322 GILLES DE LA TOURETTE ET GEORGES GASNE. — HYSTÉRIE.

d'un diagnostic par les urines qui sont si particulières dans le cas de l'hystérie.

Le diagnostic de la mort réelle peut être également délicat, mais le cadavre tend à se mettre à l'unisson avec la température ambiante. Le thermomètre ici sera le meilleur guide.

L'attaque de sommeil est encore importante au point de vue médico-légal en ce qu'elle permet certains crimes, en particulier le viol : cas de Pitres, Brouardel, Ladam, etc. N'oublions pas néanmoins que dans l'attaque de sommeil il existe un rêve et que l'accusatrice a pu être le jouet d'une hallucination. Elle peut aussi profiter de la possibilité du fait pour se livrer au chantage. Les cas de léthargie lucide sont rares du reste, et le plus souvent, l'oubli étant absolu au réveil, il a fallu des circonstances contingentes : grossesse inexplicable, présence de témoins, pour reconstituer la scène et permettre l'action de la justice.

Attaque cataleptique. — La catalepsie, en temps que phénomène purement objectif, n'appartient pas en propre à l'hystérie et elle sera décrite en détail au chapitre suivant (1). Si d'ordinaire elle ne fait qu'accompagner la grande attaque, elle peut dans certains cas dominer si complètement la scène qu'elle paraît être d'emblée un phénomène primitif évoluant pour son propre compte.

Dans cet état les hallucinations, pour être moins nombreuses que dans les formes du délire agité, n'en sont pas moins intenses.

Comme pour les autres états de mal hystérique, la courbe des sécrétions urinaires est caractéristique, présentant une chute, un plateau et un relèvement. Elle permet de prédire la durée de l'état de mal et de prévoir le moment où le réveil aura lieu.

A part un cas de Jaccoud où la mort serait survenue à la suite d'extase avec catalepsie, on ne connaît que des cas à pronostic

Le diagnostic ne se pose qu'avec la catatonie et les états mélancoliques, qui se distinguent comme dans la léthargie.

Attaque de délire. — L'attaque hystérique se termine d'ordinaire par une période délirante. Celle-ci peut prendre une importance telle qu'elle absorbe pour ainsi dire toutes les autres, constituant de la sorte les attaques et les états de mal de délire hystérique.

L'enfant est particulièrement sujet à ces formes paroxystiques qui peuvent être chez lui la première manifestation en date de la névrose. Briquet en cite plusieurs faits chez des fillettes de dix à treize ans. Le délire hystérique chez les enfants peut prendre le type somnambulique; il revêt souvent, comme chez l'adulte, le type maniaque. On le voit quelquefois se répéter avec une désolante régularité à chaque époque menstruelle. Rien ne le différencie des accès de manie aiguë

d'autre origine. C'est toujours la surexcitation du corps et de l'esprit, l'agitation désordonnée des membres, les clameurs incohérentes. Le diagnostic se tirera donc surtout de ce fait que, équivalent clinique d'une attaque, la manie hystérique ne dure pas plus qu'un paroxysme aigu. D'autre part, il s'entremèle souvent dans son cours des phénomènes convulsifs ou autres qui ne laissent aucun doute sur sa nature.

La forme mélancolique s'observe également et peut aller jusqu'à la démence stupide avec gâtisme, mais les malades en sortent brusquement par une attaque convulsive.

Le délire hallucinatoire est le plus fréquent; c'est le type même que nous avons noté dans la phase passionnelle, délirante de l'attaque. Les sujets peuvent arriver à s'assimiler pour ainsi dire leurs hallucinations; il en résulte un bizarre changement de personnalité; les malades se croient transformés, par exemple, en animaux de diverses sortes : c'est la zooanthropie. Calmeil a donné une description remarquable de ces délires, qui ont régné à plusieurs reprises à l'état épidémique. Cependant disons que beaucoup de lycanthropes étaient de vrais aliénés.

Somnambulisme. — Le somnambulisme est caractérisé par ce fait que le sujet exécute ou mieux semble exécuter comme à l'état de veille les actes de la vie ordinaire. Ce somnambulisme peut être la manifestation dominante d'une attaque hystérique. Il l'est en réalité dans l'hypnose (1), car nous démontrerons que, comme le dit si bien Pitres, hypnotiser un sujet, c'est lui donner artificiellement une attaque de sommeil. Le réveiller, c'est faire cesser cette attaque par des manœuvres expérimentales. Il l'est aussi dans le somnambulisme dit naturel ou noctambulisme. Cette opinion, Gilles de la Tourette l'a le premier introduite dans la science. Elle a été sanctionnée par Charcot et amplement démontrée dans les mémoires de Georges Guinon.

Le noctambulisme se développe surtout pendant l'enfance, il est considéré comme une manifestation larvée de l'hystérie presque spéciale à cet âge. Cette manifestation peut être unique, s'éteindre lors de l'adolescence ou se transformer alors et faire place aux autres symptômes de la névrose. L'hérédité nerveuse joue, on le comprend facilement, un rôle prépondérant dans son développement. C'est le plus souvent après quelques heures de sommeil que survient l'accès, parfois le soir d'une contrariété ou de préoccupations. L'individu, après s'être plus ou moins agité dans son lit et avoir même prononcé une suite de paroles plus ou moins incohérentes, se lève et accomplit des actes variés dont les caractères vont précisément se retrouver dans l'attaque à forme somnambulique.

N'étant, en somme, qu'un dérivé de la grande attaque, celle-ci a les mêmes caractères fondamentaux touchant l'état mental et les sensi-

⁽¹⁾ Voy. Hypnotisme, p. 348.

⁽¹⁾ Voy. Hypnotisme, p. 343.

bilités générales et spéciales. Le somnambule, qu'il ait les yeux ouverts ou demi-fermés, a le regard fixe, inexpressif, la pupille immobile. L'anesthésie est étendue à tout le corps et elle suffira à distinguer le somnambule du malade éveillé. Elle explique également l'étonnement des malades au sortir de leur accès en présence des plaies ou des contusions qu'ils constatent sur eux. Les sens ne sont pas fermés cependant, car les somnambules lisent, causent, vont et viennent sans se heurter aux objets qui les entourent, écartent de la main les personnes qui mettent obstacle à leur passage, mais l'activité psychosensorielle se renferme dans des limites très restreintes, par ce fait qu'elle ne s'exerce que dans le sens seul du rêve qui domine tout l'état morbide. Cette concentration lui permet de s'exalter considérablement chez certains sujets. Le malade de Soave travaillant dans son dictionnaire se servait d'une lumière placée près de lui; ceux qui l'observaient éteignirent cette lumière; aussitôt il parut se trouver dans l'obscurité, chercha en tâtonnant sa chandelle et alla la rallumer à la cuisine. Or la chambre était éclairée par d'autres lumières, mais qu'il ne savait pas là. Le malade de Lépine n'entend absolument que les bruits qu'il écoute, et celui de Brierre de Boismont perçoit seulement les conversations qui sont en rapport avec sa pensée. Tout le monde sait avec quelle surprenante habileté les somnambules courent sur les toits, sur la crête d'un mur. C'est qu'ils ne voient, n'entendent, ne sentent que ce qui a trait à l'idée, au rêve qu'ils poursuivent. Et en entrant dans ce rêve, on peut se faire écouter, faire naître des suggestions (1).

Au réveil, le malade a oublié ce qui s'est passé pendant l'accès. Par contre, dans un second accès il se souvient de ce qui s'est passé dans le premier. C'est le malade de Guinon qui, écrivant pendant son somnambulisme une nouvelle, numérote sans hésiter, trois jours, puis vingt jours après, le feuillet suivant et reproduit le dernier mot de son précédent manuscrit. Ce sont les malades de Mesnet, de Despine, de Motet, de Garnier et Mesnet, qui peuvent expliquer dans le somnambulisme provoqué les actes commis pendant un accès spontané, actes souvent délictueux et qui les amènent devant les juges.

Ces états sont passagers; ce sont des attaques; ils peuvent s'allonger sous forme d'état de mal somnambulique. On voit naître alors ce qu'Azam appelle les états seconds, comparativement à l'état prime ou normal. Le sujet a donc pour ainsi dire deux vies : l'une, état prime, pendant laquelle il a complètement oublié ce qui s'est passé dans l'autre ou état second. Dans l'état second, par contre, la majorité des sujets se souviennent de ce qui s'est passé dans l'état prime. La vie seconde peut prendre tellement les allures de la vie normale qu'on peut converser avec ces sujets, vivre même avec eux de longs

jours, sans que rien ne dénote, au moins à l'examen extramédical, qu'ils sont en état de somnambulisme. Ils paraissent si bien être dans la veille que Charcot a adopté, pour désigner leur état, le terme de vigilambulisme, proposé par Egger et Lereboullet.

Dès 1854, Bellanger exposait d'une façon saisissante cette dualité singulière. Le malade dont il rapporte l'observation gardait dans l'état somnambulique les yeux clos ou mi-clos. Dans le cas d'Azam, l'habitus général est tout à fait celui d'une personne à l'état de veille. Ce sont les cas types sur lesquels tous les autres sont calqués. Notons encore que les malades entrent dans l'état second, le plus souvent, par une crise délirante ou convulsive, que l'anesthésie devient générale au lieu d'être seulement limitée à la moitié du corps, que le rétrécissement du champ visuel s'accentue, que l'abasie ou la paralysie disparaissent, qu'enfin l'activité intellectuelle s'exalte par certains côtés comparativement à l'état prime. Ces différences entre la mentalité dans les deux états peuvent être très tranchées. On peut retrouver dans l'état second l'ignorance absolue de l'enfant nouveau-né. Le sujet peut être obligé de tout rapprendre : à compter, à écrire, à parler même. C'est une véritable amnésie.

Cette amnésie, l'hystérie n'est pas seule capable de la provoquer : on la retrouve dans les traumatismes cérébraux, l'épilepsie, l'éclampsie puerpérale, l'alcoolisme.

Ces divers états provoquent également des faits suivis de somnambulisme et dans lesquels le sujet est soumis par une impulsion morbide à la déambulation. Nous voulons parler de l'automatisme ambulatoire, des fugues. D'après Raymond, ce qui caractérise la fugue au point de vue clinique, c'est la réunion, l'association de certains symptômes cardinaux, dont les plus importants paraissent être au nombre de trois: 1º impulsion irrésistible à accomplir un acte, acte de marcher, de voyager ou autre acte quelconque; 2º cet acte est accompli d'une manière intelligente, régulière, sans violence; 3º à la fin de l'action impulsive il y a oubli complet de toute la période qui a été remplie par cette action. C'est donc un acte impulsif, compliqué et bien coordonné, suivi d'amnésie. Depuis les belles leçons de Charcot, les exemples se sont multipliés, curieux et saisissants, de ces voyageurs singuliers. Nous n'y insisterons pas. Le seul point délicat est de reconnaître la nature hystérique de la fugue.

Au reste, ce diagnostic est facile : le malade est un hystérique avéré qui dès son enfance a été en proie à des accidents liés à la névrose dont il porte les stigmates. Chacune de ces fugues est précédée d'une aura comme l'attaque, aura surtout d'ordre psychique. Après quelques instants d'un sommeil dont nous connaissons la signification, il part pour une pérégrination qu'il exécute en véritable état second à forme somnambulique ou vigilambulique. A son réveil il a perdu le souvenir des faits qu'il a accomplis dans cet état, mais il est

⁽¹⁾ RAYMOND, Clinique des maladies du système nerveux, 1re série, p. 592.

souvent possible de faire revivre ce souvenir en déterminant à l'aide de l'hypnotisme une deuxième période de l'état second. Le bromure n'a aucune influence sur l'évolution de ces manifestations. Chez l'épileptique, la fugue s'exécute brusquement, sans aura, à la façon d'un accès d'épilepsie franche; au réveil tout souvenir est perdu de ce qui s'est passé; les tentatives d'hypnose restent infructueuses; l'usage du bromure, au contraire, atténue ou fait disparaître les accès.

A côté des épileptiques existent des aliénés voyageurs dont la fugue, du reste, ne revêt pas le caractère d'inconscience si marqué des précédentes. Ils savent parfaitement ce qu'ils font, voient ce qui se passe autour d'eux, entendent ce qui se dit. Ce sont des abouliques : l'idée du voyage s'impose à leur esprit et ils n'ont pas la force d'y résister ; leur volonté s'annihile en quelque sorte. C'est le type légendaire du Juif errant étudié par Meige, ceux que Régis appelle dromomanes pour les rapprocher des dipsomanes, des kleptomanes, etc.

NATURE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — A l'origine l'hystérie fut regardée comme une maladie organique grossière ayant son siège dans l'utérus ascendant ou fixé dans sa situation normale.

Avec Lepois, Willis, Sydenham s'affirme l'origine cérébrale de l'hystérie : le cerveau était infiltré par le colluvies serosa, les esprits animaux ou les vapeurs.

Pour Brodie, pour Briquet, l'hystérie est une maladie dynamique, une névrose; pour Charcot et Gilles de la Tourette, c'est une psychose, une maladie mentale. — Janet, Möbius, Strümpell, Breuer et Freud, développant cette idée, s'attachent à montrer que tous ses phénomènes dépendent de l'état psychique du sujet; pour Sollier, cet état psychique est au contraire le résultat du trouble des perceptions sensitivo-sensorielles et motrices émanées de centres cérébraux fonctionnant mal. Nous avons vu que Grasset incrimine le système nerveux tout entier, altéré dynamiquement en l'un quelconque de ses points.

Tout le monde s'accorde aujourd'hui à considérer le système nerveux, et plus spécialement le cerveau, comme le siège du trouble qui produit les manifestations hystériques. Ce trouble, quelle est sa nature? Nous ne le savons pas. Quelle lésion le tient sous sa dépendance? Nous l'ignorons malheureusement tout à fait. Il n'y a pas encore d'anatomie pathologique de l'hystérie. Bien plus, nous connaissons très mal le cerveau, et les théoriciens sont contraints d'inventer des centres dont l'existence, toute probable qu'elle soit, n'est nullement démontrée.

Nous étudierons successivement les deux théories par lesquelles on essaye d'interpréter tous les phénomènes hystériques : la théorie psychologique et la théorie dite physiologique. Lathéorie psychologique a manifestement évolué depuis l'expression simpliste qu'en donne Bernheim en disant: « L'hystérique réalise son accident comme il le conçoit. » L'hystérique se représente son bras paralysé: son attention tout entière est fixée à cette idée de paralysie et il est en effet paralysé du bras. C'est l'idée fixe. Certes on a compliqué l'idée fixe tout en la ramenant à une émotion, et nous avons fait la délicate analyse de ses expressions successives primaires et secondaires. Il est évident néanmoins que cette explication, si c'en est une, est insoutenable pour l'immense majorité des phénomènes hystériques, et il a fallu pour certains de ces phénomènes recourir à l'explication toute contraire qui est la distraction, le rétrécissement du champ de conscience qui amène l'oubli de la représentation d'un mouvement, d'un membre, d'une région, d'un organe.

Et en effet l'idée fixe, même pour les psychologues, n'est qu'une cause immédiate de certains accidents, une cause localisatrice en quelque sorte et dont l'influence doit être expliquée.

Ce qui l'explique, c'est la « faiblesse mentale ». L'hystérique ne peut pas synthétiser ses diverses perceptions, et le dédoublement de sa personnalité permet d'interpréter non seulement les somnambulismes, les attaques, les idées fixes subconscientes, mais encore les stigmates, les amnésies, les anesthésies; si les stigmates ont quelque rapport avec les idées fixes, c'est seulement parce que le rétrécissement du champ de la conscience dont ils dépendent augmente beaucoup quand l'idée obsédante se développe. Telle est du moins l'opinion de Janet, tandis que Bernheim, Dejerine continuent à faire dépendre les stigmates, comme les autres manifestations, de la suggestion, c'est-à-dire de l'idée, de la représentation psychique.

En fin de compte on n'interprète les phénomènes hystériques qu'en les faisant dépendre de la « prédisposition mentale à la diminution de la synthèse et à la désagrégation de l'esprit » ou, « si l'on préfère ces expressions, de la disposition à l'engourdissement des centres d'association, la tendance au fonctionnement indépendant et par suite à l'arrêt de fonctionnement des centres sensoriels » (Janet). On voit que le chef de l'école psychologique ne craint pas d'user des expressions mêmes des physiologistes.

Ceux-ci admettent en effet et des centres organiques: sensitifs, sensoriels, moteurs, vaso-moteurs, cénesthétiques, et un centre psychique « où se fait la synthèse de tous les états dynamiques qui constituent notre personnalité présente ou passée ». Ces centres également s'engourdissent et se dissocient. Seulement les centres organiques ne dépendent plus exclusivement du centre d'association, ce n'est pas seulement parce qu'il manque au sujet le pouvoir de synthèse qu'ils restent indépendants et alors s'arrêtent, s'engourdissent, c'est primitivement qu'ils sont troublés, par une action directe venue de l'extérieur indépendamment de toute idée, et déjà s'expliquent nombre