

## Sigmund FREUD

Cet article a été publié en 1888 dans *Handwörterbuch der gesamten Medizin* (« Manuel de la médecine entière »), édité sous la direction du docteur A. Villaret, Stuttgart, édition Ferdinand Enke, tome I, p. 886-892. Il a été republié en 1953 dans *Psyché*, Stuttgart, tome VII, n° 9, p. 486-500, puis dans les *Gesammelte Werke, Nachtragsband Texte aus den Jahren 1885-1938*, édités sous la direction d'Angela Richards, introduit et commenté par Ilse Grubrich-Simitis, Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag, 1999 (Fischer Verlag, 1987), p. 69-90.

Dans une note préliminaire à l'article de Freud dans le *Nachtragsband, Texte aus den Jahren 1885-1938*, p. 66-68, l'éditeur fournit quelques renseignements précieux à propos de ce texte, dont voici un bref résumé.

Cette contribution sur l'hystérie dans un manuel de médecine n'est pas signée de Freud, mais son nom figure parmi les auteurs à la fin de l'ouvrage. Lors de la publication dans *Psyché*, les arguments en faveur de l'origine freudienne ont été résumés de façon convaincante par Paul Vogel (1953).

Freud fait état de sa collaboration avec Villaret dans trois lettres à Fliess (les lettres 1, 4 et 5). Vers la fin de l'article, le traitement carthartique est décrit et attribué à Breuer, alors que la première publication faisant état de cette méthode ne sortit qu'en 1893. Freud connaissait les avancées des recherches de Breuer avant de partir à la Salpêtrière en 1885. Des éléments de son travail différenciant les paralysies organiques et les paralysies hystériques, publié en 1893, apparaissent dans cet article dans des termes identiques. Le terme « inconscient » est employé dans son acception psychanalytique. La paternité de Freud concernant cet article peut donc être considérée comme acquise.

### Hystérie (dans le *Handwörterbuch*<sup>1</sup> de Villaret)

Hystérie, la (υστερα, utérus), (all. *Hysterie* f ; angl. *hysterics* [sic] ; it. *isteria* f, *isterismo* m).

**I. Histoire.** Le nom d'hystérie tire son origine des plus anciennes époques de la médecine et est une retombée du préjugé, vaincu seulement à notre époque, préjugé qui noue la névrose aux maladies de l'appareil génital féminin. Au Moyen Âge, la

---

1. Dictionnaire d'un format maniable, moyen, commode, un manuel.

névrose a joué un important rôle historico-culturel et s'est manifestée au travers d'épidémies par contagion psychique. Elle donne un fondement aux faits réels de l'histoire de la possession et de la sorcellerie. Les documents de cette époque témoignent que la symptomatologie n'a pas connu de modification jusqu'à aujourd'hui. Une appréciation et une meilleure compréhension de la maladie ne commencent qu'avec les travaux de Charcot et de l'école de la Salpêtrière inspirée par lui. Jusqu'alors l'hystérie était la bête noire <sup>2</sup> de la médecine ; les pauvres hystériques qui autrefois ont été exorcisées ou brûlées comme possédées tombèrent à l'époque éclairée dans la malédiction du ridicule ; considérés comme simulation et exagération, leurs états furent jugés indignes d'une observation clinique.

L'hystérie est une névrose au sens le plus strict du terme, c'est-à-dire que non seulement il n'y a pas de modification perceptible du système nerveux mais de plus on ne peut pas s'attendre à ce qu'une quelconque amélioration des techniques anatomiques en amène la preuve. L'hystérie repose entièrement sur des modifications physiologiques du système nerveux et sa nature devrait être exprimée par une formule qui tiendrait compte des rapports d'excitabilité des différentes parties du système nerveux. Une telle formule physio-pathologique n'a cependant pas encore été trouvée ; d'ici là, on doit se contenter de définir la névrose de façon purement nosographique par l'ensemble des symptômes s'y présentant, à l'instar de la maladie de Basedow qui est caractérisée par le groupe de symptômes : exophtalmie, goitre, tremblement, accélération du pouls et modifications psychiques, sans tenir compte des connexions plus étroites entre ces phénomènes.

**II. Définition.** Encore aujourd'hui, les auteurs allemands aussi bien qu'anglais ont l'habitude d'attribuer arbitrairement les désignations d'« hystérie » et d'« hystérique » et de mélanger « hystérie » et nervosité générale, neurasthénie et beaucoup d'états psychotiques ainsi que beaucoup de névroses non encore mises en relief issues du chaos des maladies nerveuses. Charcot en revanche tient ceci que *l'hystérie* a un tableau clinique nettement délimité et bien différencié qui, dans les cas extrêmes, la dite « grande hystérie » (ou hystéro-épilepsie), est le plus clairement reconnaissable. En outre, l'hystérie est ce qui se joint à partir des formes plus légères et rudimentaires au type de la grande hystérie se nuancant graduellement jusqu'à ce qui est considéré comme normal ; l'hystérie est fondamentalement distincte de la neurasthénie, à vrai dire, elle lui est même opposée.

---

2. En français dans le texte.

**III. Symptomatologie.** La symptomatologie de la « grande hystérie » est extrêmement riche mais pas pour autant sans loi et se compose d'une suite de symptômes auxquels appartiennent :

**1. Des crises de spasmes.** Celles-ci sont précédées d'une aura singulière : une pression dans l'épigastre, un serrement de la gorge, un battement dans les tempes, des sifflements dans les oreilles ou des parties de cet ensemble de sensations. Ces sensations dites d'aura apparaissent aussi chez l'hystérique de façon indépendante ou représentent à elles seules une crise. C'est le *globus hystericus* qui est particulièrement connu : un sentiment dû aux spasmes dans la gorge, comme si une balle remontait de l'épigastre vers la gorge. Si elle est complète, la crise proprement dite fait apparaître trois phases. La première phase – « épileptoïde » – ressemble à une crise épileptique commune ou alors occasionnellement à une crise d'épilepsie unilatérale. La deuxième phase, [celle] des « *grands mouvements* <sup>3</sup> », montre des mouvements de grande ampleur comme les mouvements dits de salutation, les attitudes en arcs de cercle, des contorsions et ainsi de suite. Souvent, la force déployée est tout à fait colossale ; pour différencier ces mouvements d'une crise épileptique, il est utile de remarquer que les mouvements hystériques sont toujours exécutés avec élégance et coordination, ce qui contraste violemment avec la brutalité balourde des convulsions épileptiques. De plus, des blessures graves sont généralement évitées même pendant les spasmes hystériques les plus violents. La troisième phase – *hallucinatoire* – de la crise hystérique, celle [des] « *attitudes passionnelles* <sup>4</sup> », se distingue par les positions et les gestes qui appartiennent à des scènes passionnément mouvementées que le malade hallucine et qu'il accompagne de paroles en relation avec ces scènes. Durant toute la crise, la conscience peut être conservée ou perdue, le dernier cas est plus fréquent. Des crises ainsi décrites se présentent souvent en séries, de sorte que tout l'accès peut durer plusieurs heures, voire plusieurs jours. L'augmentation de la température est, à l'opposé du tableau de l'épilepsie, peu considérable. Chaque phase de la crise ou chaque partie isolée d'une phase peut à elle seule représenter la crise. On rencontre naturellement bien plus souvent de telles crises raccourcies que les crises complètes. Particulièrement intéressantes sont les crises hystériques qui montrent à la place des trois phases un coma apoplectiforme ; ces crises sont dénommées « *attaques de sommeil* <sup>5</sup> ». Ce coma peut ressembler au sommeil naturel ou alors s'accompagner d'une telle baisse de la respiration et de la circulation qu'on peut le prendre pour la mort. On sait de source sûre que ces états peuvent se prolonger pendant des semaines et des mois ; pendant ce sommeil continu, l'alimentation du corps

---

3. En français dans le texte.

4. En français dans le texte.

5. En français dans le texte.

baisse lentement, il n'y a pas de danger vital y afférant. Le si caractéristique symptôme des crises manque chez à peu près un tiers des hystériques.

**2. Les zones hystérogènes.** Les zones dites hystérogènes sont intimement liées aux crises. Ce sont des parties du corps hypersensibles dont la stimulation légère déclenche une crise dont l'aura commence souvent avec une sensation à partir de cet endroit. Ces zones peuvent être localisées dans la peau, dans les parties profondes, les os, les muqueuses, et même au niveau des organes sensoriels ; elles se trouvent plus fréquemment sur le torse que sur les extrémités et font preuve d'une certaine prédilection pour des localisations, par exemple un endroit sur la paroi abdominale correspondant à l'emplacement des ovaires (même chez les hommes), le sommet de la tête, la région sous la poitrine, chez les hommes les testicules et le cordon spermatique. Souvent, une pression appliquée à ces endroits déclenche non pas des spasmes, mais des sensations d'aura. On peut aussi exercer une influence inhibitrice sur la crise spastique à partir de nombreuses zones hystérogènes ; une forte pression à l'emplacement de l'ovaire réveille, par exemple, beaucoup de malades de leur crise hystérique ou de leur sommeil hystérique. Chez de tels malades, on peut éviter une crise menaçante en leur faisant porter une ceinture semblable à un bandage herniaire dont la pelote fait pression sur l'ovaire. Tantôt les zones hystérogènes sont nombreuses, tantôt elles sont peu abondantes. Elles sont uni- ou bilatérales.

**3. Les troubles de la sensibilité.** Ceux-ci sont les indices les plus fréquents et les plus importants pour le diagnostic de la névrose et perdurent pendant les périodes d'intervalle. Ils ont d'autant plus de signification que, dans la symptomatologie des maladies organiques du cerveau, les troubles de la sensibilité jouent un rôle relativement minime. Ils consistent en une *anesthésie* ou en une *hyperesthésie* et font voir la plus grande liberté quant aux degrés d'extension et d'intensité, lesquels ne sont atteints dans aucune autre maladie. Peuvent être touchés par l'anesthésie : la peau, les muqueuses, les os, les muscles et les nerfs, les organes des sens et les viscères ; l'anesthésie de la peau est cependant la plus fréquente. À l'occasion de *l'anesthésie hystérique de la peau*, toutes les différentes sortes de sensibilité de la peau peuvent se dissocier et se comporter tout à fait indépendamment les unes des autres. L'anesthésie peut être totale ou ne concerner que la sensibilité douloureuse (le plus fréquent est l'analgésie) ou encore seulement la sensation de la température, de la pression, la sensation électrique ou la sensation des muscles. Une seule possibilité ne se manifeste pas dans l'hystérie : l'atteinte portée isolément à la sensation du toucher avec conservation des qualités restantes. Il arrive en revanche que de pures sensations de toucher donnent une impression douloureuse (aphalgésie). L'anesthésie hystérique est fréquemment si intense que même la plus forte faradisation des troncs nerveux ne produit pas de réaction. Selon son extension, l'anesthésie peut être totale et peut dans des rares cas toucher toute la surface de la peau et la majeure partie des organes

sensoriels. Plus fréquente est cependant l'*hémianesthésie*, semblable à celle produite par une blessure de la capsule interne ; elle se distingue néanmoins de l'hémi-anesthésie par maladie organique du fait qu'elle dépasse habituellement la ligne médiane, qu'elle inclut la langue, le larynx, les organes génitaux dans leur ensemble et que les yeux ne sont pas saisis sous forme d'hémianopsie mais en tant qu'amblyopie ou amaurose d'un œil. De plus, l'hémianesthésie hystérique dispose d'une plus grande liberté d'extension ; il arrive qu'un organe sensoriel ou un organe du côté anesthésié se soustraie entièrement à l'anesthésie, et chaque endroit sensible dans l'image de l'hémianesthésie peut être remplacé par l'endroit symétrique de l'hémi-corps opposé (transfert <sup>6</sup> spontané, voir plus loin). Pour finir, l'anesthésie hystérique peut se produire dans des foyers dispersés, uni- ou bilatéralement ou seulement partiellement, monoplégique sur les extrémités ou par tache sur des organes internes malades (larynx, estomac, etc.).

Dans tous ses rapports elle peut être représentée par une hyperesthésie. – Lors de l'anesthésie hystérique, les réflexes sensibles sont généralement diminués, ainsi le réflexe conjonctival, le réflexe d'éternuement et celui du pharynx. Les réflexes vitaux cornéen et de la glotte, en revanche, sont conservés. Les réflexes vasomoteurs et la dilatation des pupilles par la stimulation de la peau ne sont pas perturbés même si celle-ci est anesthésiée à un degré extrêmement élevé. L'anesthésie hystérique est généralement un symptôme qui doit être recherché par le médecin, car, même à l'occasion d'une large extension et d'une grande intensité, elle échappe la plupart du temps complètement à la perception du malade. À la différence des anesthésies organiques, il faut souligner que la perturbation hystérique de la sensibilité n'empêche pas en général l'activité motrice. Les parties hystériques-anesthésiées de la peau ont coutume d'être ischémiques et ne saignent pas lorsqu'on les pique, mais cela n'est qu'une complication et ne constitue pas une condition nécessaire de l'anesthésie. On peut artificiellement séparer ces deux phénomènes. Entre l'anesthésie et les zones hystérogènes, il y a souvent un rapport d'équilatéralité, comme si la sensibilité tout entière d'une grande partie du corps était serrée dans cette zone unique. – Les perturbations de la sensibilité sont ces symptômes sur lesquels on peut fonder le diagnostic d'hystérie même dans ses formes les plus rudimentaires. Au Moyen Âge, la découverte d'endroits anesthésiés et ne saignant pas (*stigmata diaboli*) convainquait le sujet du crime de sorcellerie.

**4. Les perturbations de l'activité sensorielle.** Celles-ci peuvent concerner tout organe sensoriel et apparaître simultanément avec ou indépendamment d'une modification de la sensibilité de la peau. Le trouble visuel hystérique consiste en une amaurose ou amblyopie unilatérale ou en une amblyopie bilatérale, mais jamais en

---

6. Mot allemand : *Transfert*.

hémianopsie. Les symptômes de celle-ci sont : un fond d'œil normal, l'abolition du reflexe conjonctival (affaiblissement du reflexe cornéen), un rétrécissement concentrique du champ visuel, une baisse de la sensibilité à la lumière et une achromatopsie. Concernant cette dernière, la sensation du violet se perd en premier et la sensation du rouge ou du bleu continue d'exister le plus longtemps. Les phénomènes n'obéissent à aucune théorie du daltonisme, les sensations isolées de la couleur se comportent indépendamment les unes des autres. Les perturbations de l'activité d'accommodation et les fausses conclusions en résultant sont fréquentes. En approchant et en éloignant les objets de l'œil, ils sont perçus doubles ou multiples et de tailles différentes de la taille d'origine (diplopie monoculaire accompagnée de macropsie et de micropsie). – La surdité hystérique est rarement bilatérale, la plupart du temps elle est plus ou moins complètement liée avec l'anesthésie du pavillon auriculaire, du conduit auditif externe et même du tympan. Concernant également la perturbation hystérique du goût et de l'odorat, on découvre généralement une anesthésie des muqueuses et des parties de la peau de l'organe concerné. Les paresthésies et les hyperesthésies des organes sensoriels inférieurs sont fréquentes chez l'hystérique ; de temps à autre on trouve un affinage extraordinaire de l'activité sensorielle, surtout concernant l'odorat et l'ouïe.

**5. Des paralysies.** Les paralysies hystériques sont plus rares que les anesthésies et sont pratiquement toujours accompagnées de l'anesthésie de la partie du corps paralysé, tandis que, à l'occasion de maladies organiques, les perturbations de la motilité prédominent et apparaissent indépendamment de l'anesthésie. Les paralysies hystériques ne tiennent pas compte de la structure anatomique du système nerveux, lequel marque de la façon la plus univoque l'extension des paralysies organiques. Surtout, il n'y a pas de paralysies hystériques que l'on pourrait mettre au même rang que les paralysies périphériques faciales, radiales et serratus, c'est-à-dire qui feraient participer en réunion des groupes musculaires, des muscles et la peau, comme elles se produisent par une innervation anatomique commune. Les paralysies hystériques sont comparables seulement aux paralysies corticales. Elles s'en distinguent cependant par une série de caractéristiques. C'est qu'il y a une hémiplégie hystérique à laquelle ne participent que le bras et la jambe du même côté ; il n'y a pas de paralysie hystérique du visage ; tout au plus, on trouve en plus de la paralysie des extrémités un spasme des muscles faciaux et de la langue qui se situe tantôt du côté de la paralysie, tantôt du côté opposé et qui s'exprime entre autres par une déviation excessive de la langue. Une autre caractéristique de l'hémiplégie hystérique se distingue du fait que la jambe paralysée n'est pas dirigée par un mouvement circulaire de la hanche, mais qu'elle est traînée comme un poids mort. L'hémiplégie hystérique est toujours liée à une hémianesthésie qui est la plupart du temps fortement marquée. En outre, on trouve dans l'hystérie un bras ou une jambe paralysés séparément ou alors la paralysie

des deux jambes (paraplégie). Dans le dernier cas, il peut y avoir en plus de l'anesthésie des jambes une paralysie de l'intestin et de la vessie et ainsi une ressemblance forte avec le tableau d'une paraplégie spinale. Au lieu de s'étendre sur la totalité de l'extrémité, la paralysie peut agir sur des segments de celle-ci : la main, l'épaule, le coude, etc. À cette occasion, il n'y a pas de préférence du membre distal tandis que la paralysie organique est caractérisée par le fait qu'elle se prononce plus fortement sur le membre distal des extrémités que sur les membres proches du tronc. Lorsqu'une extrémité est paralysée partiellement, l'anesthésie a pour coutume de respecter des limites semblables à la paralysie et de se limiter aux lignes circulaires qui se situent perpendiculairement sur l'axe longitudinal du membre. Concernant la paralysie hystérique de la jambe, le triangle de la peau situé entre les *glutaei* et correspondant au sacrum est épargné par l'anesthésie. Pour toutes ces paralysies manquent les phénomènes de la dégénérescence descendante, quelle que soit la durée. L'atonie des muscles atteint fréquemment un degré élevé, et le comportement des réflexes est inconstant. Les extrémités paralysées peuvent en revanche subir une atrophie, et pour préciser, elles succombent à une atrophie à développement rapide qui se trouve arrêtée sous peu et qui n'est accompagnée d'aucune modification de l'excitabilité électrique. Aux paralysies des extrémités il faut rapprocher l'aphasie hystérique, un mutisme véritable qui consiste en l'incapacité d'émettre un quelconque son articulé ou de faire des mouvements oratoires avec une voix insonore. Elle est toujours accompagnée d'aphonie, qui peut également se produire séparément ; en ce cas, la capacité d'écrire est conservée et même augmentée. On peut rapporter les autres paralysies motrices de l'hystérie non pas sur des sections du corps mais au contraire sur des fonctions, par exemple l'astasia ou l'abasia (l'incapacité de marcher ou de se tenir debout) ; cette dernière se trouve accompagnée d'une sensibilité conservée des jambes, d'une force brute conservée et de la persistance de la possibilité d'exécuter tous les mouvements dans une position horizontale. Il s'agit d'une séparation des fonctions des muscles telle qu'elle n'est pas observée dans les lésions organiques. Toutes les paralysies hystériques se distinguent du fait qu'elles peuvent l'être à un degré maximal et simultanément être limitées strictement à une partie du corps, tandis que, lors d'une intensité grandissante, les paralysies organiques s'étendent généralement à une zone plus large.

**6. Des contractures.** Dans des formes d'hystérie plus lourdes, il y a une tendance générale de la musculature à se contracter sur une stimulation mineure. Seule la mise d'une *esmarschen Binde*<sup>7</sup> peut suffire à cet effet. De telles contractures apparaissent aussi dans des cas moins graves et au niveau des muscles les plus divers. Sur les extrémités, elles se distinguent par leur niveau excessif, et elles peuvent se

---

7. Bande élastique qu'on serre autour d'un membre pour arrêter une hémorragie.

produire dans toutes les positions sans qu'on puisse les expliquer par l'irritation de faisceaux nerveux isolés. Elles sont extraordinairement tenaces et ne se relâchent pas pendant le sommeil comme des contractures organiques, et concernant leur intensité, elles ne sont pas non plus modifiables par la stimulation, la température, etc. Elles ne cèdent que pendant la plus profonde narcose pour se reproduire intégralement au réveil. Sur les autres organes, les organes sensoriels et les viscères, les contractures des muscles sont très fréquentes et forment dans une série de cas aussi le mécanisme de la perte fonctionnelle dans les paralysies. La tendance aux spasmes cloniques est également très élevée dans l'hystérie.

**7. Des caractères généraux.** La symptomatologie hystérique comporte une série de caractères généraux dont la connaissance est d'une grande importance, aussi bien pour le diagnostic que pour la conception de la névrose. Les phénomènes hystériques ont de préférence un caractère excessif : les malades décrivent la douleur hystérique comme étant importante au plus haut degré. Une anesthésie et une paralysie peuvent facilement devenir absolues et une contracture hystérique produit le plus extrême raccourcissement dont un muscle est capable. En même temps, chaque symptôme peut apparaître pour ainsi dire de façon isolée : les anesthésies et les paralysies ne sont pas accompagnées des phénomènes généraux qui témoignent à l'occasion de lésions organiques de la maladie du cerveau et qui supplantent habituellement par leur importance les symptômes focaux. À côté d'une partie de la peau absolument insensible s'en trouve une autre d'une sensibilité absolument normale. Ainsi, pour un bras totalement paralysé se trouve une jambe du même hémicorps tout à fait intacte. *La rencontre d'une évolution maximale avec une limitation des plus précises du trouble est particulièrement typique des hystériques.* De plus, les symptômes hystériques sont mobiles, de sorte que toute supposition d'une lésion matérielle est à rejeter *a priori*. Cette mobilité des symptômes se produit soit spontanément, par exemple après des crises de spasmes qui modifient fréquemment la distribution des paralysies et des anesthésies ou qui les lèvent, soit par une influence artificielle à travers des moyens dits esthésiogènes comme l'électricité ou la pose de métaux, l'utilisation de la stimulation de la peau, d'aimants, etc. Cette dernière nous paraît d'autant plus remarquable que le système nerveux hystérique exprime généralement une grande résistance contre l'influence chimique par médication interne et qu'il réagit de façon vraiment perverse contre des narcotiques tels que la morphine ou l'hydrate de chloral. – Parmi les moyens capables d'éliminer des symptômes hystériques, il faut souligner l'influence par la stimulation et la suggestion hypnotique. La dernière pour la raison qu'elle indique directement le mécanisme d'un trouble hystérique et qu'elle ne peut pas être soupçonnée d'exercer des effets autres que psychiques. À l'occasion du déplacement d'un symptôme hystérique, quelques faits marquants se distinguent. Par des influences « esthésiogènes », on peut transférer une anesthésie, une paralysie, une



contracture, un tremblement et autre chose de ce genre sur la partie symétrique de l'hémicorps opposé (transfert<sup>8</sup>), à l'occasion de quoi la partie malade à l'origine devient normale. C'est ainsi que, dans l'hystérie, le rapport symétrique est prouvé, lequel joue d'ailleurs vaguement un rôle dans l'état physiologique, tout comme généralement la névrose ne crée rien de nouveau mais au contraire ne fait que développer et exagérer des relations physiologiques. Un autre caractère des affections hystériques de la plus haute importance consiste dans le fait que celles-ci n'offrent d'aucune manière une image des conditions anatomiques du système nerveux. On peut dire que l'hystérie est aussi ignorante des coordonnées de la construction du système nerveux que nous-même avant de l'avoir appris. Comme on le sait, les symptômes d'affections organiques reflètent l'anatomie de l'organe central et ils sont la source la plus fiable de nos connaissances de ce dernier. Pour cette raison, on doit rejeter l'idée d'un fondement de l'hystérie par un trouble organique possible et l'on ne doit pas non plus s'appuyer sur des facteurs vasomoteurs (spasmes vasculaires) comme cause des troubles hystériques. Un spasme vasculaire est dans son essence une modification organique dont l'effet est déterminé par des conditions anatomiques et ne se distingue d'une embolie, par exemple, que par le fait qu'elle ne pose pas de modification *permanente*.

À côté des symptômes physiques de l'hystérie, on observe une série de troubles psychiques à travers lesquels on trouvera certainement à l'avenir les modifications caractéristiques pour l'hystérie, dont l'analyse n'a cependant guère encore été abordée jusqu'ici.

Il s'agit de modifications dans le déroulement et dans l'association de représentations, d'inhibition de la force de volonté, du relèvement et de la suppression de sentiments, etc., à résumer généralement par une *modification de la répartition normale des quantités d'excitation stables à travers le système nerveux*. La psychose dans le sens des psychiatres ne fait pas partie de l'hystérie, mais elle peut se développer sur le fond d'un état hystérique et est alors à comprendre comme une complication de celui-ci. Ce qu'on a l'habitude de désigner dans le langage populaire par tempérament hystérique – l'instabilité de la volonté, le changement de l'humeur, l'augmentation de l'irritabilité en parallèle à une baisse de tout sentiment altruiste – peut se produire dans l'hystérie, mais n'est pas indispensable pour le diagnostic de celle-ci. Il existe des hystéries graves qui sont totalement dépourvues d'une telle modification psychique ; de nombreux malades qui en sont atteints comptent parmi les personnes les plus aimables, volontaires et claires, et éprouvent les manifestations de la maladie comme quelque chose d'étranger à leur être. Les symptômes psychiques ont leur importance pour l'image globale de l'hystérie, mais ils ne sont pas plus constants que chacun des

---

8. « Transfert » en allemand dans le texte.

symptômes physiques, des stigmates. Néanmoins, les modifications psychiques qu'on doit postuler comme base de l'état hystérique jouent entièrement dans le domaine de l'activité cérébrale inconsciente, automatique. En outre, on peut éventuellement souligner que l'influence des processus psychiques sur les processus physiques est augmentée dans l'hystérie (comme dans toutes les névroses) et que le malade hystérique fonctionne avec un surplus d'excitation dans le système nerveux, qui se manifeste tantôt de façon inhibitrice, tantôt de façon irritante et qui se déplace avec une grande liberté dans le système nerveux. L'hystérie doit être considérée comme un état, une diathèse nerveuse, qui produit par moments des éruptions. L'étiologie de l'état hystérique doit être recherchée absolument dans l'hérédité : les hystériques sont toujours considérablement disposés à des troubles de l'activité nerveuse et ont des épileptiques, des malades mentaux, des tabétiques, etc. dans leur parenté. En effet, on observe la transmission héréditaire directe de l'hystérie, elle est à la base de l'hystérie du garçon (venant de la mère) par exemple. Par rapport au facteur héréditaire, tous les autres facteurs s'effacent et jouent un rôle de cause occasionnelle, dont l'importance est régulièrement surévaluée dans la clinique. Les causes accidentelles de l'hystérie sont néanmoins importantes dans la mesure où elles déclenchent l'apparition de crises hystériques, d'hystérie aiguë. En tant que facteurs propres à faciliter le développement d'une disposition hystérique, il faut nommer : l'éducation amollissante (l'hystérie chez des enfants uniques), l'éveil précoce de l'activité spirituelle chez les enfants, l'excitation fréquente et violente. Toutes ces influences sont également aptes à produire des névroses d'autre nature, par exemple la neurasthénie, de façon que l'influence décisive de la disposition héréditaire devienne alors frappante. Parmi les facteurs qui produisent le déclenchement d'une maladie hystérique aiguë, il faut citer : les traumatismes, l'intoxication (plomb, alcool), le chagrin, les mouvements d'humeur, les maladies exténuantes, et, bref, tout ce qui peut exercer un fort effet dans le sens d'un dommage. Dans d'autres cas, des états hystériques se développent facilement à partir de motifs mineurs et obscurs. En ce qui concerne l'influence prépondérante souvent citée d'anomalies de la sphère génitale pour la genèse de l'hystérie, il faut dire que son importance est souvent surestimée. D'abord, on trouve l'hystérie chez des filles et des garçons prépubertaires, comme, somme toute, la névrose, avec tous ses signes, revient aussi au sexe masculin, seulement à une fréquence bien inférieure (1/20). Par ailleurs, l'hystérie a été observée chez des femmes totalement privées d'appareil génital, et chaque médecin aura observé une série de cas d'affection hystérique chez des femmes dont l'appareil génital ne présentait aucune modification anatomique, comme, à l'inverse, la plupart des femmes atteintes d'une maladie génitale ne souffrent pas d'hystérie. Il faut néanmoins concéder que des données *fonctionnelles* en rapport avec la vie génitale jouent un grand rôle dans l'étiologie de l'hystérie (comme de toutes les autres névroses), et ce à cause de l'importance psychique élevée de cette fonction, surtout chez le sexe féminin. – Le trauma est fréquemment une cause

occasionnelle d'affections hystériques dans deux sens ; premièrement en réveillant une disposition héréditaire jusque-là inconnue par un fort traumatisme corporel accompagné d'effroi et d'une sidération momentanée de la conscience, deuxièmement en faisant de la partie du corps concernée par le traumatisme le siège d'une hystérie locale. Ainsi se développe, par exemple, chez un hystérique, suite à une chute avec une contusion légère d'une main, une contracture de cette main ou, sous des conditions analogues, une coxalgie douloureuse, etc. La connaissance de ces affections opiniâtres est de la plus grande importance pour le chirurgien, dont l'intervention ne peut que nuire dans ces conditions. Le diagnostic différentiel de ces états, surtout des affections articulaires, n'est pas toujours facile. Les états qui sont réveillés par des traumatismes sévères généraux (accidents de chemin de fer et autres – connus sous le nom de *railway-spine* et *railway-brain* –) sont considérés par Charcot comme hystériques, ce que confirment des auteurs américains dont l'autorité sur la question n'est pas contestable.

Ceux-ci ont souvent l'aspect le plus sombre et le plus lourd, ils sont liés à des états dépressifs et des humeurs mélancoliques et montrent dans au moins une série de cas la combinaison de symptômes hystériques avec des symptômes neurasthéniques et organiques. Charcot a également mis en évidence que l'encéphalopathie saturnine fait partie de l'hystérie, comme le fait que les anesthésies fréquentes chez les alcooliques ne forment pas d'affection propre mais sont des symptômes hystériques. Il s'élève toutefois contre le fait d'établir autant de catégories de l'hystérie (traumatique, alcoolique, saturnine, etc.) ; l'hystérie serait toujours la même, mais réveillée par des causes occasionnelles diverses. On a également observé l'éclosion de symptômes hystériques dans une syphilis qui débutait.

**IV. Évolution de l'hystérie.** L'hystérie représente davantage une anomalie constitutionnelle qu'une affection délimitée. Ses premiers signes se manifestent probablement dans la plupart des cas durant l'enfance. Effectivement, des affections hystériques gênantes ne sont pas rares, même chez des enfants de 6 à 10 ans. La période pré- et postpubertaire chez les garçons et les filles apporte habituellement chez des individus fortement disposés à l'hystérie une première poussée de la névrose. Dans la névrose infantile, on peut démontrer les mêmes symptômes que dans la névrose des adultes. Seuls les stigmates sont en règle générale plus pauvres, avec au premier plan modification psychique, spasmes, crises et contractures. Les enfants hystériques sont en règle générale précoces et supérieurement doués ; il est vrai que, dans une série de cas, l'hystérie est uniquement un symptôme d'une dégénération profonde du système nerveux, qui se manifeste dans une perversion morale durable. Comme déjà établi, l'âge juvénile à partir de 15 ans est la période pendant laquelle la névrose hystérique

se manifeste de façon particulièrement intense chez les femmes. Cela peut se produire par l'incessante mise en série de troubles plus légers (l'hystérie *chronique*) ou par la survenue d'une ou de plusieurs crises graves (hystérie *aiguë*) séparées par plusieurs années d'accalmie. Les premières années d'un mariage heureux interrompent habituellement la maladie ; avec le refroidissement des rapports conjugaux et l'épuisement par des naissances répétées, la névrose refait surface. Au-delà de 40 ans, elle ne produit habituellement plus de nouvelles manifestations chez les femmes ; des symptômes anciens peuvent néanmoins perdurer et des événements forts peuvent renforcer l'état pathologique même à un âge avancé. Les hommes semblent particulièrement sensibles à l'hystérie traumatique et toxique avant la maturité. *L'hystérie chez l'homme* prend l'aspect d'une maladie grave ; les symptômes qu'elle occasionne sont généralement opiniâtres ; la maladie a chez l'homme, à cause de la plus grande signification chez lui d'un trouble professionnel, une grande importance pratique. – L'évolution de symptômes hystériques isolés (comme des contractures et des paralysies, etc.) a des traits bien caractéristiques. Il y a des cas où les symptômes isolés disparaissent très vite spontanément et font place à d'autres aussi volatiles ; dans d'autres cas prédomine une grande fixité des phénomènes. Les contractions et les paralysies durent souvent pendant des années pour céder soudainement sans prévenir ; en général, il n'y a pas de limite pour la curabilité de troubles hystériques, et il est caractéristique qu'après une interruption de plusieurs années, la fonction atteinte est restituée entièrement.

Le développement de troubles hystériques nécessite toutefois souvent une sorte de délai d'incubation ou de latence, pendant lequel le motif continue d'agir dans l'inconscient. Ainsi, une paralysie hystérique ne naît presque jamais immédiatement après le trauma ; ceux qui sont concernés par un accident ferroviaire, par exemple, sont tous capables de bouger après le trauma, ils rentrent apparemment indemnes à la maison et développent seulement des jours et des semaines plus tard les manifestations qui conduisent à l'hypothèse d'une « commotion spinale ». La guérison subite nécessite aussi pour son développement un délai de plusieurs jours. Pour tous les cas, il faut retenir que l'hystérie ne représente jamais, même dans ses formes les plus menaçantes, un danger vital sérieux. En outre, la pleine clarté de l'esprit et la capacité d'accomplir même des prouesses extraordinaires restent conservées dans l'hystérie la plus chronique. L'hystérie peut se combiner avec de nombreuses autres maladies névrotiques et organiques, lesquels cas posent alors de grandes difficultés à l'analyse. Le plus fréquent est la combinaison de l'hystérie avec la neurasthénie, soit que les personnes dont la disposition à l'hystérie est presque épuisée deviennent neurasthéniques, soit que suite à des répercussions épuisantes les deux névroses sont réveillées à la fois. Malheureusement, la plupart des médecins n'ont pas encore appris à distinguer les deux névroses. La combinaison ici évoquée se trouve le plus souvent chez des hommes hystériques. Le système nerveux masculin a une disposition aussi

prépondérante à la neurasthénie que celui du sexe féminin à l'hystérie. D'ailleurs, la fréquence de l'hystérie féminine est également surestimée, la plupart des femmes que les médecins craignent hystériques sont à la rigueur seulement neurasthéniques. Par ailleurs, une « *hystérie localisée* » peut se joindre à une affection locale d'organes particuliers ; une articulation réellement spongieuse peut devenir le siège d'une arthralgie hystérique, un estomac affecté par un catarrhe peut être le déclencheur d'un vomissement hystérique, d'un globe hystérique et d'une anesthésie ou hyperesthésie de la peau de l'épigastre. Dans ce cas, la maladie organique devient la cause occasionnelle de la névrose. Des affections fiévreuses entravent habituellement la formation d'une névrose hystérique, une hémianesthésie hystérique se réduit lors d'une fièvre.

**V. La thérapie de la névrose.** Elle ne peut guère être évoquée brièvement. Dans aucune autre maladie, le médecin ne peut intervenir de façon aussi miraculeuse ou se sentir aussi impuissant. Il faut, du point de vue de la thérapie, distinguer trois tâches : le traitement de la disposition hystérique, des crises hystériques (*hystérie aiguë*) et des symptômes hystériques isolés (*hystérie localisée*). Dans le traitement de la disposition hystérique, le médecin garde une certaine marge de manœuvre ; on ne peut pas faire cesser la disposition, mais on peut prendre soin de façon préventive que l'exercice physique et l'hygiène ne se trouvent pas à l'arrière-plan par rapport à l'éducation intellectuelle, déconseiller le surmenage du système nerveux, traiter l'anémie ou la chlorose, laquelle semble particulièrement soutenir le penchant aux névroses ; enfin, dédramatiser la signification de symptômes hystériques légers. En tant que médecin, il faut se garder de faire grossir des symptômes hystériques légers en montrant trop ostensiblement son intérêt. Le travail sérieux, même fatigant, rend rarement hystérique, néanmoins, il faut faire ce reproche à l'éducation dans les classes sociales supérieures qui tendent vers l'affinement de la sensation et de la sensibilité. Dans cette mesure, la méthode des générations médicales anciennes de traiter les manifestations hystériques chez de jeunes personnes comme de mauvaises manières et une faiblesse de la volonté et de les sanctionner avec des menaces n'était pas si mauvaise, même si elle ne découlait guère de la conception juste. Chez les enfants, le traitement des névroses peut être effectué plus facilement par le refus autoritaire qu'avec toute autre méthode. On n'aura évidemment pas de succès si on applique ce traitement à l'hystérie de sujets adultes et à des cas graves.

Dans le traitement d'hystéries aiguës, dans lesquelles la névrose produit constamment de nouveaux phénomènes, la tâche du médecin est difficile ; il est facilement possible de commettre des erreurs, et les succès sont rares. La première condition d'une intervention réussie est, en règle générale, l'éloignement du cadre de vie

habituel et l'isolement du contexte dans lequel la crise a éclo. Ces mesures ne sont pas seulement thérapeutiques en soi, mais rendent aussi possibles une meilleure surveillance médicale ainsi que cette attention intensive du médecin à son malade sans laquelle on n'obtiendra jamais de succès dans le traitement d'hystériques. De façon régulière, on constate que le ou la hystérique n'est pas le seul malade nerveux dans le cercle familial ; l'effroi ou la participation tendre des parents ou de proches augmente seulement l'excitation ou, dans le cas d'une transformation psychique du malade, son penchant à produire des symptômes plus intenses. Une crise, par exemple, qui s'est produite plusieurs fois de suite à une heure précise est attendue par la mère régulièrement au même moment, elle questionne l'enfant de façon soucieuse s'il se sent déjà mal, et provoque ainsi l'avènement de la manifestation redoutée. Seulement dans les cas les plus rares, on réussit à amener les proches à faire face aux crises hystériques de l'enfant avec un calme total et une indifférence apparente ; la plupart du temps il faut remplacer la famille par un séjour dans une institution médicale, occasion à laquelle les proches opposent davantage de résistance que les patients eux-mêmes. Sous l'effet des sensations modifiées dans l'établissement de soins et de l'assurance affectueuse et sereine du médecin, la conviction de celui-ci de l'innocuité et de la rapide curabilité de la névrose se transmet rapidement au patient, sous l'éloignement de toutes les excitations psychiques qui contribuent à l'éclosion de l'hystérie, et sous l'administration de tous moyens thérapeutiques fortifiants (*massage, électrisation générale, hydrothérapie*), et on voit les hystéries aiguës les plus graves qui ont entraîné un épuisement physique et moral total du patient céder la place à un bon état de santé en quelques mois. En tant que méthode thérapeutique de l'hystérie en hospitalisation, la cure dite de suralimentation selon Weir Mitchell (aussi appelée la cure Playfair) a acquis ces dernières années une grande réputation, et ce de façon méritée ; elle se fonde sur l'union de l'isolement dans un repos absolu avec l'emploi systématique de massages et d'une faradisation générale ; une infirmière bien formée est aussi indispensable à ce moment que l'influence constante de la part du médecin. En tant qu'union heureuse du traitement moral<sup>9</sup> et d'une amélioration de l'état nutritionnel général, cette cure a une valeur extraordinaire pour l'hystérie ; elle ne doit pourtant pas être considérée comme une entité systématiquement fermée sur elle-même ; l'isolement et l'influence par le médecin demeurent plutôt l'effet principal, et parmi les effets auxiliaires, les autres méthodes thérapeutiques à côté des massages et de l'électricité ne doivent pas être négligées. Le mieux est d'employer l'*hydrothérapie* et la *gymnastique* après un repos au lit de quatre à huit semaines et d'inciter à une activité physique abondante. Dans les autres névroses, par exemple la neurasthénie, le succès de la cure est bien moins assuré, il repose seulement sur la valeur de la suralimentation, dans la mesure où celle-ci réussit pour un tube digestif neurasthénique, et sur le repos ; dans l'hystérie, le succès est fréquemment magique et durable.

9. En français dans le texte.

Le traitement de symptômes hystériques isolés ne donne pas de perspective de succès tant qu'une hystérie aiguë perdure ; les symptômes évacués récidivent ou sont remplacés par de nouveaux ; le médecin et le patient s'épuisent finalement. À l'inverse, la situation est autre si les symptômes hystériques représentent les restes d'une hystérie aiguë terminée ou si, dans une hystérie chronique, ils apparaissent pour une cause particulière comme localisation de la névrose. En premier lieu, il faut ici déconseiller la médication interne et mettre en garde contre les narcotiques. L'administration de narcotiques dans l'hystérie aiguë n'est rien d'autre qu'une faute professionnelle grave. Dans l'hystérie localisée et résiduelle, on ne pourra pas toujours contourner les médicaments internes ; l'effet de ceux-ci n'est pourtant pas fiable, une fois il peut se produire avec une promptitude magique, une autre il peut ne pas se produire du tout et semble dépendre uniquement de l'autosuggestion du patient ou de sa croyance dans l'effet. Par ailleurs, on a le choix de s'orienter vers un traitement direct ou indirect du mal hystérique. Ce dernier consiste à négliger le trouble local et à tendre vers une action générale thérapeutique du système nerveux central en utilisant des séjours en plein air, l'hydrothérapie, l'électricité (de préférence la franklinisation), l'amélioration du sang par l'administration d'arsenic et de fer. Dans le traitement indirect, il faut de plus tenir compte de l'élimination de la source irritative, pour le cas où une telle existe physiquement. Ainsi, par exemple, des crampes d'estomac peuvent avoir comme fondement une légère gastrite ; une rougeur laryngée ou un œdème des cornes nasales peuvent produire une toux hystérique interminable. Quant à la question de savoir si des modifications au niveau des organes génitaux fournissent vraiment si fréquemment la source irritative pour des symptômes hystériques, j'en doute. Les cas concernés devraient être vérifiés avec plus de rigueur. Le traitement direct consiste en l'élimination de la source irritative pour les symptômes hystériques et il est compréhensible quand on cherche les causes de l'hystérie dans la vie imaginaire inconsciente. Il consiste dans le fait d'induire une *suggestion* au patient en état d'*hypnose* dans laquelle la suppression du mal concerné est incluse. Ainsi, on guérit, par exemple, une toux nerveuse hystérique en appuyant sur le larynx du patient hypnotisé et en lui assurant que son envie de tousser est ainsi supprimée ; une paralysie hystérique du bras, en forçant le malade sous hypnose à mouvoir le membre paralysé segment par segment. Il est encore plus efficace, selon une méthode que Joseph Breuer a en premier exercée à Vienne, de ramener le patient sous hypnose à l'histoire psychique précédant le mal, de le presser de révéler l'occasion psychique dans laquelle s'est formé le trouble concerné. Cette méthode thérapeutique est récente, mais elle procure des guérisons qui ne sont pas atteignables autrement. Elle est la plus adéquate pour l'hystérie, parce qu'elle imite exactement le mécanisme de la formation et de l'évanouissement de tels troubles. De nombreux symptômes hystériques qui ont résisté à tout traitement disparaissent en effet spontanément sous l'influence d'un motif psychique suffisant, par exemple une paralysie de la main droite quand le

patient ressent lors d'une dispute l'impulsion de gifler son adversaire, ou sous l'influence d'une excitation morale, d'un effroi, d'une attente, par exemple dans un lieu de pèlerinage ou enfin lors d'un retournement de l'excitation dans le système nerveux central après une crise convulsive. Le traitement psychique direct de symptômes hystériques sera un jour le mieux considéré quand la compréhension de la suggestion aura pénétré plus profondément les cercles médicaux (Bernheim, à Nancy). – Il est actuellement impossible de décider avec certitude dans quelle mesure l'influence psychique entre en jeu pour certains autres effets apparemment physiques. Ainsi, on peut guérir des contractures, par exemple, quand on obtient de les transférer par un aimant. En répétant ce transfert, la contracture faiblit et finit par céder.

**VI. Résumé.** En résumé, on peut dire que l'hystérie est une anomalie du système nerveux qui repose sur une répartition différente des excitations, probablement en formant un excédant de stimulation dans l'organe psychique. Sa symptomatologie montre que cet excédent d'excitation est distribué par des représentations conscientes et inconscientes. Tout ce qui modifie la répartition de l'excitation dans le système nerveux peut guérir les troubles hystériques ; de telles actions sont en partie de nature physique, en partie de nature directement psychique.

*Traduction : Karin Adler et Gabrielle Devallet-Gimpel.*