelquefois l'anesthésie change de place et se manifeste, successivement, au niveau de diverses parties du corps. Les muqueuses sont souvent insensibles aussi, en particulier la conjonctive oculo-palpébrale. Le réflexe de l'épiglotte fait souvent défaut. Parfois, l'*hémianesthésie* est en même temps *sensitive* et *sensorielle*. Le degré de l'anesthésie est variable; il arrive souvent qu'on peut enfoncer une aiguille à travers la main d'un sujet hystérique, sans que celui-ci fasse mine de s'en apercevoir.

L'*hyperesthésie* peut, à son tour, se manifester d'une manière très marquée sur diverses régions du corps. Celles-ci sont alors très sensibles à la moindre pression. On trouve ces plaques d'hyperesthésie rarement aux points d'émergence des nerfs, mais bien plus souvent au niveau des parties proéminentes du corps, comme le sommet de la tête, le front, le coccyx, la mamelle, les articulations. Les organes du bassin semblent souvent, eux aussi, particulièrement sensibles à la pression (*ovarie*). De même, ne sont pas rares des douleurs de nature névralgique. On connaît notamment la douleur frontale (*clou*) et la sensation de compression dans la gorge, le larynx et l'œsophage (*boule*). Souvent ces diverses douleurs changent de place.

Parmi les troubles d'ordre *moteur*, il faut mentionner le *tremblement*, les *convulsions cloniques* de diverses régions du corps, de la tête, des bras, des jambes, de la langue, des paupières, du diaphragme et parfois du corps tout entier; des mouvements *tétaniques* et *choréiques*; des *tics*, des *spasmes*; des *contractures* de toute sorte dans les groupes musculaires les plus divers. Des *paralysies motrices* hysté-

riques se montrent souvent d'un côté du corps ou au niveau des membres inférieurs seulement. Il peut se produire de l'*abasie* et de l'*astasia*, comme chez l'hystérique représenté par la figure 70.



Fig. 70. — Hystérie avec abasie. — Le sujet essayant de marcher tombe en avant avec mille précautions.

Quelquefois, on constate une paralysie des cordes vocales déterminant de l'*aphonie*. Il est rare qu'il survienne une paralysie des muscles moteurs de l'œil. Les *réflexes tendineux* sont souvent exagérés.

On peut observer du *mutisme*, du *bégaiement*, du *balbutiement* et aussi de l'*aphasie* de nature hystérique. Les troubles de la parole varient assez souvent chez le même malade. On constate aussi quelquefois de l'*inégalité pupillaire*, du *nystagmus*. Au cours de l'attaque convulsive, on peut observer l'absence des réflexes pupillaires.

Fréquents aussi sont les *troubles de l'appétit*, des *répugnances* ou des *désirs ardents*, des *envies* pour certains mets, des *gastralgies*, des *éruptions*, des *pituites*, des *vomissements*. On a vu des *hystériques jeûneurs* exciter vivement la curiosité publique; mais souvent on s'est aperçu qu'ils prenaient secrètement des aliments. On connaît la *grossesse hystérique*, qui est due au météorisme d'origine

nerveuse. On observe souvent de la *diarrhée*, de la *constipation*, des *spasmes de la vessie*. Les *troubles menstruels* sont fréquents.

La *tachycardie* et d'autres troubles cardiaques se manifestent souvent par crises. Le *dermographisme* n'est pas rare. Beaucoup de symptômes ont été encore décrits, les uns très réels, les autres reposant probablement sur une illusion. Parmi ces derniers, citons : les *hémoptysies* et les *hématémèses* qui, chez les hystériques, proviennent le plus souvent d'un saignement des gencives; la *sueur sanguine*, le *pemphigus*, et probablement aussi la *fièvre hystérique*.

L'*association des idées* et la *mémoire* sont généralement bien développées, à part naturellement les cas d'hystérie évoluant sur une base d'imbécillité. Après des attaques, il peut subsister une légère amnésie. Il n'existe pas de psychose de longue durée exclusivement due à l'hystérie. Cependant, chez les paranoïques et chez les déments précoces paranoïques, on constate parfois des phénomènes d'hystérie. La *suggestibilité* et surtout les *attitudes cataleptiformes* ne sont pas rares au cours des attaques d'hystérie.

Les *troubles de la conscience* sont fréquents. Leur caractère distinctif est de survenir sous forme de crises intermittentes. On observe notamment des vertiges, des défaillances de courte durée, provoquées ordinairement par des influences psychiques, accompagnées souvent de troubles cardiaques, de tremblements.

Les *grandes attaques* se caractérisent par des symptômes d'ordre moteur. Les malades peuvent tomber par terre comme dans une attaque épileptique, mais cependant avec infiniment plus de ménagements, sans jamais se blesser. Ils s'étirent, présentent des convulsions rythmiques, se roulent, se blottissent, le tout avec des changements rapides d'attitudes. Assez souvent le malade courbe sa région dorsale en s'appuyant seulement sur la tête et sur les pieds, et en donnant à son corps la forme d'un arc; c'est ce qu'on appelle l'*arc de cercle* (Voy. fig. 71). Le malade peut prendre des attitudes théâtrales dites *attitudes passionnelles* (Voy. fig. 72), ou bien faire des gestes absurdes rappelant les tics des catatoniques, comme de bondir par ci ou par là, de grimper, de valser, de s'agiter continuellement en accompagnant ces divers actes désordonnés de violentes crises de larmes ou de rire [phénomènes que Charcot a décrits sous le nom de *clownisme*].

La durée des attaques est variable : de quelques minutes à une demi-heure. Si les sujets se sentent observés, les phénomènes morbides se produisent d'une façon plus violente et durent bien plus longtemps. En saisissant énergiquement le malade, en l'aspergeant d'eau froide ou en lui

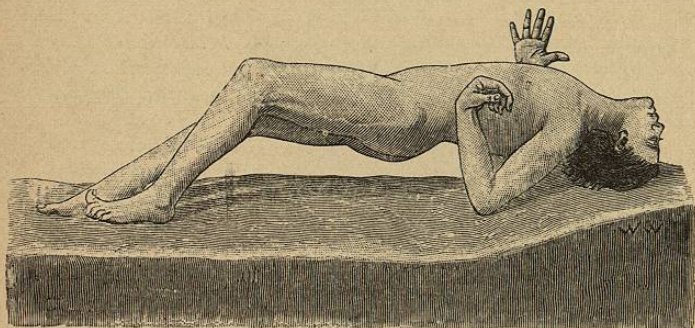


Fig. 71. — Hystérie. — Arc de cercle à un faible degré.

faisant passer un courant faradique, on peut arrêter la crise très rapidement.

Parfois, la crise d'hystérie ressemble assez par ses caractères extérieurs à une *attaque comitiale*. L'absence des réflexes pupillaires pendant la crise et l'amnésie consécutive sont très rares dans l'hystérie, contrairement à ce qui se passe dans l'attaque épileptique où ces phénomènes sont constants ; néanmoins, il faut se rappeler que ces symptômes peuvent s'observer chez les hystériques. La morsure de la langue et les blessures survenues au cours d'une attaque indiquent plutôt l'épilepsie. Le diagnostic différentiel ne peut pas toujours être fait d'une manière sûre exclusivement d'après les caractères de la crise, de sorte qu'il faut, dans certains cas, tenir compte des autres symptômes présentés par le sujet ou recourir à la réaction thérapeutique déterminée par les préparations bromurées.

Dans certains cas d'hystérie, il se produit une *somnolence* ou une *narcolepsie* plus ou moins accentuée accompagnée quelquefois de *catalepsie* et de *somnambulisme*.

Il y a des crises d'hystérie assez nombreuses qui offrent surtout un caractère psychique : crises de *délire*, d'*états*

crépusculaires de la conscience, de *stupeur*. Ces sortes de crises psychiques marquent parfois le prélude ou la dernière phase d'une *attaque convulsive* ; quelquefois, elles alternent avec celle-ci ; il est vrai que, dans d'autres cas, elles se présentent sans aucune connexité avec les accidents convulsifs.

Dans les crises *déli-rantes*, on peut observer des *hallucinations* de diverses espèces. Sous leur influence, les malades réagissent en manifestant leur épouvante ou leur ravissement ; ils jouent leur rôle comme dans une véritable comédie ; bien souvent, ils croient passer par des situations romanesques : ils voient apparaître la personne aimée dans des sphères élevées, ils sentent s'abattre sur leur nuque la main froide et dure du policier ; ils assistent à l'ensevelissement de toute leur famille.

Ganser a décrit un *état de confusion et de trouble crépusculaire* de la conscience, dans lequel les malades présentaient presque toujours un grand nombre de *stigmates d'hystérie*, particulièrement de l'analgésie et des troubles sensoriels. Les sujets étaient complètement désorientés dans l'espace et dans le temps et répondaient de travers à des questions les plus simples, au point que leurs réponses faisaient penser soit à de l'imbécillité, soit à la simulation. Dans les cas de ce genre, le malade compte mal, additionne $2 + 3$ à faux, indique son propre nom ou son propre âge d'une façon inexacte. Voici, par exemple, un fragment d'interrogatoire se rattachant aux sujets de cette catégorie : « Combien de nez avez-vous ? » « Je n'en sais rien. » « Mais est-ce que vous avez un nez ? » « Je n'ai



Fig. 72. — Hystérie. — Attitudes passionnelles.