

ment. Mais y a-t-il relation de cause à effet? Ces maladies diverses, la diathèse urique, l'arthritisme, l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose, sont-elles capables d'engendrer la névrose? L'hystérie en est-elle la première et quelquefois la seule manifestation? Nous retrouvons ici la question doctrinale. Le plus grand nombre affirme que non alors que quelques-uns comme M. Grasset, M. Régis, disent oui. Charcot, qu'il faut décidément citer à tout propos en ces matières et qui ne pouvait pas ne pas avoir vu ces coïncidences si remarquables, professait nettement que ces affections et le nervosisme ont entre eux de nombreux points de contact comme deux arbres qui joignent leurs branches, mais qu'ils ne s'engendrent point mutuellement ni réciproquement. Il a même trouvé et bien d'autres l'ont écrit ensuite, Durand (1889), Souza-Leite (1889), Raymond (1889), Fournier (1890) et d'Aurelle de Paladines (1891), que les diathèses se superposaient, s'associaient souvent à la diathèse névropathique. Ce sont ces hybrides qu'on décrit dès lors sous le nom d'associations hystéro-organiques.

L'hystérie ne serait assurément plus une affection purement et absolument psychique si elle pouvait être déterminée par l'arthritisme ou par la tuberculose. Notons donc, sans prendre parti, que les enfants issus d'ascendants ainsi tarés sont exposés à l'hystérie, et que souvent, après avoir présenté les phénomènes réunis ou dissociés de la névrose, ils succombent à la maladie originelle, en particulier à la maladie tuberculeuse.

L'anémie¹, la chlorose², le rachitisme³, et, je n'hésite pas à l'ajouter, la dentition, viennent compléter les fondements de la prédisposition, dont l'hérédité forme le *caput vivum*. Certes l'évolution dentaire — tous les médecins sont à peu près d'accord là-dessus (Magitot, Comby, Politzer, Fleischmann, Kassowitz, Ollivier, Chaumier) — n'est plus le bouc émissaire, l'agent responsable auquel on rapportait naïvement tous les accidents de la première enfance : mais elle n'est pas non plus ce processus « physiologique » qu'on innocente de tous méfaits (Hardy, Peter, Pamard). Elle reste une période délicate, difficile, que les enfants ne traversent pas tous sans encombre — il s'en faut! — et qui les met, tout au moins, en état d'opportunité morbide, par rapport surtout aux réactions nerveuses ou réflexes.

Agents provocateurs ou causes occasionnelles. — L'étude de ces agents a été remarquablement faite par M. Georges Guimon, chef de clinique (en 1890) de Charcot, et il y a de nombreux emprunts à lui faire en ce qui concerne l'hystérie infantile. Ces causes agissent en déterminant un épuisement général qui retentit vivement sur un système nerveux prédisposé. Non seulement ils peuvent provoquer le réveil de l'hystérie déjà existante, mais encore en faire naître pour la première fois les manifestations.

En première ligne, il faut citer les émotions morales, à quelque variété qu'elles appartiennent, de quelque nature qu'elles soient, la peur surtout :

(¹) SYDENHAM.

(²) GUÉNEAU DE MESSY, LARROQUE. *Thèse de Bordeaux*, 1888, faite sous l'inspiration du professeur PITRES.

(³) KASSOWITZ, COMBY.

l'impression ressentie devant un spectacle effrayant, la vue d'une attaque convulsive, l'exagération des pratiques religieuses, l'émotion éprouvée brusquement au milieu de la préparation laborieuse ou de l'accomplissement solennel de la cérémonie dite de la première communion (comme j'en connais plusieurs cas), les tentatives brutales ou maladroitement de l'hypnotisation, les émotions d'un attentat génital; le traumatisme comme chez l'adulte (Weill, *Lyon médical*, 1895), mais dont l'interprétation ne laissera pas de présenter ici de sérieuses difficultés, l'auto-suggestion étant difficilement acceptable; les infections aiguës, comme la fièvre typhoïde, la pneumonie, la scarlatine, la grippe, la diphtérie, le rhumatisme articulaire et aussi la coqueluche qui n'a pas été signalée et qui par les longues secousses qu'elle imprime au cerveau et au système nerveux tout entier m'a paru avoir souvent un retentissement fâcheux sur l'état névropathique des sujets; les maladies générales, infectieuses ou non, telles que le diabète, le paludisme, la syphilis, auxquels M. Grasset a montré qu'il fallait ajouter la rage, agissent pour leur propre compte dans la mise en œuvre de la névrose; enfin les intoxications comme celles produites par l'alcool, le plomb, le sulfure de carbone, le chloroforme, qui ont soulevé dans ces dernières années bien des discussions et qui ont fait émettre précisément des opinions dont certaines ne tendaient à rien moins qu'au démembrement complet de l'hystérie auquel j'ai plusieurs fois fait allusion. Je n'y insiste pas, leur application à l'enfance étant relativement restreinte.

Je passerai également sur l'influence que possèdent les autres affections dans la détermination de l'hystérie, particulièrement les maladies du système nerveux de longue date, le tabes, la myopathie atrophique progressive, le mal de Pott, la maladie de Friedreich, la maladie des tics convulsifs, etc. (Gilles de la Tourette, *op. cit.*), pour attirer l'attention sur un point récemment mis en lumière, sur l'auto-intoxication, dont le mécanisme intime n'a pas encore été pénétré, mais dont l'action paraît bien démontrée dans la production des phénomènes hystériques ou hystériformes chez l'enfant. L'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, la stercorémie, l'empoisonnement biliaire paraissent être ceux dont le clinicien devra se préoccuper comme ayant le plus de relations avec « l'état nerveux ». L'helminthiase, qui est manifestement liée aux fermentations anormales de l'intestin, ne devra pas être non plus perdue de vue. Davaine¹ a dit : « Si la fréquence et la gravité des phénomènes sympathiques déterminés par la présence des ascarides lombricoïdes dans l'intestin ont été exagérées autrefois, peut-être sont-elles aujourd'hui un peu trop méconnues ». Il est incontestable pour tout observateur sans parti pris, pour tous ceux qui manient des enfants en grand nombre, que la réaction contre cette sottise théorie « des vers partout » a dépassé le but et que l'étude de l'helminthiase mériterait d'être reprise scientifiquement. De temps en temps, on rencontre des cas devant lesquels bon gré mal gré on est obligé de s'incliner : rien n'est brutal comme un fait. De temps en temps aussi des observations concluantes sont

(¹) DAVAINÉ. *Traité des Entozoaires de l'homme et des anim. domest.*, p. 151.

publiées : témoin celle de Barthez¹. Témoin encore celle toute récente de Variot². Tantôt les parasites des voies digestives provoquent de simples accidents convulsifs : tantôt c'est la méningite dont ils reproduisent le tableau ; tantôt enfin c'est l'hystérie plus ou moins complète qu'ils « simulent ». Quoi qu'il en soit, il est sage de ne pas rompre entièrement avec la tradition (qui n'a jamais tout à fait tort), et il est prudent au contraire de compter avec les erreurs possibles, si exceptionnelles soient-elles, dont les *vers* peuvent être la cause.

Fréquence. — *Age. Sexe. Situations sociales. Races.* — La fréquence de l'hystérie chez l'enfant ira en s'accroissant au fur et à mesure qu'on saura mieux la reconnaître. Il en a été de même pour l'hystérie masculine. Quant à sa fréquence aux différents âges de l'enfance, il n'est pas possible d'apporter des statistiques entièrement probantes. Les données sont encore trop vagues. Voici pourtant ce que disent les auteurs qui ont produit des chiffres :

STATISTIQUE DE CLOPATT ET GOLDSPIEGEL
(272 observations)

	FILLES	GARÇONS	TOTAL
Début dès l'enfance tendre	19	1	20
— à l'âge de 5 ans	»	1	1
— — 4 —	1	1	2
— — 5 —	4	2	6
— — 6 —	5	2	5
— — 7 —	15	4	19
— — 8 —	16	6	22
— — 9 —	15	7	22
— — 10 —	18	15	33
— — 11 —	24	17	41
— — 12 —	22	15	37
— — 15 —	27	16	43
— — 14 —	12	8	20
— — 15 —	»	5	5

STATISTIQUE DE BURNET

(50 cas). L'auteur n'a pu relever l'âge exactement que de 19 d'entre eux.

GARÇONS	FILLES
2 ans 1/2.	25 mois.
11 ans 1/2 (début avant 5 ans).	5 ans 1/2 (début depuis 1 an).
4 ans 1/2.	3 ans 1/2.
4 ans.	6 ans (symptômes à 4 ans).
2 ans 1/2.	2 ans 1/2.
8 ans (début à 4 ans).	5 ans.
15 mois.	2 ans 1/2.
16 mois.	14 mois.
	7 ans 1/2 (début à 3 ans).
	22 mois.
	11 ans (début dans la 1 ^{re} enfance).

Briquet (déjà cité) note 54 cas où les premières manifestations ont ap-

(¹) BARTHEZ. *Gaz. des hôp.*, 1870, XLIII, p. 89-94.
(²) VARIOT. *Journal de clin. et de thérap. infantile*, 1896.

paru avant l'âge de 5 ans. Georget relate un cas à 9 ans, un autre à 11 ans. Klein sur 58 cas n'en trouve pas un seul au-dessous de 12 ans.

Beau, Paris, Geffrier citent aussi de nombreux cas d'hystérie infantile, mais pas avant 7 ans. Raulin cite 2 cas dont les manifestations se sont montrées à 5 et à 4 ans. Vibert a lu à la Société de médecine légale l'observation d'un enfant dont le début de l'hystérie remonte à l'âge de 12 mois. Comby en a vu une à 2 ans. Guyot à 4 ans. Batault parle aussi d'un homme hystérique depuis l'âge de 2 ans. Dans les 292 cas qu'il rapporte on trouve :

De 0 à 10 ans	10 cas (âge minimum : 2 ans 9 mois).
De 10 à 15 ans	44 cas.

STATISTIQUE DE M. PITRES

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
De 6 à 10 ans	1	1	2
De 11 à 15 ans	4	12	16

(Sur 100 cas)

Enfin M. Bitot (*Thèse de Bordeaux*, 1890 : Hystérie masculine), sur 22 cas d'hystérie chez l'homme, en trouve seulement 2 à 14 ans.

De tous ces faits comparés, il n'est pas possible — on le voit — de tirer une conclusion. Un certain nombre ont été recueillis à une période de la littérature médicale où l'hystérie masculine n'était guère envisagée, exception faite pour les statistiques de Bataut, de Pitres et de Bitot, qui d'ailleurs ne concernaient pas spécialement l'enfance. « Si je consulte, dit M. Bézy (*op. cit.*, page 4), mes souvenirs personnels, je vois que sur environ 5000 enfants différents que j'ai examinés au dispensaire, annexe de la clinique, tous ceux qui sont inscrits sous le diagnostic hystérie ont au moins *cinq ans*. »

De tout cela il semble résulter que si l'hystérie peut se montrer dans la toute première enfance, elle est surtout fréquente *après cinq ans*, plus fréquente encore après 10 ans — et pour les deux sexes — même si l'on admet l'opinion de Chaumier qui fait entrer dans le cadre de l'hystérie une grande partie des convulsions éclamptiques et des troubles de la dentition.

Avant 5 ans, la proportion serait à peu près égale pour les deux sexes.

De 5 à 10 ans, la proportion serait plus forte pour les filles.

De 10 à 15 ans, même proportionnalité que de 1 à 5 ans.

Il semble qu'il y aurait un peu plus d'un garçon pour deux filles atteints d'hystérie. La menstruation paraît avoir une influence nulle, ou du moins peu notable, puisque l'âge des grands a la même influence dans les deux sexes. Toutefois l'époque de l'« évolution » n'est pas indifférente. C'est elle qui, d'ailleurs, favorise l'éclosion de la chorée¹, dont les rapports avec l'hystérie sont parfois si malaisés à tracer, et de la chlorose, qui s'accompagne si fréquemment d'hystérie que Guéneau de Mussy en faisait la compagne presque habituelle. Telles sont les conclusions, d'ailleurs revisables, auxquelles je suis arrivé de mon côté dans la statistique des cas que j'ai observés tant dans ma clientèle privée qu'à la consultation externe de l'hôpital des

(¹) TRIBOULET. *Du rôle possible de l'infection dans la chorée*. Paris, 1895.

Enfants (de Bordeaux) où il passe environ 6000 enfants (de tous genres) par an, et où j'ai créé une consultation spéciale pour les maladies nerveuses.

Si les positions sociales importaient autrefois, elles tendent aujourd'hui à s'équilibrer au point de vue des causes prédisposantes et efficientes de l'hystérie. On peut donc dire qu'on la trouve à la campagne comme à la ville, sous l'habit élégant autant que sous le sarreau. Ce n'est pas comme pour l'adulte où, d'après les recherches de Marie, de Souques et de Gilles de la Tourette, l'hystérie masculine *dans les hôpitaux* serait deux fois plus fréquente que l'hystérie féminine. C'est que les causes déterminantes, les agents provocateurs agissent davantage chez l'homme du peuple qui y est plus exposé, tandis qu'ils s'équilibrent à peu près chez l'enfant.

Quant aux races, il n'est pas facile de savoir si l'hystérie est moins fréquente chez les Allemands et les Anglais, comme ceux-ci l'affirment, que chez les peuples latins, que chez nous en particulier, dont le système nerveux est plus irritable. C'est possible au demeurant. Ce qui ne fait pas de doute, par exemple, parce que tout le monde peut le constater, c'est que, dans la race blanche, ce sont les Israélites, petits et grands, qui y payent le plus lourd tribut, comme du reste à toutes les maladies nerveuses.

Symptomatologie. Formes. Variétés. — Tout phénomène nerveux n'est pas nécessairement un phénomène *hystérique*. Je ne cesserai de le répéter. De même tous les bizarres, originaux ou déséquilibrés, ne sont pas des *neurasthéniques*. La qualification, dans un cas comme dans l'autre, ne doit être appliquée qu'avec son sens précis, c'est-à-dire à des *malades* de l'une ou de l'autre espèce. A coup sûr, il ne faut pas en abuser ni en user même à la légère. Il n'est pas douteux non plus que l'hystérie, pour nous en tenir à elle, procède par gradation; qu'elle offre des formes légères, effacées, à peine estompées; qu'elle existe parfois à l'état d'incubation pour ainsi dire; qu'on la devine plutôt qu'on ne la trouve. Si je ne craignais de comparer des choses si essentiellement différentes, je dirais qu'il en est de l'hystérie comme de la diphtérie. La présence du bacille spécifique ne suffit pas à faire un diphtéritique, puisqu'il lui faut la virulence qui crée la maladie. Qui oserait dire pourtant que l'enfant, porteur de ce bacille, n'est pas en puissance de diphtérie latente? Vienne la cause occasionnelle, et le diphtéritique bactériologique comme l'hystérique en puissance deviendront tous les deux des sujets cliniques, c'est-à-dire des malades. D'où la justification de la proposition que j'ai formulée, pour mettre d'accord les opinions extrêmes, de décrire à part, comme variétés distinctes, l'hystérie *larvée, naissante, dissociée et complète*.

A. — *Hystérie larvée.* — Ainsi que le mot le signifie, en pareil cas l'hystérie existe, mais ne se voit pas; elle est masquée. Les enfants qui la présentent peuvent appartenir à tous les âges, depuis le plus tendre jusqu'à celui qui approche de l'âge de l'adulte. Ce sont les phénomènes psychiques qui dominent chez eux. On dit qu'ils sont *nerveux*. J'ai déjà montré, à propos de l'étiologie, ce qu'il fallait entendre par l'état nerveux chez l'enfant, état complexe où il convenait de distinguer plusieurs facteurs. Dans ce complexe, il y a certainement une part qui revient à l'hystérie. Ces ner-

veux proprement dits, qu'il faudrait appeler peut-être des *nervosiques*, sont le plus souvent des héréditaires que la névrose attend, qui deviendront des hystériques si l'occasion leur en est fournie, ou qui resteront au contraire de simples « candidats », sauvés en quelque sorte par leur éducation, leurs occupations, le milieu dans lequel ils ont vécu, l'absence heureuse de toute pierre d'achoppement. Ces individus auront parfois des enfants hystériques.

Tout petits ils commencent par présenter de l'insomnie. Il y a positivement des enfants qui ne dorment presque jamais, sans qu'on puisse incriminer une cause quelconque. Parfois, mais bien rarement, ils dorment plutôt d'un sommeil léthargique (cas de M. Comby). Ils crient d'une façon tout à fait anormale, sans qu'aucun dérangement de la santé puisse être invoqué. Sans révéler, comme le veut Kassowitz, aucun signe de rachitisme évident, ils perdent facilement respiration pendant leurs scènes de pleurs, ils ont du pseudo-spasme de la glotte, du spasme complet même. Ce sont ces enfants qui sont parfois atteints de cette contracture singulière des extrémités qu'on appelle la tétanie. Ils ont la pupille serrée, contractée. Au moindre attouchement, au moindre bruit ils tressaillent et sursautent. J'ai souvent constaté aussi que leur miction était d'une fréquence vraiment extraordinaire, tandis qu'ils souffraient d'une constipation opiniâtre. Leur développement se fait d'ailleurs d'une façon très régulière.

Un peu plus tard, ils sont atteints de ces lésions de la peau sur lesquelles Ollivier a appelé à plusieurs reprises l'attention, qu'il a décrites sous le nom d'urticaire nerveuse, et qui ne sont autres originellement que du prurigo ou plutôt du prurit comme on dit aujourd'hui en langage dermatologique (Besnier, Brocq). Ces lésions sont féroces et tenaces. Elles troublent profondément leur repos et contribuent à augmenter leur agitation.

Plus âgés encore, ils offrent ce qu'on pourrait appeler *le caractère hystérique*. Si l'habit extérieur, la couleur des cheveux, de la peau, l'aspect fin et délicat du visage n'ont plus l'importance qu'on leur attribuait autrefois, il n'en est pas moins vrai que l'hystérique en puissance, même enfant, surtout enfant, a pour attribut un état mental tout à fait caractéristique. En dehors de sa facilité à subir les impressions extérieures, la « suggestion », l'enfant *nerveux* est fantasque, capricieux, volontaire; il est faiseur d'histoires, simulateur et plus menteur que ne le veut l'école de la Salpêtrière; il est déjà prétentieux, coquet, et aime à attirer l'attention sur sa personne.

Exagéré dans ses manifestations affectives, il est emporté, violent, méchant, féru de l'esprit de contradiction. Sa sécrétion urinaire est tantôt rare, tantôt exagérée, et les urines sont toutes blanches. A la moindre émotion morale, le besoin d'uriner apparaît. D'autres fois, c'est de la diarrhée. Les pupilles alors sont le plus souvent très larges et dilatées. On note des palpitations cardiaques; parfois la syncope se produit.

J'ai observé aussi des bizarreries de caractère. L'enfant émet les idées les plus baroques, ou bien il a peur de tout, de l'obscurité, de mourir, de s'empoisonner, d'être malade; il a des préoccupations au-dessus de son âge. D'autres fois il est jaloux, jusqu'à en être incommodé dans sa santé, de son petit frère, de sa petite sœur, de ses petits amis; il met dans ses affections

la même excessivité que dans ses antipathies. Son appétit est médiocre; son sommeil est tourmenté. Il remue constamment dans son lit. Il est plutôt maigre. Ses yeux sont cernés, creux. Sa figure peut révéler, comme je l'ai vu, l'aspect « démoniaque », beaucoup moins pourtant que dans l'hystérie confirmée. S'il vient à faire une maladie aiguë, le pouls devient désordonné, tumultueux, et, à la convalescence, il présente une lenteur et une irrégularité inquiétantes si l'on n'était prévenu. Les maladies de ces enfants sont coupées d'incidents pathologiques qu'on a englobés sous le nom de *méningisme* (Dupré, *Congrès de médecine interne de Lyon*, 1894) et qui représentent, moins la lésion, le tableau à peu près complet de la *méningite*. « C'est pour l'avenir du malade, dit M. Pochon (dans sa thèse), que la constatation de méningisme a la plus grande importance. Si l'on examine les observations de sujets revus quelques années plus tard, on remarque que presque tous sont devenus des névropathes. Leur constitution nerveuse, dont les accidents antérieurs étaient la signature, s'est développée ultérieurement. On pourra donc considérer tout enfant ayant présenté du méningisme comme prédisposé à l'hystérie, qui se manifestera à une époque variable. » Dans cette forme latente, il est rare de constater la présence des stigmates somatiques. On trouve pourtant assez fréquemment (quand on peut le rechercher) le rétrécissement du champ visuel qui m'a paru le plus constant, et aussi l'abolition du réflexe pharyngien qui n'a peut-être pas, d'après mon expérience, l'importance, absolue tout au moins, qu'on lui a attribuée.

B. — *Hystérie naissante*. — On a vu dans cette forme les *prodromes lointains* de l'hystérie (Pitres); mais déjà les troubles mentaux y sont plus accusés. Il s'y joint aussi des manifestations somatiques plus actives, plus évidentes. C'est donc déjà de l'hystérie. Il faut savoir que la neurasthénie s'y associe fréquemment, souvent aussi la dégénérescence mentale. En dehors de leur hérédité névropathique, ces enfants sont issus de parents alcooliques ou syphilitiques. C'est en grande partie d'eux que Jules Simon a voulu parler dans la description clinique qu'il a tracée de l'*irritation cérébrale* (leçons cliniques) et qui ne répond à aucun type bien défini. Les enfants de 2 à 5 ans y sont surtout enclins. Leur état mental est, bien entendu, le même que dans la forme précédente, avec l'exagération possible qu'on peut prévoir.

La nuit, au milieu de leur sommeil, ils sont pris tout à coup de terreurs inexplicables, de cauchemars, d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, que l'on a de la peine à calmer, car ils ne reconnaissent et n'entendent personne. Soltmann a donné de ces terreurs nocturnes — *pavor nocturnus infantium* — une bonne théorie. Elles sont pour ainsi dire spéciales à cet âge. Il faut les distinguer des phénomènes cérébraux, réflexes, du même genre, mais de moins longue durée et d'intensité moindre, qui surviennent chez les enfants dont les digestions sont laborieuses, qui mangent trop, trop vite et des aliments mal choisis; ou chez ceux qui sont porteurs de tumeurs adénoïdes du naso-pharynx (Chaumier) et qui présentent, dès qu'ils sont endormis, des troubles respiratoires et circulatoires, véritable cause de l'étouffement primordial et de l'effroi consécutif. Chez ces derniers, d'ailleurs, il existe des

phénomènes objectifs et subjectifs, parmi lesquels je signalerai surtout le ronflement et l'hypersalivation nocturne, suffisants pour mettre sur la voie du diagnostic différentiel. Les enfants atteints de l'effroi puéril non justifié, phénomène de névrose, parlent la nuit et se livrent à des actes de véritable somnambulisme. Par suite de leurs hallucinations, ils présentent de l'incontinence nocturne d'urine. Dans le jour, quand ils sont réveillés, ils n'urinent plus sous eux. C'est dans leur sommeil que cet accident arrive. Selon l'expression de J.-L. Petit, ils *révent* qu'ils urinent dans un pot de chambre, contre un mur ou autres lieux. Il faudra cependant scruter soigneusement les conditions dans lesquelles se produira cet accident d'incontinence. Il est loin d'être pathognomonique; il peut être dû à des causes autres que l'hystérie (à l'épilepsie par exemple), pour ne citer qu'elle; il peut même n'avoir aucune signification.

Le blépharospasme intermittent ou battement spasmodique des paupières; l'onychophagie; d'autres habitudes automatiques, telles que la tétée des doigts, la confrication d'une partie quelconque du corps, principalement de l'oreille ou de la peau du crâne, caractérisent encore ces enfants, pourvu que ces phénomènes ne soient pas portés au point d'être des tares, comme dans la dégénérescence mentale pure. Les troubles mentaux existent ici aussi, sans que les stigmates apparaissent. Charcot y a insisté plusieurs fois.

On rencontre encore très fréquemment le bégaiement qui se montre et disparaît, souvent sans raison; l'aboiement, le hoquet, le mutisme à un degré léger, le délire maniaque. Puis ce sont les troubles digestifs, l'anorexie, la crainte de manger, la sensation de boule, la céphalalgie, des éruptions subites accompagnées de vives démangeaisons....

Chez les plus jeunes, on note le grincement des dents pendant le sommeil, des scènes de colère qui arrivent à ce que Ollivier appelle la « pâmoison », des tremblements rythmés de la tête, des tics passagers, celui de Salaam par exemple, et parfois du nystagmus ou du strabisme non durable. J'ai observé ce dernier phénomène plusieurs fois pendant le cours d'éruptions dentaires très douloureuses.

Enfin, chez les tout petits, on peut constater des attaques spasmodiques, des convulsions véritables. L'éclampsie infantile (mauvais mot) n'a pas vu encore sa pathogénie entièrement élucidée. S'il ne faut pas la faire rentrer toute dans le cadre de l'hystérie, comme le veut avec exagération M. Chaumier (*op. cit.*), si la plupart des convulsions (qui s'accompagnent d'ailleurs d'élévation de la température) sont dues à une infection, à une intoxication externe ou à une auto-intoxication, il faut reconnaître qu'il en est quelques-unes d'idiopathiques dont le caractère et l'allure rappellent tout à fait les attaques convulsives de l'hystérie. Ces convulsions sont périodiques. Elles sont froides, elles persistent parfois pendant toute la première enfance. Elles se montrent sous l'influence de la cause la plus banale, parfois sans cause. Enfin je les ai vues revêtir, en se dégradant, l'aspect du petit mal épileptique, dont elles ont seulement le masque et dont elles ne gardent point l'incurabilité. Les enfants offrent en pareil cas le stigmate héréditaire et les cir-

constances qui entourent leur maladie ne permettent pas la moindre hésitation quant à la névrose.

C. — *Hystérie dissociée*. — Ici la description synthétique n'est pas possible, une simple énumération suffit. Les phénomènes ne se groupent point encore, mais ils sont remarquables par leur fixité et, si je puis dire, par leur profondeur. C'est aux environs de la puberté qu'on les rencontre communément. Si la menstruation elle-même n'a pas d'influence marquée sur leur production pas plus, d'ailleurs, que sur les manifestations générales de l'hystérie, on ne peut nier que l'établissement des règles, la « croissance », les influencent sensiblement, et qu'à ce titre ils doivent rentrer dans le groupe des maladies de l'évolution. La disproportion entre le développement exagéré du corps et la misère de ses forces vives, physiques et psychiques, détruit forcément l'équilibre de la santé et l'hystérie est une des premières résultantes de cette rupture. C'est évidemment pour cette raison que les petites filles sembleraient pouvoir y être plus exposées que les petits garçons.

Il faut citer en première ligne, parmi les accidents capables d'atteindre ces enfants, le vertige qui survient à plusieurs reprises dans la journée, les prend au milieu de leurs jeux et est indépendant, en particulier, de toute lésion des voies digestives; les spasmes rythmés et la chorée rythmée, dont Charcot a eu bien soin de montrer l'indépendance d'avec la chorée de Sydenham ou chorée vulgaire (bien que les différences soient peu marquées parfois) et qui présentent une variété désespérante de formes; les tics hystériques (Pitres) qui peuvent s'exalter sous forme de paroxysmes et qui ne s'accompagnent point de douleurs; la céphalalgie opiniâtre qu'on a trop de tendance à considérer comme un pur phénomène de croissance, alors qu'il s'agit d'une détermination vraiment hystérique (Jules Simon); les troubles, les spasmes respiratoires simples et mixtes entrecoupés de soupirs, de hoquets et de bâillements; les troubles du langage, la surdi-mutité; la dyspnée et le pseudo-asthme; le bégaiement, la toux et l'aphonie; l'hémoptysie qu'on prend si souvent pour un signe de phtisie au début, et dont l'extrême rareté chez l'enfant et les caractères spéciaux devraient fixer la nature.

On observe sur l'appareil digestif diverses manifestations de l'hystérie, dont la gastralgie est le type chez l'enfant. C'est un paroxysme avec une zone hyperesthésique hystérogène de la muqueuse. Les vomissements incoercibles se voient souvent aussi. Au nombre des déterminations intestinales propres à cet âge, il faut signaler surtout l'atonie, la tympanite ou pneumatose gastro-intestinale, pouvant simuler la péritonite aiguë ou généralisée, et la péritonite tuberculeuse, l'obstruction intestinale, l'appendicite (Talamon, 1897).

Du côté des voies génito-urinaires, on observe la polyurie, la cystalgie, plus rarement la paralysie vésicale ou l'ischurie et l'anurie, et en même temps ou isolément, l'apparition précoce et d'ailleurs passagère des règles, trouble trophique évidemment du même ordre que l'hémoptysie.

Les troubles trophiques cutanés ne sont pas exceptionnels. Ils sont con-

stitués par des phénomènes d'asphyxie locale, des sueurs localisées ou généralisées, de l'urticaire, rarement de l'œdème des pieds et des mains rappelant l'œdème qu'on a récemment décrit sous le nom d'angio-neurotique (Courtois-Suffit), plus fréquemment des éruptions humides diverses.

Les troubles du côté des yeux sont rares au contraire. On a pourtant signalé des cas de cécité hystérique (Duj.-Beaumetz et Abadie, 1879), d'amaurose double (Panas, 1886), d'anesthésie de la rétine (Parinaud, 1889), d'ophtalmoplégie (Sauvinau, 1892), d'amaurose double absolue et de perversion de la vision binoculaire (Cruchet, 1901).

Rare aussi l'anesthésie, tandis que l'hyperesthésie est très commune dans l'enfance. Suivant son siège, elle détermine des lésions souvent trompeuses: c'est ainsi qu'autour des jointures, elle provoque les arthralgies avec claudication, myalgie, impotence (coxalgie hystérique, pseudo-mal de Pott); autour des parois thoraciques, elle reproduit le tableau d'une affection du cœur ou des poumons; sur la tête et le cuir chevelu (clou hystérique, céphalée), elle simule dans l'état de mal hystérique la méningite tuberculeuse ou toute autre lésion cérébrale, etc.

Les contractures, les tremblements, les paralysies sont enfin l'apanage de l'enfant hystérique. Le polymorphisme caractérise ces tremblements qui sont cependant plus souvent partiels et succèdent à un traumatisme, à une frayeur, à un choc moral quelconque, à une *attaque convulsive* (Dutil, de Paris; Perret, de Lyon). Les contractures frappent surtout les muscles du cou pour constituer le torticolis spasmodique, dont l'évolution, le diagnostic et le pronostic sont si intéressants (Paul Richer, Jules Voisin, de Renzi, Brissaud); les muscles du tronc pour « simuler » la scoliose¹; les muscles de la paroi abdominale pour imiter les lésions organiques du ventre. Les paralysies affectent la forme hémiplegique, mais surtout la forme paraplégique, et alors la paralysie est flasque ou avec contracture, et le diagnostic pourra hésiter entre une lésion réelle et le trouble dynamique: pied bot et ses variétés (Gilles de la Tourette, 1896); enfin la forme monoplegique, d'un diagnostic ordinairement plus aisé. Tous ces accidents, dans cette longue énumération, pourront se grouper plusieurs à la fois ou exister seuls. Pour les reconnaître en l'absence habituelle des stigmates, pour surprendre leur véritable nature, il faudra recourir surtout aux circonstances concomitantes et asseoir sur elles son jugement définitif.

Dans l'hystérie, même la plus irrégulière, on reconnaîtra toujours, lorsqu'on saura bien les chercher, des lambeaux, des phrases détachées du type, significatives pourtant, et qu'on joindra au reste, et rien ne sera plus utile pour le diagnostic que leur constatation.

Astasie-Abasie. — Il existe un syndrome intéressant sur lequel l'attention fut attirée par Blocq (*Arch. de neurol.*, 1888), qui a été l'objet de nombreux travaux et sur lequel je veux insister parce qu'il exercera souvent la sagacité du clinicien; c'est l'*astasie-abasie*. On nomme ainsi un état morbide dans

⁽¹⁾ DURET. *Cypho-scoliose hystérique*, 1888. — *Rapports des déviations du rachis avec la névropathie héréditaire*, 1885. — VIC. *De la scoliose hystérique*. Paris, 1892. — GRANCHER. In thèse Besson. *Étude sur les déviations de la taille d'origine réflexe*, 1888.

lequel l'impossibilité de la station verticale et de la marche normale contraste avec l'intégrité de la sensibilité, de la force musculaire et de la coordination des membres inférieurs, et où, par conséquent, il n'y a pas de paraplégie véritable. Il y aurait, dans ce cas, une influence d'arrêt portant exclusivement son action sur le centre cortical de la station et de la marche, et le phénomène serait comparable à l'anesthésie systématisée portant non point sur toutes les sensations d'un sens donné, mais sur un groupe de sensations formant système.

Il y aurait dans l'astasia-abasie absence, oubli, ou perversion des *représentations mentales* qui constituent la station ou la marche, tandis que celles qui se rapportent aux modes de progression (les malades astasiques-abasiques peuvent courir, sauter, marcher à quatre pattes) ou aux mouvements généraux des membres, persistent et sont intactes. En un mot, pour Blocq et pour Charcot, il s'agit, en pareil cas, d'une *akinésie psychique systématisée*, et, pour M. Sollier, d'une variété d'amnésie où l'excitant initial, le contact du sol avec la plante du pied, n'éveille plus le souvenir du premier mouvement élémentaire.

Quelle que soit la théorie, le phénomène serait dû à une perturbation plus ou moins marquée dans les fonctions cérébrales.

L'astasia-abasie peut être paralytique, choréiforme ou trépidante, elle se rapproche alors du spasme saltatoire de Brissaud.

Tout récemment (*Soc. de neur. de Paris*, nov. 1901), Haskerec (de Prague) a décrit sous le nom d'akathisie (de ἀκαθισία, je m'asseois) un syndrome singulier qu'il compare à la forme trépidante de l'astasia-abasie et qui consiste en une série de mouvements automatiques, forcés et involontaires, se produisant quand le malade s'assoit. Ils sont tellement fréquents qu'ils rendent impossible la position assise et forcent le sujet à rester debout.

Le diagnostic de l'astasia-abasie ne sera pas toujours aisé. La nature hystérique du syndrome prête parfois à de justes doutes, dit Gilles de la Tourette, attendu que la présence des stigmates n'est pas la règle. Il faudra la distinguer avec soin des paralysies ou parésies organiques apparaissant dans la convalescence des maladies infectieuses ou toxiques (qui servent d'ailleurs d'amorce, de prétexte aux paralysies hystériques) et aussi des troubles similaires résultant de lésions matérielles du cerveau ou du cervelet (Auset, *Echo médical du Nord*, 1900), ou tout simplement d'un traumatisme plus ou moins violent.

Il faut enfin la séparer nettement d'une autre variété d'impossibilité à marcher ou à se tenir debout qu'on désigne sous le nom de stasobasophobie, mot employé pour la première fois par MM. Debove et Bouloche (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 1895) et dans laquelle le malade est pris non plus d'akinésie ou d'amnésie, mais d'angoisse, de peur, de phobie et ultérieurement d'impuissance. Les stasobasophobes ne sont pas toujours, mais sont souvent des hystériques, il faut l'avouer, et, ce qu'il y a de curieux à signaler, c'est l'alternance, qu'on n'a pas assez notée, de certaines manifestations hystériques avec la basophobie, ce qui établit bien le trait d'union entre les différents aspects de la grande et mobile névrose.

D. — *Hystérie massive* ou *grande hystérie*. Il existe dans l'hystérie, comme dans toute maladie générale, dit Gilles de la Tourette, un fonds commun sur lequel évolue l'ensemble des phénomènes constitutifs de l'affection. Ce fonds commun, ce sont les *stigmates permanents*; les phénomènes constitutifs, ce sont les *paroxysmes*: d'où la division en *hystérie normale* ou *inter-paroxystique* et *hystérie pathologique* ou *paroxystique*. Cette conception, bonne pour l'adulte, ne vaut plus chez l'enfant où le fonds commun est constitué habituellement non par les stigmates (qui manquent si souvent ou qui sont si réduits), mais par un état général hystérique, par le tempérament, par le côté psychique. C'est sur *cet état psychique* qu'évoluent en définitive les phénomènes de l'hystérie. C'est pourquoi nous l'avons pris pour substratum, comme répondant à la réalité des choses; et notre description a montré l'implantation successive et la ténacité croissante, de plus en plus grave, des *manifestations* hystériques dans l'enfance. Nous en sommes arrivés ainsi peu à peu au plus bruyant des symptômes, au plus fréquemment observé des paroxysmes aigus, au plus important peut-être par les développements de tout ordre qu'il comporte, au paroxysme convulsif, à la grande attaque ou attaque hystérique proprement dite.

Celle-ci peut éclater brusquement, mais le plus souvent on observe une accentuation des troubles psychiques décrits. L'enfant devient plus triste, plus bizarre, plus irritable. Il a des douleurs de tête plus intenses. Son sommeil est plus agité, son appétit diminue. On sent venir l'orage (période préconvulsive de Pitres). Enfin un jour, sous une influence quelconque, nulle parfois, mais le plus souvent sous le coup d'une vive émotion, d'une contrariété, d'un coup de colère, l'attaque se déclare. Brusquement apparaissent les phénomènes de l'aura, phénomènes d'ailleurs très variés, le plus souvent d'ordre sensitif ou sensoriel, quelquefois moteurs, partant soit de l'ovaire, soit du testicule, soit de la tête, soit de l'œil, et s'accompagnant de la boule et de la sensation de strangulation; quelquefois l'aura manque complètement. D'autres fois on y trouve une prédominance telle des phénomènes spasmodiques, particulièrement du côté du larynx, que l'*attaque de spasme*, se prolongeant ou non en état de mal, peut se constituer et entraîner la mort. Il en a été publié plusieurs cas dans ces derniers temps, et l'autopsie n'a révélé aucune lésion.

Quant à l'attaque elle-même, qui est devenue classique depuis les travaux de Charcot et Richer, elle se compose, comme on sait, de quatre périodes: la période épileptoïde; la période des contorsions ou des grands mouvements; la période des attitudes passionnelles; la période du délire.

Mais il s'en faut que ces périodes soient en tout semblables chez l'enfant et chez l'adulte. Chez l'enfant, le paroxysme convulsif revêt rarement d'emblée le type complet de la grande attaque: celle-ci va se complétant avec l'âge (voir Gilles de la Tourette, *op. cit.*, p. 8 et renvoi 1). Certaines des périodes qui la constituent existent seules ou prédominent à l'encontre des autres. C'est ainsi que la convulsion est presque isolée dans la première jeunesse, alors que chez les enfants plus âgés la période délirante tend à empiéter sur les autres au point de les effacer. C'est évidemment l'évolution