Pour ce qui est du mensonge, nous ne pouvons mieux faire que citer les lignes suivantes de Pitres :

« On a beaucoup exagéré, dit-il, l'amour des hystériques pour la simulation, et cela parce qu'on a systématiquement attribué à des supercheries les phénomènes qu'on ne comprenait pas. On a vu des accidents rebelles à des traitements réputés actifs guéris par l'administration de *mica panis* et l'on en a conclu que ces accidents étaient simulés... On a vu des hystériques accuser de crimes imaginaires des personnes innocentes, et quand la fausseté de ces accusations a été démontrée, on a déclaré que ces hystériques avaient menti sciemment, sans songer que leurs allégations pouvaient être l'expression très sincère d'une hallucination ou d'une systématisation délirante ayant pour base un phénomène pathologique très réel... Quand les possédées et les sorcières du moyen âge affirmaient devant les tribunaux qu'elles avaient été transportées au sabbat sur un manche à balai, qu'elles y avaient eu commerce avec le diable, qu'elles y avaient rencontré telle ou telle personne, il est impossible d'admettre qu'elles imaginaient de toutes pièces, pour le plaisir de se rendre intéressantes ou de compromettre des innocents, une déposition qui devait avoir pour résultat de les faire condamner elles-mêmes au bûcher. Elles disaient avec toute sincérité ce qu'elles avaient vu et ressenti dans un moment d'hallucination sensorielle.

« Ainsi font les hystériques de nos jours ; elles racontent ce qu'elles éprouvent sans se préoccuper des conséquences de leur récit. Et ne croyez pas que les conséquences soient toujours sans inconvénients : je sais un exemple d'amputation de la jambe pratiquée inconsidérément dans un cas de pied bot hystérique. Brodie, Coulson et d'autres auteurs rapportent des faits analogues. Pensez-vous que des simulateurs eussent consenti à subir de pareilles opérations pour se jouer de la crédulité de leurs chirurgiens ? »

Et Pitres fait aussi justice de l'idée si répandue que les tentatives de suicide des hystériques sont de pures comédies. La meilleure preuve, c'est que plusieurs se sont terminées par la mort ; si les tentatives sont relativement peu souvent suivies de succès, c'est qu'elles ne sont pas préméditées, mais bien le résultat d'une détermination soudaine, irréfléchie. Les mélancoliques qui veulent mourir choisissent longtemps à l'avance les moyens et le moment favorables à l'exécution de leur projet : l'hystérique ne réfléchit pas ; pour une futilité elle prend la résolution de se tuer et aussitôt elle avale le poison qu'elle trouve sous sa main, mais un instant après elle a changé d'idée.

Cependant, dira-t-on, les hystériques simulent la maladie qu'ils voient évoluer à côté d'eux ; certes, m ais, comme le remarque Charcot, le simulateur ici n'est pas raisonnant et actif comme dans la simulation vraie ; il n'est pas conscient de sa simulation ; c'est un être

passif, une plaque photographique qui a enregistré ses impressions et les sert telles qu'elle les a reçues, parfois amplifiées cependant, mais toujours avec la bonne foi de l'inconscience.

C'est encore la suggestibilité qui explique le besoin que certaines hystériques ont de faire parler d'elles. Une fois un rôle accepté, elles le jouent jusque dans ses conséquences extrêmes et à cela se rattache la remarque, faite depuis longtemps et bien exposée par Huchard, de la quiétude, de l'indifférence d'esprit que montrent certains hystériques atteints d'une détermination locale grave de la névrose, d'une paralysie par exemple. Une fois frappés, ils semblent ne plus se préoccuper de la détermination morbide, qui dans ces conditions ne manque pas de persister.

Lorsque l'hystérie est pure de tout mélange chez l'homme, c'est également la suggestibilité qui domine la scène, et tout ce que nous avons dit de la femme se retrouve ici ; c'est la même variabilité, la même tendance au romanesque. Mais l'hystérie masculine est souvent combinée à la neurasthénie et alors nous sommes loin de l'hystérie brillante : c'est à la suite d'une émotion vive le plus souvent chez un manouvrier : en un instant tout est changé en lui ; triste, maussade, fuyant la société, incapable de sommeil, il perd la mémoire, a sur la tête comme un casque lourd qui lui comprime le front, les tempes et l'occiput ; ses fonctions génitales sont affaiblies, ses fonctions digestives pénibles ; puis l'hystérie se précise avec son luxe habituel de stigmates, ses attaques, ses paralysies, ses contractures ; les hallucinations visuelles s'accentuent, et l'homme irrémédiablement touché, incapable de tout travail, finit par échouer comme vagabond sur les bancs de la correctionnelle. La perte de la mémoire et les hallucinations, la suggestibilité expliquent les soi-disant mensonges de ces pauvres gens. Et que l'hystérie soit toxique, mercurielle ou saturnine, qu'elle succède ou non à un traumatisme, à un accident de chemin de fer, on ne saurait faire aucune distinction : c'est toujours la même hystérie. Ce même état mental avec dépression, nous le retrouvons chez les femmes qui deviennent hystériques sur le tard, vers la ménopause ; le caractère devient profondément triste, les hallucinations si brillantes, l'excitation psychique si vive ont disparu ; affaissées et mélancoliques, elles regrettent leur vie gâchée.

La nutrition dans l'hystérie. — Le premier travail sérieux sur ce sujet est la thèse d'Empereur parue en 1876 ; voici comment il pose la question : les fonctions de digestion, de sécrétion et d'excrétion urinaires, de circulation, de respiration s'opèrent-elles chez les hystériques comme chez le type normal ? En un mot, les hystériques assimilent-elles et désassimilent-elles comme lui ? Et il répond : les hystériques ont les mouvements nutritifs très ralentis. « Nous établirons, ajoute-t-il, que l'assimilation chez elles ne se fait pas, parce que la désassimilation n'a pas lieu. » Et plus loin : « Elles ne

maigrissent pas parce qu'elles ne déperdent rien et, ne déperdant rien, il leur est inutile sinon nuisible de manger; ce qu'elles ingèrent est du superflu qu'elles doivent rendre sous peine d'être indisposées, parce qu'elles en seraient surchargées ».

Un vice fondamental s'oppose à la validité de ces conclusions.

Empereur a étudié les hystériques dans leurs manifestations les plus variées, il n'a pas séparé de l'hystérie paroxystique ce que nous appelons l'*hystérie normale*, qui ne présente au moment de l'observation aucune autre manifestation de la névrose que l'ensemble des stigmates permanents.

Au contraire, les recherches de Gilles de la Tourette ont été faites exclusivement d'abord chez des hystériques normales. Ses conclusions sont formelles : la nutrition s'effectue normalement; le volume de l'urine, le taux des excreta urinaires rapportés au kilogramme d'individu sont exactement superposables à ce qui existe chez l'individu sain.

Si l'on obtient moins de sang à l'aide d'une ventouse scarifiée chez un hystérique que chez une personne normale, quelle que soit d'ailleurs la région (anesthésique ou non) où on l'applique, c'est sans doute que la tendance au spasme vasculaire est générale chez ces malades. Mais la numération des globules a toujours donné le chiffre normal, le dosage de l'hémoglobine a donné également le chiffre normal (Quinquaud), de même celui de l'urée (Charcot et Gréhaut), celui de la glycose.

La nutrition n'est donc pas troublée dans l'hystérie interparoxystique.

Il n'en est pas de même dans les paroxysmes et particulièrement dans l'attaque convulsive. Les auteurs anciens et modernes ont tous noté qu'après la crise les hystériques émettaient une quantité relativement considérable d'urine incolore et claire comme de l'eau, inodore, de poids spécifique très faible. Rayer dit de plus, citant Cruyshank, que ces urines contiennent très peu d'urée et de principes organiques, très peu aussi d'acide urique, mais tout cela est vague et n'est nullement donné comme caractéristique de l'hystérie. C'est vraiment Gilles de la Tourette et Cathelineau qui en 1888 ont entrepris des recherches expérimentales rigoureuses qui devaient donner des résultats importants. Voici comment il importe de procéder pour arriver à une conclusion efficace : l'hystérique ayant été pesé, on recueillera à plusieurs reprises l'urine de vingt-quatre heures pendant les périodes interparoxystiques, c'est-à-dire dans l'état de vie normale du sujet, et ces urines seront analysées soigneusement. Il est indispensable d'établir ainsi la formule urinaire normale. Puis, alors qu'une attaque se présentera, on recueillera l'urine émise immédiatement après et toute l'urine des vingt-quatre heures qui suivent. L'analyse comparée à la première renseignera sur la formule de

l'attaque. Ajoutons que toutes les expériences ont été instituées en soumettant les malades à la même alimentation (régime lacté exactement dosé). La miction qui suit l'attaque est toujours considérable : elle peut monter jusqu'à 700 grammes contre les 150 à 200 grammes de la miction normale, mais cette polyurie immédiate est purement relative ; en effet, si l'on continue à recueillir les mictions suivantes, on remarque que la quantité de l'urine des vingt-quatre heures est plutôt diminuée par rapport à la quantité de l'urine interparoxystique. L'urine de la miction immédiatement consécutive à l'attaque est claire, son odeur est nulle, sa densité très faible (1004 à 1010), mais les urines subséquentes sont colorées, d'odeur urineuse, et la densité monte à 1025 et 1026. Nous savons que cette urine est peu abondante, puisque, réunie à la polyurie post-paroxystique, elle donne un total plutôt inférieur à la normale. Le mélange des urines des vingt-quatre heures qui suivent l'attaque a une densité faible (1016 en moyenne) et son acidité est peu prononcée.

Prenons maintenant le résidu fixe : l'urine interparoxystique donne $46^{gr},86$ pour 100 centimètres cubes ; la moyenne de l'urine des crises est de $35^{gr},38$ (elle varie de 29 à 47 grammes). L'attaque a donc diminué d'un tiers en moyenne le poids du résidu fixe de l'urine des vingt-quatre heures.

En analysant chacun des éléments de ce résidu fixe, nous trouverons que l'urée post-paroxystique est de $13^{gr},27$ pour $20^{gr},78$ d'urée normale, sans qu'il y ait pour cela augmentation de l'acide urique, sans qu'il y ait diminution du coefficient d'oxydation. L'acide phosphorique post-paroxystique n'est que de $1^{gr},24$ pour $2^{gr},19$ d'acide phosphorique normal ; il se décompose en terreux $0^{gr},60$ et alcalin $1^{gr},40$ dans la période normale, et en terreux $0^{gr},43$ et alcalin $0^{gr},42$ dans la période post-paroxystique, si bien qu'au lieu d'avoir la proportion des phosphates terreux aux alcalins comme 1 est à 3, on a presque : phosphates terreux = phosphates alcalins.

Il n'y a aucun élément anormal, albumine, sucre ou autre, dans l'urine de l'attaque.

Ces modifications nutritives débutent avec l'attaque : rien ne peut faire prévoir celle-ci avant qu'elle ait éclaté ; elles se continuent environ vingt-quatre heures, mais pas davantage, après le paroxysme. On les retrouve dans les cas les plus variés ainsi que dans les états de mal. Elles sont plus frappantes encore si l'on compare la formule de l'accès épileptique, qui se juge toujours par une augmentation du taux du résidu fixe, de l'urée, des phosphates qui restent d'ailleurs dans leurs rapports normaux.

Un même malade peut présenter des crises hystériques et des accès comitiaux ; jamais les manifestations ne se fondent l'une dans l'autre, elles gardent toujours leurs caractères distinctifs et l'analyse chimique confirme chaque fois le diagnostic porté.

Ainsi l'attaque d'hystérie se juge par l'abaissement du taux du résidu fixe : urée, chlorures, sulfates, phosphates avec inversion de la formule de ces derniers.

Pas plus dans la période normale que dans la période paroxystique l'urine ne renferme, par rapport à l'urée, une quantité anormale d'éléments incomplètement oxydés.

La question de la toxicité des urines de l'hystérie paroxystique a été souvent agitée ; elle ne nous paraît pas pouvoir être résolue avant qu'on ait extrait des produits toxiques chimiquement déterminés ; or, jusqu'à présent, cela n'a pas été fait. Toute autre méthode laisse trop à désirer pour arriver à des conclusions solides.

Janet (1) signale que les hystériques au cours de contractures, c'est-à-dire en état de paroxysmes, expirent beaucoup moins d'acide carbonique que les sujets normaux, 120 centimètres cubes par exemple par kilogramme et par heure au lieu de 250. Ces modifications du chimisme respiratoire varient surtout d'une manière intéressante suivant l'activité cérébrale et mentale des sujets, suivant qu'ils sont dans l'état d'engourdissement et d'anesthésie ou dans l'état de sensibilité complète.

Attaques. — Le PAROXYSME CONVULSIF, ou attaque hystérique proprement dite, est le phénomène traditionnel par excellence de la névrose.

En réalité, l'attaque type n'est pas seulement la floraison la plus complète du paroxysme convulsif, nous y verrons comme un résumé rapide de tous les phénomènes possibles de l'hystérie. La part convulsive est la plus bruyante ; elle n'est pas capitale dans l'espèce.

Quelle est dans l'hystérie, comparativement aux autres manifestations, la fréquence des paroxysmes aigus convulsifs ? Beaucoup moindre qu'on ne le croit et de moins en moins grande à mesure qu'on connaît mieux l'hystérie. Briquet considère qu'en réalité la moitié des femmes atteintes d'hystérie n'ont pas d'attaque. Mais Briquet ne fait pas entrer en ligne de compte les hommes, et nous savons ce qu'il faut penser de la fréquence de la maladie chez eux. Or Pitres a fait voir que les hommes sont beaucoup moins souvent atteints d'attaques convulsives que les femmes. Chez les enfants on a beaucoup exagéré la fréquence des accidents convulsifs hystériques ; les convulsions doivent être presque toujours rapportées à l'épilepsie. Chez les vieillards l'attaque est exceptionnelle ; elle est rare déjà à partir de quarante à cinquante ans.

La cause directe de l'attaque convulsive, lorsque celle-ci a été comme une première et soudaine révélation de la névrose, doit avoir été très active, c'est presque toujours une émotion particulièrement violente et subite. Cette émotion peut avoir été éprouvée simplement

(1) JANET, Névroses et idées fixes, I, p. 326.

en rêve. On a vu l'attaque succéder aux tentatives d'hypnose.

Une fois le paroxysme installé, les causes qui provoquent son retour sont très variables. Les mille incidents de la vie journalière peuvent y suffire. La fréquence et l'intensité des attaques sont deux choses très différentes. Les sujets qui ont de grandes attaques en présentent rarement de petites dans leur intervalle. En effet, au point de vue des phénomènes paroxystiques, l'hystérie se coule généralement dans un moule individuel dont la forme changera fort peu ; les crises auront toutes la même formule, le sujet ayant adopté une variété de l'attaque à l'exclusion des autres.

L'attaque se montre rarement la nuit, même quand elle est provoquée par le rêve. Ce n'est même pas au réveil, mais plusieurs heures après, dans l'après-midi souvent, qu'éclate le paroxysme. Chez quelques-uns les attaques sont périodiques et surviennent à heure fixe, mais alors il y a une cause déterminante également réglée. La période des époques menstruelles est particulièrement favorable au retour des attaques.

Le début est rarement brusque, à la façon d'une apoplexie brutale. Ordinairement le paroxysme est précédé de phénomènes presque toujours identiques chez le même sujet et qui peuvent se séparer en deux périodes : l'une prodromique, l'autre, début de l'attaque, qui est l'aura proprement dite. Avec l'aura l'attaque est commencée ; elle suivra presque fatalement son cours, tandis que les phénomènes prodromiques peuvent ne pas évoluer plus avant vers le paroxysme.

Prodromes. — Ces phénomènes prodromiques sont très variés ; les plus intéressants, qui sont d'ailleurs ceux qu'on observe le plus souvent, se passent dans la sphère psychique et intellectuelle. Le malade devient triste, maussade, impatient, irritable, fait preuve d'une activité inaccoutumée, ou bien tombe dans le mutisme et l'apathie. Ces phénomènes, qui peuvent être très rapides, peuvent aussi se prolonger plusieurs jours, pendant lesquels les rêves et les cauchemars sont d'une luxuriance inouïe. Il n'est pas douteux que ces troubles constituent parfois l'équivalent psychique d'un paroxysme qui borne là ses effets. Les « nerfs » de certaines femmes représentent une attaque tout entière.

Concurremment avec les troubles mentaux, on peut observer des troubles organiques variés, au premier rang desquels sont les troubles digestifs : appétit irrégulier ou perverti, vomissements, diarrhée.

Aura. — L'aura marque le début même de l'attaque, fait partie de celle-ci ; elle est très variée ; en général, tous les stigmates s'exaltent, les zones hyperesthésiques deviennent le siège de douleurs spontanées parfois très vives. Le goût peut se pervertir et la salive être sécrétée abondamment, quelquefois le malade perçoit des odeurs suaves ou nauséabondes, la vue se trouble, il y a des bourdonnements d'oreilles, des sifflements plus ou moins intenses. Les tempes sont le siège de