grand rôle et que les résultats qu'il a obtenus ne s'entendent que de la classe inférieure de la société où se recrutent les consultants de l'hôpital. Aussi Gilles de la Tourette, se basant sur les statistiques de la Clinique de la Salpêtrière, où, à l'inverse du Bureau central, les milieux sociaux se trouvent presque confondus, a-t-il pu conclure que si l'hystérie chez l'homme est très fréquente et paraît le devenir d'autant plus que tous les jours on apprend à mieux la connaître, on n'observe cependant qu'un hystérique homme pour deux ou trois femmes atteintes de la même affection.

Races. — Toutes les races sont sujettes à l'hystérie et l'on ne peut que sourire aujourd'hui des pudeurs allemandes et anglaises qui voulaient exonérer leur respectabilité d'une maladie si mal notée. Dans la race blanche, les Israélites payent à l'hystérie le plus lourd tribut, comme, du reste, à toutes les autres maladies nerveuses. On a observé la névrose en Laponie comme à Madagascar, chez les Abyssins et parmi les peuplades des bords de l'Amazone, au Soudan et au Tonkin.

Certains auteurs ont même relaté des faits qu'ils ont qualifiés *hystériques* chez des animaux.

Milieu. — Professions. — Chez l'homme, dit Charcot, il faut chercher l'hystérie « sous les haillons, chez les déclassés, les mendiants, les vagabonds, dans les dépôts de mendicité, les pénitenciers, les bagnes peut-être ». On la rencontre aussi chez les individus exposés aux traumatismes (terrassiers, maçons, chauffeurs, scaphandriers).

Chez la femme, autrefois, on pensait qu'il n'en était pas de même ; pourtant la campagnarde y est sujette comme la citadine. Le travail trop prolongé, l'insuffisance de l'alimentation, les fatigues, le séjour des ateliers, en font éclore les symptômes tout autant que la vie intellectuelle ou de plaisirs. La vie sexuelle des femmes, comme l'a bien démontré Biquet, n'a, du reste, aucune influence sur le développement de l'hystérie, pas plus la continence des religieuses que les excès des prostituées. D'autres causes interviennent chez les unes et chez les autres, et il est certain que ce sont les moins adonnées aux plaisirs sexuels qui présentent en plus grand nombre des symptômes d'hystérie.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes apparents de l'hystérie sont très variables et leur abondance justifie la phrase classique de Sydenham que « l'hystérie est un véritable Protée qui se présente sous autant de couleurs que le caméléon ». C'est pour ces symptômes pénibles et bruyants que le médecin est consulté. Leur nature hystérique n'est pas toujours évidente, mais la tâche est facilitée par l'aisance avec laquelle on peut généralement mettre en évidence chez ces malades certains troubles dont la nature hystérique ne peut faire aucun doute et qu'on appelle les *stigmates*.

Ceux-ci, présents à chaque fois qu'on les recherche, sont considérés comme *essentiels* et *permanents* bien qu'ils soient *discrets*, c'est-à-dire presque toujours ignorés des malades, et *indifférents*, c'est-à-dire ne gênant aucunement les fonctions ordinaires de la vie.

On oppose aux stigmates qu'il faut rechercher les accidents et les paroxysmes, manifestations *passagères*, quoique très tenaces parfois, mais *éclatantes* et attirant forcément l'attention.

En réalité, la clinique ne permet pas de distinctions aussi tranchées, l'enchevêtrement des phénomènes hystériques ne correspond pas à cette division schématique. La plupart des accidents ne sont que l'exagération des stigmates. Un même phénomène peut se rencontrer à l'état de stigmate, c'est-à-dire être ignoré du malade, ne se manifester qu'au moment où on le recherche ou à l'état d'accident permanent parfaitement gênant pour les fonctions ordinaires de la vie ; il peut encore se montrer dans un paroxysme ou dans un état de mal paroxystique ; aussi nous a-t-il semblé préférable de renoncer à la division classique des symptômes en symptômes de l'hystérie normale et symptômes de l'hystérie paroxystique, et d'étudier successivement les troubles des diverses fonctions que l'hystérie peut toucher.

Troubles de la sensibilité. — Les troubles de la sensibilité doivent véritablement occuper la première place dans la symptomatologie de l'hystérie. Suivant les cas, la sensibilité est plus ou moins abolie, exaltée ou pervertie, d'où l'anesthésie, l'hyperesthésie et les paresthésies hystériques ; ces troubles sont la traduction apparente de l'état hystérique, la *signature*, comme on l'a dit, de la maladie ; c'est en suivant leurs modifications qu'on pourra se rendre compte de l'évolution de l'affection et de l'action réelle de la thérapeutique mise en œuvre. La peau, les muqueuses, les muscles, les articulations, les os, les organes des sens, et vraisemblablement aussi les viscères profonds, peuvent présenter des troubles de la sensibilité. Nous étudierons d'abord l'anesthésie, puis l'hyperesthésie de la peau, des muqueuses, des muscles, des articulations et des os, réservant, pour la joindre à celle de leurs manifestations sensorielles ou viscérales, l'étude des troubles de la sensibilité des organes des sens et des viscères profonds.

Anesthésie. — Parmi les signes de possession diabolique reconnus par l'Église depuis les premiers siècles de sa fondation, à côté de l'élévation du corps en l'air, de la faculté de parler et de comprendre les langues étrangères, nous trouvons les marques (*stigmata*) que les démons imprimaient sur le corps des possédés. Ces *stigmata diaboli* consistaient en « *places insensibles* », et on les trouve si souvent notés dans l'histoire des possessions que nous pouvons juger par là-même de la fréquence des anesthésies hystériques. Il existait alors des chirurgiens particulièrement experts à sonder avec une « alène bien

déliée » les accusés de sorcellerie. Jacques Fontaine en 1611, Carré de Montgeron en 1745 notent expressément à côté de l'anesthésie superficielle l'anesthésie profonde, l'anesthésie des viscères et particulièrement l'anesthésie des muqueuses ; ils soulignent spécialement la variabilité des stigmates. Mais c'étaient des démonologistes, et les médecins d'alors passent ce chapitre de pathologie nerveuse sous un prudent silence. Sydenham lui-même n'en parle pas. Il faut en arriver à Piorry (1843), Macario (1845) et surtout Gendrin pour voir l'anesthésie prendre place au rang des symptômes les plus fréquents de l'hystérie. Gendrin, dans sa lettre à l'Académie du 11 août 1846, fait remarquer que l'hystérie n'est pas exclusivement caractérisée par des attaques spasmodiques ; qu'elle est une maladie continue qui présente toujours dans l'intervalle des paroxysmes des symptômes qui suffisent à la caractériser, et ceux-là sont précisément les anesthésies cutanées, muqueuses ou viscérales. Ces idées deviennent classiques avec Beau, Mesnet, Voisin et enfin Briquet, mais il fallut les leçons de Charcot, les belles recherches de Pitres (1), pour que cette notion fût couramment et définitivement acceptée (2).

L'anesthésie — privation générale ou partielle de la faculté de sentir — peut être complète ou incomplète. Elle peut porter simultanément ou isolément sur le tact, la douleur (analgésie), la température (thermoanesthésie), les sensations électriques.

Pour déceler l'existence des troubles de la sensibilité chez les hystériques, il est nécessaire que le sujet ait les yeux fermés. Le mieux est qu'une tierce personne applique directement les doigts sur les paupières fermées du malade ou, si l'on veut éviter la pression des globes oculaires, maintienne un écran entre les yeux et les parties examinées.

On étudiera d'abord la SENSIBILITÉ CUTANÉE au *tact*. Pour ce faire, il suffira de poser doucement la pulpe de l'index sur les régions à explorer en invitant le sujet à compter, à haute voix : un, deux, trois, quatre, etc., chaque fois qu'un contact sera provoqué et perçu.

La perte de la sensibilité à la *douleur* est celle qui est le plus fréquemment observée ; comme elle peut coexister ou non avec l'anesthésie au tact, il faut avoir soin de faire la distinction entre la sensation tactile et la sensation douloureuse perçue par le sujet, qui devra accuser nettement une douleur lorsqu'il aura été piqué. Le procédé le plus simple pour la révéler consiste à piquer la peau avec une aiguille. Il faut piquer profondément et ne pas se contenter d'explorer, par exemple, les avant-bras dont normalement la peau est peu sensible. On peut, dans ces cas, le plus souvent traverser de part en

(1) PITRES, Des anesthésies hystériques. Bordeaux, 1887.
(2) Voy. aussi P. JANET, L'automatisme psychologique, Paris, 1889 ; — Les stigmates mentaux de l'hystérie (*Bibl. méd.* CHARCOT-DEBOVE. Paris, 1893).

part un pli de la peau sans qu'il y ait la moindre réaction consciente du malade. Ce sont là des moyens rapides, de clinique courante, qui ne permettent pas d'apprécier les troubles légers. Pour ce faire, plusieurs analgésimètres ont été construits. Le plus employé est celui de Motchukowski représenté par une aiguille acérée dépassant plus ou moins, à l'aide d'une vis graduée, un petit plateau de métal. L'aiguille est construite de telle façon que sa piqûre n'amène jamais d'écoulement sanguin.

La sensation de *pression* sur la peau est également à rechercher, elle peut être tout à fait supprimée chez les hystériques même qui ont conservé la sensibilité à la piqûre.

La *thermoanesthésie* se recherche simplement à l'aide de tubes à essai ordinaires dans lesquels on met de l'eau chaude ou de l'eau froide ; on peut plus rigoureusement se servir pour le froid d'un morceau de glace, et, pour la chaleur, du thermoanesthésiomètre de Gilles de la Tourette qui porte un thermomètre et dont la température se maintient constante assez longtemps pour qu'on puisse explorer la thermoanesthésie sans être obligé de chauffer l'instrument à chaque contact.

La sensibilité au passage d'un courant faradique (*électroanesthésie*) sera mesurée en se servant de l'appareil dit *à chariot*.

Quoi qu'en ait dit Briquet, la face profonde de la peau est aussi insensible que la face superficielle, puisqu'on peut, nous l'avons vu, traverser de part en part un pli cutané.

Les MUSCLES peuvent être également frappés d'anesthésie. Ils perdent leur *sensibilité générale*, ce dont on peut facilement se rendre compte en pinçant entre les doigts le biceps, par exemple. Ils perdent aussi la *sensation de fatigue* et de courbature qui suit la contraction longtemps prolongée. Enfin les sujets deviennent incapables d'apprécier le degré de durcissement actif déployé lors de leur contraction. Cette *sensibilité musculaire spéciale* s'étudie facilement en demandant à l'hystérique d'apprécier des poids différents en les soupesant, mais il faut avoir soin de se servir d'objets de même nature et de mêmes dimensions, par exemple des cartouches de chasse ordinaires plus ou moins garnies de plombs.

La SENSIBILITÉ ARTICULAIRE doit également être recherchée. Elle est parfaitement appréciable et chacun l'a ressentie, soit qu'il s'agisse de cette douleur particulière que provoque une violente *torsion* des articulations, torsion qu'on peut impunément exercer chez certains malades, soit qu'on recherche la sensation plus délicate du *déplacement* qui succède normalement à la mobilisation la plus douce, et qui est souvent abolie chez les hystériques.

Mentionnons encore l'anesthésie des os tels que la crête tibiale, le périoste du radius, du cubitus. Cette sensibilité se met en évidence par le choc à travers la peau, mais surtout, suivant la méthode de

Déjerine et d'Egger, par la vibration d'un diapason puissant. Ajoutons-y l'anesthésie des TRONCS NERVEUX eux-mêmes. Pitres en a montré la réalité en piquant le nerf cubital sans provoquer de réactions de sensibilité, malgré la contraction brusque des muscles de l'avant-bras prouvant irréfutablement que le nerf avait été atteint par l'instrument employé.

On comprend facilement que ces anesthésies, lorsqu'elles se combinent, ce qui est fréquent, entraînent avec elles la disparition de la *localisation des sensations* et la perte de la *perception stéréognostique*. Le sujet, d'une part, ne saura dire où il a été touché. Il sera, d'autre part, dans l'impossibilité de reconnaître les yeux fermés les objets placés dans sa main. Il aura perdu aussi la *notion de position*. Supposons un hystérique hémianesthésique droit; nous soulevons son index : le malade est dans l'impossibilité de dire quel est le doigt qui a été soulevé. Portons vivement sa main droite en haut et ordonnons-lui d'aller la saisir avec la main gauche ; il ne pourra exécuter l'ordre donné et cherchera au hasard. Il peut même être trompé et saisir la main de l'expérimentateur, croyant saisir la sienne propre.

Enfin Duchenne a décrit une conséquence de cette anesthésie superficielle et profonde sous le nom de *paralysie de la conscience musculaire* ou de l'aptitude motrice, indépendante de la vue. Ce phénomène, qui consiste dans l'impotence absolue du membre anesthésié, lorsque les yeux sont fermés, a été plus tard étudié par Lasègue : il est quelquefois appelé par son nom (*syndrome de Lasègue*).

Ces diverses anesthésies peuvent être associées ou dissociées et reproduire les types les plus variés. Le plus intéressant est le type syringomyélique. Seule la sensibilité tactile y est préservée, les sensibilités à la douleur, au chaud, au froid étant éteintes absolument ou au moins profondément obnubilées. Charcot a longuement insisté sur cette forme, qui pourrait prêter facilement à des erreurs de diagnostic, en particulier en ce qui regarde la syringomyélie, qui s'associe d'ailleurs parfois avec la névrose.

Nous avons montré que, même lorsque les sensibilités élémentaires sont conservées, l'association de ces sensibilités et leur interprétation pouvaient faire défaut, entraînant la perte de la perception stéréognostique (1).

L'anesthésie peut être plus ou moins accentuée : hypoesthésie, hypoanesthésie, anesthésie totale. Elle peut être systématisée ou mieux spécialisée, c'est-à-dire ne se produire que pour une certaine catégorie d'objets.

Elle est surtout intéressante à étudier dans sa localisation. Elle peut être généralisée, ce qui est rare, puisque Briquet, sur deux cent quarante malades, ne l'a notée telle que quatre fois.

(1) GEORGES GASNE, Sens stéréognostique et centres d'association (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898).

Dans ce cas, on peut soulever le malade de son lit et le déposer à terre sans qu'il s'aperçoive du changement de position qu'on lui a fait subir. Raymond a montré qu'il suffit, dans ces cas particuliers, de fermer les yeux et les oreilles du sujet pour le plonger dans un sommeil profond, que Ballet a parfaitement étudié.

Mais l'anesthésie est surtout et le plus souvent localisée, et nous devons étudier sa disposition topographique. Cette disposition sera facilement repérée si l'on a soin de suivre toujours, dans l'exploration du malade, des lignes parallèles et de marquer sur un schéma les points où la sensibilité à chaque mode varie. On obtient ainsi des graphiques très faciles à consulter.

L'anesthésie partielle revêt trois modalités : elle est hémilatérale, en îlots disséminés sans ordre, ou bien elle se limite à des territoires nettement circonscrits.

La forme hémilatérale ou hémianesthésie est très fréquente, un peu moins toutefois que l'anesthésie en îlots. Elle semble avoir une préférence marquée pour le côté gauche, « 70 fois contre 20 », dit Briquet. En réunissant plusieurs statistiques on trouve 107 hémianesthésies gauches contre 35 hémianesthésies droites. L'anesthésie ne s'arrête pas exactement sur la ligne médiane du corps, mais empiète assez souvent de 1 à 2 centimètres sur la moitié correspondante du côté sain. Elle frappe la tête aussi bien que le tronc et les membres.

L'anesthésie en îlots ne saurait être décrite : elle revêt les dispositions topographiques les plus variées et les plus inattendues.

La disposition en territoires géométriques circonscrits est plus intéressante. C'est en 1884-1885 que Charcot attira le premier l'attention sur elle. Il montra sa superposition aux paralysies partielles et fit voir qu'elle ne suit en aucune façon la distribution des nerfs qui sensibilisent ou animent le territoire anesthésié. Elle se dispose en segments réguliers que délimitent des lignes circulaires déterminant un plan perpendiculaire au grand axe du membre, ce qui lui mérite les noms d'*anesthésie en gant*, *en manchette*, *en manche de veste*, *en botte*, etc.

L'anesthésie hystérique présente un certain nombre de caractères particuliers et évolutifs qu'il est important de noter ici.

C'est d'abord sa mobilité. L'anesthésie, en effet, est un symptôme qui est loin de rester toujours identique à lui-même. Les impressions morales vives, les attaques modifient les stigmates sensitifs. Ces variations peuvent aussi être provoquées par les moyens les plus variés, du moment qu'ils mettent en œuvre la suggestibilité des sujets. Duchenne l'avait déjà constaté en 1855, Briquet insista sur ce point et fit voir que l'électrisation faradique est susceptible de faire disparaître les phénomènes sensitifs et certaines manifestations sensorielles comme la surdité. Burcq, en 1849, montra l'influence des

métaux, Charcot celle des vibrations mécaniques, de l'aimantation, etc.

On assiste parfois au phénomène curieux du transfert. Si le côté droit, par exemple, est anesthésique, à mesure qu'il retrouve sa sensibilité le côté opposé perdra la sienne et, si l'on prolonge l'expérience, il n'est pas rare de voir l'anesthésie revenir du côté primitivement atteint. Charcot a assigné à cette série de transferts la dénomination d'*oscillations consécutives*. Ces oscillations peuvent durer de quelques secondes à vingt minutes et plus. Le malade reste ensuite dans un état de stabilité relative qui peut persister pendant plusieurs heures et se caractériser soit par le retour de la sensibilité totale, soit par la persistance de l'état de transfert ou de l'état antérieur à l'expérience.

Il est à remarquer que chez le même malade placé dans les mêmes conditions habituelles, l'anesthésie se retrouve souvent la même, que les modifications de sa topographie accompagnent toujours les mêmes modifications motrices ou psychiques du sujet.

Un second caractère important, est que la sensation non perçue est cependant enregistrée par le malade. La preuve en est qu'elle peut être évoquée à l'état de souvenir, et qu'elle peut être le point de départ d'une action suggérée. C'est pourquoi on a voulu la considérer comme une simple distraction des sujets. C'est pourquoi on peut prendre ceux-ci pour des simulateurs, car ils se comportent en apparence comme eux.

Enfin, on a remarqué que l'anesthésie hystérique laissait persister les réflexes cutanés, que l'analgésie continuait à être accompagnée du réflexe physique à la douleur : la pupille se dilatant, les vasomoteurs se paralysant lorsqu'on excitait le territoire analgésique sans que le sujet en eût conscience. L'absorption, la rubéfaction, la sudation provoquée par la pilocarpine sont aussi normales du côté insensible que du côté sain. Pour tout dire en un mot, à part l'insensibilité, il y a presque toujours absence complète de tout trouble organique. Si bien que l'anesthésie est à peu près ignorée des malades et leur resterait inconnue si le médecin ne la découvrait. Elle ne gêne même pas les fonctions les plus délicates, comme l'écriture, la couture, la broderie, et permet toutes les pratiques habituelles de l'existence.

Toutefois il faut se garder ici d'une généralisation trop large et nous distinguerons deux sortes d'anesthésie hystérique, bien que nous soyons forcés d'en réunir la description en un même chapitre. Il y a l'anesthésie-stigmate : c'est à elle que s'appliquent ces caractères. Elle est en effet ignorée des malades, indifférente à l'exercice ordinaire de leurs facultés, sans action sur les réflexes, présente, en un mot, seulement lorsqu'on la recherche.

Mais il existe aussi, quoique beaucoup moins souvent, une anesthésie-accident, perçue par le sujet et s'accompagnant de tous les phénomènes liés à l'anesthésie réelle. Cette distinction est ici nécessaire pour comprendre certains faits que nous avons déjà signalés et d'autres dont nous allons dire quelques mots.

Nous avons parlé de la suppression singulièrement pénible de la perception stéréognostique et du syndrome de Lasègue. Il faut signaler aussi les engourdissements, les fourmillements, les picotements qui accompagnent parfois l'anesthésie, l'impossibilité de tenir quoi que ce soit dans les mains, les objets tombant sans que les malades s'en aperçoivent, la marche mal assurée et comme dans le vide, l'impossibilité de remuer dans l'obscurité, et cette thermoanesthésie bien réelle qui permettait à certain de nos malades de se promener en bras de chemise dans les cours de la Salpêtrière par les froids les plus vifs, sans en être, d'ailleurs, le moins du monde incommodé.

Bien plus, l'anesthésie peut s'accompagner dans les régions insensibles d'une sensation subjective douloureuse très intense qui est une véritable déviation de la fonction sensitive, à la suite, par exemple, de la simple application sur la peau de certaines substances qui ne provoqueraient à l'état normal qu'une sensation banale de contact. C'est ce que Pitres appelle l'*aphalgésie*. Certaines malades ne peuvent garder du côté anesthésié ni boucle d'oreille, ni bagues en or, etc. Il existe souvent des zones insensibles à la piqûre et qui sont le siège de douleurs spontanées, ce qui a fait dire à Gilles de la Tourette que l'anesthésie et l'hyperesthésie constituaient chez l'hystérique un même équivalent morbide, tant elles se mélangent souvent à la même place et chez le même sujet.

Il en est de même des réflexes. Pitres considère que le réflexe au chatouillement est supprimé du côté de la plante du pied anesthésique et il a vu la disparition du réflexe abdominal, dont la conservation était considérée à tort par Rossbach comme caractéristique de l'anesthésie hystérique.

Briquet avait noté que la température de la peau anesthésiée était abaissée d'un ou deux degrés centigrades et que les malades y ressentaient une impression de froid. Si cette sensation est loin d'être constante, il n'en est pas moins vrai que le fait existe, que le ralentissement de la circulation peut aller jusqu'à la production de l'œdème bleu, dont nous reparlerons en étudiant les troubles trophiques cutanés.

Ces phénomènes ont frappé depuis longtemps les observateurs et il était déjà noté dans les relations des épidémies de démoniaques que la piqûre des téguments anesthésiés ne donnait pas de sang. C'est ainsi, paraît-il, que les coups d'épée que l'on portait aux convulsionnaires de Saint-Médard ne produisaient pas d'hémorragie. Grisolle avait remarqué cette particularité au sujet des sangsues appliquées du côté anesthésié. Charcot, Pitres l'ont confirmée.