

Bien plus, la plupart des hystériques se comportent comme si leur anesthésie n'était pas réelle, comme des simulateurs qui oublieraient un instant leur rôle et qu'on surprendrait en défaut. Tel sujet insensible de son membre supérieur, auquel on bande les yeux, manie les objets et les place en attitude voulue comme si sa sensibilité était intacte. Tel autre, à champ visuel rétréci, subira l'influence de sensations lumineuses particulières ou imprévues placées dans la partie du champ visuel soi-disant invisible.

Leur mobilité. — Lorsqu'une lésion plus ou moins grave du système nerveux détermine une anesthésie, celle-ci est définitive ou bien s'efface lentement au fur et à mesure que s'accomplit la restauration de l'organe lésé. L'anesthésie hystérique, elle, est essentiellement mobile. Il est vrai qu'elle se montre parfois tenace et persistante pendant des mois, des années. Mais, en général, elle disparaît, reparait, se déplace ou se modifie rapidement, soit spontanément, soit sous l'influence de causes diverses, « de causes parfois si légères qu'elles peuvent passer inaperçues ». (Féré.)

On s'est plu à insister sur certaines de ces causes occasionnelles, et on a signalé successivement les attaques convulsives, l'état de somnambulisme (Janer), l'attention du sujet. On s'est surtout ingénié, depuis la découverte de Burq (1849) sur les effets curatifs des lames métalliques appliquées sur la peau, à grossir la liste des agents aësthiogènes, à discuter sur leur nature et leur mode d'action. Ce sont là des digressions superflues quand on songe à la vraie nature de l'anesthésie qui, née de l'auto-suggestion, disparaît sous la même influence, ou cède également à la persuasion.

Conservation des réflexes organiques. — Contrairement à ce que l'on observe dans les cas d'anesthésie dépendant d'une lésion organique des voies conductrices, les anesthésies hystériques n'altèrent pas les réflexes organiques. Les réflexes (voy. le chap. des *Réflexes*) tendineux et cutanés, les réflexes pupillaires sont normaux.

Cependant on insiste dans les traités classiques sur l'abolition du réflexe pharyngien qui constituerait un des caractères les plus importants de l'hystérie. Il est exact, en effet, qu'un certain nombre d'hystériques peuvent supporter l'excitation du fond de la gorge, sans éprouver en apparence de sensation nauséuse. Mais, d'une part, il y a un grand nombre de sujets normaux chez lesquels on observe la même particularité, et, d'autre part, il faut bien remarquer qu'il ne s'agit pas là d'un phénomène réflexe assimilable aux réflexes précédents. La volonté intervient là pour une part prépondérante et l'habitude joue aussi un rôle important. Ne voit-on pas journellement des malades nullement hystériques supporter le catéthérisme œsophagien, tandis que l'habitude n'arrivera jamais à supprimer le réflexe rotulien ou le réflexe pupillaire? (Babinski.)

Caractères particuliers. — *Sensibilité générale.* — L'anesthésie porte ordinairement sur les téguments cutanés et sur les muqueuses et atteint les différents modes de la sensibilité. L'anesthésie cutanée peut être complète, le malade est indifférent au contact, à la piqure, à la brûlure, à l'application de corps froids. Elle peut être dissociée, et le sujet, insensible aux excitations thermiques et douloureuses, perçoit les excitations tactiles ou inversement. Nous ajouterons cependant que cette indifférence est apparente, cesse avec l'intensité de l'excitation qui, nous l'avons vu, ne décèle qu'une anesthésie relative. Ordinairement celle-ci ne résiste pas à la pointe rougie d'un thermocautère, ou à la violence d'un courant électrique, par exemple.

On a enfin insisté sur la topographie habituelle des anesthésies cutanées, dont les localisations variées pourraient être ramenées à trois types principaux : les hémianesthésies complètes ou incomplètes, c'est-à-dire interrompues par des territoires demeurés sensibles, se combinant ou non avec des anesthésies sensorielles; les anesthésies en segments géométriques décrites par Charcot, désignées par les mots imagés d'anesthésies en bracelet, en doigt de gant, en manchette; les taches ou les îlots frappant des membres paralysés ou disséminés sans ordre. Ce sont là des divisions qu'infirmement trop souvent les faits et la nature de l'anesthésie pour être maintenues de façon rigoureuse. En réalité, il suffit de dire que celle-ci n'a rien de fixe, ne correspond jamais à un territoire anatomique déterminé, et échappe à toute tentative de localisation.

Goût. — Cette sensation peut être tantôt pervertie, tantôt abolie, d'un seul côté ou des deux à la fois (Lechtwitz). On reconnaît là l'incertitude qui règne à propos de toutes les anesthésies et que nous pourrions développer à plaisir, en ajoutant que certaines saveurs sont encore perçues alors que d'autres ne le sont plus.

Odeur. — On peut dire de l'odorat ce que nous disons de l'ouïe.

Ouïe. — La surdité hystérique consiste généralement en un affaiblissement de l'ouïe unilatéral qui ne gêne pas le malade. Il faut, pour le constater, le rechercher méthodiquement, et c'est encore là, il faut le reconnaître, une des raisons de son existence.

A ces caractères se joignent la possibilité d'éliminer facilement la surdité auriculaire, soit par l'absence de modifications du vertige voltaïque, soit par l'épreuve de Rinne. Voici en quoi consiste cette dernière : A l'état normal et dans les cas de surdité incomplète d'origine centrale, les vibrations d'un diapason sont perçues plus longtemps par la voie aérienne (l'instrument étant placé au-devant de l'orifice externe du conduit auditif) que par la voie crânienne (le diapason étant en contact avec la paroi du crâne). C'est le phénomène inverse qui a lieu lorsque l'affaiblissement de l'ouïe est le résultat d'une lésion banale du conduit auditif, du tympan ou de l'oreille moyenne. La surdité hystérique se comporte toujours comme si elle était d'origine centrale.

Quand la surdité hystérique est bilatérale, il est parfois très difficile de la distinguer de la surdité liée à une affection organique des labyrinthes. L'épreuve du vertige voltaïque fournit alors un élément de différenciation fort important. En effet, dans la surdité hystérique, le vertige voltaïque reste normal; il est généralement troublé et parfois complètement aboli dans la surdité labyrinthique (Babinski).

Vision. — *L'amaurose totale* de nature hystérique est rare. D'après les faits exceptionnels, et d'une interprétation douteuse, rapportés par Briquet, Marlow, Wandemann, Pitres, elle apparaîtrait à la suite d'une attaque ou d'une émotion, durerait quelques jours ou quelques semaines, et disparaîtrait avec la même soudaineté.

Les troubles de la vision les plus fréquents et les plus persistants, consistent dans la réduction du champ visuel, les troubles de la perception des couleurs, l'asthénopie, les troubles de l'accommodation. Ils nécessitent tous cette recherche minutieuse qui, pratiquée systématiquement sur tout malade soupçonné d'hystérie, a trop souvent pour effet de commander l'apparition et la nature des altérations sensorielles.

Rétrécissement du champ visuel. — Lorsqu'un sujet normal fixe un point

déterminé, il a la vision précise du point fixé, mais il voit en même temps plus ou moins distinctement les objets qui l'entourent. L'étendue de l'espace ainsi accessible à la vision autour du point fixé donne la mesure du champ visuel. Or, si l'on examine successivement le champ visuel de l'un et de l'autre œil chez les hystériques, on constate, dans la très grande majorité des cas, que ce champ est rétréci, et rétréci *concentriquement*. Le plus souvent, le rétrécissement est *bilatéral*; il est alors symétrique ou inégal d'un côté à l'autre. Mais il peut être *unilatéral*; en pareil cas, c'est du côté correspondant à l'hémianesthésie qu'il est ordinairement situé. Le degré en est très variable. Comme l'acuité visuelle est le plus souvent intacte, il s'ensuit que les hystériques voient distinctement les objets qu'ils fixent, alors même que leur champ de vision se trouve réduit à une aire centrale étroite circonscrivant le point de fixation. Mais il arrive que celle-ci s'efface à son tour et, dès lors, l'amblyopie est totale et la vision de l'œil atteint est complètement supprimée; il y a amaurose unilatérale.

Malgré ces particularités, il y a tout lieu d'admettre que le rétrécissement du champ visuel considéré presque unanimement comme un des signes les plus essentiels de l'hystérie est, ainsi que les autres manifestations hystériques, l'œuvre de l'auto-suggestion et plus encore de la suggestion du médecin, car en employant certains procédés propres à atténuer ou à faire disparaître l'influence de ce facteur, on constate que chez bien des hystériques ce trouble fait complètement défaut. M. Babinski nous a déclaré qu'en usant systématiquement de ces artifices chez les hystériques se présentant à son observation et vierges de tout examen antérieur, il ne constate plus de rétrécissement du champ visuel. Celui-ci n'en conserve pas moins de l'importance: si, en effet, le médecin a pu, par une suggestion inconsciente de sa part, développer ce phénomène, c'est que le sujet à qui il a affaire est suggestionnable et par conséquent hystérique.

Au symptôme précédent, on peut rattacher l'inversion du champ visuel que possède chaque couleur en particulier, et qui se trouve rétréci de façon variable et paradoxale dans l'hystérie.

Dyschromatopsie. — Étudiée par Landolt, Charcot et Parinaud⁽¹⁾, elle offre toutes les variétés de siège, de degré, de nature qui sont l'apanage de toute anesthésie hystérique. En général, la notion de couleur n'est jamais totalement perdue: les malades distinguent les intensités de tons dans un assemblage de couleurs plus ou moins foncées, mais non le coloris: les objets leurs semblent grisâtres. A cette description classique on peut ajouter les mêmes considérations dont nous avons fait suivre la description du rétrécissement du champ visuel.

Troubles de l'accommodation. — Indépendamment de l'*asthénopie accommodative* qu'on observe parfois, on peut encore rencontrer chez les hystériques un trouble particulier de la vision qui a été signalé par M. Parinaud, c'est la *diplopie* ou mieux la *polyopie monoculaire*. Voici dans quelles conditions elle peut être constatée: « Un crayon ou un objet analogue est placé près de l'œil et éloigné lentement. Il est d'abord vu simple. A la distance de 10 à 15 centimètres de l'œil, une seconde image apparaît, généralement du côté temporal. A mesure que l'objet s'éloigne, les deux images s'écartent et il n'est pas rare qu'une

(1) PARINAUD. Comm. à l'Académie de médecine de Bruxelles, 1886.

troisième, moins intense, apparaisse du côté opposé. On constate en même temps de la *macropsie* ou de la *micropsie*, très accusées, par l'éloignement ou le rapprochement de l'objet⁽¹⁾. D'après M. Parinaud, cette polyopie, dont l'interprétation est fort difficile, serait due à un spasme de l'accommodation.

Autres troubles. — D'après quelques auteurs, on pourrait rencontrer d'autres modifications du champ visuel: hémioptie latérale (Dejerine et Violet, Janet)⁽²⁾, scotome central. Mais ces manifestations sont niées par d'autres observateurs.

C'est à l'occasion des anesthésies visuelles que se sont multipliées les expériences destinées à montrer leur caractère bizarre, en contradiction. Tel hystérique achromatopsique pour le rouge n'en reconstitue pas moins la lumière blanche d'un disque de Newton, peint en rouge et en vert et mis en mouvement. De même un papier rouge sur fond blanc lui paraîtra tout d'abord gris; mais, au bout d'un certain temps, il apercevra l'image consécutive d'un carré vert (couleur complémentaire).

Les remarques intéressantes de Parinaud n'ont rien qui doivent surprendre, étant donné la nature de ces anesthésies. Il montre, en effet, que des hystériques affectés de dyschromatopsie monoculaire pour une couleur, voient distinctement cette couleur même de l'œil achromatope, dans la vision binoculaire.

Un carré de papier vert est vu gris de l'œil gauche amblyope et vert de l'œil droit qui est sain. Si l'on place sur l'œil sain un prisme qui fasse voir deux images du papier, au lieu d'être l'une verte, l'autre grise, comme on s'y attend, les deux images sont vertes.

On connaît le dispositif de la boîte de Flees. Grâce à un jeu de miroirs, le sujet qui regarde dans cette boîte de ses deux yeux ouverts, aperçoit à sa droite un objet rouge qui, en réalité, est vu par l'œil gauche, et à sa gauche un objet blanc qui est vu uniquement par l'œil droit. Un simulateur qui déclare être amaurotique de l'œil gauche, mis en présence de cet appareil, supprimera naturellement l'image qu'il aperçoit à gauche, et sa supercherie se trouvera démasquée. Or, si l'on applique ce procédé de contrôle à une hystérique atteinte d'amaurose unilatérale, elle déclarera naïvement qu'elle aperçoit les deux objets (Pitres).

M. Parinaud a encore observé que des malades achromatopes de chacun des deux yeux pour la vision monoculaire, distinguaient cependant les couleurs dans la vision binoculaire; que, dans beaucoup de cas de rétrécissement concentrique unilatéral du champ visuel, il suffisait de faire ouvrir l'œil sain pour que l'étendue du champ visuel de l'œil amblyope s'accrût aussitôt de 10 à 20 degrés. De toutes ces expériences et d'autres encore, Parinaud et Pitres ont conclu que les troubles visuels hystériques n'existent que dans la *vision monoculaire*.

Sans rechercher les faits qui infirment cette conception, et les théories qui ont voulu l'expliquer (Parinaud, Féré), sans nous arrêter à la distinction subtile et impossible entre l'anesthésie stigmatique et l'anesthésie accident (Gilles de la Tourette et Gasne), il faut voir dans toutes ces bizarreries, dans toutes ces descriptions qu'on pourrait rendre encore plus longues, des phénomènes d'auto-suggestion.

(1) PARINAUD. *Op. cit.* et *Annales d'oculistique*, mai-juin 1878. Voyez également PARINAUD. Les troubles oculaires de l'hystérie. *Ann. d'oculistique*, juillet et septembre 1900.

(2) JANET. *Névrose et idées fixes*, 1898, Paris.

Hyperesthésies. — On peut répéter à leur sujet tout ce qui a été suffisamment dit précédemment. Ce sont de *fausses douleurs* d'ordre psychique, dépendant de l'auto-suggestion, d'un processus mental identique à celui qui préside à tous les autres accidents de l'hystérie.

Dès lors on comprend qu'elles soient rarement généralisées, mais plus souvent localisées à un membre, un segment de membre, à des *points*, à des *zones*, telles que le pourtour des reins, l'épine dorsale, le parenchyme d'une glande (ovaire ou testicule). Elles ont les mêmes caractères mobiles, inconstants, et contradictoires, accompagnés des particularités étranges qu'offrent les anesthésies.

Mais on s'abuserait en attachant à ces zones hyperesthésiques l'épithète de spasmogènes, sous prétexte que leur pression serait capable d'influer sur la production d'une attaque. Que l'hyperesthésie provoquée demeure isolée ou soit suivie d'autres phénomènes hystériques, il faut reconnaître que l'auto-suggestion est toujours le point de départ du symptôme. Si quelquefois la zone spasmogène a pour origine un choc accidentel, une douleur réelle et momentanée, le plus souvent, ce sont les pressions violentes exercées par le médecin sur l'abdomen, les seins, les régions où il veut trouver les prétendus stigmates; les questions trop explicites, toujours suggestives, sur des troubles auxquels le malade de lui-même ne songeait pas, l'insistance mise à provoquer des sensations, qui font naître, avec l'idée de douleur, l'état émotionnel avant-coureur de l'attaque. Peu à peu, l'habitude s'installe, la fausse douleur, les sensations de l'aura se reproduisent à l'occasion d'examen du même genre, et la zone dite hystérogène est constituée. L'ovarie, malgré sa fréquence, ne reconnaît pas d'autre origine.

Ces réflexions s'appliquent aux *paresthésies*, perversion du tact, sensations de chaleur, de fourmillement, aux *dysesthésies*, à l'*thalphalgésie* signalée par Pitres (sensation douloureuse intense à la suite d'une simple application sur la peau de certaines substances non irritantes, or, laiton, etc.).

Syndromes douloureux. — Sous ce nom nous signalerons certaines manifestations dans laquelle l'hyperesthésie réalise, par sa localisation ou son association à d'autres troubles d'auto-suggestion, des syndromes particuliers.

1° *Céphalalgie hystérique.* — Profonde ou superficielle, et, dans ce dernier cas, sous la dépendance d'une zone hyperesthésique du cuir chevelu, la céphalalgie hystérique se montre habituellement sous forme d'accès à retours périodiques, apparaissant plus particulièrement vers le soir et dans les premières heures de la nuit, au point de la faire confondre avec une céphalée syphilitique. Plus tenace, s'accompagnant de vomissements, elle peut simuler grossièrement la céphalée symptomatique des tumeurs cérébrales; de même elle peut être prise pour une migraine vulgaire lorsqu'elle se cantonne à un des côtés du péricrâne. Enfin, dans quelques cas exceptionnels, elle prend une telle intensité que, par sa violence et l'ensemble des manifestations réactionnelles qu'elle provoque, elle compose un tableau clinique ayant quelque analogie avec la méningite.

Cette *pseudo-méningite hystérique* est souvent précédée de prodromes : malaise général, inappétence, insomnie, douleurs de tête, puis la céphalalgie s'accroît, devient insupportable, incessante, et par instants s'accompagne de cris et même de délire. Lorsqu'à cette céphalée viennent s'ajouter des vomissements, de la raideur de la nuque, des contractures spasmodiques des membres,

de l'opisthotonos, on comprend que la pensée d'une méningite se présente naturellement à l'esprit de l'observateur. Pour diagnostiquer cet accident pitiatique, il faut s'appuyer sur l'examen des antécédents, la notion de la cause provocatrice qui est souvent une cause morale, l'absence de troubles pupillaires et de modification du pouls, enfin sur l'absence de modification du liquide céphalo-rachidien. D'ailleurs, la fièvre manque; elle peut cependant se développer par le fait d'une maladie inflammatoire concomitante, d'une vaginite, d'une angine, comme dans les cas observés par MM. Dalché et Netter.

Lorsque ce syndrome hystérique surgit dans le cours d'une fièvre typhoïde ou d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, l'erreur est à peu près inévitable, et l'on rattachera naturellement au rhumatisme cérébral ou à la méningite typhique les troubles nerveux en question. L'examen du liquide céphalo-rachidien permettra seule de faire le diagnostic.

2° *Migraine ophtalmique.* — Charcot, Babinski ont signalé quelques cas de migraine ophtalmique de nature hystérique. Cet accident est fort rare. Dans la forme hystérique, l'hémioptie fait toujours défaut, tandis qu'elle est très commune dans les formes vulgaires.

3° L'hyperesthésie *rachidienne* est fréquente. Lorsqu'elle est intense, persistante et limitée à trois ou quatre vertèbres, elle peut faire croire à l'existence d'un *mal de Pott*. S'exaspérant à la moindre pression, au plus léger contact, elle s'accompagne parfois d'une incurvation. Et comme, en pareil cas, le médecin qui examine le sujet, croyant de prime abord à un mal vertébral, appelle par ses questions et ses investigations l'attention du malade sur l'état de ses membres inférieurs, celui-ci peut s'auto-suggestionner et accuser dans ses membres de la faiblesse ou des troubles de la sensibilité. Si, avec la douleur rachidienne, coexistent des points douloureux sur les parties latérales du thorax ou de l'abdomen, le tableau clinique est dès lors assez ressemblant à celui du mal de Pott ou d'une myélopathie organique pour que l'erreur soit à la rigueur possible. L'intégrité des réflexes mettra sur la voie du diagnostic. Un tel syndrome se développant à la suite d'un traumatisme a pu faire croire encore à une fracture du rachis (Brodie, Charcot)⁽¹⁾.

4° Dans certains cas, une zone hyperesthésique localisée au creux épigastrique et s'accompagnant de crises de douleurs, de vomissements, a pu donner le change et faire porter le diagnostic d'*ulcère rond* ou de *crises gastriques tabétiques*. L'absence de troubles du chimisme gastrique, l'absence d'autres signes du tabes feront faire le diagnostic d'hystérie.

L'hyperesthésie peut siéger aussi au voisinage des troncs nerveux et en particulier au niveau du sciatique donnant alors une névralgie sciatique hystérique, qui peut simuler assez exactement la sciatique vraie. Mais dans celle-ci on constate presque toujours le signe de Lasègue et l'abolition du réflexe achilléen (Sternberg, Biro, Babinski), qu'on ne constate jamais dans la sciatique hystérique.

5° L'*angine de poitrine hystérique*, décrite en premier lieu par Charcot et P. Marie⁽²⁾, puis par MM. Landouzy, Huchard, Leclerc, peut constituer la première manifestation de la névrose. Elle se présente sous deux formes distinctes. Dans la *forme névralgique*, l'accès est caractérisé par une douleur atroce,

⁽¹⁾ Voir SQUQUES. *Syndromes hystériques simulateurs des maladies de la moelle*. Th. doct., 1880.

⁽²⁾ P. MARIE. *Revue de méd.*, 1882. — LE CLERC. Th. doct. Paris, 1887.

angoissante, qui part de la région précordiale ou apparaît à la périphérie, dans le petit doigt et irradie vers le cou, en suivant le bord cubital du membre supérieur, exactement comme dans l'angine de poitrine d'origine organique. La peau de la région précordiale est parfois le siège, même dans l'intervalle des accès, d'une hyperesthésie exquise. La *forme vaso-motrice* s'accuse par la pâleur de la face et du bras, le refroidissement des extrémités et les troubles de la respiration, qui est tantôt précipitée, tantôt rare et irrégulière. Tous ces accès ont une durée en général assez courte; mais ils se prolongent parfois de manière à réaliser une sorte d'état de mal angineux. Leur terminaison est marquée souvent par des rires ou des sanglots, ou bien par une attaque convulsive.

Pour diagnostiquer l'angine de poitrine hystérique, on s'appuiera sur les commémoratifs, les conditions provocatrices de l'accès, sur l'existence d'une zone d'hyperesthésie cutanée au niveau de la région précordiale, l'apparition, à la fin de l'accès, de phénomènes critiques comme ceux que nous venons de signaler, enfin sur les résultats négatifs de l'auscultation du cœur et l'absence d'élévation de la tension artérielle. Il est bon de savoir également que l'angine hystérique est rare, qu'il faut toujours songer à une cardiopathie ou une artérite sous-jacente, d'autant plus qu'il peut y avoir association morbide, auquel cas le diagnostic présente les plus grandes difficultés.

TROUBLES INTELLECTUELS

Troubles du langage : Aphasie. Mutisme. — Le mutisme, étudié par Charcot, Cartaz, est caractérisé par la suppression pure et simple de la faculté de parler, soit à voix haute, soit à voix basse. Le sujet ne peut émettre aucun son, bien qu'il ait conservé l'exécution intégrale des mouvements vulgaires de la langue et des lèvres, qu'il puisse mouvoir ces organes avec agilité dans toutes les directions, de façon à souffler, siffler comme à l'état normal. Il est donc muet dans l'acception la plus rigoureuse du mot. Charcot ajoutait qu'il était plus que muet, car tandis qu'il est possible au sourd et muet de pousser des cris violents, le muet hystérique est aphone le plus souvent d'une façon absolue. Cette affirmation est trop exclusive.

L'examen du larynx ne fournit aucun renseignement : quelquefois la langue est légèrement contracturée, collée au plancher buccal. Il s'agit donc d'une véritable aphasie motrice, le plus souvent pure et indépendante d'aphasie sensorielle ou d'agraphie. Apparue brusquement, elle est mobile, transitoire, persistante, disparaissant avec soudaineté sous l'influence occasionnelle de la persuasion.

A côté de cette aphasie motrice, on a signalé des cas d'agraphie (Dejerine), de surdité verbale (Raymond), de cécité verbale (Wernicke et Möbius). Toutes ces formes sont ordinairement pures, à l'inverse de ce qui existe dans l'aphasie organique. Outre leurs conditions d'apparition, d'évolution, elles offrent une bizarrerie et des irrégularités qui permettent presque toujours de les reconnaître.

Bégaiement. — Ce mot désigne un syndrome qui, étudié par Ballet, n'a rien de commun avec le bégaiement vulgaire et comprend des troubles de

langage, un rythme de la prononciation, sous la dépendance des troubles moteurs hystériques.

Troubles mentaux. — A. Amnésie. — Les troubles de la mémoire sont fréquents chez les hystériques, c'est là un fait sur lequel Briquet, Charcot et beaucoup d'autres auteurs ont insisté. C'est parce que la mémoire de ces malades est affaiblie que leurs récits sont sans cesse incomplets et contradictoires et qu'ils racontent tout autrement le lendemain l'observation qu'on a écrite la veille sous leur dictée. Ces oublis, ces contradictions donnent lieu à des erreurs d'interprétation, en particulier chez les hystériques qui ont été victimes de chocs traumatiques. Ces sujets sont souvent accusés de simulation parce qu'ils se contredisent dans leurs récits. Ils mentent peut-être quelquefois, mais souvent leurs mensonges comme les variations de leurs réponses sont la conséquence de l'amnésie temporaire dont ils sont affectés; ainsi s'expliquent également bien des caprices, des inconséquences dans leur manière de vivre et de se conduire.

Est-il possible de classer ces troubles de la mémoire et de les ranger dans des catégories déterminées? On décrit habituellement chez les hystériques : 1° l'amnésie systématisée portant sur un groupe de souvenirs se rapportant à une certaine personne, à un événement déterminé, aux mots d'une langue étrangère, à une catégorie d'images de mouvements (amnésie entraînant l'astase-abasie); 2° l'amnésie localisée portant sur l'ensemble des souvenirs d'une certaine période, quelle qu'en soit la durée; 3° l'amnésie générale, dans laquelle l'hystérique perd tous les souvenirs de sa vie passée. Elle est d'ailleurs reconnue comme infiniment rare (Scharpey, Weir Mitchell), de même que l'amnésie « antérograde » (Charcot) qui s'y rattache, et dans laquelle le sujet oublie les événements dès qu'ils se sont produits.

Mais ce sont là des divisions classiques qui essaient de donner un caractère de fixité à ce qui, en réalité, échappe à toute description. On ne saurait au contraire mieux se faire une idée exacte de l'amnésie hystérique, qu'en rappelant à son propos ce que nous avons dit des anesthésies. Il ne pourrait, d'ailleurs, en être autrement pour des phénomènes de même nature, relevant de l'auto-suggestion. Et de fait les malades sont aussi *indifférents* à leur amnésie qu'à leur anesthésie. L'amnésie, même quand elle est grave, ne trouble guère le fonctionnement intellectuel, qui reste intact. On peut retrouver de plus dans l'amnésie hystérique les caractères primordiaux de l'anesthésie hystérique : la mobilité et la contradiction. A la suite des attaques, pendant les rêves parlés du sommeil naturel, dans l'état de somnambulisme provoqué, les souvenirs en apparence perdus reparaissent momentanément : ils existent donc en réalité. Pendant la veille, alors que le malade est en pleine amnésie, il écrit ou prononce le nom oublié, qu'on lui demande instamment d'écrire ou de prononcer, si on détourne son attention et qu'on le mette en état de distraction. Enfin, ces amnésies, nées souvent à l'occasion d'une émotion, disparaissent sous la même influence subitement, ou guérissent par la persuasion.

État mental des hystériques : Suggestibilité. — D'après la façon dont nous avons compris l'hystérie, on peut concevoir que son état mental présente un caractère dominant qui est la suggestibilité. Le trouble précédemment décrit, l'amnésie, les autres troubles du caractère qu'on a coutume d'attribuer à ces malades, comme le défaut d'attention, la tendance à une dissociation de la personnalité, le défaut de volonté, rarement complet, mais se limitant à des indé-