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.

La théorie 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

de phénomènes : anesthésies, paralysies, troubles vaso-moteurs, troubles viscéraux suivant les centres atteints. Engourdis, ces centres n'agiront plus sur le centre d'association, ils n'exerceront même plus leur action habituelle réciproque sur les centres organiques voisins, et ainsi naîtront tous ces phénomènes psychiques de défaut de représentation, d'idée fixe, de dédoublement de la personnalité, de rétrécissement du champ de conscience, de désagrégation mentale, d'amnésie, d'aboulie, de distraction et, pour tout dire en un mot, de suggestibilité. Pour vouloir, pour se souvenir, pour faire attention, il faut se représenter fortement ; si les centres ne fonctionnent pas, cette représentation ne pourra se faire ou se fera mal : ce sera une conséquence banale, ce ne sera pas une cause, la cause primordiale de tous les accidents de l'hystérie. Une idée fixe ne peut pas envahir le cerveau à la façon d'un parasite, elle ne peut pas en être chassée non plus : ce n'est pas quelque chose de concret, un être, une entité. Chaque fois que les centres organiques divers se retrouveront dans le même état, la même mentalité en résultera, c'est-à-dire la même idée ; en variant l'état de ces centres, la mentalité variera.

Cette suppression de l'intermédiaire inutile de l'idée, que réclamait déjà Grasset, simplifie beaucoup l'interprétation de nombre d'accidents hystériques. Elle me paraît trouver une confirmation dans ces faits si nombreux que nous avons relevés de superposition hystéro-organique dans lesquels on ne peut pas dire que la maladie organique — souvent méconnue du sujet — ait éveillé l'idée provocatrice des accidents hystériques surajoutés, tandis qu'on comprend bien qu'elle ait influencé un centre sensitif ou cénesthétique correspondant : le lien est ici manifeste. Dès lors on peut comprendre aussi que ce centre ait été influencé directement par un traumatisme, une infection, une intoxication, et aussi par une émotion et même une idée, en dehors de tout élément émotif : l'idée en effet, si elle est une abstraction, a sa représentation concrète dans son expression par le langage ; or cette représentation concrète, cette mise en jeu d'un centre spécial a l'action la plus puissante et la plus nettement déterminée sur les autres centres qu'elle ramène si elle est comprise à l'état correspondant à sa signification. Cette manière de voir laisse à l'idée, à la suggestion, son incontestable puissance dans la genèse des phénomènes hystériques et aussi dans leur traitement.

Il reste à savoir en quoi consiste le trouble fonctionnel des centres qui, suivant ses variations, son degré, sa durée, se traduira par des crises transitoires, des stigmates permanents ou des accidents paroxystiques. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que ce trouble fonctionnel doit expliquer un caractère fondamental de tous les phénomènes hystériques, à savoir qu'ils peuvent disparaître en un instant et qu'ils n'existent qu'autant qu'une excitation quelconque — et, l'on ne saurait trop insister sur ce point, cette excitation peut être

exclusivement psychique — les met en œuvre, si bien qu'on ne les retrouve ni dans le sommeil naturel, ni dans la distraction, ni dans la surprise (1).

Sollier dit que toutes les manifestations hystériques sont sous la dépendance d'un engourdissement, d'un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent des centres cérébraux. Pour lui, les hystériques confirmés ne sont que des vigilambules qu'il faut réveiller. En réalité nous ignorons la modalité réelle des troubles dont nous ne constatons que les effets qui sont l'exagération ou la diminution du fonctionnement des centres nerveux, leur inhibition ou leur dynamogénie.

Ces centres, les psychologues eux-mêmes, nous l'avons vu, les admettent ; l'interprétation de tous les phénomènes hystériques est dès lors simplifiée. Les phénomènes physiques : troubles de la sensibilité, du mouvement, des viscères, des vaso-moteurs ? Ils ne sont que la traduction apparente de l'état spécial des cellules nerveuses qui les tiennent sous leur dépendance. Les phénomènes psychologiques ? Mais notre personnalité n'est-elle pas formée de l'ensemble des différents centres synthétisés ? Dès lors, que les uns fonctionnent normalement, que d'autres ne fonctionnent plus que faiblement ou pas du tout, que d'autres encore soient immobilisés dans un état spécial de fonctionnement, tous les troubles psychiques ne deviennent-ils pas clairs ? Ils correspondent aux divers état cérébraux réalisés à chaque moment.

Les attaques ? Elles sont la reproduction de toutes les réactions qui accompagnent les brusques et successifs changements d'état des centres ; elles sont, comme nous l'avons dit, le raccourci de tous les phénomènes hystériques physiques et psychiques. Ces phénomènes s'enchaînent les uns aux autres, soit par la disposition des centres dans leurs connexions anatomiques réciproques, soit par leur atteinte plus ou moins profonde, et ainsi s'explique la détermination de ces attaques et de tous les phénomènes d'apparence bizarre qu'elles présentent.

La théorie physiologique telle que nous venons de l'exposer a du moins le mérite d'orienter les recherches vers les deux points qui restent encore à éclaircir : la connaissance des divers centres cérébraux, la nature du trouble qui en altère le fonctionnement.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON. — PRONOSTIC. — Lorsqu'on étudie un grand nombre de sujets hystériques, on est frappé de la variabilité extraordinaire du tableau clinique qu'ils présentent.

Il y a des cas légers dans lesquels on note seulement quelques phé-

(1) Babinski ne considère comme hystériques que les troubles qu'il est possible de reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. *Soc. de neurologie* 7 novembre 1901 : Définition de l'hystérie.

nomènes objectifs insignifiants, d'autres dans lesquels un symptôme unique semble constituer toute la maladie, et d'autres encore dans lesquels les accidents les plus variés se succèdent et s'accumulent comme à plaisir. Depuis la femme qui se plaint seulement d'une émotivité exagérée, accompagnée de céphalée, de sensation de boule remontant au pharynx et chez laquelle on trouve quelques troubles de la sensibilité, jusqu'à la grande hystérique dont les attaques sont si bruyantes, il y a tous les intermédiaires, et les troubles viscéraux, sensitifs, moteurs ou vaso-moteurs forment tour à tour le point culminant de la maladie ; bien plus, ils peuvent la constituer tout entière dans sa forme monosymptomatique.

L'hystérie peut se développer lentement, sournoisement, et l'on ne sait à quel moment faire remonter le début de tel ou tel phénomène ; plus souvent les accidents apparaissent brusquement, presque toujours à l'occasion d'une forte émotion.

Parfois ces accidents vont disparaître, soit immédiatement, soit en quelques semaines, et jamais plus le sujet ne présentera de phénomènes hystériques. C'est la forme aiguë en quelque sorte de la maladie. Elle est très rare, et il faut toujours craindre quelque manifestation ultérieure chez celui qui a présenté, ne serait-ce qu'une fois, un accident nettement imputable à la névrose.

Dans l'immense majorité des cas, la maladie est chronique : n'est-elle pas constituée, en effet, par un état de débilité spéciale des centres cérébraux ? Elle se développe pendant de longues années et peut s'attacher aux malades jusqu'à l'âge le plus avancé ; ses manifestations disparaissent cependant fréquemment à la ménopause, au moment de l'involution sénile ; les stigmates eux-mêmes s'effacent en vieillissant. Mais, pendant sa durée, rien n'est variable comme le tableau symptomatique par lequel elle se manifeste, et c'est justement une de ses caractéristiques que la disparition subite des phénomènes les plus graves, que les longs intervalles pendant lesquels la santé paraît être absolument normale.

Chemin faisant, nous avons noté certaines formes qui, sans détruire l'unité de l'hystérie, se rencontrent plus volontiers dans des circonstances déterminées.

Chez les enfants (1), l'hystérie est moins complète et moins bruyante que chez les adultes. Certains accidents s'y rencontrent de préférence à l'état isolé ou réunis et présentent une physionomie toute spéciale : ce qui manque souvent, ce sont les stigmates soit somatiques, soit psychiques. Au point de vue étiologique, l'influence de la contagion se fait sentir plus que chez l'adulte, et Saint-Philippe insiste sur l'helminthiase considérée comme agent provocateur de l'hystérie infantile. Au point de vue clinique, il faut rappeler le

(1) R. Saint-Philippe, Traité des maladies de l'enfance de Grancher, t. IV, p. 716.

somnambulisme naturel qui est si souvent révélateur, la forme délirante pure, les terreurs nocturnes et toute la série des accidents simulant les affections plus spéciales à l'enfance : la fausse coxalgie, le faux mal de Pott, la fausse méningite, la fausse appendicite. Au point de vue pronostic enfin, nous savons que chez les enfants l'hystérie est bénigne et rapidement curable, qu'elle ne tient pas, comme disait Charcot, mais il s'agit ici plus de l'accident que du fond même de la maladie, laquelle réapparaît souvent plus tard.

Chez la femme et chez l'homme adulte, l'hystérie est celle que nous avons prise comme type de notre description, mais nous avons longuement insisté sur l'hystérie qui se développe tardivement, principalement chez l'homme, sur son association presque constante avec la neurasthénie, sur les conséquences mentales qu'amène l'âge ou, pour mieux dire, l'état cérébral qui existe au moment où apparaît l'affection.

L'hystérie frappe souvent enfin, nous l'avons montré, là où la maladie organique a touché : les hallucinations se verront chez les alcooliques, la paralysie des extenseurs chez les saturnins, le tremblement chez les mercuriels et les sujets atteints de sclérose en plaques, l'*angor pectoris* chez les cardiaques, l'arthralgie chez les véritables arthropathiques, la céphalée, les convulsions chez ceux qui ont une tumeur cérébrale, l'aphonie, l'amaurose au cours de lésions laryngées ou oculaires, etc.

Le pronostic doit être considéré dans chaque cas particulier ; il variera suivant l'étiologie, c'est-à-dire suivant le sujet et suivant la cause occasionnelle, et il faudra bien distinguer dans le pronostic la manifestation et la maladie.

La manifestation peut être insignifiante : nous savons que les stigmates ont pour caractéristique de ne pas gêner du tout les malades et de rester tout à fait inaperçus jusqu'à ce que le médecin les découvre ; au contraire, l'accident constitue une gêne plus ou moins marquée, mais toujours sérieuse ; il n'est pas indifférent d'avoir des douleurs violentes, des paralysies, des contractures, des amyotrophies, des vomissements, de la polyurie, des attaques, etc. Ces accidents d'ailleurs, qui peuvent condamner les malades au lit, à l'incapacité de travail, sont tous et toujours curables, et mieux, curables subitement, miraculeusement, cela est vrai, mais ils peuvent durer des semaines, des mois, des années, toute la vie même ; ils peuvent même entraîner la mort (1), nous l'avons vu en parlant de l'anorexie, des spasmes, du suicide, de l'épilepsie, des hémorragies cérébrales, des vomissements incoercibles, etc. Même une fois guéris, ils menacent toujours les malades. Les hystériques innovent très peu, ils coulent volontiers dans le même moule les manifestations de leur maladie, mais, plus on va, moins la cause susceptible de réveiller l'accident qui sommeille aura

(1) Le Fournier, La mort dans l'hystérie. Th. de Paris, 1896. Jouve, éditeur.

besoin d'être sérieuse. Cela aggrave considérablement le pronostic.

Parmi ces accidents, certains sont-ils plus graves? Certainement, et il faut plutôt se défier des manifestations torpides, des manifestations par diminution de fonctionnement que des manifestations par excès de fonctionnement. Les douleurs, en particulier, indiquent toujours un accident plus près de disparaître que les anesthésies. Loin de les redouter, il faut savoir qu'elles accompagnent souvent le retour des fonctions. Les accidents dus à la contagion, à l'imitation, disparaissent en général facilement.

Pouvons-nous prévoir la guérison absolue, la récidive possible d'un accident? C'est l'anesthésie qui doit servir de critérium. Tant que l'anesthésie restera superposée à l'organe dont le fonctionnement est troublé, on peut dire que la guérison de l'accident n'est pas faite, il faut se méfier de la récidive ou de la persistance.

L'accident guéri, il reste la maladie, l'état fondamental, cette faiblesse de l'esprit, ou mieux cette vulnérabilité spéciale des centres nerveux.

Celle-ci peut-elle disparaître ? Oui, si elle est sous la dépendance d'une cause elle-même variable, une intoxication par exemple, une idée obsédante, ou encore si c'est la situation familiale, sociale, pécuniaire qui est en jeu : un héritage, un mariage peuvent tout changer.

Mais ces circonstances sont exceptionnelles; le plus souvent l'hystérie est héritée, elle est constitutionnelle, comme on dit; alors on peut renforcer par l'exercice les centres affaiblis, c'est le fait d'une longue et patiente rééducation. Mais si elle coïncide avec les stigmates de la dégénérescence mentale, ou même avec des malformations cérébrales comme Oppenheim l'a constaté, elle est inguérissable.

Nous avons ici encore un critérium dans la disparition des stigmates : tant que ceux-ci persistent, on peut dire que l'hystérie n'est pas guérie.

Aussi peut-on conclure avec Souques que, si l'on considère la longue durée de certains accidents hystériques avec toutes leurs conséquences, la persistance de quelques-uns d'entre eux durant toute la vie et la menace incessante des récidives à brève ou longue échéance, l'avenir des hystériques apparaît souvent sous des couleurs sombres.

DIAGNOSTIC. — A propos de chaque manifestation hystérique, nous avons donné les signes capitaux du diagnostic, aussi aurons-nous peu à ajouter ici.

L'hystérie peut passer inaperçue, elle peut être prise pour une maladie organique, elle peut aussi être mise en cause pour des accidents qui ne lui sont pas imputables.

« Pour éviter de méconnaître l'hystérie, dit Souques, 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. 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 complexus 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. »

Si les stigmates existent, il ne reste plus qu'à les interpréter, ils ne nous donnent qu'un renseignement général : notre sujet est hystérique, mais que sont les accidents qu'il présente ? L'hystérique en effet peut être atteint d'affection organique. Il est certains symptômes qui n'appartiennent jamais à l'hystérie, ou si exceptionnellement que leur constatation devra faire porter le diagnostic de maladie organique : ces signes se rapportent presque tous à l'examen du système nerveux; il est faux, en effet, de dire que les viscères ne présentent pas de symptômes objectifs dans l'hystérie : n'avons-nous pas vu les organes être le siège de troubles vaso-moteurs, sécrétoires, trophiques? n'avons-nous pas vu la fausse phtisie donner des signes d'auscultation, et surtout la sécrétion stomacale varier à volonté en quelque sorte, suivant qu'on réveille ou qu'on rétablit l'anesthésie de l'estomac? Mais la constatation d'une lésion de la papille optique, l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière si elle reste durable et isolée comme manifestation oculaire, la paralysie d'un nerf oculo-moteur ou périphérique quelconque bien limitée au domaine anatomique de ce nerf, le signe de Westphal, ne sauraient appartenir à l'hystérie ; l'hémianopsie, le nystagmus vrai, les troubles de la parole caractéristiques de la paralysie labio-glosso-laryngée, et même le scansion type, l'incontinence d'urine persistante, l'ophtalmoplégie interne isolée sont si rares qu'il faut être cent fois sûr de l'absence de toute lésion organique pour les rattacher à la névrose. Nous avons vu enfin de quelle importance était la chloroformisation pour l'examen d'une jointure, d'une tympanite, etc.

D'autre part, l'hystérie seule réagit aux impressions psychiques ; si un symptôme disparaît pendant la distraction du sujet, pendant le sommeil hypnotique, s'il est influencé par une suggestion directe ou