

**ANNEE 2017**

N°

## **HISTOIRE DE L'HYSTÉRIE**

**THESE**

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le

13 Juillet 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Marie FOLL

Née le 30 avril 1982

à Paris 12



**ANNEE 2017**

N°

## **HISTOIRE DE L'HYSTÉRIE**

**THESE**

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le

13 Juillet 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Marie FOLL

Née le 30 avril 1982

à Paris 12

Année Universitaire 2016-2017  
au 1<sup>er</sup> Janvier 2017

**Doyen :**

1<sup>er</sup> Assesseur :

Assesseurs :

**M. Frédéric HUET**

M. Yves ARTUR

Mme Laurence DUVILLARD

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

M. Marc MAYNADIE

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

			<b>Discipline</b>
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	<b>BEDENNE</b>	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
M.	Alain	<b>BERNARD</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	<b>BESANCENOT</b>	Médecine interne
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	<b>BONIN</b>	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	<b>BOUHEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	ORL
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophthalmologie
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	Physiologie
M.	François	<b>BRUNOTE</b>	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
M.	Jean-Marie	<b>CASILLAS-GIL</b>	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b>	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	<b>CREHANGE</b>	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophthalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale
Mme	Patricia	<b>FAUQUE</b>	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	<b>FRANCOIS-PURSSELL</b>	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	<b>FUMOLEAU</b>	Cancérologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Claude	<b>GIRARD</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	<b>GREMEAUX</b>	Médecine physique et réadaptation
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie

M.	Denis	<b>KRAUSÉ</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie
M.	Jean-Francis	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
M.	Klaus Luc	<b>MOURIER</b>	Neurochirurgie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	<b>SAPIN</b>	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	<b>SMOLIK</b>	Médecine et santé au travail
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

#### PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Bruno	<b>MANGOLA</b>	Urgences
----	-------	----------------	----------

#### PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	<b>BRENOT</b>	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	<b>CAMUS</b>	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	<b>DUMAS-MARION</b>	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Maurice	<b>GIROUD</b>	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Pierre	<b>TROUILLOUD</b>	(surnombre jusqu'au 31/08/2017)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES  
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			<b>Discipline Universitaire</b>
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie, psychologie médicale (Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT-NICOT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	<b>LEGRAND</b>	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne (Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

**PROFESSEURS EMERITES**

M.	Jean	<b>CUISENIER</b>	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	<b>FAIVRE</b>	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M	Philippe	<b>GAMBERT</b>	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	<b>HILLON</b>	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	<b>MARTIN</b>	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	<b>POTHIER</b>	(01/09/2015 au 31/08/2018)

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Jean-Noël	<b>BEIS</b>	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

**PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Didier	<b>CANNET</b>	Médecine Générale
M.	Gilles	<b>MOREL</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
M.	Rémi	<b>DURAND</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale
Mme	Anne	<b>WALDNER-COMBERNOUX</b>	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	<b>CARNET</b>	Anglais
M.	Jean-Pierre	<b>CHARPY</b>	Anglais
Mme	Catherine	<b>LEJEUNE</b>	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	<b>JEGO</b>	Biologie Cellulaire

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	<b>ZELLER</b>	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

## PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	<b>EVRARD</b>	Anglais
Mme	Lucie	<b>MAILLARD</b>	Anglais

## PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	<b>CARNET</b>	Anglais
M.	Philippe	<b>DE LA GRANGE</b>	Anglais
Mme	Virginie	<b>ROUXEL</b>	Anglais (Pharmacie)

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	<b>KOHLI</b>	Immunologie
M.	François	<b>GIRODON</b>	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	<b>BOULIN</b>	Pharmacie clinique
M.	Philippe	<b>FAGNONI</b>	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	<b>LIRUSSI</b>	Toxicologie
M.	Marc	<b>SAUTOUR</b>	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	<b>SCHMITT</b>	Pharmacologie



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

#### **COMPOSITION DU JURY**

Président : Monsieur le Professeur Bernard BONIN

Membres : Monsieur le Professeur Serge DOUVIER

Monsieur le Docteur Benoit TROJAK

Madame le Docteur Séverine HERNANDEZ-MORIN



## REMERCIEMENTS

A mes parents, pour leur soutien inconditionnel tout au long d'un parcours semé d'embûches, et pour m'avoir appris l'empathie, la bienveillance, la tolérance, et surtout l'humour indispensable à ma profession. Cet accomplissement ne m'appartient pas, il est le nôtre.

A mon frère, pour son écoute bienveillante, pour ses encouragements souvent dynamiques, pour son humour toujours.

A mes maîtres :

Au Professeur BONIN, qui a su transmettre ses connaissances avec patience et bienveillance.

Au Docteur HERNANDEZ, qui a su me transmettre, toujours avec humour et bonne humeur, son sens clinique affûté, sa bienveillance, et son empathie.

Au Docteur BEAUVALOT, pour son dynamisme contagieux et ses encouragements.

Au Docteur BESSE, pour son aide inestimable dans la genèse de ce travail, et pour m'avoir permis de m'épanouir aujourd'hui dans un nouveau lieu.

Aux équipes infirmières :

Aux équipes infirmières des unités Bellevue, Schotte, du Prisme, d'Upsilon, du service de psychiatrie de l'Hôpital Général, pour m'avoir accueilli toujours avec bienveillance, et m'avoir patiemment appris mon métier.

A l'équipe de l'UMAO, professeurs, psychothérapeutes, gardes du corps, baby-sitter de nos nuits agitées. Merci pour les conseils, le soutien, et surtout le café.

A mes amis, mon autre famille : Ophélie, Justin, Olivier, Camille, David, Mélanie, Marie.

Ils savent pourquoi.

A tous ceux qui j'ai oublié, et ils sont nombreux : pardon, il est tard.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque."*

# TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	12
ANTIQUITE.....	13
I    La Grèce antique .....	14
1    HIPPOCRATE .....	14
2    PLATON.....	17
II   Epoque Romaine.....	18
1    CELSE .....	18
2    ARRETEE DE CAPPADOCE .....	Erreur ! Signet non défini.
3    SORANOS D'EPHESE .....	20
4    GALIEN DE PERGAME .....	21
MOYEN ÂGE .....	22
RENAISSANCE.....	26
I    Théorie des vapeurs .....	27
II   Esprits animaux.....	29
III  Thomas SYDENHAM .....	32
IV   MESMER et le magnétisme animal.....	34
L'ÉPOQUE ROMANTIQUE.....	37
I    Les aliénistes.....	38
II   BRIQUET .....	40
CHARCOT ET L'ÉCOLE DE LA SALPÊTRIÈRE.....	42
I    CHARCOT .....	43
II   BURQ et la métallothérapie .....	45
III  L'hypnose .....	47
IV   L'école de Nancy .....	48
V    L'hystérie traumatique : hystérie masculine .....	49
VI   JANET .....	52
VII  BABINSKI et le rôle des émotions.....	55
HYSTÉRIE ET PSYCHANALYSE .....	57
I    FREUD .....	58
II   Breuer, Anna O. et la méthode cathartique .....	59
III  La conversion .....	63
IV   La neurotica .....	64

<b>V</b>	<b>Le complexe d'Œdipe .....</b>	<b>65</b>
<b>VI</b>	<b>Place de l'hystérie dans les névroses.....</b>	<b>66</b>
<b>XXe SIECLE.....</b>		<b>68</b>
<b>I</b>	<b>Névrose de guerre.....</b>	<b>69</b>
<b>II</b>	<b>Médecine psychosomatique .....</b>	<b>71</b>
<b>III</b>	<b>Psychanalystes Post freudiens .....</b>	<b>73</b>
<b>IV</b>	<b>L'hystérie dans le DSM .....</b>	<b>75</b>
<b>V</b>	<b>Nouveaux visages de l'hystérie .....</b>	<b>80</b>
1	Fibromyalgie.....	81
2	Intolérances environnementales idiopathiques.....	82
3	Syndrome de fatigue chronique .....	83
<b>VI</b>	<b>Apports de la neurologie .....</b>	<b>85</b>
<b>CONCLUSIONS .....</b>		<b>88</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>89</b>

# INTRODUCTION

De nombreux ouvrages ont été écrits sur l'histoire de l'hystérie, et ce travail n'a pas la prétention d'y apporter des éléments nouveaux. Il vient plutôt d'un questionnement quant à cette pathologie mythologique de la psychiatrie, dont le nom est aujourd'hui utilisé très librement pour faire référence à toutes les pathologies à formes somatiques, à certains traits de personnalité, et prend souvent valeur de jugement. Son histoire est remplie de croyances aujourd'hui plus ou moins farfelues, de descriptions cliniques magistrales et d'expérimentations discutables, s'exposant aux fantasmes de la population générale tout autant qu'à ceux de la profession médicale. Et pourtant, on ne peut que constater que les authentiques pathologies hystériques, celles décrites par J.M. CHARCOT, et qui sont restées gravées dans les mémoires via une documentation picturale extensive, a quasiment disparue des services de psychiatrie. La disparition d'une pathologie dont l'histoire remonte jusqu'à 4000 ans avant J.C. peut-elle donc être possible ? Ou l'hystérie s'est-elle transformée, sous l'influence de l'évolution d'une médecine toujours plus empirique, et de l'évolution de la société dans son ensemble ? Où sont donc les hystériques aujourd'hui ? C'est à cette question que nous tenterons de répondre, en reprenant l'histoire de l'hystérie, depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours, en tenant compte à la fois de sa clinique, qui reste constante, de l'évolution des théories la concernant, et de sa position unique de « maladie de société ».

Il nous faut ici évoquer le plus grand obstacle à l'établissement d'une histoire de l'hystérie : la difficulté d'en offrir une définition complète et stable au cours du temps. Alternativement théorie, syndrome, maladie, ce qui définit finalement l'hystérie, c'est sa présentation, et ce sont les descriptions de tableau clinique évocateurs qui nous feront parler d'hystérie, alors même que les auteurs de ces descriptions eux-mêmes ne la considéraient pas comme telle.

# **ANTIQUITE**

Dès 2000 ans avant J.C., on retrouve la description de diverses pathologies générales attribuées à des altérations de l'utérus. Dans l'Egypte ancienne, les papyrus de Kahun et d'Ebers (1900 avant J.C.) décrivent ces troubles, attribués aux déplacements de l'utérus, que l'on traite en tentant d'attirer l'utérus par l'application d'odeurs agréables sur la vulve ou l'inhalation d'odeurs désagréables <sup>(112)</sup>. Au 4<sup>e</sup> siècle avant J.C., HIPPOCRATE puis PLATON, dans leurs œuvres respectives, se font l'écho de croyances millénaires : l'utérus est un organisme vivant, se déplaçant dans le corps et créant divers troubles.

Pour P. BRIQUET <sup>(19)</sup>, les manifestations hystériques étaient connues depuis bien longtemps par les sages-femmes, qui en attribuaient l'origine aux besoins génitaux non satisfaits. Elles soignaient ces manifestations par la pratique de la « confrication de la vulve », c'est –à-dire par massage des parties génitales des patientes.

Car ces pathologies de l'utérus sont déjà intimement liées à la sexualité, et plus particulièrement à la sexualité des femmes, et le resteront jusqu'au XIX<sup>ème</sup> siècle.

Les médecins de l'Antiquité, dans leurs écrits, se feront l'écho de ces croyances ancestrales.

## ***I La Grèce antique***

### **1 HIPPOCRATE**

Hippocrate (460 avant JC – 370 avant JC), médecin grec du siècle de Périclès, est généralement considéré comme le « Père de la Médecine ». Il établit les premières bases rationnelles de la médecine, et en fait une science à part entière, distincte des autres domaines scientifiques. Surtout, il la libère de la religion et des croyances ancestrales qui attribuaient les maladies à la volonté divine. Il a laissé derrière lui un héritage qui persiste encore de nos jours. C'est dans son œuvre, le Corpus Hippocratique, que l'on trouve les

premières descriptions de ce que l'on appellera plus « hystérie ». Il est important de noter ici que, contrairement à ce qu'ont pu affirmer de nombreux auteurs, le terme « hystérie » n'est jamais retrouvé dans le Corpus Hippocratique. Ce que l'on y retrouve sont les descriptions de divers troubles « d'origine utérine » ou « hysterykos » en grec. Ce n'est qu'à la lumière des connaissances médicales du XIX<sup>ème</sup> siècle que l'on reconnaît, rétrospectivement, dans les tableaux décrit par Hippocrate, une symptomatologie hystérique. La confusion est sans doute liée à Littré, qui, dans sa traduction des Œuvres Complètes en 1839, rajoutera le terme « hystérie » dans les intertitres des paragraphes consacrés à la « suffocation de la matrice » ou « hystérique pnix ». (53, 108)

Dans le tome VII de ses « Œuvres Complètes », Hippocrate consacre 250 pages aux « maladies des femmes ». On y retrouve une théorie répandue dans l'antiquité, et qui se fait l'écho de croyances millénaires : celle du « wandering womb » ou « utérus vagabond », qui considère l'utérus comme un être vivant autonome, indépendant du corps qu'il habite, et dont les déplacements produisent toute une variété de troubles. Les théories d'HIPPOCRATE sont intimement liées à la sexualité : l'utérus privé de semence masculine se dessèche et s'allège, et part donc s'abreuver ailleurs dans l'organisme, provoquant différents troubles en fonction de l'organe auquel il s'attache. On retrouve notamment la description d'une pathologie, appelée « suffocation utérine subite » : « cette affection survient surtout chez les femmes qui n'ont pas de rapports sexuels, et chez les femmes d'un certain âge plutôt que chez les jeunes ; en effet leur matrice est plus légère. Voici comment cela se fait : la femme ayant les vaisseaux plus vides que d'ordinaire et ayant plus fatigué, la matrice, desséchée par la fatigue, se déplace, attendu qu'elle est vide et légère ; la vacuité du ventre fait qu'il y a place pour qu'elle se déplace ; s'étant déplacée, elle se jette sur le foie, y adhère, et se porte aux hypocondres ; en effet elle court et va en haut vers le fluide, vu qu'elle a été desséchée à l'excès par la fatigue ; or, le foie est plein de fluide. Quand elle s'est jetée sur le foie, elle cause une suffocation subite, interceptant la voie respiratoire qui



est dans le ventre. Parfois, en même temps que la matrice commence à se jeter sur le foie, du phlegme descend de la tête aux hypocondres, attendu que la femme est suffoquée : et parfois, avec cette descente du phlegme, la matrice quitte le foie, retourne à sa place, et la suffocation cesse. La matrice retourne, ayant pompé du fluide et étant devenue pesante ; elle produit un gargouillement en revenant à sa place. Après ce retour, il peut arriver qu'à la suite le ventre devienne plus humide qu'auparavant ; car la tête laisse aller du phlegme dans le ventre. Quand la matrice est au foie et aux hypocondres et produit la suffocation, le blanc des yeux se renverse, la femme devient froide, et même quelquefois livide. Elle grince des dents; la salive afflue dans la bouche, et elle ressemble aux épileptiques. Si la matrice reste longtemps fixée au foie et aux hypocondres, la femme succombe étouffée. En d'autres cas, après que la femme a eu les vaisseaux vidés et éprouvé de la fatigue par surcroît, la matrice, se déplaçant, se porte au col de la vessie, et cause de la strangurie; c'est tout le mal qui en résulte; et, traitée, la malade guérit promptement, parfois même spontanément. En d'autres cas, la fatigue ou l'abstinence font que la matrice se porte vers les lombes ou vers les hanches et cause des souffrances. » <sup>(63)</sup>. Ce tableau clinique évoque de très près ce que CHARCOT appellera, des siècles plus tard, la « Grande Hystérie », en particulier sa phase dite épileptique, avec cri, pâleur, perte de connaissance et chute suivie d'une rigidité musculaire.

Les traitements consistent à attirer ou repousser l'utérus jusqu'à sa place légitime, à l'aide d'onguents, de sels odorants et de fumigations : « Si l'utérus remonte jusque vers le foie, la femme perd la parole tout de suite. Ses dents restent clouées : sa peau devient noire. Elle tombe dans ces accidents, tandis qu'un moment auparavant elle était en pleine santé. Cet état est commun, surtout chez les filles avancées en âge, et chez les jeunes veuves qui ne vivent plus avec un homme après avoir eu des enfants. Il faut, dans cet état, faire repousser, par une autre femme, la matrice avec la main, au-dessus du foie, et serrer les hypocondres avec un bandage. De plus, on ouvrira la bouche pour y verser d'un vin parfumé. On frotera

le dessous des narines avec quelques préparations fétides. On fera à la matrice des fumigations aromatiques d'une odeur agréable [...]. Tel est le traitement des veuves. » (de la nature de la femme) ou encore « Si la direction de la matrice est mauvaise, si elle se porte de côté vers l'ischium, [...], il faut user de fumigations aromatiques ; puis attirer doucement la matrice avec le doigt, en l'éloignant de l'ischium. Après l'avoir redressé, on la maintiendra, par l'introduction des bougies, ou de la sonde de plomb » <sup>(62)</sup>. Des traitements longs, extensifs, qui malmènent la patiente. Pour les jeunes filles, le traitement est nettement plus simple :

« Quant aux filles, on conseille le mariage. On n'ordonne ni applications à la matrice, ni purgations en boisson. » <sup>(63)</sup>

## 2 PLATON

PLATON (498-347 avant J.C.) est un philosophe de la Grèce antique, souvent considéré comme le premier philosophe occidental. Ses œuvres sont presque exclusivement présentées sous formes de dialogues. Le Timée est l'un de ces dialogues. Il met en scène un dialogue entre SOCRATE, CRITIAS et HEMOTIAS, et le philosophe pythagoricien Timée de LOCRES. On y retrouve cette description de la matrice, de la bouche de Timée : « Chez la femme, ce qu'on nomme la matrice ou utérus est comme un vivant possédé du désir de faire des enfants. Lorsque pendant longtemps et malgré la saison favorable la matrice est demeurée stérile, elle s'irrite dangereusement : elle s'agite en tous sens dans le corps, obstrue les passages de l'air, empêche l'inspiration, met ainsi le corps dans les pires angoisses et lui occasionne d'autres maladies de toutes sortes » <sup>(92)</sup>. Platon est un contemporain d'Hippocrate, et partage manifestement sa théorie des pathologies liées à la

matrice. Mais il va plus loin en affirmant que la matrice est un animal vivant, indépendant du corps qu'il habite. Si Hippocrate évoque les déplacements de la matrice, il ne lui attribue jamais une vie propre. Mais on doit remettre cette description dans son contexte historique : les métaphores animales sont fréquentes dans l'œuvre de PLATON, et Timée décrit de la même manière les organes génitaux masculins : « Voilà pourquoi chez les mâles les organes génitaux sont naturellement mutins et autoritaires, comme des animaux sourds à la voix de la raison, et, emportés par de furieux appétits, veulent commander partout. »<sup>(92)</sup>.

## **II Epoque Romaine**

### **1 CELSE**

Aulus Cornelius CELSE, savant et érudit romain, a vécu au 1er siècle avant J.C. Son attachement aux enseignements d'HIPPOCRATE lui vaudra le surnom d' « HIPPOCRATE Latin ». Il consacre dans « De re medica », son traité de médecine, un chapitre à la « maladie de la matrice ». Il note les similitudes avec la crise épileptique, ainsi que la possibilité de la chronicisation des troubles : « Chez les femmes, la matrice est sujette à une maladie violente. Cet organe est, après l'estomac, le plus disposé à s'affecter ou à affecter le corps. Ce mal ôte quelquefois la connaissance et cause la chute comme l'épilepsie. Il diffère de celle-ci en ce qu'il n'y a ni reversement des yeux, ni écume à la bouche, ni convulsions, mais seulement assoupissement profond. Chez quelques femmes, il revient fréquemment et dure toute la vie »<sup>(19)</sup>. Concernant le traitement, on retrouve l'application d'odeurs désagréables, mais surtout les saignées, que l'on retrouvera plus tard dans les écrits d'ARRÊTÉE DE CAPPADOCE.

## 2 ARRÊTÉE DE CAPPADOCE

Contemporain de Celse, il divise l'ensemble des pathologies en syndrome aigus et syndrome chroniques. Sa description de la « suffocation de la matrice », syndrome aigu, se base sur la conception de PLATON de la matrice comme animal autonome, et rappelle le tableau clinique décrit par HIPPOCRATE : « Au milieu du bassin de la femme se trouve la matrice, organe sexuel qu'on dirait presque doué d'une vie qui lui est propre. Elle se meut en effet elle-même çà et là dans la région hypogastrique, puis remonte vers la poitrine jusque sous le sternum, se portant tantôt vers le côté droit tantôt vers le gauche, sur le foie ou tel autre viscère ; puis par un penchant naturel redescend vers la partie inférieure. Rien en un mot de plus mobile et de plus vagabond que la matrice. Elle a aussi des goûts particuliers, elle aime les odeurs agréables et s'en approche, elle déteste et fuit les désagréables ; en général elle cherche toujours à remonter vers les parties supérieures ; de sorte que la matrice chez la femme est entièrement comme un animal dans un animal. S'il arrive donc qu'elle remonte tout à coup vers les parties supérieures, qu'elle y séjourne quelques temps et comprime violemment quelque viscère, la femme se trouve suffoquée comme dans un accès épileptique, aux convulsions près ; car la compression soudainement causée par la matrice sur le foie, le diaphragme, le poumon et le cœur sont cause que le malade paraît sans haleine et ne peut parler. La même compression exercée sur les artères somnifères ou carotides, par suite de leur sympathie avec le cœur, occasionne la pesanteur de tête, la perte de connaissance et le nouvel état comateux qui survient. » La patiente est : « nonchalante, sans goût pour ses occupations ordinaires » <sup>(9)</sup>.

Il conseille les saignées lorsque la « suffocation » est due à une inflammation, l'application d'odeurs fétides aux narines et de substances odoriférantes à la vulve. Tout comme HIPPOCRATE, la pression manuelle des hypochondres permet de faire redescendre la matrice dans le bas-ventre. De façon plus surprenante, il prescrit l'éternuement : « On

essaiera de faire éternuer la malade, les efforts que l'éternuement occasionne réussissent quelques fois à faire descendre la matrice : on lui fera en conséquence inspirer par les narines des poudres sternutatoires, tels que la radicule, le poivre, le castoreum. »<sup>(9)</sup>

Il décrit la symptomatologie de cette affection : « Lorsque la matrice affectée commence à monter et que la femme éprouve la première atteinte du mal, elle devient nonchalante, sans goût pour ses occupations ordinaires ; elle éprouve des défaillances, des faiblesses, les genoux lui tremblent, la tête lui tourne, les membres sont comme paralysés ; la tête devient pesante et lui fait mal [...]. Le pouls devient intermittent, irrégulier, défaillant ; elle se trouve violemment suffoquée, perd le sentiment et la parole. »<sup>(9)</sup>

### **3 SORANOS D'EPHESE**

« SORANOS » ou « SORANUS » (fin du 1er siècle) est un gynécologue, obstétricien et pédiatre originaire d'Ephèse, en Asie Mineure, qui exercera ensuite, comme beaucoup de ses confrères, à Rome. Son succès lui vaudra le surnom de « Medicorum Princeps » ou Prince de la médecine. Il fait partie de la secte des méthodistes, basée sur le concept de constriction-relâchement des organes. Dans son « Traité de maladie des femmes », il rejette les théories de la matrice vagabonde : « Si ces membranes se contractent par l'inflammation, la matrice peut être soulevée ou inclinée latéralement ; quand ces membranes se relâchent, elle tombe, non parce qu'elle est un animal comme certains le disent, mais parce qu'elle a, comme les autres parties du corps, le sens du tact, se contractant par les astringents, se relâchant par les émoullients. »<sup>(98)</sup>. Il consacre un chapitre à la suffocation utérine, et la décrit ainsi : « Les malades sont atteintes subitement et tombent par terre sans voix, avec une respiration difficile et la perte des sens. Les dents s'entrechoquent et deviennent stridentes ; quelquefois il y a des convulsions des membres ;

d'autres fois un état de résolution ; la région précordiale est soulevée, l'utérus a fait ascension et le thorax est gonflé, les vaisseaux de la face sont turgescents et distendus, froids, couverts de sueur ; le pouls cesse de battre, ou est très petit. »<sup>(98)</sup>

Il se montre critique des traitements proposés par HIPPOCRATE, puisque pour lui l'utérus ne quitte jamais sa place.

## **4 GALIEN DE PERGAME**

GALIEN DE PERGAME (129-201), est un médecin originaire de Pergame en Asie Mineure et qui exercera principalement à Rome. A l'instar de son aîné SORANUS d'EPHESE, dans « Des lieux affectés »<sup>(48)</sup>, il rejette les théories hippocratiques sur l'utérus vagabond, lui préférant une théorie séminale. Pour GALIEN, l'utérus est responsable de la sécrétion d'un liquide séminal lors du coït. L'abstinence engendre alors la rétention de ce liquide, créant un empoisonnement du corps dans son ensemble. Il applique cette théorie aux deux sexes, affirmant l'existence d'une hystérie masculine. Il affirme l'influence du psychisme sur l'organisme, et réciproquement, dans un traité intitulé « Que les mœurs de l'âme sont les conséquences des tempéraments du corps »<sup>(49)</sup> et évoque pour la première fois l'existence d'une hystérie masculine.

Avec les invasions barbares, la médecine occidentale disparaît. Ses progrès se poursuivent avec les médecins de Byzance et de l'Islam, héritiers du savoir des maîtres de l'Antiquité. L'émergence du christianisme annonce un nouvel âge d'obscurantisme scientifique, les maladies deviennent punitions divines, « mal sacré » au même titre que l'épilepsie, signe de possession diabolique

# MOYEN ÂGE

Jusqu'au XII<sup>ème</sup> siècle, l'église catholique montre une certaine tolérance à l'égard des sorciers et sorcières. Mais le XIII<sup>ème</sup> siècle voit l'édiction, pour la première fois, de plusieurs bulles pontificales contre la sorcellerie, l'édifiant comme crime contre la foi. Elles donnent lieu au premier procès en sorcellerie, celui de Jeanne de BRIGUE, qui sera brûlée sur le bûcher. Ces procès encore rares au XIV<sup>ème</sup>, se multiplient au cours du XV<sup>ème</sup> et XVI<sup>ème</sup> siècle dans toute l'Europe. A la même époque, la Réforme déstabilise l'église catholique, les épidémies de peste noire font des ravages, les croisades se terminent à peine, et la guerre de 100 ans débute. Les sorcières sont un bouc émissaire tout désigné à cette déstabilisation globale de la société européenne.

En 1487 paraît le « Malleus maleficarum » <sup>(94)</sup> ou « Maillet des sorcières », œuvre de l'inquisiteur du diocèse de Cologne, de Mayenne et de Trèves, Jacob SPRENGER et de son adjoint Heinrich KRAMER. Avec l'autorisation du Pape INNOCENT VIII et le soutien de MAXIMILIEN 1<sup>er</sup>, il devient le manuel officiel de l'inquisition, et va servir de guide pour l'identification de la sorcière. Pour ses auteurs, le but ultime de la sorcellerie est la destruction de la chrétienté, le Diable se servant pour cela des femmes, profitant de leur faiblesse constitutionnelle. On les accuse de rendre les hommes impuissants et les femmes stériles, de tuer les foetus dans le ventre des mères, de donner les nouveau-nés au service du diable. On va même jusqu'à les rendre responsable d'épidémies diverses et de catastrophes naturelles. Mais ce que l'on trouve avant tout dans l'ouvrage, ce sont les signes de commerce avec le démon. L'un de ces signes, systématiquement recherché, est le « punctum diabolicum », marque imposée par le Diable et qui se manifeste par une zone hypoesthésique. On le recherche en piquant l'accusée à l'aide d'une aiguille. Cette exacte procédure sera utilisée plusieurs siècles plus tard par J.M. CHARCOT pour diagnostiquer l'hystérie.

Des procédures judiciaires méticuleuses sont mises au point afin de différencier les



sorcières véritables des malades ou des simulatrices. Pour ce faire, on fait appel à des experts médicaux. Mais faute d'une théorie unifiée de l'hystérie, on assiste à des batailles d'experts. On recherche la suffocation, héritage de l'antiquité, pour affirmer l'hystérie ; l'absence d'anesthésie punctiforme signe, elle, la simulation.

Les auto-accusations donnent souvent lieu à un diagnostic de mélancolie, alors que les contorsions donnent des diagnostics d'épilepsie ou d'hystérie.

C'est ainsi que l'hystérie est pour la première fois posée en tant que diagnostic.

Un certain nombre de médecins de l'époque croient à la sorcellerie (et pourquoi en serait-il autrement ?), et leurs témoignages amènent souvent les accusées au bûcher. Mais quelques-uns, tel Cornelius AGRIPPA, PARACELSE et surtout Jean WIER, se posent en défenseurs des accusées. Pour C. AGRIPPA : « Ces vautours altérés de sang sévissent de la façon la plus cruelle contre de pauvres femmes de la campagne, qui, accusées de maléfice et de sortilège, ou dénoncées comme sorcières, souvent sans aucune décision juridique préalable, sont soumises par eux à d'atroces et abominables tortures, où ils les tiennent jusqu'à ce que, leur ayant extorqué des aveux inconscients, ils aient de quoi condamner. Ils ne croient agir véritablement en inquisiteurs et ne désespèrent de la besogne que lorsque la malheureuse inquisitionnée a été brûlée ou qu'elle a pu leur graisser la patte, auquel cas ils ont pitié d'elle, la trouvant suffisamment purifiée par ses tourments, et la renvoient absoute, car il n'est pas rare que l'inquisiteur commue les peines, de corporelles les change en pécuniaires, ce qui est pour lui une source assez abondante de lucre. Il y a de ces malheureuses dont ils tirent une redevance annuelle, qu'elles sont forcées de leur payer pour ne pas se voir de nouveau traînées devant l'Inquisition. En outre, les biens des hérétiques étant confisqués au profit du fisc, il en revient une assez lourde part à l'inquisiteur » <sup>(1)</sup>. Mais au-delà, les procès des sorcières donnent l'occasion à la médecine de s'affronter à la toute puissante église catholique. Chaque « sorcière » qui échappe au

bûcher est une victoire contre l'obscurantisme religieux.

Jean WIER (ou Johann WEYER), de son côté, publie « De Praestigis Daemonum » ou « De l'imposture des diables » <sup>(117)</sup>, dans lequel il soutient que les diables ne font qu'abuser de l'esprit troublé des pauvres femmes. « Ce sont le plus souvent des vieilles femmes, de nature mélancolique, d'esprit borné ; il n'y a pas de doute que le diable s'insinue plus volontiers en de tels organes, comme étant idoines et commodes pour troubler leurs esprits de diverses apparitions ou tromperies, desquelles étant charmées [ces femmes] ont opinion et même confessent avoir fait [ce] qui était fort éloigné d'elles... C'est pourquoi je n'ose les mettre au nombre des hérétiques. L'erreur de l'esprit ne fait pas l'hérétique, mais bien l'opiniâtreté de la volonté. » <sup>(117)</sup>. Sa défense des sorcières, sans nier l'existence du diable ou de la possession, tente de faire une place à la médecine. Il provoque l'ire des théologiens, tel BODIN qui y verra la marque du diable et répondra en 1580 à l'œuvre de WIER dans « Démonomanie des sorciers » <sup>(18)</sup>.

L'époque est aussi marquée par l'apparition d' « épidémies hystériques ». A Louviers (1628-1642) et Loudun (1642-1647), des communautés religieuses se trouvent prises de folie hystérique. Les religieuses voyaient, durant leurs transes, des flambeaux, des boules de feu, des animaux, proféraient des blasphèmes, disaient des obscénités. A Strasbourg en 1518, l'« Epidémie dansante » voit plusieurs centaines de personnes « danser » pendant plusieurs jours sans jamais s'arrêter, provoquant de nombreux décès par épuisement ou défaillance cardiaque.

A la fin du XVII<sup>ème</sup> siècle, l'essor de la médecine et la stabilisation, associé à un déclin des croyances superstitieuses, entraîne un ralentissement de la Chasse aux Sorcières. Les sévices des inquisiteurs sont interdits par les tribunaux et, en 1624, le recours au Parlement devient obligatoire pour toute sentence capitale. Enfin Louis XIV, dans un édit de juillet 1682, « décriminalise » la sorcellerie en France.

# **RENAISSANCE**

La Renaissance est un temps d'innovations et de recherche scientifique : William HARVEY découvre les lois de la circulation sanguine, Francis BACON expose pour la première fois la méthode scientifique empirique dans le « Novum Organum », et René DESCARTES dans « Discours de la méthode » oppose à la médecine scolastique une méthode de la raison.

La Renaissance voit la réapparition de l'hystérie comme entité nosographique, et marque le début d'un long questionnement sur son étiologie. Les affrontements entre partisans de l'origine utérine et ceux de l'origine cérébrale se poursuivront jusqu'au XIXème siècle.

## ***I Théorie des vapeurs***

La théorie des vapeurs s'appuie sur le travail de deux chimistes : Jean-Baptiste VAN HELMONT (1577-1644) et son disciple Franciscus de la BŒ dit « Sylvius » (1588-1672).

Jean FERNEL (1497-1558), médecin galéniste, semble être à l'origine de cette théorie des vapeurs, se basant sur la théorie séminale de GALIEN. La rétention séminale est toujours à l'origine des troubles, mais elle se propage dans l'organisme suite un phénomène de fermentation à l'origine de la production de vapeurs.

Dans le « Traité des vapeurs » <sup>(75)</sup> de LANGE (1689), les vapeurs se déplacent par les nerfs.

L'auteur y décrit quatre sortes de ferments susceptibles de provoquer des vapeurs :

- ferments volatiles qui siègent dans le cerveau et dont la fermentation provoque l'épilepsie
- ferments glandulaires provoquant des manifestations viscérales
- ferments splénique provoquant la mélancolie

- ferments séminaires dégagant des vapeurs hystériques

Chez les « personnes sages », les vapeurs se dissipent de façon continue et n'entraînent donc pas de troubles. Chez les hommes, elles dégagent des vapeurs trop volatiles pour se porter au cerveau, les protégeant ainsi des accidents hystériques. Chez la femme par contre la semence contient des ferments plus lourds, empêchant le transport des vapeurs vers les organes sexuels. Avec l'abstinence sexuelle, la semence s'accumule, et ne trouvant pas d'exutoire au travers de la sexualité, ces vapeurs montent au cerveau par les nerfs et provoquent les convulsions hystériques, la confusion, le délire, le gonflement du ventre, la manie ou la possession démoniaque.

Si les ferments se déplacent dans les nerfs du mésentère et du bas ventre : « ils y font un tel gonflement et une si forte élévation des parties où sont attachés des nerfs, que le diaphragme s'en trouve pressé, en sorte qu'il semble que le corps de l'utérus comme une grosse boule se porte jusques à cet endroit. Si les vapeurs se portent dans les nerfs des poumons, elles y font l'asthme convulsif. Lorsqu'elles sont poussées vers ceux du cœur, elles font le pouls convulsif et les palpitations. Lorsqu'elles montent vers les nerfs récurrents, elles produisent l'étranglement et la suffocation. Enfin, lorsqu'elles sont élevées jusques au cerveau elles y provoquent les accidents mêmes que nous avons expliqués dans l'épilepsie » <sup>(75)</sup>.

A la suite de nombre de ses prédécesseurs, il fait de l'hystérie une pathologie de la sexualité, affirmant qu'il n'existe pas de vapeurs hystériques chez la femme mariée ou les jeunes filles enjouées, occupées aux soins du ménage.

Jean VARANDEE (« Traité des maladies des femmes » <sup>(102)</sup>, 1666), et Jean ASTRUC (« Traité des maladies des femmes » <sup>(10)</sup>, 1761), tous deux gynécologues-accoucheurs se font défenseurs de l'origine utérine de l'hystérie. Pour ces auteurs, les vapeurs sont

provoquées par la rétention dans l'utérus de la semence, entraînant une augmentation de la pression. La matrice suffoque, s'agite et cherche à expulser les vapeurs via la crise hystérique.

« Les vapeurs attaquent surtout les gens oisifs qui se fatiguent peu par le travail manuel, mais pensent et rêvent beaucoup : les gens ambitieux qui ont l'esprit vifs, entreprenants et forts amateurs des biens et des aises de la vie, les gens de lettre, les personnes de qualité, les ecclésiastes, les dévots, les gens épuisés par la débauche, les femmes oisives et qui mangent beaucoup... Bien des gens pensent que cette maladie attaque l'esprit plutôt que le corps, et que le mal gît dans l'imagination. Il faut avouer en effet que la première cause est l'ennui et une folle passion, mais qui à force de tourmenter l'esprit oblige le corps à se mettre de la partie ; soit imagination, soit réalité, le corps en est réellement affligé ». <sup>(100)</sup>

## ***II Esprits animaux***

La théorie des esprits animaux découle d'une certaine façon de la théorie des vapeurs. Mais les vapeurs seraient non pas dues à la fermentation de la semence dans l'utérus, mais à des « esprits animaux », particules microscopiques en provenance du cœur et du cerveau.

Nathanael HIGHMORE en donne une définition précise : « Les esprits animaux sont des atomes constituants d'infiniment petites particules ignées, atténuées, raréfiées, exaltées par la chaleur et la fermentation dans les cavités du cœur, transmises par les artères au cerveau avec le sang, et là, passant à travers la substance du cerveau par des méandres divers et de fins ruisseaux, sont éliminés par l'énergie du cerveau, séparés du sang et envoyés aux parties du corps par des organismes spéciaux. A cause de leur ténuité ignée, ils peuvent pénétrer les corps les plus épais et les plus compacts ; à cause de leur chaleur, ils peuvent dilater leurs parties ; à cause de leur activité, passer à un moment dans tout le microcosme

humain ; s'ils n'étaient tempérés par l'humidité du cerveau, ils s'échapperaient bien vite et produiraient de graves perturbations ». <sup>(56)</sup>

Avec la théorie des esprits animaux, l'origine de l'hystérie ne se situe plus dans l'utérus mais dans le cerveau. Elle est d'une certaine façon, « déssexualisée », et peut atteindre les hommes autant que les femmes. La pathologie hystérique devient respectable.

La première hypothèse du siège cérébral de l'hystérie est attribuée à Charles LEPOIS (1563-1633), dit Carlos PISOS. Il consacre dans un ouvrage paru en 1618 un chapitre à l'hystérie. Il y explique que les symptômes de l'hystérie peuvent être présents chez les hommes et les femmes, et place l'origine des troubles non pas dans l'utérus mais dans le système nerveux. Les esprits animaux siégeant dans les ventricules cérébraux sont expulsés par une contraction du cerveau qui chasse le liquide dans les creux des nerfs, ce qui provoque l'agitation dans le corps et la raideur des membres. Les émotions provoquent l'hystérie par contraction et dilatation des membranes du cerveau : « Si tout le corps se raidit, se distend, se convulse, ce n'est parce que la tête est gagnée par la maladie elle-même, mais bien parce que le principe des nerfs est atteint et que les méninges du cerveau, dont les nerfs sont l'expansion, sont elles-mêmes secouées et rigidifiées » <sup>(71)</sup>.

Si le siège change, le mécanisme reste le même : l'expulsion de matière toxique, semence ou esprits animaux. Mais cette théorie permet d'expliquer au mieux l'action des émotions, dont le siège est le cerveau, sur l'organisme entier.

Thomas WILLIS (1621-1675), médecin et philosophe anglais, applique les principes de la chimie à la théorie des esprits animaux. « Les affections qui se rapportent à cette maladie sont variées et multiples. Rarement on les trouve réunies chez la même malade ; rarement elles se présentent de la même manière. Ce qui semble constituer l'hystérie formelle, c'est des mouvements dans le bas-ventre et comme l'ascension d'une boule, des cris, des efforts

de vomissements, la distension des hypochondres, des éructations et des borborygmes, la respiration inégale et gênée, la chaleur dans la gorge, le vertige, la convulsion et la rotation des yeux, des rires et des pleurs immodérés, des paroles absurdes, quelquefois l'aphonie et l'akinésie, le pouls nul ou faible, des mouvements convulsifs dans la face et les membres et quelquefois dans tout le corps, quoique les convulsions générales soient rares et ne surviennent que dans les cas graves. Le plus souvent la scène se passe sans la contraction des membres et seulement dans la tête, ou le thorax, ou le ventre, ou dans ces parties successivement. Les femmes de tout âge et de toutes conditions sont sujettes à cette maladie, riches ou pauvres, vierges, épouses ou veuves. Je l'ai observée chez les petites filles avant la puberté et chez les femmes âgées après la cessation des règles. Même je l'ai vue quelquefois chez les hommes ». <sup>(109)</sup>

Pour T. WILLIS, les maladies convulsives, dont l'hystérie, résulte d'une affection neurologique. N. HIGHMORE s'oppose à cette théorie neurologique, lui préférant une théorie circulatoire : « Cette maladie hystérique provient de l'afflux trop abondant d'un sang subtil et flatulent dans les vaisseaux du poumon et du cœur. Les poumons ne peuvent donc suivre les mouvements du thorax et du diaphragme, et le cœur ne peut pas non plus, malgré les contractions plus fréquentes du sang qu'il contient. De là nécessairement la dyspnée, et ensuite la suffocation : pour échapper à ce mal, la nature commande des mouvements destinés à chasser les esprits qui sont abondants et irréguliers et que nous appelons convulsifs. ». <sup>(57)</sup>



### **III Thomas SYDENHAM**

Thomas SYDENHAM (1624-1689) est un médecin anglais. Sa place dans l'histoire de l'hystérie est considérable. Son système nosographique est simple : d'un côté les « fièvres » ou maladies aiguës, de l'autre les maladies chroniques, dans laquelle l'hystérie a une place prépondérante. « Cette maladie est un protée qui prend une infinité de formes différentes ; c'est un caméléon qui varie sans fin ses couleurs [...] Ses symptômes ne sont pas seulement en très grand nombre et très variés, ils ont encore cela de particulier entre toutes les maladies, qu'ils ne suivent aucune règle, ni aucun type uniforme, et ne sont qu'un assemblage confus et irrégulier : de là vient qu'il est difficile de donner l'histoire de l'affection hystérique ». <sup>(95)</sup>

Il exprime sa théorie ainsi : « Il me paraît donc que ce qu'on nomme dans les femmes affection hystérique, et dans les hommes affection hypocondriaque, et en général les vapeurs, provient du désordre ou mouvement irrégulier des esprits animaux, lesquels se portant impétueusement, et en trop grande quantité, sur telle ou telle partie, y causent des spasmes, ou même de la douleur, quand la partie se trouve douée d'un sentiment exquis, et troublent les fonctions des organes, tant de ceux qu'ils abandonnent que de ceux où ils se portent, les uns et les autres ne pouvant manquer d'être fort endommagés par cette distribution inégale des esprits, qui est entièrement contraire aux lois de l'économie animale». <sup>(95)</sup>

Son œuvre contient des descriptions cliniques d'une grande finesse, qu'il nous semble important de citer ici. A propos de la crise hystérique : « Quelquefois l'affection hystérique produit des convulsions horribles, et qui ressemblent à l'épilepsie. Le ventre et la poitrine se gonflent et gênent la respiration ; et la malade fait de si grands efforts, que, quoiqu'elle ait d'ailleurs assez peu de force, tous les assistants suffisent à peine pour la tenir. Durant ce

temps-là, elle crie, sans prononcer de paroles distinctes et articulées, et elle se frappe la poitrine. Cette sorte d'affection hystérique est communément appelée suffocation de matrice, et les femmes qui y sont sujettes ont le plus souvent un tempérament vigoureux et fort sanguin » <sup>(95)</sup>. Il décrit la boule hystérique, spasmes de l'abdomen avec gonflement du ventre, et le clou hystérique, céphalée violente et localisée, accompagnée de vomissements abondants.

Il fait du caractère des hystériques et des hypochondriaques une description impressionnante par sa modernité : « Quoique les femmes hystériques et les hommes hypocondriaques soient extrêmement malades de corps, ils le sont encore plus d'esprit, car ils désespèrent absolument de leur guérison ; et, dès qu'on s'avise de leur en donner la moindre espérance, ils se mettent en grande colère, tellement que ce désespoir est essentiel à la maladie. D'ailleurs, ils se remplissent l'esprit des idées les plus tristes, et croient que toutes sortes de maux vont leur arriver. Ils s'abandonnent pour le moindre sujet, et même sans sujet, à la crainte, à la colère, à la jalousie, aux soupçons, et aux passions les plus violentes, et ils se tourmentent eux-mêmes. Ils ne peuvent souffrir la joie ; et, s'il leur arrive de se réjouir, ce n'est que très rarement, et pour quelques moments ; encore ces moments de joie leur agitent-ils autant l'esprit que feraient les passions les plus affligeantes. » <sup>(95)</sup>

Les circonstances déclenchantes de l'hystérie sont pour T. SYDENHAM des agitations de l'âme produites par la colère, le chagrin, la crainte, ... : « Ainsi, quand les femmes me consultent sur quelque maladie dont je ne saurais déterminer la nature par les signes ordinaires, j'ai toujours grand soin de leur demander si le mal dont elles se plaignent ne les attaque pas principalement lorsqu'elles ont du chagrin ou que leur esprit est troublé par quelque autre passion. Si elles avouent que la chose est ainsi, alors je suis pleinement assuré que leur maladie est une affection hystérique. » <sup>(95)</sup>

La théorie des vapeurs tombe progressivement dans l'oubli, sa mort étant annoncée dans le « Traité des affections vaporeuses du sexe »<sup>(87)</sup> de J. RAULIN, en 1758. Il y fait la critique à la fois du concept de vapeur et de celui des esprits animaux. Il leur préfère une théorie des passions, atteignant préférentiellement les femmes du fait de leur « hypersensibilité », de leur « fragilité » à la fois physique (fibres, nerfs) et psychique. Il les nomme « affections vaporeuses », utilisant le terme de façon descriptive uniquement : « des stases, des spasmes ou des convulsions de quelque partie, de quelques viscères, de plusieurs ensembles, ou successivement ou généralement de tout le corps. ».

A sa suite, Robert WHYTT (1714-1766), neurologue anglais, décrit l'hystérie comme une « maladie nerveuse » et fait de l'hystérie et l'hypochondrie une même pathologie. Il tente d'expliquer l'influence des émotions sur le système nerveux en introduisant la notion de « sympathie » entre les différentes parties du corps.<sup>(107)</sup>

#### ***IV MESMER et le magnétisme animal***

Franz Anton MESMER (1734-1815), est un médecin allemand, fondateur du « magnétisme animal », qui sera plus tard rebaptisé « mesmérisme ». Il postule l'existence d'un fluide magnétique, présent dans tous les organismes, et dont la mauvaise répartition serait responsable de toutes les maladies de l'homme. Fort de sa découverte, il décide donc de traiter ses patients grâce à des aimants. Sa patiente la plus célèbre, Oesterline, qu'il traite entre 1773 et 1774, souffre d'attaques convulsives accompagnées de fièvre, de vomissements, de délire mélancolique et maniaque, de crises de raideur, de cécité, de suffocation, et de paralysie pendant plusieurs jours. MESMER note la périodicité astronomique des crises et décide de traiter sa patiente en créant dans le corps de celle-ci

« une marée artificielle » grâce à des aimants. Il fait donc ingurgiter à la patiente une potion de fer, avant de placer à chacune de ses chevilles, et sur son cœur, des aimants spécialement conçus à cet effet. Cette application provoque chez la jeune femme une douleur intense, presque instantanée. La reproduction de cette expérience, avec l'ajout d'aimants supplémentaires, guérit la patiente de tous ses maux. Mais il abandonne rapidement les aimants, pour affirmer que le magnétisme émane en fait de lui-même : il est seul responsable de la guérison spectaculaire de la patiente, « tout ce que je touchais produisait les mêmes effets que l'aimant » (magnétisme animal). Mais lorsqu'il tente de publier ses découvertes, il se heurte à l'hostilité des corps de médecine officiels, qui ne voit chez F. A. MESMER qu'un charlatan en quête de gloire. Il décide de prouver ses théories à la faculté de médecine de Vienne, et pour cela fait venir Oesterline, en pleine crise. Il lui suffit de la toucher pour mettre fin à la crise. Un geste de son doigt tendu vers elle à distance suffit à déclencher une nouvelle convulsion. Malgré le succès de sa démonstration il n'obtient pas la reconnaissance de ses pairs, qui soupçonnent toujours une supercherie. Cela ne l'empêche pas de poursuivre ses traitements, avec plus ou moins de succès.

Il crée, par nécessité, une thérapeutique de groupe, dirigeant le fluide magnétique comme un chef d'orchestre, provoquant des crises d'un simple geste de main, entouré de ses patients. Il crée « La Société de l'Harmonie » qui promet, en l'échange d'une souscription de 100 livres et d'une cotisation annuelle, de révéler son « secret ». Mais son succès provoque l'intérêt des instances supérieures de la médecine, et une commission est nommée pour investiguer ses pratiques. Les conclusions de la Commission ne remettent pas en cause les bénéfiques thérapeutiques des pratiques du magnétisme, mais les attribuent, non pas au magnétisme, mais au pouvoir de l'imagination : « L'imagination sans magnétisme produit des convulsions, le magnétisme sans imagination ne produit rien » <sup>(12)</sup>. On l'accuse de plus d'utiliser la séduction sur ses patientes, voire d'entretenir des rapports intimes avec elles. Un « rapport secret » décrit en effet des pratiques qui interrogent :

MESMER, pour traiter ses patientes, s'assoit devant elles avant de placer ses mains au niveau de l'hypochondre et des ovaires, puis imprime un mouvement de balancier aux deux corps, le sien et celui de la patiente. La réaction des patientes est décrite comme « un signe non équivoque du désordre total des sens ». Suite à ces rapports, le magnétisme animal est officiellement proscris.

Là où Mesmer rencontre l'hystérie, c'est dans sa description du somnambulisme ou « sommeil critique », conçue comme une « crise » libératrice durant laquelle le « sens interne » est renforcé, il dévoile des secrets inconnus du patient dans son état de veille. « Le somnambule « fait une sorte de traduction » pour exprimer ses idées dans la langue formée pour les sens externes. Il s'ensuit que, comme il fait toujours d'une langue qu'on peut dire empruntée, il est facile de s'y méprendre ». <sup>(80)</sup> On voit ici les prémisses de l'hypnose, et les notions freudiennes de la nécessité d'une transformation du message du névrosé.

MESMER fait le lien entre les croyances de la Renaissance et l'hystérie de Charcot.

# **L'ÉPOQUE ROMANTIQUE**

Au XIX<sup>ème</sup> siècle on voit apparaître une nouvelle classe de médecins, les « aliénistes », précurseur des psychiatres. Ce sont des spécialistes des maladies mentales qui cherchent à rendre aux aliénés leur humanité et prônent la compassion et l'empathie dans leurs traitements. Fidèles aux valeurs révolutionnaires de liberté et d'égalité, ils vont libérer, littéralement et figurativement, les aliénés de leur chaînes.

On assiste parallèlement, à cette même époque, à une résurgence des conflits concernant le siège de l'hystérie, avec un retour de la théorie utérine.

## ***I Les aliénistes***

Philippe PINEL (1745-1826) est un des pères fondateurs du mouvement aliéniste, célèbre pour avoir demandé la libération des aliénés de leurs chaînes. Il offre dans « Nosographie philosophique »<sup>(85)</sup> la première classification des maladies mentales. Elles sont regroupées sous le terme de « névroses » et divisées en 4 catégories : « spasmes », « vésanies », « affections comateuse » et « anomalies des fonctions nerveuses ». L'hystérie appartient aux « spasmes » et est décrite comme un « assoupissement par intervalles, resserrement spasmodique du gosier et sentiment de strangulation, quelquefois convulsions ou délire fugace. ». Pour lui, le siège de l'hystérie est l'utérus, et, reprenant les théories des médecins de l'antiquité, attribue le déclenchement des accès à une « continence austère ». Et le meilleur traitement reste le mariage, auquel il attribue d'ailleurs la guérison de l'une de ses patientes.

Des théories psychologiques apparaissent avec Frédéric DUBOIS D'AMIENS<sup>(30)</sup> et Laurent CERISE, qui tous deux définissent l'hystérie comme une « maladie nerveuse », refusant de lui attribuer un siège au sein de l'organisme.

Jean-Baptiste LOUYER-VILLERMAY (1776-1838) se tourne lui vers le passé, refusant l'existence de l'hystérie chez l'homme et plaçant donc le siège de l'hystérie dans l'utérus, évoquant des « lésions fonctionnelles de l'innervation de l'organe ». La maladie est causée par la continence volontaire ou forcée, mais la prévention réside non pas dans l'acte sexuel mais dans la maîtrise des facteurs d'excitation, innombrables.

Il décrit la crise en 5 phases : aura, phase convulsive, expressions émotionnelles ou affectives, troubles de l'entendement avec délire, et « apoplexie hystérique », la fin de la crise étant marquée par l'émission d'urines claires et l'expulsion d'excrétions uréthro-vaginales.

Il introduit le « traitement moral » : il faut écarter l'hystérique du commerce avec des hommes et diriger son esprit vers les idées religieuses et les principes d'une saine morale.

Les descriptions se font cliniques chez Etienne GEORGET (1795-1828), qui assigne un même siège à l'hypochondrie et l'hystérie, le cerveau : « L'hystérie est une affection convulsive apyrétique, ordinairement de longue durée, qui se compose principalement d'accès ou d'attaques qui ont pour caractères des convulsions générales et une suspension souvent incomplète des fonctions intellectuelles » <sup>(48)</sup>. Les malades ne sont plus exclusivement féminins. Propose de remplacer le terme hystérie par « encéphalite spasmodique » ou « attaques de nerfs ».



## **II BRIQUET**

Pierre BRIQUET (1796-1881) est médecin à l'hôpital de la Charité. Il recueille 430 observations d'hystérie et effectue un travail épidémiologique, dont il donne les résultats dans « Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie »<sup>(18)</sup>. Il classe les symptômes en 7 catégories : hyperesthésie, anesthésie, perversions de la sensibilité, spasmes, attaques, paralysies et perversions de la contractilité et en détermine les facteurs prédisposants : « le sexe, l'âge, l'état de santé des parents, la constitution physique et disposition morale, les climats, la position sociale, le lieu où l'éducation s'est faite, le mode d'éducation, le mode d'alimentation, les professions, les passions, la continence, l'état de la menstruation, les maladies antécédentes, et notamment celle des organes génitaux, enfants l'état de santé dans lequel se trouvaient les femmes avant le moment où les causes déterminantes ont commencé à agir »<sup>(18)</sup>. Parmi les observations, sept concernent des cas d'hystérie chez l'homme.

Etudiant le système nerveux des patients qu'il a l'occasion d'autopsier, il ne trouve aucune lésion, mais place cependant l'origine des troubles dans le cerveau, et plus précisément dans ce qu'il appelle la « partie affective de l'encéphale », distincte de la « partie intellectuelle ».

Son œuvre est citée favorablement par CHARCOT et ses élèves, et en particulier par JANET, qui propose de renommer les attaques hystériques simples « Attaques de BRIQUET ».

Il définit l'hystérie comme « une névrose de l'encéphale, dont les phénomènes apparents consistent principalement dans la perturbation des actes vitaux qui servent à la manifestation des sensations affectives et des passions »<sup>(18)</sup>.

Pour lui, l'hystérie est une maladie chronique avec de phases aiguës, ou attaques, dont il

décrit 9 types : les spasmes, les syncopes, les convulsions hystériques, les convulsions épileptiques, la catalepsie, l'extase, le somnambulisme, le coma et la léthargie, et le délire.

Il note que les attaques d'hystérie peuvent être provoquées par la vue d'une crise épileptique, et évoque la propagation de l'hystérie, c'est à dire sa capacité à se communiquer facilement aux personnes qui entourent l'hystérique.

Plus surprenant, de ses données épidémiologiques, il déduit une classification des femmes en 4 sous-types : « celles qui ont des attaques d'hystérie [...], celles qui sont hystériques sans avoir d'attaques [...], celles qui sont très impressionnables [...], et celles qui ne sont ni hystériques ni très impressionnables [...] » et en conclut qu'un quart des femmes est hystérique, et que la moitié sont soit hystériques, soit très impressionnables.

Si son travail a été largement ignoré en France, il est largement reconnu en Amérique du Nord, où le terme syndrome de BRIQUET a longtemps servi à désigner la névrose hystérique, avant de devenir synonyme de maladie psychosomatique.

# **CHARCOT ET L'ÉCOLE DE LA SALPÊTRIÈRE**

CHARCOT, et plus généralement l'école de La Salpêtrière, ont fourni les premières descriptions cliniques de la « crise hystérique », descriptions qui resteront célèbres jusqu'à nos jours. La « Grande Hystérie » de CHARCOT est considérée encore aujourd'hui comme le modèle de la clinique hystérique.

Mais CHARCOT a fait face à de nombreuses critiques pour ne pas avoir reconnu le rôle de la suggestion dans la genèse de la Grande Hystérie. On lui reproche d'avoir été victime des hystériques, de s'être laissé entraîner par elles jusque dans des expérimentations plus que discutables et des théories hasardeuses.

## ***I Jean-Martin CHARCOT***

Jean-Martin CHARCOT (1825-1893), neurologue, entre à la Salpêtrière en 1848 et y fera toute sa carrière. Il y travaille sur la sclérose en plaque, les arthropathies tabétiques, la sclérose latérale amyotrophique.

En 1882, il est nommé professeur de clinique des maladies nerveuses, chaire créée pour lui par Gambetta, première chaire de neurologie en France.

Sa rencontre avec les hystériques se fait par hasard, à la faveur d'un réaménagement. En 1780, le pavillon de la Salpêtrière où étaient hospitalisés les aliénés, les épileptiques, et les hystériques doit être évacué pour cause de vétusté. On décide alors de séparer les aliénés des épileptiques et des hystériques et de réunir dans un même service ces deux dernières catégories, similaires dans leur présentation sous forme de crises convulsives. C'est le « quartier des épileptiques simples », qui est confié à J-M CHARCOT, du fait de son ancienneté.

D'après Louis DELASIAUVE, aliéniste de la Salpêtrière, l'épilepsie simple ou essentielle se manifeste « par des déviations fonctionnelles, sans lésions, répondant à de simples

souffrances nerveuses, constituant, en un mot, une véritable névrose » <sup>(27)</sup>. J-M CHARCOT évoque d'ailleurs « les deux grandes névroses ».

Fidèle à sa formation de neurologue, il applique à l'hystérie les principes de la méthode anatomo-clinique de Claude BERNARD et commence un long travail de sémiologie, se basant sur les symptômes constatés chez les patientes de son service. Il décrit ainsi en 1874, les crises convulsives paroxystiques et les symptômes permanents inter critiques puis en 1870 le tableau clinique de la « grande hystérie » ou hystéro-épilepsie, qui restera célèbre <sup>(20)</sup>. Elle se déroule en quatre phases :

- l'aura
- l'attaque proprement dite, avec cri, pâleur, perte de connaissance, chute suivie d'une rigidité musculaire, phase dite épileptique ou épileptoïde
- la phase clonique ou clownesque, avec grands mouvements, contorsions à caractère intentionnel, gesticulations théâtrales mimant les passions, l'effroi, la peur, la haine, etc.
- la phase résolutive marquée par des sanglots, des pleurs et des rires.

Pour dresser ce tableau sémiologique, CHARCOT étudie chacun des symptômes, cherchant ce qui les différencie des manifestations d'ordre neurologique. Ce faisant il donne à l'hystérie pour la première fois une certaine légitimité. Elle devient une maladie comme les autres et entre dans le domaine scientifique. Jules DEJERINE notera d'ailleurs en 1911 que « grâce à ses études sur l'hystérie, CHARCOT sut soustraire aux psychiatres un domaine que ceux-ci tenteront vainement de reconquérir ».

Concernant l'origine des troubles, il reste initialement fidèle à la théorie utérine, avec la description d'une « hyperesthésie ovarienne » (région ovarienne douloureuse à la pression, siégeant du même côté que l'hémianesthésie). Le déclenchement de l'accès hystérique peut être provoqué par pression de la région ovarienne et arrêté par compression énergétique. Il tempère plus tard son propos, expliquant qu'il n'est pas « partisan exclusif de la doctrine

ancienne qui place le point de départ de la maladie hystérique tout entière dans les organes génitaux, mais je crois qu'il est impérieusement démontré que dans une forme spéciale de l'hystérie – que j'appellerai ovarienne ou ovarique – l'ovaire joue un rôle important » <sup>(20)</sup>.

Charcot perçoit la composante émotionnelle des crises, notant chez ses patientes des événements déclenchant des crises « inaugurales ».

## ***II Victor BURQ et la métallothérapie***

Victor BURQ (1822-1884) est un chercheur itinérant, utilisant les métaux pour traiter les hystériques. En 1876, il s'adresse à Claude BERNARD, à la recherche de reconnaissance de son travail. La société de Biologie constitue alors une commission, composée de J. LUYS, V. DUMONTPALLIER et J.-M. CHARCOT afin d'investiguer les résultats de BURQ. CHARCOT lui ouvre les portes de son service et est bientôt convaincu du bien-fondé des théories de BURQ, ayant constaté leur efficacité sur certaines de ses patientes. Il met par contre de côté l'effet « thérapeutique » des métaux pour y substituer les effets du courant électrique généré par ceux-ci. <sup>(91)</sup>

La commission, s'inspirant de la méthode expérimentale de Claude BERNARD, conduit une série d'expériences, appliquant des métaux sur les zones atteintes, puis via l'application « interne », sous forme de dilution de métaux, ingérées par les patientes. Ils appliquent une méthode expérimentale rigoureuse, décrite à travers le cas d'une patiente : « La nommée Gleize, jeune fille de 16 ans, hystérique depuis plusieurs années, est affectée d'ovaire droite, c'est-à-dire que l'ovaire de ce côté est douloureux à la pression. Cette malade, qui est sujette à des crises convulsives avec hallucinations de la vue, est anesthésique de tout le côté droit du corps ; cette anesthésie est complète pour la peau, le tissu musculaire, et incomplète pour les sens de l'ouïe et de la vue. L'anesthésie spéciale a été constatée et

mesurée par M. Gellé pour l'organe de l'ouïe et par M. Landolt pour l'organe de la vue. La Commission s'est donc placée dans les meilleures conditions pour éviter toute erreur d'interprétation. Quant à l'anesthésie de la peau de tout le côté droit du corps, il était facile de la constater, non seulement en piquant plus ou moins profondément la peau, mais encore en perçant de part en part un pli de la peau dans toute son épaisseur, avec une longue et forte épingle d'acier. Nous devons remarquer que ces piqûres n'étaient point suivies d'écoulement de sang, il y avait donc dans ces parties une notable modification de la circulation capillaire. Les masses musculaires, du même côté, étaient aussi insensibles à la pression. Dans une autre séance, nous avons de même constaté les différences de température entre le côté malade et le côté sain. L'anesthésie ayant donc été bien constatée et de façon à ne laisser aucun doute, nous avons appliqué des bracelets composés de pièces d'or monnayé sur le bras droit et sur les régions sus-orbitaire, temporale et mastoïdienne du côté droit ; après quinze à vingt minutes d'application du métal, la peau a pris une coloration rouge dans les zones correspondantes à l'application métallique, en même temps que la malade accusait des fourmillements et de la chaleur dans les mêmes régions. De plus, des piqûres, même légères, étaient devenues douloureuses, intolérables, et l'on voyait au niveau des piqûres sourdre des gouttelettes de sang. Enfin, l'anesthésie de l'ouïe avait disparu en grande partie, ainsi que cela pouvait être mesuré au moyen du tube interauriculaire du docteur Gellé, et, le Daltonisme de l'œil droit n'existant plus, la malade percevait très-distinctement et très rapidement les diverses couleurs du prisme. »<sup>(91)</sup>. Les auteurs anglo-saxons critiquent les résultats obtenus par l'équipe de La Salpêtrière, évoquant plutôt une origine psychologique, sous la forme d'une « auto-suggestion », mais Charcot reste persuadé de la validité des résultats, mettant en avant l'infaillibilité de ses méthodes d'expérimentations. Il n'a pas pu être « trompé » par les hystériques.

### **III L'hypnose**

Poursuivant ses expérimentations, CHARCOT découvre que de nombreux agents peuvent faire disparaître les symptômes. Il les nomme agents « hystérogènes », et se concentre rapidement sur l'un d'eux : l'aimant. C'est le retour du magnétisme, qui conduit tout naturellement, comme chez MESMER, à l'hypnose.

En 1882, dans « Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques » <sup>(21)</sup>, J.M. CHARCOT décrit les trois états du « Grand Hypnotisme » des malades hystériques :

- La léthargie, obtenue en pressant sur les paupières du sujet, durant laquelle le sujet reste inerte tout en manifestant une « hyperexcitabilité neuromusculaire » (le moindre contact provoque une contracture)
- La catalepsie, obtenue en rouvrant les yeux du sujet (ou en faisant résonner un gong), durant laquelle le sujet prend les poses qu'on lui donne et « transfère » à volonté les contractures du côté du corps où l'on applique un aimant
- Le somnambulisme, obtenu en frictionnant le sommet du crâne du sujet, durant lequel le sujet vous parle et bouge normalement

Le sujet fait preuve d'une amnésie totale au réveil.

Les symptômes hystériques peuvent donc être provoqués de manière artificielle, mais seulement, d'après J.M. CHARCOT, si la patiente est en état de « diathèse hystérique », c'est-à-dire qu'elle présente un terrain hystérique inné. Pour lui, seules les hystériques sont hypnotisables. Mais les symptômes provoqués sous hypnose s'opposent à la théorie neurologique de J.M. CHARCOT, ils interdisent l'idée d'une explication lésionnelle de



l'hystérie. Et J.M. CHARCOT est là face à une impasse.

#### ***IV L'école de Nancy***

Dans le conflit entre les écoles de Nancy, à travers par A. LIEBEAULT et A. BERNHEIM, et celle de La Salpêtrière se joue en fait la confrontation entre deux conceptions opposées de l'hystérie.

Ambroise-Auguste LIEBEAULT (1823-1904), est un médecin de campagne. Durant ses études il s'intéresse au magnétisme puis, dans la suite d'un regain de popularité des travaux de G. BRAID, à l'hypnose. Il en fait sa profession, traitant grâce à elle toutes les pathologies de ses patients. Sa méthode consiste à fixer ses patients dans les yeux, et lorsqu'ils sont endormis, à leur suggérer que leur pathologie est guérie. Sa théorie se base sur le concept de l'attention, principe vital présent partout dans l'organisme. A l'état de veille, l'attention circule en permanence dans tout le corps. Mais à l'état de sommeil, elle s'immobilise et permet ainsi aux patients de se concentrer entièrement sur l'hypnotiseur. Toute l'attention se concentre ainsi sur l'idée qu'il suggère. « Si chez l'homme sain l'attention s'accumule sur l'idée d'une maladie, il devient malade. Chez l'homme malade, l'attention s'accumulant sur l'idée de guérison, il guérit » <sup>(74)</sup>.

Hyppolyte BERNHEIM (1840-1919) découvre l'hypnose lorsqu'il assiste aux travaux de LIEBEAULT. Il est impressionné par les résultats obtenus grâce à la méthode hypnotique et la fait sienne, renommant le concept de l'attention de LIEBEAULT « suggestion ». Il la définit comme une « idée conçue par l'opérateur, saisie par l'hypnotisé et acceptée par son cerveau » <sup>(15)</sup>. Il l'appliquera dans ses études sur l'hystérie : « Quand, il y a plus de trente ans, éclairé par la pratique d'un médecin inconnu qui s'appelait LIEBEAULT, je commençais mes études sur la suggestion et que j'appliquais cette méthode d'observation à l'hystérie, je

ne tardais pas à voir que cette description si précise était souvent artificielle , que cette systématisation était due en grande partie à l'imitation et à la suggestion, que la grande hystérie, avec son évolution de phases qui se déroulent comme un chapelet, était une hystérie de culture ; je constatais que la suggestion expérimentale modifie souvent à sa guise cette évolution et peut l'enrayer dans toutes ces périodes. » <sup>(15)</sup>

Bernheim affirme que l'hystérie n'est que le produit de la suggestion, que tout le monde est hypnotisable. Il remet en cause la notion même d'une maladie hystérique et s'attaque aux conceptions de J.M. CHARCOT, qu'il accuse d'avoir « fabriqué » la maladie, en utilisant la suggestion sur ses patientes. Pour expliquer la répétition des crises, il explique que les patientes, à force d'attaques provoquées, deviennent « hystérisables ». Se met alors en route « l'appareil hystérogène », qu'il considère comme une véritable maladie, provoquée par les médecins.

Il abandonne progressivement l'hypnose, considérant que les effets de la suggestion peuvent s'obtenir de la même façon chez un patient éveillé, et l'utilise pour guérir ses patients, faisant occasionnellement naître de nouveaux symptômes pour prouver le pouvoir de la suggestion à ses étudiants. Il nomme cette thérapie « psychothérapie ».

## ***V L'hystérie traumatique : hystérie masculine***

Le concept d'« hystérie traumatique », qui naît à La Salpêtrière, jouera un rôle important dans la naissance de la psychanalyse. Cette hystérie, qui se manifeste principalement chez les hommes, apparaît après un traumatisme physique minime, et ses manifestations ressemblent en tout point à celle de l'hystérie de J.M. CHARCOT. Celui-ci présente d'ailleurs une douzaine de cas d'hystérie traumatique. E. TRILLAT <sup>(99)</sup> fait le récit de l'un de ses cas, celui d'un jeune homme de 29 ans qui manque de passer sous les roues d'une voiture de

blanchisseur. Celle-ci ne fait en fait que heurter son chariot, et il est jeté au sol. Il est transféré à l'hôpital, où il reste sans connaissance durant plusieurs jours. A son réveil, il ne se souvient de rien. Il rentre chez lui, et huit jours après, alors qu'il est chez des amis, il est pris d'une grande attaque précédée d'une « boule hystérique ». Il est transféré à l'Hôtel Dieu, où, après plusieurs jours de coma, on constate une paralysie complète des membres inférieurs. Lorsqu'il se remémore l'accident, il en fait un récit bien différent de la réalité : les roues de la voiture lui seraient passées sur les jambes. Il est alors confié à J.M. CHARCOT, qui ne manque pas de remarquer les similitudes entre les symptômes du jeune patient et ceux de la « grande hystérie ». Celui-ci théorise que le traumatisme minime de l'accident a provoqué chez le patient un état d'hypnotisme, associé à une auto-suggestion : « Il est possible d'éveiller dans les organes psychiques une idée ou un groupe d'idées associées qui, en l'absence de tout contrôle, de toute critique, devront s'établir à l'état autonome, vivre à la manière d'un parasite en quelque sorte, acquérant de ce fait même une force énorme et une puissance de réalisation pour ainsi dire sans limite » <sup>(21)</sup>. Cette notion d'auto-suggestion provoquée par un trauma sera retrouvée plus tard chez Freud.

La névrose traumatique était déjà bien connue Outre-Manche, sous le nom de « railway brain » ou « railway spine ». On en trouve sa première description dans l'ouvrage « On Railway and Other Injuries of the Nervous System » <sup>(32)</sup> : « Notre prochain devoir est de nous tourner vers les cas beaucoup plus nombreux, et nous pensons encore plus important, sous le nom de « choc nerveux général » que nous avons mentionné dans nos chapitres précédents. Nous utilisons "choc sur le système nerveux " comme un terme applicable plutôt à l'ensemble des circonstances cliniques du cas qu'à tout symptôme qui peut être présenté par la personne blessée. C'est une phrase qui, dans son manque de précision, semble appropriée pour décrire la classe de cas que nous devons maintenant considérer ; car nous verrons que le cours, l'histoire et les symptômes généraux indiquent une perturbation fonctionnelle de l'équilibre nerveux entier ou du ton plutôt que des dommages structurels à

tout organe du corps. ». Les symptômes sont divers : somnolence, troubles de la circulation, céphalées, nervosité, hypersudation, fatigue oculaire, amnésie, et apparaissent après une phase de latence. »<sup>(32)</sup>

En Allemagne, OPPENHEIM et THOMSON rapportent de la même façon divers troubles hystériques chez les cheminots, mais ils nomment la pathologie « névrose traumatique », probablement pour éviter à leur patient le stigmate d'un diagnostic d'hystérie. Car la question qui est soulevée par cette maladie, c'est celle de l'hystérie masculine. Tous les cas décrits de « névrose traumatique », d'« hystérie traumatique », de « railway brain », concernent des hommes. La réticence des auteurs allemands à apposer le terme d'hystérie fera dire à CHARCOT que « ...même si, dans la vie quotidienne, les femmes plus fréquemment que les hommes présentent des signes d'être émotif, excitables et hystériques, il est néanmoins vrai que, comme résultat direct du choc nerveux d'une collision ferroviaire, les hommes ne deviennent pas moins émotifs et hystériques qu'elles. Nous sommes très enclins à convenir avec M. Jordan que « la fréquence de l'hystérie (si un tel terme peut être utilisé) chez les hommes n'est pas entièrement reconnue, mais si leurs manifestations, comme nous pouvons l'admettre, sont absentes ou rarement vues chez les hommes ordinaires, une condition étroitement liée à l'hystérie des femmes est très fréquente ou est couramment développé, chez les hommes, après le grand choc psychique d'un accident de chemin de fer. »<sup>(21)</sup> Il s'insurge contre cette pudibonderie des auteurs allemands : « Passe encore qu'une femme ou un homme efféminé présentent des symptômes hystériques, mais qu'un robuste travailleur, un artisan vigoureux, non énervé par la culture, comme un chauffeur de locomotive par exemple, puissent, à la suite d'un accident, devenir hystériques au même titre qu'une femme, voilà pense-t-on, qui dépasse l'imagination ». <sup>(21)</sup>

## **VI JANET**

Pierre JANET (1859-1947) est professeur de philosophie. En 1882, il décide de quitter l'enseignement, pour se consacrer à des études de psychologie. En 1885, il est chargé du premier cours de psychologie expérimentale à la Sorbonne avant d'obtenir en 1889 une chaire, créée à son intention, de psychologie expérimentale et comparée au Collège de France.

Il remet en cause les théories de Charcot et Bernheim, créant un nouveau courant qu'il appellera l'école de Richet (défenseur de la méthode expérimentale, membre de la société de psychologie physiologique).

Pour lui, CHARCOT « a commis une erreur en se figurant que les phénomènes hypnotiques étaient des faits physiologiques analogues à ceux qu'il observait dans la sclérose en plaque ou dans le tabès », et concernant Bernheim : « L'explication par la suggestion est vraiment trop courte. On a le sentiment que c'est une entrée en matière et non une doctrine scientifique ». <sup>(61)</sup>

JANET fréquente le service du Dr GIBERT, où il fait la rencontre d'une patiente, Léonie, que GIBERT hypnotisait depuis de nombreuses années, parfois même à distance. Avec le concours du Dr GIBERT, JANET fait venir Léonie au Havre, afin de pouvoir mieux explorer ce phénomène. Il constate que Léonie est en effet facilement hypnotisable. Il en tire une présentation devant la Société de psychologie physiologique, présidée par CHARCOT, et fait ainsi son entrée dans le monde scientifique. CHARCOT crée alors pour lui un laboratoire de psychologie à la Salpêtrière.

Léonie présente les 3 stades du « grand hypnotisme » décrit par CHARCOT, mais JANET s'interroge : Léonie aurait-elle été « dressée » ? Reprenant l'historique de la patiente, il cherche à établir un lien entre elle et les enseignements de CHARCOT, et découvre que la patiente a été traitée dans l'enfance pour des crises de somnambulisme ainsi que des

accidents hystériques graves, par un magnétiseur du nom de PERRIER. Il en déduit que les phénomènes hypnotiques que présente la patiente ne sont que la reproduction des « exercices somnambuliques » fait par PERRIER dans son enfance.

En 1889, il présente sa thèse de doctorat ès lettres sur l'automatisme psychologique, puis en 1893, sa thèse de médecine, « Contribution à l'étude des accidents mentaux chez les hystériques ».

JANET place fermement l'origine des symptômes hystériques dans la psyché des patientes : « c'est dans l'esprit que nous avons le plus de chances de trouver des stigmates un peu plus permanents, coexistant avec tous les autres symptômes » <sup>(62)</sup>, et il reproche à CHARCOT d'avoir appliqué à l'étude de l'hystérie les mêmes méthodes que celles qu'il a précédemment utilisé sur la sclérose en plaque ou le tabès.

Il crée une psychopathologie puis une nosographie des troubles mentaux, sur le modèle de la médecine physiologique. Il affirme le statut de pathologie psychique de l'hystérie, ayant sa place dans les domaines de la médecine et de la psychologie tout en n'appartenant complètement ni à l'une ni à l'autre.

Dans « L'automatisme psychologique » <sup>(60)</sup>, il définit le « champ de conscience » comme étant « le nombre le plus grand de phénomènes simples ou relativement simples qui peuvent être réunis à chaque moment, qui peuvent être simultanément rattachés à notre personnalité dans une même perception personnelle ».

L'hystérie et la psychasthénie constituent pour Janet les deux grandes névroses qui s'opposent sur le plan des symptômes, résultant de mécanismes psychopathologiques différents, mais toutes deux sont des pathologies du champ de conscience.

L'hystérie est le produit du rétrécissement du champ de conscience : « réduction du nombre de phénomènes psychologiques qui peuvent être simultanément réunis dans une même conscience personnelle » <sup>(62)</sup>

Janet affirme que les accidents hystériques ne sont pas dus à des représentations

conscientes, mais à des idées subconscientes, faisant surface durant l'hypnose ou le somnambulisme. La puissance de ces idées tient à leur isolement du champ de conscience. A la même époque MYERS affirme que « le caractère essentiel de l'hystérie, c'est une autosuggestion déraisonnable dans des régions de l'esprit qui sont au-dessous du pouvoir de la conscience normale. »

Le terme de « dissociation de la conscience » est utilisé la même année par BINET et JANET.

Pour JANET « le modèle du fonctionnement psychique est fait de deux axes : l'un horizontal, c'est le niveau du fonctionnement automatique ou subconscient ; l'autre vertical, c'est la synthèse exercée à chaque instant par la personnalité : c'est la « tension psychologique ». » Il introduit une nouvelle pathologie, la psychasthénie, se rapprochant de ce que FREUD appelle à l'époque « névropsychoses de défense ».

Les deux pathologies partagent des symptômes, et il est difficile de trouver des psychasthéniques sans manifestation hystérique. Ce qui les différencie, pour JANET, est le niveau de « dégradation de la conscience ». Le psychasthénique souffre de son état, tandis que l'on retrouve chez l'hystérique ce que l'on désignera plus tard par le terme « belle indifférence ».

En 1910, JANET quitte la Salpêtrière, congédié par DEJERINE après le décès de Charcot, et abandonnera ses recherches sur l'hystérie.

Ce que l'on va garder de JANET, c'est un modèle dissociatif de l'hystérie, reposant sur la « désagrégation », c'est-à-dire la rupture des associations qui brise l'unité de la personnalité, en réponse à un traumatisme psychique, dont les affects refoulés se symbolisent dans une structure ou fonction anatomique et forment alors une nouvelle « personnalité », au sens de structure autonome qui échappe à la conscience du patient.

Cette théorie sera plus tard reprise par FAIRBAIRN dans « Observations on the nature of

hysterical states » <sup>(33)</sup>. Fairbairn souscrit au modèle de l'hystérie de Freud mais rejette la notion du refoulement comme processus central, lui substituant le processus de dissociation.

Si cette théorie a été largement éclipsée en France par la théorie freudienne, elle est reconnue internationalement, comme en témoigne la classification du trouble de conversion dans la CIM 10 au sein des « Troubles dissociatifs (de conversion) » <sup>(23)</sup>

## ***VII BABINSKI et le rôle des émotions***

Joseph BABINSKI (1857-1932), est une neurologue, élève de CHARCOT. Il s'intéresse à l'hystérie pour définir ce qui n'est pas de l'ordre de la neurologie. Durant une communication de la Société de Neurologie, il affirme l'hystérie comme un pur produit de la suggestion, et ne pouvant être guéris que par la persuasion.

Il propose de remplacer le terme hystérie par « pithiatisme » : « Les mots grecs Peithos et latos signifient le premier persuasion et le deuxième guérissable. Le néologisme Pithiatisme pourrait fort bien désigner l'état psychique qui se manifeste par des troubles guérissables par la persuasion et remplacerait avantageusement le mot hystérie. » <sup>(11)</sup>

Suite à cette communication, la société de neurologie, en la personne de Pierre Marie, charge Ernest Dupré de préparer un rapport sur l'état de la question.

Une nouvelle séance se tient donc le 9 avril 1908, sous forme de 7 questions, à laquelle chaque membre doit répondre par oui ou non, et accepter, ou non, la définition de l'hystérie établie par Babinski. Au final, la Commission rejette l'hystérie de BABINSKI, arguant qu'on ne peut définir une classe de maladie d'après les relations qui existent entre malade et médecin. Mais cette commission donne lieu à un développement intéressant : la question du rôle des émotions dans le déclenchement des attaques hystériques.

Une nouvelle discussion a donc lieu un an plus tard, cette fois sur le « rôle des émotions



dans la genèse des accidents, névropathiques et psychopathiques » <sup>(29)</sup>. Elle conclue au déclenchement de la crise par les émotions, et écarte le rôle de la suggestion.

# **HYSTÉRIE ET PSYCHANALYSE**

## **I Sigmund FREUD**

Sigmund FREUD (1856-1939) est un neurologue et anatomo-pathologiste autrichien.

Entre 1885 et 1886, il passe 4 mois dans le service de CHARCOT, initialement pour y poursuivre ses recherches neuro-anatomiques. CHARCOT fait forte impression sur FREUD, qui traduira d'ailleurs le Tome III des œuvres de celui-ci en allemand. A La Salpêtrière, il découvre l'hystérie et la notion de traumatisme et d'auto-suggestion en assistant aux présentations concernant l'hystérie traumatique. Surtout il note que les troubles présentés par les hystériques ne répondent pas aux lois anatomiques ou neurologiques, et ne peuvent donc s'expliquer par une lésion du système nerveux : « On peut dire que l'hystérie ignore autant la structure du système nerveux que celui qui ne l'a pas apprise » <sup>(36)</sup>. Il quitte Paris en 1886 et installe son cabinet à Vienne. Le 15 octobre 1886, il donne une conférence devant la société de médecine de Vienne : « Sur l'hystérie masculine chez l'homme ».

De son séjour à La Salpêtrière, il retiendra l'extrême variabilité et la mobilité des symptômes, et théorise qu'elles sont le fruit « des modifications de la distribution dans le système nerveux d'une quantité constante d'excitation » <sup>(36)</sup>, théorie proche de celle de l'« attention » de LIEBEAULT. Dans un article de 1893, « Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices, organiques, et hystériques » <sup>(43)</sup>, il s'oppose à CHARCOT en réfutant la théorie lésionnelle, et se penche sur la question de la valeur symbolique du symptôme : « Si la conception du bras se trouve engagée dans une association d'une grande valeur affective, elle sera inaccessible au jeu libre des autres associations. » <sup>(43)</sup>

Pour traiter ses patients, Freud utilise initialement diverses thérapeutiques, qu'il résume ainsi : « J'avais commencé par me fier au traitement physiothérapique, mais je ne tardais pas à me trouver impuissant et désarmé devant les déceptions que me causa l'électrothérapie de W. Erb (...). Le traitement par la suggestion au cours de l'hypnose

profonde, traitement dont les séances auxquelles j'avais assisté chez LIEBEAULT et BERNHEIM, m'avaient fourni des démonstrations impressionnantes, avaient semblé, un moment donné, offrir une large compensation à l'abandon du traitement électrique. Mais l'exploration au cours de l'hypnose à laquelle j'avais été initié par Breuer devait exercer sur moi... un attrait infiniment plus grand que l'interdiction suggestive » <sup>(35)</sup>. Il utilise l'hypnose, en association aux massages, jusqu'en 1888. Mais déçu par les résultats, il fait à l'été 89, un séjour dans le service de BERNHEIM à Nancy, qui le convainc d'abandonner la suggestion sous hypnose, pour lui préférer la méthode cathartique de BREUER.

## ***II Josef BREUER, Anna O. et la méthode cathartique***

Josef BREUER (1842-1925), médecin, rencontre Freud en 1870 à l'Institut de Physiologie de Brücke. Les deux hommes se lient d'amitié. Entre 1880 et 1882, Breuer traite une jeune femme issue de la bourgeoisie viennoise, Bertha POPPENHEIM, plus connue sous le pseudonyme d'Anna O. BREUER relate le cas, et le long traitement qu'y s'ensuit, dans « Etudes sur l'Hystérie » <sup>(36)</sup>. BREUER y décrit une jeune femme « très sérieuse », « très intelligente », sensible et empathique, au chevet de son père atteint de tuberculose. La jeune fille s'épuise rapidement dans son rôle d'infirmière, et la famille l'éloigne pour l'épargner. C'est cet éloignement qui semble être l'événement déclencheur des troubles. Elle présente une multitude de symptômes, sans substrat organique : toux, hallucinations, troubles de la vision, contractures, anesthésies cutanées, troubles du langage (elle se trouve dans l'incapacité de s'exprimer dans sa langue maternelle, et utilise l'anglais), dédoublement de personnalité. BREUER utilise l'hypnose pour traiter la patiente, avec un certain succès, parvenant à faire sortir de son lit la jeune femme alitée depuis de nombreux mois. Mais en avril 1881, le père de la patiente décède et la pathologie entre alors dans une

nouvelle phase, alternant des états normaux et des crises de somnambulisme, des hallucinations, des crises d'angoisses. Devant l'aggravation de la symptomatologie, on envoie la patiente dans une maison de campagne et on note une nette amélioration, avant une rapide rechute à son retour à Vienne. C'est durant cette période qu'apparaît la talking cure. « Elle avait donné à ce procédé le nom bien approprié et sérieux de « talking cure » et le nom humoristique de « chimney sweeping » (ramonage) » <sup>(36)</sup>. A l'aide d'associations libres, la jeune femme applique à chacun de ses symptômes une chronologie inversée, en faisant le récit détaillé à son thérapeute, et, lorsqu'elle parvient à la première occurrence du symptôme, celui-ci disparaît complètement. C'est la naissance de la méthode cathartique, décrite dans *Etudes sur l'hystérie* : « Les symptômes hystériques disparaissaient immédiatement et sans retour, quand on réussissait à mettre en pleine lumière le souvenir de l'accident déclenchant, à éveiller l'affect lié à ce dernier, et quand, ensuite, le malade décrivait ce qui lui était arrivé de façon fort détaillée et en donnant à son émotion une expression verbale » <sup>(36)</sup>. FREUD rapportera tout au long de sa carrière la naissance de la psychanalyse à ce cas et à cette patiente. Pour H. F. ELLENBERGER, l'histoire d'Anna O. « fut présentée comme le prototype d'une cure psychanalytique et comme l'un des événements fondamentaux qui conduisirent Freud à la création de la psychanalyse » <sup>(31)</sup>

Breuer annonce la guérison d'Anna O. en 1882, et met fin à son traitement.

Plus tard, Anna O. deviendra la première assistante sociale allemande, une pionnière du mouvement féministe et une fondatrice d'orphelinats. Elle deviendra une bienfaitrice militante à laquelle l'Allemagne rendra hommage à travers l'émission d'un timbre-poste en 1954.

« Nous savons que la découverte de la méthode cathartique lui est due. C'est pourquoi son nom mérite d'être révélé. Elle s'appelait Bertha PAPPENHEIM. » <sup>(63)</sup>

A partir de ce cas, relaté par BREUER à FREUD (qui n'a jamais rencontré la patiente), les deux hommes rédigent un article : « Pour une théorie de l'attaque hystérique » <sup>(42)</sup>, dans

lequel Freud fait cinq propositions :

1. Le contenu constant et essentiel d'une attaque hystérique (faisant retour) est le retour d'un état psychique que le malade a déjà vécu antérieurement, en d'autres termes, le retour d'un souvenir.
2. Le souvenir qui constitue le contenu de l'attaque hystérique n'est pas n'importe lequel, il est au contraire le retour de l'expérience même qui a causé l'explosion hystérique — le traumatisme psychique.
3. Le souvenir qui constitue le contenu de l'attaque hystérique est un souvenir inconscient — pour parler plus correctement : il appartient à l'état de conscience second, plus ou moins hautement organisé dans toute hystérie.
4. Si l'hystérique veut oublier intentionnellement une expérience, écarte violemment de lui, inhibe et réprime un projet, une représentation, ces actes psychiques accèdent par là à l'état de conscience second, manifestent à partir de là leurs effets permanents, et le souvenir qu'il en a revient sous forme d'attaque hystérique. (Hystérie des religieuses, des femmes continentales, des garçons bien élevés, des personnes qui ressentent en elles une propension à l'art, au théâtre, etc.). Accèdent également à l'état de conscience second ces impressions qui ont été reçues lors d'un état psychique inhabituel (affect, extase, autohypnose).
5. le système nerveux s'efforce de maintenir constant, dans ses relations fonctionnelles, quelque chose qu'on peut bien nommer « somme d'excitation », et fait droit à cette condition de la santé en liquidant par association ou en déchargeant par réaction motrice correspondante tout accroissement sensible d'excitation.

« Devient traumatisme psychique toute impression dont la liquidation par travail mental associatif ou réaction motrice offre des difficultés au système nerveux. » <sup>(42)</sup>

C'est l'émergence des trois axes de la théorie freudienne : les points de vue économiques,

topiques et dynamiques.

Pour FREUD, le traumatisme est à l'origine des troubles, mais pour BREUER, c'est l'état du patient, qu'il nommera état hypnoïde, au moment de ce traumatisme qui détermine l'apparition de la pathologie : « La maladie n'est pas déterminée par le contenu du souvenir, mais bien par l'état psychique du sujet (état hypnoïde) au moment où s'est produit l'événement en question. » <sup>(42)</sup>

Freud prend ses distances avec l'hypnose après son séjour à Nancy, pour lui préférer la méthode cathartique. Faire ressurgir les souvenirs enfouis d'événements traumatiques est pour FREUD le moyen de rétablir le lien « entre les scènes pathogènes oubliées et les symptômes qui en étaient les résidus ». La difficulté de la catharsis est la preuve pour Freud d'un processus échappant à la conscience, d'un refoulement, et plus loin, d'une défense. L'état induit chez les patients par l'hypnose permet d'éliminer cette résistance, mais uniquement pour la durée de « l'état hypnoïde ».

Ces théories se font l'écho du concept de la dissociation de JANET, mais pour FREUD : « ... la dissociation psychique ne vient pas d'une inaptitude innée de l'appareil mental de la synthèse ; nous l'expliquons dynamiquement par le conflit de deux forces psychiques ; nous voyons en elle le résultat d'une révolte active de deux constellations psychiques, le conscient et l'inconscient, l'une contre l'autre » <sup>(35)</sup>.

Le processus de défense devient alors central dans l'hystérie.

Il reste à expliquer le « saut » du psychique vers le somatique, ce sera la conversion.

### **III La conversion**

FREUD introduit pour la première fois la notion de conversion en 1894 dans son ouvrage « Les psycho-névroses de défense »<sup>(40)</sup> et la définit ainsi : une « somme d'excitation [détachée de la représentation] est reportée dans le corporel, processus pour lequel je propose le nom de conversion. En d'autres termes, la conversion est précédée d'un clivage entre ce qui est physique (l'affect, somme d'excitation) et ce qui est psychique (la représentation). Il n'y a pas de « saut » du psychique dans le somatique ; il y a une représentation dévitalisée qui passe dans l'inconscient et une excitation libérée qui passe dans les nerfs. Ce report de l'excitation dans l'innervation corporelle provoque chez l'hystérique les symptômes durables, tels que les paralysies ou les anesthésies. Mais rien n'est joué définitivement, tout reste labile. L'excitation convertie en symptôme peut retourner à la représentation dont elle a été détachée. Dans ce cas, le sujet doit élaborer de nouveau d'autres symptômes de défense ; l'un d'eux c'est l'attaque hystérique qui liquide les tensions. Ainsi s'explique l'alternance entre les symptômes de conversion (stigmates durables) et les crises »<sup>(40)</sup>. La conversion est donc un processus économique par lequel l'énergie liée à un affect refoulé, insupportable pour le Moi, est extériorisée pour protéger le sujet.

A son origine, le concept de conversion est intimement lié à celui d'hystérie. Dans ses premiers travaux, Freud utilise d'ailleurs le terme de conversion pour désigner indistinctement le processus conversif et ce qu'il définira plus tard comme la névrose hystérique. C'est l'étude, en 1909, des cas de *Dora* et du *Petit Hans* qui permet à Freud de distinguer, d'une part, une structure hystérique, dont le mécanisme primordial est le refoulement, fruit d'un conflit entre désir et interdit surmoïque, et, d'autre part, la conversion, mécanisme dans lequel l'énergie pulsionnelle libidinale est convertie en « énergie d'innervation ». Ces deux concepts restent malgré tout indissociables pour S. FREUD



## **IV La « neurotica »**

Dans « Etudes sur l'hystérie », FREUD et BREUER affirment que « c'est à la sexualité, source de traumatismes psychiques et facteur motivant du rejet et du refoulement de certaines représentations hors du conscient, qu'incombe, dans la pathologie de l'hystérie, un rôle prédominant » <sup>(36)</sup>.

Rappelons que la notion de traumatisme originel est déjà présente dans les théories de CHARCOT, sous la forme de traumatisme physique plutôt que sexuel.

FREUD découvre à travers ses patientes, que le traumatisme originel est toujours de nature sexuelle, et surtout souvent très précoce. C'est une scène de séduction subie dans l'enfance. La scène est réelle, subie passivement dans les cas de névrose hystérique, active et source de plaisir dans l'obsession. Il nomme cette théorie de la séduction « neurotica ».

« Je soupçonne le fait suivant : l'hystérie est déterminée par un incident sexuel primaire survenu avant la puberté et qui a été accompagné de dégoût et d'effroi. Pour l'obsédé, ce même incident a été accompagné de plaisir » <sup>(41)</sup>. Le symptôme, alors, n'est pas une simple reproduction du traumatisme originel, comme le pensait BRIQUET, mais une réaction à ce traumatisme, recouvert par l'amnésie.

Le trauma infantile devient la pierre angulaire des théories de FREUD, il en découlera la notion de sexualité infantile, d'après-coup, et de refoulement. Mais FREUD renonce à cette théorie, découvrant progressivement au cours de l'analyse de ses patientes, que cette scène de séduction originelle ne serait pas réelle mais fantasmée. De cette découverte, qui aurait pu menacer l'ensemble de sa théorie sur l'hystérie, FREUD va en fait élaborer le concept de réalité psychique. Car si l'événement en lui-même n'est que fantasme, le traumatisme, et ses conséquences durables sous la forme des symptômes hystériques, sont eux bien réels. Il s'agit alors non plus de libérer les patients de ce trauma refoulé à l'aide de la méthode cathartique, mais d'analyser le terrain qui a permis à la création du

fantasme rétroactivement à partir du symptôme.

## **V Le complexe d'Œdipe**

S. FREUD découvre le « complexe d'Œdipe » au cours d'une « auto-analyse », entreprise alors qu'il traverse une période difficile de sa vie. Dans une lettre à W. FLIESS datée du 15 novembre 1897, il écrit : « J'ai trouvé en moi comme partout ailleurs des sentiments d'amour envers ma mère et de jalousie envers mon père, sentiments qui sont, je pense, communs à tous les jeunes enfants ». <sup>(41)</sup>

Le terme apparaît pour la première fois en 1910 dans « Contributions à la psychologie de la vie amoureuse » <sup>(35)</sup>, mais S. FREUD y faisait référence depuis de nombreuses années sous les termes de « complexe paternel » ou de « complexe nucléaire des névroses ».

Il écrit dans « L'interprétation des rêves » <sup>(37)</sup> : « Tout se passe, schématiquement, comme si une prédilection sexuelle s'affirmait de bonne heure, de sorte que le garçon verrait dans son père, et la fille dans sa mère, un rival qu'il gagnerait à écarter », « les désirs sexuels – dans la mesure où on peut les nommer ainsi à cet âge – s'éveillent de très bonne heure chez l'enfant, et (...) la première inclination de la petite fille va à son père, celle du garçon à sa mère. Le père pour le garçon, la mère pour la fille, sont donc des concurrents encombrants ». À cela les parents eux-mêmes répondent par leurs propres désirs incestueux : « En général d'ailleurs les parents présentent aussi une prédilection sexuelle : un attrait naturel fait que l'homme gâte sa petite fille, que la femme soutient son fils. L'enfant sent bien vite cette préférence, et s'insurge contre celui des parents qui y fait obstacle ». On le comprend alors, « si les modernes sont aussi émus par *Œdipe-Roi* que les contemporains de Sophocle, cela vient (...) de la nature du matériel (...) il faut qu'il y ait en nous une voix

qui nous fasse reconnaître la puissance contraignante de la destinée dans Œdipe (...) sa destinée nous émeut parce qu'elle aurait pu être la nôtre (...) il se peut que nous ayons tous senti à l'égard de notre mère notre première impulsion sexuelle, à l'égard de notre père notre première haine ; nos rêves en témoignent. Œdipe qui tue son père et épouse sa mère ne fait qu'accomplir un des désirs de notre enfance (...) nous nous épouvantons à la vue de celui qui a accompli le souhait de notre enfance, et notre épouvante a toute la force du refoulement qui depuis lors s'est exercé contre ces désirs. Le poète, en dévoilant la faute d'Œdipe, nous oblige à regarder en nous-mêmes ».

Ce concept est illustré par le cas de Dora, décrit dans « Les cinq psychanalyses »<sup>(39)</sup>, qui sera aussi à l'origine de sa conceptualisation du transfert ; ainsi que dans le cas du « Petit Hans ».

Le complexe d'Œdipe occupe une place centrale dans les névroses hystériques, sa non résolution au stade génital donnant lieu à un refoulement. Sa réactivation chez l'adulte, dans les suites d'un trauma, est à l'origine des manifestations hystériques.

## ***VI Place de l'hystérie dans les névroses***

La nosographie établie par FREUD, contrairement à celle de ses prédécesseurs, ne se base pas sur la symptomatologie, mais sur le phénomène qu'il juge central, la défense. Il définit alors les psychonévroses de défense.

Dans l'hystérie, il y a « aptitude à la conversion », et donc un report d'excitation du psychique vers le physique, associé à un phénomène de clivage. Mais cette aptitude est absente dans les obsessions et la psychose.

Dans l'obsession, l'affect refoulé s'attache à des représentations non sexuelles qui deviennent alors obsédantes, sans phénomène de clivage. Ce n'est pas une « conversion » mais une transposition.

Dans la psychose, la représentation et l'affect sont rejetés sans possibilité de conversion ou de transposition, et l'on assiste alors à un rejet de la réalité elle-même.

FREUD créera une quatrième classe : les « névroses d'angoisses » ou « névroses actuelles » <sup>(38)</sup>, dans lesquelles on retrouve toutes les pathologies d'angoisses à manifestations somatiques, et dont l'origine se trouve, non pas dans un trauma sexuel de l'enfance, mais dans une frustration sexuelle du présent.

FREUD identifie six formes d'hystérie : l'hystérie d'angoisse, de défense, de rétention, de conversion, hypnoïde et traumatique.

Seules resteront l'hystérie de conversion et l'hystérie traumatique, les « névroses actuelles » seront à l'origine de la médecine psychosomatique.

# **XXème SIECLE**

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, le terme d'hystérie a disparu, remplacé par celui de psychonévroses. Les théories sulfureuses de FREUD, du fait du rôle prépondérant de la sexualité, sont rejetées par l'ensemble de la communauté scientifique. Mais la Première Guerre Mondiale va faire resurgir la symptomatologie hystérique, forçant la médecine à s'y confronter.

## **I Névrose de guerre**

La psychiatrie d'urgence est née en 1914 : pour traiter les soldats, on installe des centres neuro-psychiatriques au plus proche du front. Le traitement précoce permet une régression rapide des troubles. Les asiles d'aliénés sont réquisitionnés par le Service de Santé du Gouvernement Militaire de Paris et vidés de leurs aliénés civils. Un quart de l'effectif de tous les blessés est envoyé dans les centres neuro-psychiatriques.

On y retrouve principalement des états dépressifs avec asthénie, aboulie, insomnie, cauchemars et reviviscences, mais aussi des accès confusionnels rapidement régressifs, avec ou sans onirisme hallucinatoire et suivi d'amnésie, dits « syndromes émotionnels ». Ces accès sont attribués à une auto-intoxication biologique déclenchée par l'émotion-choc (99).

Mais surtout, on retrouve des « syndromes pithiatiques » provoqués par des chocs émotifs légers, et dont la symptomatologie rappelle la description classique de l'hystérie : paralysie, surdité, mutisme, troubles de la vision, de la marche, du langage, de la marche, etc.

Mais les troubles semblent en fait apparaître dans une séquence bien précise : choc émotionnel, phase de latence, perte de connaissance, délire hallucinatoire onirique, et enfin amnésie lacunaire, rappelant sans aucun doute l'hystérie traumatique de CHARCOT.

André GILLES (49), médecin militaire, décrit l'arrivée de ces patients dans les asiles d'aliénés, desquels les hystériques avaient quasiment disparus : " Quels sont ces malades ? Voici des

gens qui nous arrivent : celui-ci est complètement aphone. Cet autre est agité d'un tremblement violent qui simule à s'y méprendre la chorée. Ailleurs, cet homme nous vient qui ne peut plus se redresser et marche courbé en deux par une plicature vertébrale. Puis c'est l'interminable série de paralysies : monoplégies, paraplégies, hémiplegies accompagnées ou non d'anesthésie. Puis c'est ce pied bot survenu brusquement à la suite de l'explosion d'un obus et pour lequel cet homme se refuse à marcher autrement qu'en boitant." (49)

Comme à l'époque du « railway brain », la question de la simulation se pose. Clovis VINCENT, médecin militaire, invente, pour distinguer maladie psychique et simulation, ce qu'il appelle la méthode du « torpillage ». Elle consiste à soumettre le patient à des chocs électriques allant de 60mA à 100mA. Si le patient accepte le traitement, manifestant ainsi son désir de guérir, il est pithiatique, s'il se montre réticent, c'est un simulateur. La méthode a été qualifiée de torture, et a même fait l'objet d'un procès à l'encontre de Vincent, dont il est ressorti vainqueur, avec l'autorisation du gouvernement de poursuivre son traitement des soldats.

D'autres techniques plus « traditionnelles » sont utilisées, tels l'hydrothérapie, l'hypnose, et le traitement moral.

La distinction entre troubles d'origines psychiques et somatiques s'avère moins aisée, les symptômes des « chocs émotionnels » et des « chocs commotionnels » étant très similaires.

Du côté austro-allemand, les médecins de guerre décrivent des troubles identiques, mais n'hésitent pas à qualifier ces manifestations d'hystériques, notamment la fameuse « confusion mentale » des français. Au côté des symptômes décrits par les français, on retrouve aussi des descriptions d'épisthotonos, de grande hystérie de CHARCOT, de psychose hystérique, etc.

Un conflit éclate entre OPPENHEIM, qui reprend son concept de névrose traumatique, d'origine lésionnelle, et les « psychogénistes », pour qui les troubles hystériques sont liés à un désir plus ou moins conscient d'échapper à la guerre.

OPPENHEIM sera vivement critiqué par la Société de Neurologie Allemande pour sa théorie lésionnelle, et les psychogénistes prennent le dessus à partir de 1916. A leur conception « morale » de la pathologie s'associe des thérapeutiques répressives tels la diète, l'isolement, les bains prolongés et la faradisation (le fameux « torpillage » de Vincent).

Tout comme en France, ces méthodes suscitent des oppositions dans l'opinion, d'autant que les résultats sur le long terme sont peu probants.

Au milieu de ces conflits, quelques disciples de FREUD tentent d'appliquer l'enseignement de la psychanalyse aux blessés de guerre. Parmi eux on trouve FERENCZI, qui décrit deux types de névroses de guerre. La première, proche de l'hystérie de conversion, trouve des soldats paralysés dans l'attitude qu'ils avaient au moment du traumatisme. Le second se rapproche de l'hystérie d'angoisse, avec tremblements et troubles de la marche.

## ***II Médecine psychosomatique***

Il semble important ici d'évoquer brièvement la médecine psychosomatique, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, sa naissance est liée à celle de la psychanalyse, et plus particulièrement au concept de conversion de FREUD. Ensuite, la médecine psychosomatique, sous la forme des troubles somatoformes, a pris une place considérable dans les classifications psychiatriques, si bien que les troubles de conversion n'en sont plus maintenant qu'un sous-type. Enfin, parce que les limites de ces pathologies sont souvent moins nettes que l'on ne veut bien l'admettre, et peuvent apparaître concomitamment chez



un même patient.

Georg GRODDECK, psychanalyste allemand contemporain de FREUD, est considéré par de nombreux auteurs comme le « père de la médecine psychosomatique ». Les deux hommes entretiennent une correspondance fournie dans les années 20, et GRODDECK se montre admiratif de la découverte du rôle et des modes d'activités de l'inconscient par FREUD. Mais il lui reproche de ne les appliquer qu'au champ restreint des névroses et de leurs expressions diverses, tandis que lui-même a pu constater l'influence de l'inconscient sur le fonctionnement corporel dans sa totalité. Pour lui, la distinction entre le corps et l'âme est « uniquement une distinction de mots et non d'essence ; que le corps et l'âme sont quelque chose de commun ; qu'il s'y trouve un ça, une force par laquelle nous sommes vécus, cependant que nous croyons vivre » <sup>(52)</sup>. Contrairement à la parole, le ça ne ment pas, il ne peut tromper. C'est n'est plus le symptôme qui a valeur de symbole, mais le corps dans son ensemble.

Dans les années 30 aux Etats-Unis, F. ALEXANDER et l'Ecole de Chicago créent le courant de la médecine psychosomatique. Elle se base sur deux concepts : la théorie de la névrose d'organe de FERENCZI, elle-même inspirée par les névroses actuelles de FREUD, qui postule que les émotions réprimées perturbent, via le système nerveux, le fonctionnement des organes, créant d'abord des troubles fonctionnels, puis de véritables maladies organiques; et la théorie des émotions qui postule qu'à chaque émotion correspond un syndrome physiopathologique spécifique, tels l'asthme, l'hypertension artérielle, ou l'ulcère gastroduodéal.

Les théories de P. MARTY et de l'Ecole de Paris de Psychosomatique, dans les années 40, se basent, elles, sur une défaillance du préconscient, qui fait office de filtre entre les pulsions et la conscience. La maladie psychosomatique est liée à un blocage de la capacité de

représentation. Les patients, dans l'incapacité à mentaliser les conflits, n'ont pas accès au refoulement, ils fonctionnent sur un mode opératoire. On assiste donc à l'expulsion des affects dans le corps, qui devient malade. Il l'exprime ainsi : « dans les névroses de comportement, [...], l'insuffisance des représentations préconscientes et leur élaboration, insuffisance souvent issue des types de mésaventures précédemment signalés, conduit l'individu à vivre directement sans représentation sous-jacente, sans autre image que celle de la réalité immédiate, des événements considérés du dehors comme autant d'expériences de « fantasmes originaires » <sup>(79)</sup>. L'Ecole de Paris différencie le processus de somatisation par régression, à l'origine de troubles de crises somatiques bénignes ; et le processus de somatisation par déliaison pulsionnelle à l'origine de maladies évolutives et graves, pouvant conduire au décès.

### ***III Psychanalystes Post freudiens***

Les psychanalystes post freudiens se sont peu intéressés à l'hystérie, et on ne dispose d'aucun traité définitif à ce sujet après FREUD.

J. LACAN, psychanalyste français, prône un retour aux théories de S. FREUD. Dans ses séminaires, il fait une relecture de ses œuvres, et notamment du cas Dora. Dans son analyse, il reproche à FREUD de ne pas avoir assez « écouté » ses patientes, érigeant le complexe d'Oedipe, que LACAN juge inutilisable, en vérité inébranlable. Il place au centre de la problématique hystérique l'insatisfaction et la bisexualité : « C'est ainsi que l'hystérique s'éprouve dans les hommages adressés à une autre, et offre la femme en qui elle adore son propre mystère à l'homme dont elle prend le rôle sans pouvoir en jouir. En quête sans répit de ce que c'est qu'être une femme, elle ne peut que tromper son désir, puisque ce

désir est le désir de l'autre, faute d'avoir satisfait à l'identification narcissique qui l'eût préparée à satisfaire l'un et l'autre en position d'objet », que l'hystérique recherche perpétuellement.

Pour M. KLEIN, l'hystérie n'est pas une entité nosologique mais une défense contre des angoisses primitives. Pour BION, elle est liée à des angoisses insupportables que l'enfant ne peut transformer que grâce à la rêverie de la mère.

WINNICOTT évoque un environnement maternel défaillant, créant chez les hystériques un désir d'amour si fort qu'elles adoptent un « faux self ».

BOLLAS et KAHN insistent sur le rôle central de la relation à la mère.

D'après L. GUTTIERES-GREEN : « Les psychanalystes après avoir mis au centre de l'hystérie, la séduction par le père œdipien incestueux en sont venus à privilégier le rôle de la mère, objet primaire. Ainsi la bisexualité est-elle le reflet d'une identification avec le premier objet, la mère phallique, et d'une rivalité avec le père pour l'amour d'elle. Comment comprendre les séductions incestueuses par un substitut paternel auxquelles nous sommes confrontés ? Loin de les considérer sous l'angle d'une défense contre des fixations pré-génitales, on pourrait faire l'hypothèse que la séduction du père a pour but de s'approprier de son pénis pour devenir capable de combler la mère. Ceci expliquerait les fixations homosexuelles cachées derrière les apparences. »<sup>(53)</sup>

Dans « Hystérie et états-limites », André Green dira, à propos de la conversion : « A cet égard, ce symptôme, qui était au centre du tableau clinique au XIXème siècle, s'est beaucoup raréfié, au point de devenir exceptionnel, quand bien même on contesterait sa disparition en témoignant de sa présence sous la forme de quelques cas qu'on pourrait encore observer dans les services de neurologie ou dans certains contextes culturels ».

## ***IV L'hystérie dans le DSM***

Le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM) est considéré aujourd'hui comme le manuel diagnostique de référence en psychiatrie. Il révèle, au travers de ses différentes versions, une image claire de l'évolution des vues de la médecine sur l'hystérie.

La première édition du DSM de l'American Psychiatric Association paraît en 1952. Elle classe les réactions conversives et dissociatives ensemble dans la catégorie des psychonévroses, catégorie incluant aussi l'hystérie d'angoisse et les réactions dépressives. Elle fait directement référence à la notion de défense sous-tendant les psychonévroses : « La principale caractéristique de ces troubles est l'« anxiété » qui peut être directement ressentie et exprimée ou qui peut être inconsciemment et automatiquement contrôlée par l'utilisation de divers mécanismes de défense psychologique (dépression, conversion, déplacement, etc.) ».

On y retrouve aussi la valeur symbolique du symptôme : « Au lieu d'être expérimenté consciemment [...], l'impulsion provoquant l'anxiété est « convertie » en symptômes fonctionnels dans les organes ou parties du corps, généralement ceux qui sont principalement sous contrôle volontaire. Les symptômes servent à atténuer l'anxiété consciente (ressentie) et sont habituellement symboliques du conflit mental sous-jacent. »

Il note que le terme « réaction conversive » est synonyme d'« hystérie de conversion ». Cette première version du DSM reste donc fidèle aux théories freudiennes, et conserve dans la classification le terme de névrose.

Le DSM II, paru en 1968, poursuit dans la même lignée. Il définit la névrose hystérique comme une « névrose caractérisée par la perte ou l'altération involontaire psychogène d'une fonction. » On y retrouve toujours la valeur symbolique du symptôme, et mentionne

même le rôle de la suggestion : « Les symptômes débutent et cessent brusquement au cours de situations émotionnellement chargées et sont symbolique de conflits sous-jacents. Ils peuvent fréquemment être modifiés par la suggestion seule. C'est un nouveau diagnostic qui inclus les anciens diagnostics de conversion et dissociation du DSM I. »

Dans sa description de l'hystérie de conversion ou « Névrose hystérique type conversion », on trouve pour la première fois la notion de bénéfices secondaires : « Le patient présente souvent un manque inapproprié de préoccupation ou « belle indifférence » concernant ces symptômes, qui peuvent d'ailleurs donner lieu à des bénéfices secondaires en lui gagnant la sympathie ou en le soulageant de responsabilités désagréables. ». Surtout, il différencie l'hystérie de conversion de ce qui deviendra plus tard les troubles somatoformes : « Ce type de névrose hystérique doit être distinguée des troubles psychophysiologiques, qui sont médiés par le système nerveux autonome ».

Le DSM III, publié en 1980 marque une étape importante. En effet il se veut « athéorique », et supprime donc le terme de psychonévrose, classification qui ne répond pas à son standard de médecine empirique. Il classe le « trouble de conversion » dans le chapitre « Troubles somatoformes », au côté du trouble somatisation, du syndrome douloureux psychogénique, de l'hypochondrie et du trouble somatoforme atypique.

Le trouble somatisation correspond aux anciens diagnostics d'hystérie ou de syndrome de BRIQUET. Les critères diagnostiques incluent une liste de 37 symptômes, dont les symptômes conversifs (troubles de la déglutition, aphonie, trouble de la vision, de l'ouïe, malaises, pertes de connaissance, amnésie, convulsions, troubles de la marche, paralysies, troubles mictionnels). Pour un diagnostic positif, les patients doivent souffrir d'au moins 12 de ces symptômes pour les hommes, et 14 pour les femmes.

Le terme de trouble de conversion (ou névrose hystérique, type conversif) est réservé pour les cas dans lesquels le trouble principal est une perte ou une altération du fonctionnement

physique.

On retrouve malgré tout toujours la valeur symbolique du symptôme, « le symptôme a une valeur symbolique qui est une représentation et une solution partielle du conflit psychologique sous-jacent. ».

Enfin, il insiste sur la rareté du trouble : « Bien que le trouble de conversion ait été apparemment courant il y a plusieurs décennies, il est maintenant rarement rencontré. La plupart des cas sont observés dans les unités de neurologie ou d'orthopédie et dans les milieux militaires, en particulier en temps de guerre. »

Dans le DSM IV (1994), le trouble de conversion fait toujours partie des troubles somatoformes et est caractérisé par « la présence de symptômes ou de déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensibles ou sensorielles suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale ». Les symptômes de conversion sont appelés « pseudoneurologiques ».

La définition se distancie des théories psychanalytiques : « Dans la tradition psychopathologique, le terme de « conversion » venait de l'hypothèse selon laquelle le symptôme somatique représente la résolution symbolique d'un conflit psychologique inconscient, réduisant l'anxiété et servant à maintenir le conflit hors de la conscience («bénéfice primaire »). [...] Bien que les critères diagnostiques du Trouble de conversion du DSM-IV n'impliquent pas nécessairement de telles conceptions, ils exigent que des facteurs psychologiques soient associés à l'apparition ou à l'aggravation des symptômes. »

Le terme hystérie n'apparaît que pour évoquer « l'hystérie épidémique », la névrose a, elle, complètement disparue.

Au côté de cette définition de la conversion comme phénomène indépendant de toute structure pathologique sous-jacente, on voit apparaître dans l'axe II la « personnalité

histrionique ». Elle est définie comme un mode généralisé de réponse émotionnelle excessive en quête d'attention.

Les patients doivent au moins 5 des 9 critères :

- Le sujet est mal à l'aise dans des situations où il n'est pas le centre de l'attention d'autrui ;
- L'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction inadapté, ou d'attitude provocante ;
- La satisfaction immédiate de ses besoins, par autrui, est une préoccupation constante pour elle ;
- Son expression émotionnelle est superficielle et instable ;
- Le sujet utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention ;
- La manière de parler est trop subjective et pauvre en détails ;
- Il y a une dramatisation (*théâtralisme*, exagération du *pathos*) et une exagération de l'expression émotionnelle ;
- Le sujet fait preuve de suggestibilité : il est facilement influencé par les autres ou par les circonstances ;
- Le sujet a tendance à considérer que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.

La pathologie hystérique est clivée, sa structure est détachée de son mécanisme, et c'est l'hystérique elle-même qui disparaît.

Le DSM V paraît en 2013 et classe le trouble de conversion dans la catégorie des « troubles à symptomatologie somatique ». Il propose la nomenclature alternative de « trouble neurologique fonctionnel » et définit le trouble de conversion comme la présence d'un ou plusieurs symptômes d'altération de la motricité volontaire ou des fonctions sensorielles,

incompatibles avec une affection neurologique ou médicale reconnue, et entraînant une détresse ou une altération clinique significative dans le domaine du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Il spécifie le type de symptômes et la présence, ou non, d'un facteur de stress psychologique associé.

L'évolution de la nomenclature du trouble de conversion au sein des différentes versions du DSM traduit plusieurs tendances. Tout d'abord, un désir de se distancier des origines psychanalytiques de la conversion, avec la disparition dans le DSM IV des termes de névrose et d'hystérie dans sa définition, et de la dégager de toute structure psychopathologique sous-jacente. Ensuite, l'établissement du trouble de conversion comme pathologie à la frontière de la psychiatrie et de la neurologie. Enfin, un but avoué de s'adresser en priorité aux médecins somaticiens, considérant que « les personnes présentant ces troubles (...) se rencontrent principalement en soins primaires ou dans d'autres contextes médicaux, mais moins fréquemment en psychiatrie ou dans d'autres structures de santé mentale » <sup>(4)</sup>.

La question est ici de savoir si le DSM traduit l'évolution naturelle de l'hystérie, c'est à dire sa disparition progressive des services de psychiatrie, parallèlement à son apparition dans les services de médecine somatique ; ou si ce sont les hystériques qui se sont adaptées progressivement au mouvement « empirique » de la médecine. La suggestion pourrait-elle ici être à l'œuvre, CHARCOT ayant été remplacé par « la bible du diagnostic » ?

Mais que les hystériques se tournent vers la médecine somatique ne paraît somme toute pas si surprenant. Les psychiatres se sont progressivement désintéressés de l'hystérie, lui préférant la psychose, et ont développés nombre de contre-attitudes concernant ces patientes encombrantes, turbulentes, et souvent incurables, qui les mettent au défi de les soigner sans jamais leur en laisser l'opportunité. Dans les services de neurologie, de médecine interne, de gastro-entérologie, elles retrouvent la fascination du corps médical, à



laquelle s'ajoute des soins et examens multiples. Ainsi que le notait L. ISRAËL, se référant à ce qu'il appelait la « spécialisation du symptôme » : « la fixation à un symptôme [est] d'autant plus fort qu'il a été la cause d'un intérêt plus fort par le médecin ». <sup>(59)</sup>

On notera cependant que si cette évolution a soulevé de nombreuses inquiétudes, bien justifiées, dans la communauté psychiatrique, elle a néanmoins de nombreux avantages : elle permet aux neurologues de s'approprier la pathologie, diminuant les contre attitudes dirigées contre les patients conversifs au sein des services somatiques et favorisant la collaboration entre neurologie et psychiatrie, elle propose une nomenclature déstigmatisante pour le patient, et permet une plus grande spécificité des critères diagnostiques permettant la réalisation d'études épidémiologiques et neurobiologiques, jusqu'alors rares et souvent de mauvaise qualité.

## ***V Nouveaux visages de l'hystérie***

Les différents syndromes que nous allons présenter ici sont extrêmement similaires dans leurs symptomatologies et leur épidémiologie. Ils ont tous été identifiés au milieu du XXème siècle. Ils auraient aisément pu être décrits dans une seule et même catégorie, mais les aborderons volontairement individuellement, ainsi qu'ils le sont généralement dans la littérature, illustrant la spécialisation et l'« éclatement » de la pathologie hystérique au XXème siècle. De même, la présentation clinique est fidèle à celle retrouvée dans la littérature. Nous en ferons une synthèse en fin de chapitre, pour établir le lien entre ces différents syndromes et la pathologie hystérique.

## 1 Fibromyalgie

Le terme « fibrosite » apparaît pour la première fois dans un article de William GOWER, neurologue, publié en 1904 dans le British Medical Journal. Il désigne des états douloureux chroniques sans substratum organique. En 1977, SMYTHE et MOLDOFSKY créent le terme fibromyalgie, désignant une pathologie caractérisée par la présence de points douloureux, d'une fatigue chronique et de troubles du sommeil. Elle touche entre 1,4 et 2,2% de la population française, et atteint des femmes dans 80% des cas. En 1990, l'American College of Rheumatology établit des critères diagnostiques précis comprenant : des douleurs bilatérales et étendues et des points douloureux à la pression. Il recense 18 points bilatéraux : occipital, cervical bas, trapézien, sus-épineux, à la 2<sup>ème</sup> côte, épicondylien, fessier, trochantérien, et aux genoux. Onze de ces points douloureux doivent être présents pour que le diagnostic de fibromyalgie soit posé. Le diagnostic est uniquement clinique, les investigations biologiques et d'imagerie sont négatives. La comorbidité psychiatrique est la règle, principalement sous la forme de troubles anxio-dépressifs <sup>(47)</sup>. Elle est reconnue comme entité clinique autonome dans la Classification Internationale des Maladies depuis 2006, et correspond au Trouble somatoforme dans le DSM IV-R. En janvier 2007, l'Académie Nationale des Sciences rédige un rapport reconnaissant « la réalité de ce syndrome douloureux chronique et même sa fréquence, [...] tout en entretenant des doutes sur la légitimité d'en faire une maladie, avec les conséquences médico-sociales qui peuvent en résulter » et note le caractère « artificiel et abusif des critères de classification quand on les utilise à tort comme critères de diagnostic ».

De multiples hypothèses organiques ont été avancées quant à l'étiologie de la fibromyalgie : rôle du virus EBV ou de l'Hépatite C, anomalie des systèmes neuroendocrinien ou dopaminergique. Aucune n'a pour le moment fait ses preuves.

## 2 Intolérances environnementales idiopathiques

Les intolérances environnementales idiopathiques (IEC) sont définies comme des maladies chroniques et récurrentes causée par l'exposition à des substances environnementales <sup>(14)</sup>. Les symptômes sont généralement vagues et non spécifiques et incluent nausées, fatigue chronique, vertiges, migraines douleurs articulaires et troubles digestifs. Elles sont classées dans la catégories des maladies émergentes, définies comme « des infections nouvelles, causées par l'évolution ou la modification d'un agent pathogène ou d'un parasite existant. »

On en retrouve plusieurs sous types : L'IEC attribué aux champs électromagnétiques, ou électrosensibilité, caractérisée par une hypersensibilité aux ondes électromagnétiques ; l'hypersensibilité chimique multiple, liée à l'exposition à des faibles concentrations de diverses substances chimiques ; et le syndrome du bâtiment malsain (ou « sick-building syndrome »), lié à un bâtiment, généralement neuf. Ces différents syndromes semblent tous être apparus entre les années 50 et 80.

Le tableau clinique des IEC inclus des manifestations dermatologiques (érythème facial, prurit, sensations de brûlures et de picotements), des manifestations neurovégétatives à type de fatigue intense généralisée, céphalées, troubles du sommeil, troubles de la mémoire et de la concentration, des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux, une sensation d'oppression thoracique ou une dyspnée, des troubles de l'appétit ou des douleurs abdominales, une dysgueusie, un tremblement des extrémités... <sup>(14)</sup>

Les femmes et les personnes âgées de plus de 40 ans sont les plus fréquemment atteintes et l'on note des comorbidités psychiatriques fréquentes à type de troubles somatoformes et de troubles anxiodépressifs. Paradoxalement, les sujets atteints avaient plus tendance à nier leurs troubles psychiatriques, comparé aux sujets contrôles, faisant évoquer un phénomène de somatisation.

L'OMS reconnaît, depuis 2004, les symptômes de l'électrosensibilité et leurs conséquences sur la santé des patients mais indique qu'il n'y a pas de lien formel établi avec les champs électromagnétiques. Des études d'exposition en simple et double aveugle ont été réalisées sur des patients atteints d'électrosensibilité et d'hypersensibilité aux produits chimiques ont déterminées que les sujets atteints n'étaient pas plus capables que les témoins de différencier les expositions réelles des expositions simulées et qu'ils ne déclaraient pas plus de symptômes pendant les expositions réelles que pendant les expositions simulées.

### **3     Syndrome de fatigue chronique**

Le syndrome de fatigue chronique (SFC) se caractérise par un état de fatigue persistant extrêmement intense, apparaissant soudainement chez une personne jusque-là en bonne santé et non dépressive, sans que l'on puisse trouver de cause particulière.

Sa prévalence dans les pays industrialisés serait de 1/600 à 1/200. Il est deux fois plus fréquent chez les femmes et apparaît souvent après une infection virale ou bactérienne.

L'étiologie de ce syndrome reste inconnue, mais de multiples hypothèses ont été émises : rôle des virus, dérèglement du système immunitaire, du système neuroendocrinien, exposition aux pesticides.

On observe chez les personnes atteintes de SFC, une fréquence importante d'événements avec un fort retentissement émotionnel dans les trois mois précédant le début de la maladie.

Le tableau clinique comprend, en plus d'une fatigue extrême, des troubles du sommeil, des myalgies, des arthralgies, des céphalées, des troubles de la mémoire et de la concentration, des vertiges, et dans certains, des troubles respiratoires et digestifs.

Pour en faire le diagnostic de SFC, le patient doit présenter au moins 4 des symptômes suivants (critères de FUKUDA) : Perte de mémoire à court terme ou difficulté de concentration, maux de gorge, douleurs au niveau des ganglions du cou ou des aisselles, douleurs musculaires, douleurs articulaires sans rougeur ou gonflement, maux de tête, de sévérité et de caractéristiques inhabituelles, sommeil non réparateur, malaise persistant plus de 24 heures à la suite d'un exercice ou d'un effort.

Ces différents syndromes ont de nombreux points communs avec la pathologie hystérique. Le tableau clinique d'abord, évocateur de l'hystérie avec son symptôme principal et son cortège de manifestations secondaires. Il est surtout évocateur de la neurasthénie de G. BEARD : « Cette sensation d'affaiblissement musculaire et de courbature parfois douloureuse est également un phénomène habituel [...]. Souvent elle s'accompagne de douleur ou plutôt d'un sentiment de pression, comparable à celui de la céphalée, sur tout le trajet de la colonne vertébral (rachialgie) et d'une hyperesthésie plus ou moins prononcée de cette région. » <sup>(13)</sup>. Le rapport de l'HAS sur la fibromyalgie note ces similitudes : « D'autres idées ont été avancées lors de discussions à l'origine et en cours d'élaboration de ce rapport, comme l'idée que le syndrome fibromyalgie pourrait être une expression moderne de l'hystérie, de la spasmophilie ou de troubles dissociatifs (ou de conversion). Les algies hystériques peuvent intéresser n'importe quelle partie du corps. Sans origine organique, elles résistent cependant à l'action des antalgiques et sédatifs habituellement proposés. L'idée même d'hystérie collective au sein de construction sociologique a été avancée dans les milieux de la psychanalyse. La neurasthénie a été aussi évoquée, tant sa description par le psychiatre new-yorkais Georges BEARD au XIX<sup>e</sup> siècle peut sembler proche du syndrome fibromyalgique. Un rapport particulier au corps et à l'image du corps a

été évoqué pour expliquer l'origine du syndrome fibromyalgique.» De façon plus anecdotique, on a pu noter que la topographie des « points sensibles » de la fibromyalgie était très proche de celle des zones hystérogènes de CHARCOT. <sup>(97)</sup>

On remarquera ensuite la fréquence plus élevée chez les femmes, la notion de traumatisme précédant l'apparition des troubles, et le déni des troubles psychiatriques, faisant suspecter des phénomènes de conversion.

Mais la majorité de la littérature concernant ses troubles n'approche que timidement l'hypothèse de l'étiologie psychique. On les considère « plurifactoriels », et le mot somatisation apparaît parfois dans la liste interminable des hypothèses étiologiques. Plus étonnement encore, de nombreux articles mentionnent la neurasthénie mais semblent faire un trajet à rebours, considérant que G. BEARD a pu faire la première description de la fibromyalgie. On conseille une prise en charge pluridisciplinaire incluant un soutien psychologique, mais le psychiatre ne semble pas y avoir sa place.

Nous n'avons cité ici que quelques exemples des nouvelles formes de l'hystérie, mais la liste est longue : syndrome du côlon irritable, syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil mandicteur, céphalées de tension, lombalgies, etc.

Chacun de ses syndromes entraîne une prise en charge spécialisée, et les hystériques modernes se retrouvent donc dans toutes les spécialités de la médecine, aux premiers desquels la médecine interne, la rhumatologie, et surtout, la neurologie.

## ***VI Apports de la neurologie***

Avec l'afflux récents des patients hystériques dans les services de médecine somatiques, de nombreuses études ont vu le jour, s'interrogeant sur les mécanismes cérébraux en jeu

dans la conversion.

Des études récentes d'imagerie cérébrale par SPECT, PET et IRM fonctionnelle ont mis en évidence différents patterns d'activation anormale de certaines régions corticales et sous-corticales. Deux d'entre elles <sup>(98, 93)</sup> retrouvent une hyperactivité des régions frontales (cortex orbitofrontal et cingulaire antérieur) en réponse à des phénomènes émotionnels, qui pourrait alors provoquer une inhibition responsable du symptôme (cortex précentral moteur controlatéral dans les troubles moteurs, ou pariétaux dans les troubles sensitifs), empêchant ainsi le mouvement volontaire. L'étude de Vuilleumier en 2001<sup>(104)</sup> montre une hypoactivation du thalamus et des ganglions de la base, notamment le noyau caudé lorsque le symptôme est présent, et disparaissant lorsque celui-ci cède, suggérant l'implication de boucles cortico-sous-corticales striato-thalamo-corticales, cruciales dans la régulation du mouvement, dans la production du symptôme conversif. Une dernière étude <sup>(24)</sup> a donc tenté d'étudier le lien entre ces structures de la volition et le système limbique, impliqué dans la régulation des émotions : une patiente atteinte d'un hémisyndrome moteur dissociatif a été soumise, pendant l'acquisition d'images par IRM fonctionnelle, à une tâche la forçant à se souvenir d'un événement traumatique (annonce de rupture de la part du conjoint). Les images montrent alors une hyperactivation amygdalienne (témoin de la mise en jeu de la mémoire émotionnelle), associée à une hypoactivation du cortex moteur controlatéral à son déficit. Pour Vuilleumier, « ces modifications pourraient refléter des patterns stéréotypés de réponses adaptatives à une menace perçue, possiblement facilitée par des associations antérieures ou des souvenirs sous l'influence de facteurs de stress ». <sup>(105)</sup>

Ces résultats, loin d'invalider les théories psychanalytiques, viennent confirmer l'hypothèse d'une influence des émotions sur la volition du mouvement, se rapprochant plus malgré tout de la théorie dissociative.

THESE SOUTENUE PAR Mme Marie FOLL

### CONCLUSIONS

« L'hystérie est morte, c'est entendu. Elle a emporté avec elle toutes ses énigmes dans sa tombe » : cette épitaphe sombre clôt « Histoire de l'hystérie » de E. TRILLAT. Et l'on serait tenté d'approuver. Que les énigmes de l'hystérie soient restées sans réponses fait peu de doutes. L'hystérique a apporté à la médecine plus que la médecine n'a apporté à l'hystérique : dans sa quête pour la comprendre, la classer, la dompter, la médecine a découvert l'hypnose, la psychanalyse, et a établi de nouvelles classifications pour mieux la cerner. Mais les théories successives sont abandonnées, tombent dans l'oubli, face à l'impossibilité de maîtriser l'hystérie. On peut se féliciter de nos jours d'avoir pu situer l'origine des troubles, non plus dans l'utérus ou le cerveau, mais dans la psyché. Théoriser plus loin se montre périlleux. S FREUD, malgré son œuvre remarquable qui reste aujourd'hui la base de la psychanalyse et de la psychiatrie, n'a jamais pu donner de version définitive de sa théorie de l'hystérie, et ses successeurs ont continué de s'interroger, reprenant et faisant évoluer les théories du Maître, pour finalement s'en écarter.

Cela ne devrait pas surprendre. Car la nature de l'hystérie est de refuser toute tentative de maîtrise. C'est une lutte de l'opprimé contre l'opresseur, du féminin exacerbé contre la toute-puissance phallique, de la sexualité contre le carcan de la morale, du soldat contre l'inhumanité de la guerre, du patient contre son thérapeute.


Ainsi que le disait L ISRAEL en 1987, « l'hystérie est ce qu'elle a toujours été : un bastion de résistance au bonheur du masculin, le tout en langage poétique. ».

L'hystérie est-elle pour autant « morte » ? La réponse est non. Mais éclatée, dissociée pourrait-on dire, elle a été effacée des manuels de psychiatrie pour réapparaître sous d'autres noms dans tous les domaines de la médecine. Elle renaît de ses cendres sous de nouveaux visages dans les services de neurologie, de médecine interne, de gastro-entérologie. Fidèle à son surnom de « grande simulatrice », elle échappe à toute catégorisation, elle se dissimule au psychiatre et, à l'instar de la médecine, se spécialise.



Cette évolution de la psychiatrie vers le somatique a certes ses détracteurs, et les services de psychiatrie ne manquent malgré tout pas de patientes hystériques, mais elle permet un nouveau regard sur la pathologie, et l'apparition de recherches qui pourraient donner un nouvel éclairage.

Le Président du jury,



J.-B. BONIN

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 23 Juin 2017

Le Doyen



P. F. HUËT

# BIBLIOGRAPHIE

1. Aggripa C. cité par Baissac J. Les grands jours de la sorcellerie. (1890). Marseille : Lafitte. Reprints 1982.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2ème ed. Washington, D.C. : American Psychiatric Association ; 1968.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3ème ed. Revised. Washington, D.C. : American Psychiatric Association ; 1987
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ème ed. Washington, D.C. : American Psychiatric Association ; 1994
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5ème ed. Washington, D.C. : American Psychiatric Association ; 2013
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual : Mental Disorders. 1ère ed. Washington, D.C. : American Psychiatric Association ; 1952
7. Arnaud S. L'invention de l'hystérie au temps des lumières. Lassay Les Châteaux : EHESS ; 2014
8. Arrêtée de Cappadoce. Traité des signes des causes et de la cure des maladies aiguës et chroniques. Paris : Lagny ;1834
9. Astruc J. Traité des maladies des femmes. Paris ; 1761
10. Ávila LA, Terra JR. Hysteria and its metamorphoses. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 2012 mars ; 15(1) : p. 27-41
11. Babinski J. La définition de l'hystérie. Rev. Neurol. 1901 ; 9 : pp. 1074-80
12. Bailly J.S. Rapport des commissaires chargés par le roi de l'examen du magnétisme animal. Paris : Moutard ; 1784.
13. Beard G. Neurasthenia, or nervous exhaustion. The Boston Medical and Surgical Journal. 1869 : p. 217–221.
14. Bensefa-Colas L., Ranchoux-Lamodièrre A. Intolérance environnementale idiopathique attribuée aux champs électromagnétiques. Références en santé du travail. 2013 sept ; 135

15. Bernheim H. De la Suggestion et de ses applications à la thérapeutique. Paris : Doin ;1886
16. Bernheim H. L'hystérie. Paris : Doin ; 1916.
17. Bodin J. De la démonomanie des sorciers. Ed 1598. Paris : Droz ; 2012
18. Briquet P. Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris : J.B. Baillière et fils ; 1859
19. Celse AC. Traité de médecine. Paris : Masson ; 1876
20. Charcot JM. Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques. Paris ; 1882.
21. Charcot JM. Œuvres complètes. Paris : Aux bureaux du progrès médical, A. Delahaye & E. Lecrosnier, 1886-1888
22. Chesler P. Les femmes et la folie. St Amand : Payot ; 1975
23. CIM10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, OMS, éd. Franç. Paris : Masson ;1993
24. Cojan Y. et al. Motor inhibition in hysterical conversion paralysis. *NeuroImage* 2009 (47) : 1026–1037
25. Das-Munshi et al. Multiple chemical sensitivities: review. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*. 2007 Aug; 15 (4) :274 – 280
26. De Paumerelle. La philosophie des vapeurs. St Amand : mercure de France ; 2009. 208p.
27. Delasiauve L. Traité de l'épilepsie, histoire, traitement, médecine légale. Paris : V.Masson ; 1854
28. Demartini B, D'Agostino A, Gambini O. From conversion disorder (DSM-IV-TR) to functional neurological symptom disorder (DSM-5): When a label changes the perspective for the neurologist, the psychiatrist and the patient. *Journal of the Neurological Sciences*. 2016 ; 360 : 55–56
29. Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques. *Revue neurologique*. 1909 ; t. XVII : 1518-1687
30. Dubois d'Amiens F. Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie. 1833
31. Ellenberger HF. L'histoire d'Anna O. Étude critique avec documents nouveaux. *L'Évolution psychiatrique*.1972 ;37(4) :693-717
32. Erichsen JE. On railway and other injuries of the nervous system. Philadelphia, PA: Henry C. Lea;1867
33. Fairbairn W. Observations on the nature of hysterical states. *Psych. And Psych.* : theory, research and practice. 1954 june ; 27(3) :105-174

34. Freud S. Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique. In Cinq leçons de psychanalyse. 1914
35. Freud S. Contributions à la psychologie de la vie amoureuse. Paris : PUF ;2011
36. Freud S. et Breuer J. Études sur l'hystérie. (1895) Paris : PUF ; 1956
37. Freud S. L'interprétation des rêves. (1899) Paris : PUF ; 2012
38. Freud S. La sexualité dans l'étiologie des névroses, (1898), in Résultats, idées, problèmes, I, 1890-1920. Paris : PUF ; 1984, p. 75-97
39. Freud S. Les cinq psychanalyses. (1935). Paris : Presse universitaire de France "Quadrige" ; 2012. 672 p
40. FREUD S. Les psychonévroses de défense. 1894, dans Névrose, psychose et perversion. Paris : PUF ; 1999 : p. 1-14.
41. Freud S. Lettres à Wilhelm Fliess. (1887-1904). Paris : PUF ; 2006. 763 p.
42. Freud S. Pour une théorie de l'attaque hystérique. (1892). Paris : PUF ; 1984
43. Freud S. Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices, organiques, et hystériques. Evreux : Imprim. De C. Herissez ;1893.
44. Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. 3e ed. 1949. Paris : Gallimard ;1989. 211 p
45. Galien. Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien : trad. sur les textes imprimés et manuscrits, accompagnées de sommaires, de notes ... précédées d'une introduction ou étude biographique, littéraire et scientifique sur Galien. Paris : J.-B. Baillière ; 1854
46. Galien. Que les mœurs de l'âme suivent les tempéraments du corps, in Traité des passions de l'âme et de ses erreurs. Paris : G.R.E.C. ;1993. p. 184-186.
47. Genta M.S. et Gabay C. La fibromyalgie. Rev Med Suisse. 2004; 0(23656)
48. Georget E. De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau. Baillière/ Paris ; 1821
49. Gilles A : L'hystérie et la guerre. Troubles fonctionnels par commotion. Leur traitement par le torpillage. L'Encéphale. 1914-1916. p. 207-227
50. Gilman S. L. et al. Hysteria Beyond Freud. Berkeley: University of California Press ; c1993 1993.
51. Goutal-Valière H. Histoire de la psychosomatique. Revue française de psychosomatique. 1995 ; 2(8) : p. 215-221.
52. Groddeck G. Ça et moi, lettres à Freud, Ferenczi et quelques autres. Paris : Gallimard;1977. 204p.

53. Guttieres-Green L. Hystérie et soma. *Revue française de psychosomatique*. 2004 ; 1 (25) : p. 69-80.
54. Halligan P. et al. Imaging hypnotic paralysis: Implications for conversion hysteria. *The Lancet*. 2000 ; 355 : 986-987
55. Haute Autorité de Santé. Rapport d'orientation – Syndrome fibromyalgique de l'adulte. HAS. Juillet 2010.
56. Highmore N. cité par Abricossoff G. L'hystérie aux XIIème et XVIIIème siècles. Thèse. Paris. 1897.
57. Highmore N., *Corporis humani disquisitio anatomica*. La Hague: Samuel Brown; 1651.
58. Hippocrate. *Oeuvres complètes*. Trad E. Littré. Paris : Baillière ; 1839-1881. 10 vol.
59. Israel L. L'hystérique, le sexe et le médecin. Paris : Masson ; 1976. 256 p.
60. Janet P. *L'Automatisme psychologique*. (1889) .Paris : Masson; 1989. 462p.
61. Janet P. *Les médications psychologiques (Etudes historiques, psychologiques et cliniques sur les méthodes de la psychothérapie)*. (1919). Paris : l'Harmattan ;2007
62. Janet P. *Les névroses*. (1909). Paris, Flammarion, 1970
63. Jones E. *La Vie et l'œuvre de Sigmund Freud*. tome I. Paris : PUF ; 1958. 246 p.
64. Kanaan RA, Armstrong D, Wessely S. The role of psychiatrists in diagnosing conversion disorder : a mixed method analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016 déc :1181-1184
65. Knoff WF. Four thousand years of hysteria. *Compr. Psychiatry*. 1971 march ; 12(2):156-164
66. Lacan J. "Conclusions" du 9ème Congrès de l'École Freudienne de Paris sur La transmission (juillet 1978). *Lettres de l'École*.1979 ; 2(25)
67. Lacan J. *Le séminaire livre XI : Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. (1964). Paris : Le Seuil ; 1973
68. Lacan J. *Le séminaire livre XVII : L'envers de la psychanalyse*. (1969-1970). Paris : Le Seuil ; 1991, p. 112-113.
69. Lange. *Traité des vapeurs, où leur origine, leurs effets et leurs remèdes sont mécaniquement expliqués*. Paris : Denis Nion ; 1689
70. Lempérière T. « HYSTÉRIE ». In *Universalis éducation* [en ligne]. *Encyclopædia Universalis*, consulté le 26 juin 2017. Disponible sur <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/hysterie/>
71. Lepois C. cité par Trillat E. *Histoire de l'hystérie*. Paris : Edition Seghers ;1986. 288p.
72. Levillain F. *La neurasthénie : maladie de Beard (méthodes de Weir-Mitchell et playfair, traitement de Vigouroux)*. Paris : A. Maloine ; 1891. 354 p.

73. Libbrecht K. Les délires de l'hystérique. Paris : L'Union ; 2001.
74. Liébeault AA. Étude du zoomagnétisme. Paris : Masson ; 1883.
75. Link-Heer U. Male Hysteria : a discourse analysis. Cultural Critique. 1990 printemps ; 15 : p. 191-220
76. Malarewicz JA. La femme possédée. St Amand : Laffont ; 2005. 432p
77. Mandrou R. Magistrats et sorciers en France au XVIIe siècle. Paris : Plon ; 1968
78. Marshall JC et al. The functional anatomy of hysterical paralysis. Cognition. 1997 ; 64 : B1-B8
79. Marty P. La psychosomatique en 1981. Les processus de somatisation. Revue française de psychosomatique. 2001 ; 1 (19) : p. 161-171
80. Mesmer FA. Mémoire sur la découverte du magnétisme animal. Paris : Didot le Jeune ; 1779
81. Michelet J. La sorcière. New York: Citadel Press ; 1939
82. North CS. The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations. Behav. Sci. 2015 ; 5 : 496-517
83. Oughourlian JM. Hystérie, transe, possession. Paris : L'Harmattan ; 2000. 312p
84. Palou J. La sorcellerie. Paris : PUF ; 2002. (Que sais je). 127p
85. Pinel P. Nosographie philosophique. 5ème ed. Paris : Brosson ; 1813. 3 vol.
86. Platon. Timée. Critias. Trad Luc Brisson. Paris : Flammarion ; 1992. 438p.
87. Raulin J. Traité des affections vaporeuses du sexe. Paris : Hérisant ; 1758
88. Regny P, Cathedras P. Le trouble de conversion en médecine interne : 37 observations. L'Encéphale. 2016 avril; 42 : 150-155
89. Ripa Y. La ronde des folles : femme, folie et enfermement au XIXe siècle : 1838-1870. St Amand : Aubier ; 1986. 216p
90. Rousset H. Le symptôme hystérique. Libres cahiers pour la psychanalyse. 2009 ; 2 (20) : 143-155.
91. Société de Biologie de Paris. Etude expérimentale sur la métallothérapie du Docteur Burq: rapports fait à la Société de Biologie. 1877-1878.
92. Soranos d'Ephèse. Soranus d'Ephèse. Traité des maladies des femmes (fin du Ier siècle, commencement du IIe) et Moschion son abrégiateur et traducteur (VIe siècle) traduits et annotés par le dr. Fr. Jos. Herrgott. Nancy : imprimerie Berger-Levrault, 1895.
93. Spence SA et al. Discrete neurophysiological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement. The Lancet. 2000 ; 355 : 1243-44
94. Sprenger J. et Kraemer H. Le maillet des sorcières. 1487

95. SYDENHAM T. Œuvres complètes. (1682). 1816. 2 vol
96. Szaz T. Le mythe de la maladie mentale. Paris : Payot ; 1975. 284p
97. Teive HAG, Germiniani FMB, Munhoz RP. Overlap between fibromyalgia tender points and Charcot's hysterical zones : A historical curiosity. *Neurology*. 2015; 84 : 2096-2097
98. Tiihonen J et al. Altered cerebral bloodflow during hysterical paresthesia. *Biopsychiatry*. 1995 ; 37 : 134-37
99. Trillat E. Histoire de l'Hystérie. Paris : Edition Seghers ;1986. 282p
100. Vanier A. L'hystérique, l'analyste et la question du père. *Figures de la psychanalyse*. 2014 ;1 (27). p. 9-13.
101. Vapeurs. In *Encyclopédie de Diderot et d'Alembert*.1761-1722.
102. Varandée J., *Traité des maladies des femmes*. Paris : Nobert de Ninville ; 1666. 620p
103. Veith I. Histoire de l'hystérie. Paris : Seghers; 1972. 282p
104. Vuilleumier P. et al. Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. *Brain*. 2001 ; 124 :1077-90.
105. Vuilleumier P. The Neurophysiology of Self-Awareness Disorders in Conversion Hysteria in Laureys S. et Tononi G. *The Neurology of Consciousness*. Elsevier. (2009) 282-302
106. Vuilleumier P. The Neurophysiology of Self-Awareness Disorders in Conversion Hysteria in S. Laureys, G. Tononi (Eds.) *The Neurology of Consciousness*. Elsevier. 2009. p 282-302
107. Whytt R. *Les vapeurs et maladies nerveuses hypochondriaques et hystériques*. Chez Vincent ;1764.
108. Wier J. *De l'imposture et tromperie des diables : des enchantements et sorcellerie*. Traduit par J. Grévin. (1570). Reprints Analectes Théraplix. 1970
109. Willis T. *Affectionum Quae Dicuntur Hystericae et Hypochondriacae*. 1670
110. Zanotti, SV, Abelhauser A, Gaspard JL & Besset VL. Aux limites de l'hystérie, la douleur chronique. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2013 sept : 16(3), 425-437

**TITRE DE LA THESE** : Histoire de l'hystérie

**AUTEUR** : Mme Marie FOLL

**RESUME** :

De tout temps, l'hystérie a fasciné. Depuis la naissance de la médecine jusqu'à nos jours, son étude a permis la découverte de concepts primordiaux de la psychiatrie actuelle.

Son histoire commence dès l'antiquité, avec HIPPOCRATE et GALIEN. Elle est alors pathologie utérine, conséquence des déplacements de la matrice au sein de l'organisme.

Au Moyen âge on la retrouve dans le procès de la sorcellerie, diagnostic utilisé par les médecins de l'époque pour éviter le bûcher aux malheureuses.

La Renaissance voit un regain d'intérêt pour la pathologie, on cherche à situer son origine, tantôt utérine, tantôt cérébrale, et enfin, avec T. SYDENHAM, émotionnelle.

Au XVIIème siècle, J-M CHARCOT en fait une maladie à part entière, l'intégrant dans un cadre nosologique précis. C'est « la Grande Hystérie ».

Mais c'est au XIXème siècle qu'elle va connaître ses heures de gloire, grâce à l'invention de la psychanalyse par S. FREUD. Au XXème siècle, elle disparaît progressivement des manuels et se spécialise. Elle se fait rare dans les services de psychiatrie, et il faut aujourd'hui se tourner vers la médecine somatique, et en particulier la neurologie, pour voir des avancées dans les connaissances de la pathologie hystérique.

**MOTS-CLES** : Hystérie – Psychanalyse – Névroses – Histoire de la médecine