

ce qui est souvent difficile, que cette émission présente des caractères que la volonté serait incapable de reproduire. Si par exemple, après avoir observé le sujet à nu, on a vu l'urine sortir sans jet, goutte à goutte, en quelque sorte en suintant, on est en droit de dire qu'on a affaire à un phénomène objectif qui ne peut appartenir, ni à la suggestion, ni à la simulation et qu'il s'agit d'une incontenance légitime⁽¹⁾. » Un tel symptôme ne se voit jamais dans l'hystérie.

Phénomènes viscéraux. — Des symptômes nerveux précédents on doit rapprocher les phénomènes viscéraux qui ont de commun, avec eux, le caractère négatif que nous avons mis en relief.

Ainsi la présence d'*albumine* dans les urines fera toujours penser à une altération rénale, et les cas d'albuminurie hystérique qu'on a décrits ne seront admis qu'avec de grandes réserves. On connaît en effet les albuminuries orthostatiques, les albuminuries passagères survenant à l'occasion du moindre excès, de la moindre fatigue et on peut concevoir dès lors l'albuminurie survenant chez des hystériques à la suite de crises convulsives. En pareil cas, on ne peut guère soutenir que l'albuminurie soit une manifestation hystérique secondaire car il est plus juste de l'attribuer à la fatigue, qui est la conséquence de la crise convulsive. Pour accepter la réalité d'une albuminurie hystérique il faudrait observer un sujet dont l'urine absolument normale dans toute autre circonstance, ne deviendrait albumineuse qu'à l'occasion de crises hystériques; or, jusqu'à présent on n'a pas observé, que nous le sachions, de fait de ce genre.

MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau après avoir analysé les excréta urinaires de dix malades, ont prétendu trouver une *formule urinaire* spéciale au pithiatisme. D'après eux le volume de l'urine, le taux des excréta rapporté au kilogramme d'individu sain, oscille entre des limites normales, dans l'intervalle des crises. Mais des modifications sensibles de l'excrétion urinaire s'observent au cours des paroxysmes. Il y aurait à la suite des crises une diminution considérable du résidu fixe, un abaissement du taux de l'urée (15 gr. 25 au lieu de 20 gr. 78, chiffre fourni par les urines des périodes interparoxystiques), une diminution de l'acide phosphorique (1 gr. 24 au lieu de 1 gr. 50) et enfin une inversion de la formule des phosphates. Cette formule urinaire est précisément l'inverse de celle établie par MM. Lépine et Mairet dans leur travaux sur l'urologie de l'accès épileptique généralisé ou partiel, lequel détermine toujours une augmentation de l'urée et de l'acide phosphorique. Elle pourrait donc devenir un précieux élément de diagnostic différentiel entre les deux variétés d'attaques.

Mais on peut faire à ces conclusions trop absolues des objections capitales. On peut rappeler les travaux de MM. J. Voisin, Féré, Royer, Poels, d'après lesquels l'inversion des phosphates est très rare dans l'épilepsie et se rencontre soit à la suite des accès, soit dans leur intervalle. On peut ajouter ensuite que d'après les conceptions chimiques récentes, cette inversion des phosphates, qui est le point essentiel de la formule ancienne, ne correspond pas à la réalité des faits et qu'il est impossible d'établir le rapport exact des phosphates alcalins et des phosphates terreux⁽²⁾. Ce qui importe, c'est la quantité de chaque élé-

⁽¹⁾ BABINSKI. *Gaz. des hôp.*, 11 octobre 1904, p. 1129.

⁽²⁾ Voir à ce sujet : Thèse Laubry, 1903, p. 157.

ment, acide ou base, mesurée indépendamment des combinaisons dans lesquels il peut entrer, et comme le rapport de chacun d'entre eux est toujours normal, il ne reste donc de la précédente formule que la diminution du résidu fixe, c'est-à-dire la diminution globale des substances excrétées. Or c'est là une particularité fréquente chez les malades atteints de lésions rénales assez peu marquées pour passer inaperçues cliniquement, mais que la chimie permet de dépister; chez eux l'analyse journalière des urines, révèle en effet sous l'influence de causes quelconques, même légères, de fatigues, d'émotions, d'écarts de régime, des modifications urinaires, qui ne se distingueront pas de celles qu'on attribuait à tort à l'hystérie.

A côté des troubles gastriques fonctionnels que l'on peut observer chez les hystériques on a décrit une *modification du chimisme gastrique* qui pour nous, traduirait toujours, une affection stomacale organique associée. MM. Sollier et Parmentier ont noté en effet un retard, puis un arrêt de l'évolution des phénomènes digestifs en rapport avec la sensibilité gastrique. Mais leurs travaux sont infirmés par ceux de MM. Sellier et Abadie⁽¹⁾ qui ont étudié le chimisme stomacal d'une hystérique présentant de l'anorexie et de l'intolérance gastrique depuis cinq ans, et n'ont vu aucune modification de la sécrétion acide de l'estomac. En outre, le taux de l'acidité produite pendant la manifestation de certains états psychiques (spontanés ou provoqués) n'amenait chez elle que des variations insignifiantes, susceptibles d'être observées chez un sujet normal.

De même certains *troubles physiques respiratoires* : la constatation au laryngoscope d'une paralysie d'une corde vocale, la présence de signes d'auscultation, et même les accès de suffocation allant jusqu'à l'asphyxie, doivent faire songer à un élément surajouté à l'hystérie. Ainsi la congestion pulmonaire hystérique de certains auteurs, qui se caractérisait par la localisation au sommet, l'absence de bacilles, et dont on jugeait la nature par l'existence des stigmates, ne saurait être admise : il est plus vraisemblable de penser à une tuberculose pulmonaire lente.

Les *hémorragies viscérales* ne sont pas davantage pour nous des accidents pithiatiques. On a publié de nombreux cas d'*hémoptysies hystériques*, qu'on rangeait autrefois parmi les hémorragies supplémentaires des règles, opinion qui ne pouvait prévaloir puisqu'on les observait chez l'homme. Ces hémoptysies, dues à des troubles vasomoteurs, se montreraient à l'occasion des attaques ou en dehors d'elles; elles ne s'accompagneraient d'aucun signe sthétoscopique; cependant Debove signale la possibilité de râles sous-crépitaux, de craquements humides, et même d'épanchement pleural. Les réflexions dont nous avons accompagné chacun des symptômes précédents ne sont-elles pas de mise en présence de tels faits? L'analogie des phénomènes cutanés et des phénomènes pleuro-pulmonaires hystériques étant une des raisons qui pourrait les faire admettre, faut-il rappeler les arguments qui nous ont fait écarter les premiers comme phénomènes hystériques? Pour les seconds nous ajouterons qu'il s'agit tantôt de phénomènes vaso-moteurs provoqués par une cause occasionnelle

⁽¹⁾ SELLIER et ABADIE. Étude de la sécrétion acide de l'estomac en rapport avec les variations psychiques de l'hystérie. *Soc. de biol.*, 23 janvier 1903, p. 107.

banale, tantôt et c'est de toute probabilité dans la majorité des cas, d'une tuberculose latente : il est logique d'admettre que, chez un hystérique tuberculeux, la fatigue même de la crise peut provoquer une hémoptysie.

La plupart des auteurs pensent que les *hématémèses hystériques* sont plus fréquentes que les hémoptysies, et ils leur ont assigné de nombreuses modalités. Ordinairement le vomissement sanglant, survenant aussi bien chez l'homme que chez la femme, serait précédé d'une vive douleur au creux épigastrique, accompagnée de ballonnement du ventre, et suivie rapidement de palpitations, d'angoisses précordiales, d'éblouissements, de battements dans les tempes. Il apparaîtrait dès lors comme l'épisode terminal du paroxysme, après lequel le malade retrouverait subitement son bien-être antérieur, ou tomberait dans un état syncopal déterminé par l'abondance de l'hémorragie. Le vomissement varie de quantité, de coloration, d'allure, et quelquefois de véritables régurgitations surviennent dans l'intervalle de ces crises paroxystiques. Tous ces détails ne sauraient entraîner la conviction, et il n'en est pas un qui ne puisse s'appliquer à une affection stomacale organique. Il semble donc que très souvent celle-ci coexiste avec l'hystérie, et nous rappellerons à ce propos la forte proportion d'hystériques que Gilles de la Tourette a trouvée chez les sujets atteints d'ulcère de l'estomac : 6 sur 18, soit près du tiers. Une telle statistique ne saurait servir, pour nous, à établir un lien de causalité entre les deux affections, mais bien un rapport de coïncidence. Qu'on y joigne la possibilité, la facilité de la simulation, la fréquence de ces hémorragies gingivales, dégluties ou non, mais qu'un examen superficiel, favorisé par les dires du malade, fait prendre par une hématémèse franche, et on demeurera convaincu que de tels symptômes, survenant dans l'hystérie, ne pouvant être provoqués par la suggestion, ne doivent pas être attribués à l'hystérie.

Pour terminer cette énumération de symptômes viscéraux négatifs, nous rappellerons que les auteurs Charcot, Gréhant, Quinquaud, Gilles de la Tourette sont unanimes à donner *au sang* des hystériques des caractères absolument normaux. En dehors des cas d'anémie et de chlorose associées, le taux de l'hémoglobine, de l'urée, et de la glycose, le nombre des globules rouges sont normaux. Il en est de même, en dehors des infections surajoutées, du nombre des globules blancs et de la formule leucocytaire.

Fièvre et hystérie. — L'existence de la *fièvre hystérique*, affirmée par Briquet, Gagey et Briand, révoquée en doute à la suite des remarques et des observations critiques de Bouchut, Pinard, Ducastel, fait actuellement l'objet de descriptions classiques; et récemment de nombreux auteurs Debove, Barié, Delcèil, Marchand et Guinon⁽¹⁾, Widal⁽²⁾, etc., en ont rapporté les observations d'après laquelle nous la décrivons.

Elle s'observe le plus souvent chez la femme à la suite d'émotions, de suppression de règles et, fait important pour nous, de l'impression produite par certaines maladies fébriles. Elle est essentiellement polymorphe, continue, rémittente et quelquefois intermittente. Sa durée varie de quelques jours à plusieurs mois; sa terminaison se fait souvent d'une manière soudaine. La température, qui peut s'élever jusqu'à 41-42 degrés et plus, s'accompagne rarement de céphalée, de courbature, d'un état saburral des voies digestives, de

⁽¹⁾ MARCHAND, GUINON. *Soc. méd. des hôp.*, novembre 1902.

⁽²⁾ WIDAL. *Journal des praticiens*, 19 décembre 1903, p. 817.

sueurs, etc. Ordinairement ces phénomènes généraux manquent ou ne sont pas proportionnés au degré de la fièvre. L'amaigrissement fait défaut, la perte de force est peu prononcée si on la compare à ce qu'on observe dans les fièvres ordinaires. L'excrétion urinaire, insuffisamment étudiée, paraît souvent normale (Hanot et Boix), on peut reproduire la formule de l'attaque (Fornaca)⁽¹⁾, mais nous avons montré que celle-ci n'avait rien de bien caractéristique. La fièvre hystérique se montre, et c'est la majorité des cas, à l'état de symptôme isolé, mais elle peut, en s'associant à d'autres troubles, à d'autres modifications locales ou générales, constituer des syndromes fébriles en imposant pour certaines pyrexies de cause organique. MM. Rigal et Hanot ont ainsi rapporté chacun, une observation de pseudo-fièvre typhoïde hystérique⁽²⁾. De même la fièvre peut faire croire à la tuberculose pulmonaire, la pneumonie, la péritonite, la méningite, la fièvre intermittente, le rhumatisme articulaire aigu.

Nous pouvons répéter de cette fièvre hystérique ce que nous avons dit des accidents viscéraux précédents : ou bien il s'agit d'affections organiques latentes ou torpides, tuberculose par exemple, et même d'affections que les malades, les femmes surtout, cherchent à dissimuler : la simulation s'exerçant ici dans un sens négatif. Ou bien, au contraire, il s'agit de cette même simulation, si fréquente chez les hystériques, s'exerçant dans un sens positif, et provoquant des accidents auxquels leur bizarrerie, leur singularité, leur évolution paradoxale permet difficilement de trouver une autre explication.

Cette supercherie, M. Babinski l'a dénoncée souvent; nous même avons pu la constater; et les observations données comme les plus probantes sont fortement sujettes à caution. Ainsi dans le cas de Marchand et Guinon, par exemple, la température prise par le malade est, un jour, de 41 degrés, et, prise une demi-heure après par le médecin, elle n'est que de 37 degrés. Comment admettre une chute si brusque et si considérable sans le moindre trouble de l'état général. D'ailleurs, c'est le défaut de la plupart de ces observations, la température n'a pas été prise par le médecin lui-même, et demeure livrée aux soins d'une infirmière indifférente, ou aux fantaisies d'une malade intéressée. Enfin il ne suffit pas de constater, chez un hystérique, l'existence d'une fièvre difficile à expliquer, à laquelle on ne peut assigner une origine précise, pour l'attribuer à l'hystérie. Pour affirmer la réalité de la fièvre hystérique il serait nécessaire, et cela ressort de la définition que nous avons admise, de pouvoir reproduire par suggestion, et d'être en mesure de faire disparaître exclusivement par persuasion, une élévation de température. Or jusqu'à présent cela n'a pas été fait.

Tels sont les principaux symptômes qui ont été décrits comme appartenant à l'hystérie, parce qu'on les rencontrait chez des hystériques. Nous croyons avoir montré que ce raisonnement était insuffisant, qu'il ne permettait pas de formuler un diagnostic de cette portée, et que dans l'hystérie, comme dans toute autre affection, un accident de coïncidence, si fréquent soit-il, ne pouvait jamais être transformé en loi de relation. Tout au plus peut-on voir dans de tels phénomènes la preuve de ces associations morbides qui ne sont pas un des caractères les moins intéressants du pithiatisme, et qui évoluent sur un

⁽¹⁾ FORNACA. *Revue neurol.*, p. 545, 1898.

⁽²⁾ RIGAL. *Soc. méd. des hôp.*, 1895.

terrain particulier peuvent y revêtir une allure anormale. Mais il importe au clinicien, de ne pas s'en laisser imposer par des apparences, de ne pas se laisser entraîner au diagnostic évidemment facile, qui consisterait à mettre tout symptôme sur le compte de la névrose. Son devoir, en présence de l'un ou l'autre des phénomènes précédents est au contraire de lutter contre cette tendance commode et fâcheuse, de dépister la simulation, et celle-ci étant sûrement écartée, de rechercher la lésion organique, en ne perdant jamais de vue les caractères essentiels des phénomènes hystériques : d'être entièrement sous la dépendance de la volonté, de pouvoir être reproduits par suggestion et de disparaître par persuasion. Ce n'est pas un des moindres mérites de M. Babinski, d'avoir posé les règles d'une méthode aussi rigoureuse comme base de l'étude des maladies nerveuses.

II. — PHÉNOMÈNES APPARTENANT A L'HYSTÉRIE

LES ATTAQUES

Les attaques sont un des accidents les plus connus et aussi les plus fréquents du pithiatisme ; cependant elles peuvent faire complètement défaut. Briquet avait noté que la moitié de ses malades étaient sans attaques. Il négligeait sans doute certaines formes alors inconnues, mais aujourd'hui bien étudiées, de la crise hystérique. Le chiffre indiqué par M. Pitres, qui compte 65 hystériques pour 100 ayant des attaques, est assurément plus juste.

a) *Grande attaque (hysteria major)*. — La grande attaque d'hystérie, telle que l'ont décrite et figurée Charcot et Richer, a été l'objet de beaucoup de controverses. On a dit qu'elle était une forme artificielle produite par le dressage ou l'imitation. Que dans certains cas, des attaques aient pu être artificiellement modelées d'après ce type, cela est incontestable. Mais il n'en est pas moins certain qu'on peut observer des attaques survenues naturellement et qui répondent exactement à la description de ces auteurs. M. Pierre Janet en a rapporté deux exemples ; nous en avons observé un cas typique ; deux médecins de l'armée allemande en ont publié naguère une observation très complète⁽¹⁾. Bien qu'elle soit relativement rare, elle n'en est pas moins fort intéressante au point de vue nosographique, puisqu'elle résume en les associant les principales variétés de l'attaque hystérique.

Prodromes. — En général, la grande attaque est précédée de prodromes éloignés ou prochains. Certains malades deviennent tristes, maussades, recherchent la solitude ; d'autres deviennent excitables, querelleurs, sont pris d'un besoin irrésistible de marcher, de gesticuler, de parler. Ils ont parfois des hallucinations visuelles (visions d'animaux, de fantômes, etc.) ou auditives, qui se manifestent presque toujours du côté hémianesthésique. A côté de ces phénomènes d'ordre psychique ils présentent habituellement des troubles somatiques intéressant les divers appareils : des palpitations, de la rougeur ou de la pâleur des extrémités, du hoquet, de l'oppression, des nausées, de la polyurie, des tremblements, des secousses, des spasmes musculaires. Puis

⁽¹⁾ ANDRÉE et KNOBLAUCH. *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 10, 11 mars 1889.

survient l'*aura*, qui sert de prélude immédiat à l'attaque. L'*aura* commence ordinairement par une douleur sourde ou lancinante occupant l'une des régions ovariennes ou l'un des flancs (le gauche le plus souvent) ; bientôt le sujet accuse dans l'abdomen une sensation de corps arrondi qui se déplace et remonte vers l'épigastre, s'accompagne de palpitations, d'oppression ou d'enivres de vomir, puis la « boule hystérique » s'élève jusqu'à la région antérieure du cou, et tandis que la strangulation, le sentiment de suffocation s'accroissent et que la face se congestionne, le malade perçoit des sifflements d'oreilles, des battements précipités dans les tempes ; sa vue s'obscurcit, il est pris de vertige, tombe sans connaissance, et l'attaque commence. Cependant la crise convulsive ne succède pas nécessairement aux phénomènes de l'*aura* ; ceux-ci peuvent se dissiper momentanément, puis reparaitre avant d'aboutir à l'attaque confirmée. L'*aura* part quelquefois d'une zone douloureuse autre que la zone ovarienne.

1° *Période épileptoïde*. — Cette période présente à peu près tous les caractères de l'accès d'épilepsie. Comme ce dernier elle se subdivise en trois phases dites tonique, clonique et de résolution ; elle s'accompagne, quelquefois aussi, soit de miction involontaire, soit de morsure de la langue.

La phase de résolution est souvent traversée par des spasmes, des contractions passagères, des secousses généralisées, qui soulèvent les malades et les ramassent en boule. Les paupières sont souvent animées de vibrations rapides.

2° La deuxième période est celle des *contorsions* et des *grands mouvements*. — On la désigne encore du nom de période de *clownisme*. Pendant la phase des contorsions, le sujet grimace et prend les attitudes les plus invraisemblables, les plus imprévues. L'une d'elles cependant est particulièrement fréquente et caractéristique, c'est l'attitude dite en *arc de cercle*. A cette phase succède celle des *grands mouvements* ; ce sont des mouvements alternatifs de flexion et d'extension du tronc (salutations) ou des membres, des mouvements de rotation de la tête, etc....

Durant la deuxième période, les sujets poussent d'ordinaire des cris aigus et répétés, déchirent leurs vêtements ; ils prennent parfois des attitudes de terreur ou de colère et, poursuivis évidemment par des hallucinations effrayantes, grimacent d'une manière horrible et déploient dans leur agitation, leur défense ou leur colère, une énergie surprenante. Puis, insensiblement, le malade passe à la troisième période.

3° *Période des attitudes passionnelles*. — A ce moment, le sujet, tout à son rêve, rêve se rapportant le plus souvent à des scènes, à des événements qu'il a vécus, traduit par des jeux de physionomie, des gestes, des poses on ne peut plus expressifs et aussi par des paroles les sentiments que font naître en lui les tableaux des hallucinations qui se déroulent automatiquement sous ses yeux. Il agit en un mot comme si son rêve était une réalité. Ses visions sont alternativement ou bien exclusivement tristes ou gaies. Il exprime tour à tour la joie ou la colère, la terreur ou l'extase. En général, c'est toujours la même série qui se développe pour chaque malade, à chacune de ses attaques et dans un ordre toujours le même.

4° La quatrième période ou *période de délire* n'est pas toujours bien distincte de la précédente, dont elle n'est, pour ainsi dire, que la continuation. Le rêve se poursuit ; il est surtout parlé, mais le délire de paroles auquel on assiste est