

agitation, hallucinations), idées de persécution et tentatives de suicide au moment des paroxysmes, mais il s'agit plutôt d'une affection à évolution chronique, survenant chez des malades à « tempérament hypocondriaque », c'est-à-dire ayant montré pendant toute leur vie et dès leur enfance un souci exagéré de leur santé. Une fois constitué, le délire hypocondriaque systématisé demeure d'une fixité remarquable; on trouve tous les intermédiaires depuis les idées hypocondriaques simples jusqu'aux idées de négation les plus absurdes. Ce sont souvent des malades d'humeur hargneuse et agressive; ayant tendance à attribuer leurs souffrances à des influences extérieures, ils peuvent devenir des *persécuteurs* redoutables, surtout pour leur médecin.

Le délire hypocondriaque pourrait dans quelques cas aboutir à un délire de persécution secondaire avec idées d'auto-accusation (*hypocondriaques persécutés auto-accusateurs* G. Ballet). Le délire de persécution à évolution systématique s'accompagne parfois au début d'idées hypocondriaques, mais elles ne jouent qu'un rôle secondaire.

**Pronostic.** — L'évolution du syndrome varie avec la maladie causale. Habituellement insupportables pour leur entourage, les hypocondriaques sont rarement dangereux pour les autres, sauf quand ils sont persécutés. Par contre ils sont souvent dangereux pour eux-mêmes; les auto-mutilations et les suicides, surtout à la suite de paroxysmes anxieux sont relativement fréquents. On devra toujours se méfier d'un hypocondriaque exprimant des idées de suicide et on se souviendra que le danger n'est nullement proportionné à l'intensité de l'idée délirante.

Les idées hypocondriaques sont courantes dans l'hystéro-neurasthénie d'origine traumatique; il peut en résulter, dans les accidents du travail, une diminution de la capacité professionnelle que le médecin aura à constater. Il sera prudent dans ces cas, souvent très embarrassants pour l'expert, de réserver le pronostic.

**Traitement.** — Le traitement moral et physique varie avec la maladie causale. Tous les auteurs sont d'accord pour insister sur ce point, qu'on ne doit jamais traiter les hypocondriaques en malades imaginaires.

Les interventions chirurgicales ne seront pratiquées qu'avec beaucoup de circonspection. Si dans le cas de préoccupations hypocondriaques légitimées, malgré leur exagération, par une infirmité réelle, elles peuvent améliorer l'état mental du malade, le plus souvent elles ne font que l'aggraver; il n'est pas rare de voir alors l'hypocondriaque devenu un persécuté vouer une haine féroce à son opérateur.

Le grand hypocondriaque avec idées de suicide sera l'objet d'une surveillance rigoureuse: c'est surtout pour lui que pourra se poser la question de l'internement.

BRÉCY.

**HYPOGLOSSE (PARALYSIES).** — Les paralysies de l'hypoglosse peuvent être unilatérales ou bilatérales. Occupons-nous d'abord des paralysies totales de la langue. On peut constater l'absence d'atrophie, l'absence de contractions fibrillaires et de réaction de dégénérescence; l'impotence est néanmoins très grande, la langue sort à peine de la bouche ou même s'y immobilise et la mastication, la déglutition, sont gênées. Il y a enfin tout particulièrement de la dysarthrie.

Un tel ensemble témoigne de lésions supra-bulbaires, hémisphériques, corticales ou centrales. Il s'agit alors d'individus atteints de ramollissements multiples, présentant de la démarche à petits pas, du rire et du pleurer spasmodiques; ce sont des *pseudo-bulbaires*. Il peut également exister un certain degré de glossoplégie dans la *syphilis cérébrale* et dans la *paralyse générale*.

Au niveau du *bulbe*, les lésions déterminent un tout autre syndrome; la langue est atrophiée, et la muqueuse devenue trop large se drape en nombreux replis. On constate de vives secousses fibrillaires, et la réaction de dégénérescence existe. La maladie qui, le plus fréquemment, réalise cet ensemble en clinique, est la  *sclérose latérale amyotrophique*. La langue, au début, peut être encore poussée hors de la bouche, plus tard elle demeure collée au plancher de celle-ci, sans pouvoir être tirée. On peut encore retrouver ces caractères dans la *paralyse bulbaire progressive* de Duchenne, mais l'immobilisation de la langue est plus précoce et plus complète. On peut encore rencontrer la parésie, sinon la paralysie de la langue, dans un autre grand syndrome bulbaire, l'*asthénie d'Erb-Goldflam*. Elle est tout à fait exceptionnelle dans la *poliomyélite antérieure chronique*.

Les paralysies périphériques bilatérales de l'hypoglosse sont trop rares pour que nous insistions ici.

On a fréquemment l'occasion d'observer en clinique des paralysies unilatérales de la langue. L'atrophie peut être faible en semblable cas; il convient, pour l'apprécier mieux, de saisir entre deux doigts et de comparer l'une à l'autre chaque moitié de l'organe. La diminution d'épaisseur, une flaccidité plus grande se prononcent alors. Cette hémiparalyse ne laisse point que de déterminer des troubles fonctionnels; les aliments s'accumulent, il est vrai, en moins grande quantité en dehors des arcades dentaires, et la déglutition est moins pénible qu'en ces cas où la langue est paralysée en entier. Néanmoins, la prononciation de certaines lettres est très altérée; il en est ainsi tout d'abord pour les consonances *l, s, sch, r, t, e, i*, plus tard pour le *k*, le *g* et l'*r*. La langue est déviée du côté malade quand on la porte hors de la bouche; cette action est due à la contraction du génio-glosse sain qui pousse et tire à la fois la langue du côté malade. Au repos sur le plancher buccal, la langue n'est point déviée ou l'est du côté sain. Il ne faudrait pas prendre pour une glossoplégie les troubles linguaux de la paralysie. La VII<sup>e</sup> paire innerve en effet le styloglosse, et la langue est déviée, ou plutôt tirée en masse du côté sain, par action tonique du styloglosse opposé au côté de la paralysie.

On peut encore observer des paralysies de l'hypoglosse d'origine centrale, caractérisées comme plus haut par l'absence de réaction de dégénérescence et de secousses fibrillaires. L'atrophie est nulle ou peu accusée. Quelle que soit la cause, hémorragie ou ramollissement, les commémoratifs, ictus, hémiparalyse, etc., faciliteront le diagnostic. D'ailleurs, les troubles de la langue resteront au second plan souvent, si l'on en excepte toutefois la dysarthrie.

Quand le noyau bulbaire de la XII<sup>e</sup> paire est atteint, on constate fréquemment une atrophie très marquée de la moitié homonyme de la langue. Celle-ci prend alors la forme d'un croissant, dont la concavité est le côté malade inscrit dans le côté sain. Un semblable aspect doit faire rechercher la *pachyméningite cervicale hypertrophique* et en première ligne la *syringomyélie* et la *tabes*.

L'aspect de la langue sera le même si l'*hypoglosse* a été atteint dans son trajet *périphérique* : compression par gomme, anévrisme, abcès froid d'un Pott sous-occipital, section par balle tirée dans une tentative de suicide, coup de couteau, incision au cours d'une opération sur néoplasme ou ablation d'adénites. En de semblables cas, le diagnostic peut être difficile; l'association à des paralysies du facial, de l'oculo-moteur externe, du pneumogastrique, du spinal permettraient une localisation.

Il ne faut pas confondre *spasme* et *paralysie*. Dans le soi-disant spasme *hystérique*, la langue est déviée du côté de la contracture; il existe généralement des secousses des lèvres, parfois même de la contracture des zygomatiques. Cet hémispasme glosso-labié tord parfois la langue comme aucune atteinte organique ne le saurait faire.

Quant au *traitement*, il est variable selon la cause; en toutes circonstances douteuses, le traitement spécifique contre la syphilis sera indiqué. Symptomatiquement, on pourra employer l'électrisation du tronc nerveux au-dessus et en arrière de la grande corne de l'os hyoïde.

F. MOUTIER.

**HYPOPHYSE.** — V. ACROMÉGALIE, OPOTHÉRAPIE.

**HYPOSPADIAS.** — C'est un vice de conformation caractérisé par la présence d'une ouverture anormale, d'origine congénitale, siégeant sur la paroi inférieure de l'urètre. [V. NOUVEAU-NÉ (PATHOLOGIE.)]

On en reconnaît *trois variétés* : l'hypospadias *balanique*, siégeant au niveau du gland; l'hypospadias *pénien* et *péno-scrotal*, siégeant en un point quelconque entre le gland et le scrotum; l'hypospadias *scrotal* et *périnéo-scrotal*.

I. **Hypospadias balanique.** — C'est la variété la plus fréquente; elle se présente sous trois types différents :

1<sup>er</sup> type (rare) : *Hypospadias balanique avec persistance de mur balanique imperforé*. L'urètre s'ouvre sur les côtés du frein, tout à fait à la base du gland, lequel ne diffère d'un gland normal que par l'absence du méat. Le prépuce est circulaire.

2<sup>e</sup> type (fréquent) : *Hypospadias avec persistance de la gouttière balanique*. Ici l'aspect est caractéristique : le gland, fortement aplati, présente sur sa face inférieure une rigole qui se continue en avant jusqu'au sommet et qui, en arrière, reçoit l'ouverture urétrale. Celle-ci est petite, plus ou moins cachée par les téguments amincis. Le gland est raccourci et élargi et se recourbe sur lui-même : cette incurvation, à concavité inférieure, permet, à la simple inspection, de deviner l'hypospadias. Le prépuce, plus ou moins développé, forme un opercule ne recouvrant que les faces supérieure et latérales du gland et s'insère sur les bords de la gouttière balanique. Naturellement, il n'y a pas de filet.

3<sup>e</sup> type : *Hypospadias balanique avec canal balanique formé, mais frappé d'anomalie*. On reconnaît ici deux variétés : dans la première, il y a, en avant du méat hypospadias, une portion d'urètre. Tantôt cet urètre s'ouvre au sommet du gland et il y a deux méats; tantôt il se termine en cul-de-sac; tantôt il y a, au sommet du gland, un méat borgne, complètement séparé du méat anormal. La portion d'urètre balanique peut être plus ou moins cloisonnée par des brides ou des valvules. Dans la seconde variété, il n'y a pas d'urètre bala-

nique en avant du méat hypospade : le méat anormal siège alors en un point quelconque entre le sommet et la base du gland.

En même temps que l'hypospadias, on peut observer d'autres malformations telles que : la torsion de la verge dont la face inférieure regarde en avant, la palmure de la verge, la bifidité du scrotum, l'absence d'un corps caverneux, la cryptorchidie, etc.

II. **Hypospadias pénien et péno-scrotal.** — Le méat anormal siège entre la base du gland et l'angle péno-scrotal ou dans cet angle lui-même. L'ouverture urétrale, de dimensions variables, est oblongue dans le sens antéro-postérieur et ses rebords sont minces. Ici aussi, on distingue deux variétés selon qu'il y a ou non un canal en avant du méat hypospade : dans la première, le canal peut être parfaitement constitué et même s'ouvrir du sommet du gland, d'où la présence de deux méats; il peut se terminer en cul-de-sac; ou bien, il existe un méat antérieur qui se continue par une portion de canal borgne. Dans la deuxième variété, qui est la plus fréquente, il y a, en avant du méat hypospade, non pas un canal mais une gouttière, tantôt très accusée au point de faire croire à une bifidité de la paroi inférieure de l'urètre; tantôt réduite à une simple bride, qui coude fortement la verge en bas et en arrière.

III. **Hypospadias scrotal et périnéo-scrotal.** — Le scrotum est divisé en deux moitiés, qui circonscrivent une fente antéro-postérieure offrant les plus grandes ressemblances avec une vulve (*hypospadias vulviforme* de Dugès). Nous avons affaire ici à des individus de formes sexuelles plus ou moins imparfaites : la verge, petite et fortement attirée et fixée entre les bourses par une bride, rappelle le clitoris exubérant de certaines femmes. L'urètre s'ouvre au fond de l'infundibulum scrotal, tapissé d'un tégument mince et rose simulant une muqueuse. On note assez fréquemment, dans ce type d'hypospadias, l'atrophie et l'ectopie testiculaires.

**Symptômes.** — L'hypospadias donne lieu à des troubles urinaires et à des troubles sexuels.

1<sup>o</sup> **Troubles urinaires.** — La miction peut être rendue difficile par l'étroitesse du méat anormal; on a même observé la rétention. Le jet est modifié, peu dans l'hypospadias balanique, beaucoup dans les deux autres variétés. Les malades ne peuvent pas uriner contre les murs; aussi l'hypospadias pénien et péno-scrotal constitue-t-il un cas de réforme. Dans le type scrotal, les malades sont forcés de s'accroupir comme les femmes. Les bourses et les cuisses, souillées continuellement par les urines, sont le siège d'érythèmes et d'infections variées. L'incontinence n'existe jamais parce que l'urètre membraneux et prostatique est intact.

2<sup>o</sup> **Troubles sexuels.** — Le coït est possible toutes les fois que l'érection est droite; dans les cas de fissures scrotale ou périnéo-scrotale, le gland s'incurve en arrière et se cache dans la fente inter-scrotale.

L'éjaculation, qui se fait avec force à cause de la conservation des muscles du périnée, est plus ou moins déviée dans sa direction, comme le jet urinaire, d'ailleurs, suivant la variété d'hypospadias. La mauvaise direction du jet spermatique influera naturellement sur la fécondation sans que l'on puisse se prononcer exactement sur les conditions de la stérilité chez les hypospades, sauf dans l'hypospadias vulviforme.

Le **Diagnostic** de l'hypospadias est évident et se fait souvent par la simple inspection. Il ne présente de difficultés que lorsqu'il s'agit de déterminer le sexe de l'individu dans les cas où l'hypospadias vulviforme simule grossièrement les organes génitaux externes de la femme.

Le **Pronostic** varie suivant les types. L'hypospadias pénien et scrotal doit être considéré comme une infirmité intolérable dont les malades doivent être débarrassés à tout prix. L'hypospadias balanique, s'il est peu prononcé, n'amène aucun trouble appréciable; il présente cependant deux inconvénients: d'une part le jet spermatique, dirigé dans le cul-de-sac postérieur du vagin, peut rendre la fécondation difficile; d'autre part, le méat béant récolte plus facilement le gonocoque d'où la fréquence de la blennorragie chez les hypospadias.

**Traitement.** — De tout temps, le traitement opératoire de l'hypospadias, a tenté la sagacité des chirurgiens et les procédés actuellement connus sont innombrables. Nous ne saurions, dans cet article, décrire même les plus importants et nous nous bornerons à indiquer sommairement les principes qui président à l'exécution des trois groupes de procédés.

A. — Le *premier groupe* (procédé de Duplay et ses dérivés), comprend les procédés d'urétroplastie par reconstitution autoplastique de l'urètre malformé.

Voici, très résumée, la technique de Duplay: 1<sup>er</sup> temps. — *Redressement de la verge* par l'incision transversale de la bride sous-pénienne. Si les corps caverneux, atrophies ou scléreux, s'opposent au redressement, il ne faut pas craindre de les entailler en un ou plusieurs endroits.

2<sup>e</sup> temps. — *Création d'un nouveau canal depuis le méat jusqu'à l'ouverture hypospadienne*, comprenant la création d'un canal balanique et la confection du canal pénien.

3<sup>e</sup> temps. — *Abouchement des deux portions du canal*, c'est-à-dire fermeture de l'ouverture hypospadienne.

B. — Le *deuxième groupe* comprend les procédés d'urétroplastie par mobilisation de la partie normalement constituée de l'urètre (Beck, van Hacker, Villemin). Ces procédés ne s'appliquent qu'à l'hypospadias balanique; ils sont fondés sur ce fait que l'urètre, isolé par dissection des parties molles qui l'entourent, est extensible et peut être amené, par attraction, jusqu'au sommet du gland.

C. — Le *troisième groupe*, enfin, comprend les procédés d'urétroplastie par *tunnellisation* de la verge: on renonce à utiliser les vestiges de l'urètre malformé et l'on creuse un nouveau canal en plein dans la verge (Van Hooek, Nové-Josserand, etc.). Le nouveau canal est tapissé au moyen d'une greffe de Thiersch.

**Hypospadias chez la femme.** — Beaucoup plus rare que chez l'homme, l'hypospadias de la femme se caractérise par une absence totale ou partielle de la paroi postéro-inférieure de l'urètre. Suivant le degré, il n'y a aucun trouble urinaire ou il y a de l'incontinence. Dans tous les cas, l'opération plastique est justifiée: elle consiste à suturer la fente urétrale ou à disséquer l'urètre et à le transposer par torsion.

KENDIRDJY.

**HYPOTONIE MUSCULAIRE.** — L'hypotonie musculaire est un état spécial de flaccidité des muscles qui permet aux membres des attitudes anormales, et qui se rencontre en général chez les tabétiques incoordonnés.

Voici comment on doit rechercher l'hypotonie:

**Membre inférieur.** — L'hypotonie des *fléchisseurs de la jambe* permet une flexion exagérée de la cuisse sur le bassin. Alors que, normalement, quand l'homme est couché sur le dos, la cuisse se fléchit sur le bassin à 65° ou 75°, cette flexion



Fig. 196 (P. Marie).

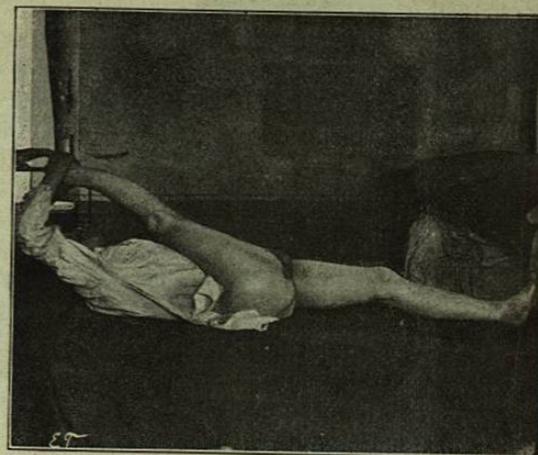


Fig. 197 (P. Marie).

pourra être de 100° à 150° chez un tabétique. Si le malade est assis, il peut placer sa jambe contre sa joue, la mettant dans la situation du fusil au port d'armes (fig. 196 et 197).

L'hypotonie des *extenseurs de la jambe* permet une flexion de la jambe sur la cuisse telle que le talon atteigne la fesse.

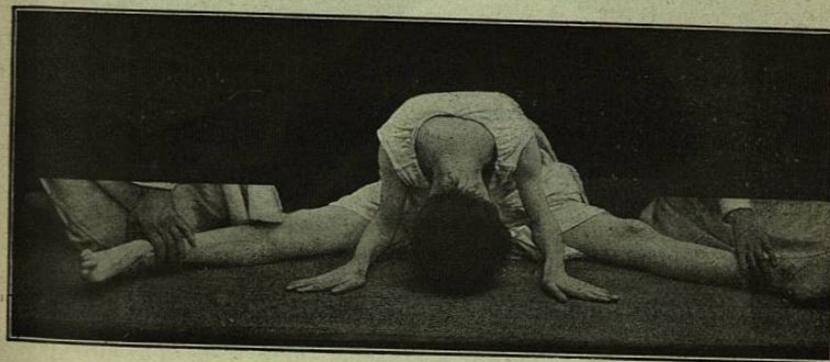


Fig. 198 (Dejerne).

L'hypotonie des *adducteurs de la cuisse* permet au malade la position du « grand écart », les deux membres étant placés chacun d'un côté du tronc (fig. 198).

L'hypotonie des *extenseurs du pied* qui s'attachent au tendon d'Achille permet à la jambe de se placer en hyperextension sur la cuisse formant ainsi un

angle obtus ouvert en avant; cette hypotonie joue un rôle dans l'attitude dite du *genre recurvatum* chez les tabétiques (fig. 199).

C'est à l'hypotonie qu'il faut sans doute rapporter en partie le ballottement et l'attitude du pied-bot décrit par Joffroy chez les tabétiques.



Fig. 199 (P. Marie).

Enfin l'hypotonie permet d'expliquer certains troubles fonctionnels des membres inférieurs dans la marche: dérochement de jambes, flexion brusque du genou, torsion du pied.

**Membre supérieur.** — Le poignet, le coude, l'épaule permettent au malade les attitudes les plus bizarres. Mais une des plus frappantes est celle que prend la main: les doigts peuvent s'étendre sur la main en se renversant vers la face dorsale et en formant un angle droit ouvert en arrière. Le pouce peut se mettre en abduction à angle droit sur l'index.

**Tronc.** — Le tronc peut être fléchi sur le bassin à l'extrême, à tel point que le malade peut placer sa tête entre ses jambes; les vertèbres possèdent une mobilité anormale qui entraîne des troubles de la marche (fig. 200).

Les muscles du ventre peuvent être hypotoniques au point de se laisser dis-

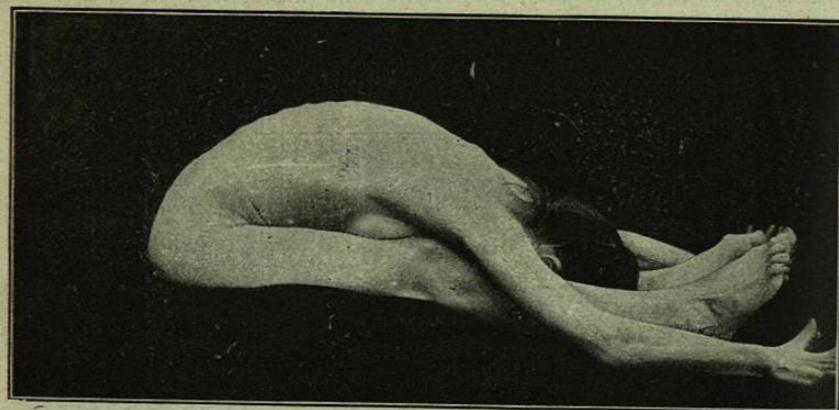


Fig. 200 (Dejerine).

tendre par les intestins qui se dessinent sous la peau. L'hypotonie permet encore d'expliquer certains troubles vésicaux et rectaux.

**Valeur séméiologique.** — L'hypotonie est le plus souvent un symptôme tabétique comme nous l'avons vu plus haut. Elle avait été entrevue par Leyden: sa connaissance est due à Frenkel. D'après lui elle serait constante chez les tabétiques incoordonnés, mais elle peut s'observer aussi quelquefois pendant la

période préataxique. De même qu'elle est le plus souvent liée à l'incoordination, elle est aussi le plus souvent liée à l'abolition des réflexes, sauf quelques exceptions. L'hypotonie se rencontre dans la *maladie de Friedreich* (Sureau).

On la rencontre aussi dans la sclérose en plaques, la *paralysie générale*: Féré a constaté dans cette affection un aplatissement du pied par hypotonie.

Elle existe dans l'*hémiplegie organique* d'après Babinski et est surtout caractérisée par la flexion exagérée de l'avant-bras sur le bras par hypotonie des extenseurs de l'avant-bras. Elle est appréciée par comparaison avec la flexion de l'avant-bras sur le bras du côté sain.

On a rencontré aussi l'hypotonie dans les affections cérébelleuses (Dejerine) dans le mal de Pott (Dejerine), dans la syringomyélie (Dejerine), dans un cas de vertige labyrinthique (Egger).

Enfin l'hypotonie est un symptôme de la *myotonie congénitale d'Oppenheim*.

O. CROUZON.

**HYSTÉRECTOMIE.** — L'hystérectomie est l'extirpation de l'utérus. Elle peut être *vaginale* ou *abdominale* suivant que cette extirpation se fait par le vagin, ou, au contraire, par laparotomie.

**Hystérectomie vaginale.** — Beaucoup moins employée qu'il y a quelques années, alors que sa moindre gravité la faisait préférer par beaucoup

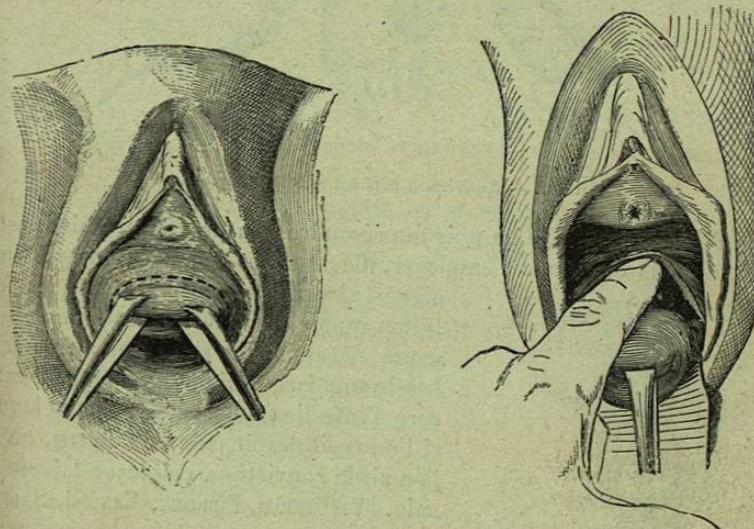


Fig. 201. — Tracé de l'incision péricervicale. (Proust.)

Fig. 202. — Décollement de la vessie. (Proust.)

de chirurgiens à l'hystérectomie abdominale, l'hystérectomie vaginale conserve encore à mon avis des indications très nettes.

**Indications.** — On pourra l'employer dans certaines métrites rebelles, saignantes, et que rien n'améliore, lorsque l'utérus est petit, mobile, et que l'opération semble devoir être facile. Il en est de même dans certains petits fibromes, lorsque le volume de l'utérus permettra une opération sans morcellement. On pourra l'employer aussi dans certains cancers du col, tout à fait au

début, lorsqu'il n'y a encore aucune probabilité d'extension du mal au paramètre. Dans ces conditions, l'hystérectomie vaginale est une opération si simple,

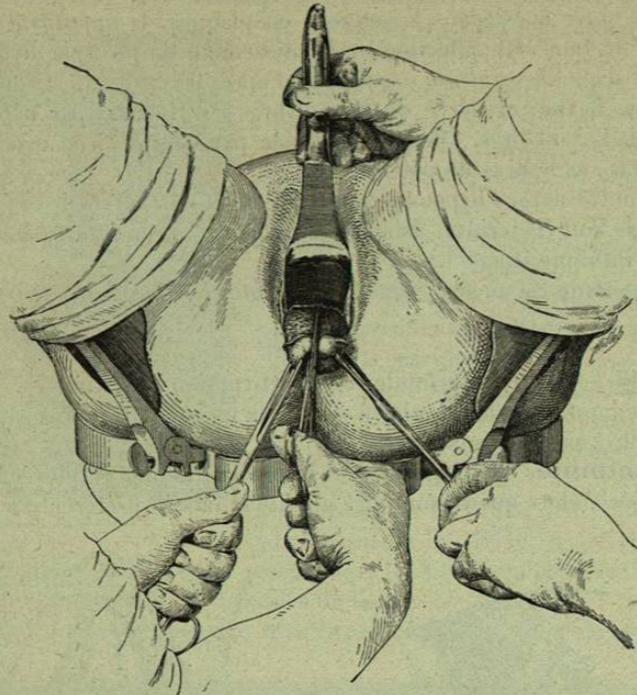


Fig. 205. — Hémisection antérieure. Début (Doyen).

si rapide, si élégante que je ne puis me résoudre à la proscrire. Mais il est des cas dans lesquels on *devra* l'employer. Ce sont les suppurations pelviennes aiguës, virulentes, à poches multiples, à évolution rapide, dans lesquelles s'impose l'urgence nécessaire de pratiquer au centre du bassin une large voie de drainage. C'est encore l'infection puerpérale, pour laquelle, si l'on croit devoir enlever l'utérus, on doit, j'en ai la conviction, employer la voie vaginale. (V. UTÉRUS, FIBROME, CANCER, SALPINGO-OVARITES.)

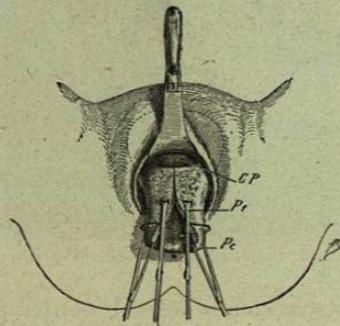


Fig. 204. — Hémisection antérieure. La paroi est incisée jusqu'en son milieu (Doyen).

désinséré en quelques coups de forts ciseaux courbes (fig. 204). Le cul-de-sac postérieur est ouvert, puis la vessie est prudemment décollée avec le doigt. Ce décollement est poursuivi jusqu'à ce que le cul-de-sac vésico-utérin soit

**Technique.** — Dans les cas faciles ou de difficulté moyenne et lorsque l'utérus se laisse abaisser, on emploiera le procédé de Doyen. Le col étant saisi avec deux pincées à traction et attiré vers la vulve, le vagin est

ouvert (fig. 202). La vessie est protégée par une valve. La paroi antérieure de l'utérus est alors incisée sur la ligne médiane. Cette *hémisection*

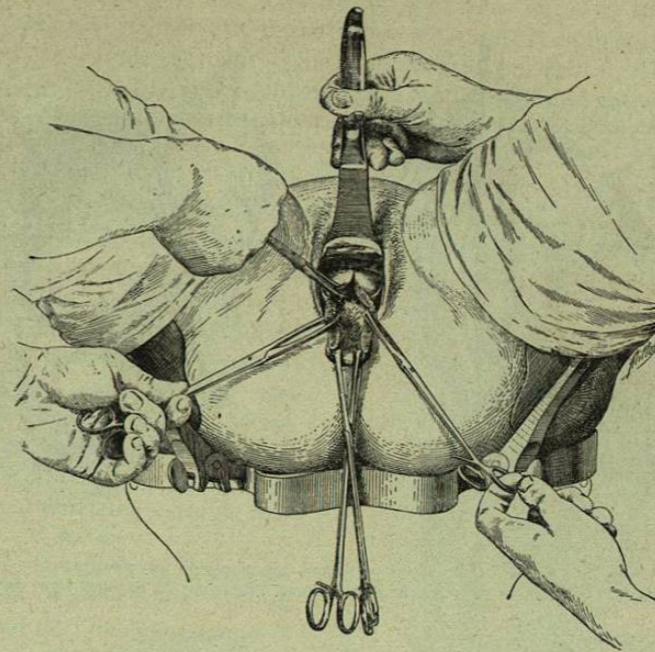


Fig. 205. — La paroi antérieure est incisée sur toute sa hauteur (Doyen).

antérieure est ce qui fait l'originalité et la commodité de ce procédé. Des pincées à traction saisissent les lèvres de l'incision ainsi faite et abaissent la paroi antérieure de l'utérus qui s'infléchit en avant. L'incision de la paroi antérieure est alors poussée un peu plus haut, les lèvres sont de nouveau saisies, attirées vers le bas et l'utérus descend un peu plus en s'infléchissant davantage. Cette hémisection est poursuivie jusqu'à ce que le fond de l'utérus apparaisse sous la valve qui protège la vessie (fig. 205, 204, 205). Dans les cas ordinaires, il apparaît dès le troisième ou quatrième coup de ciseaux. Saisissant alors le fond de l'utérus avec une bonne pince, on l'extériorise presque complètement (fig. 206).

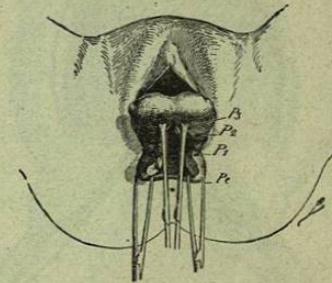


Fig. 206. — L'utérus est attiré au dehors (Doyen).

Le bord supérieur des ligaments larges apparaît de chaque côté, et lorsqu'il n'y a pas d'adhérences annexielles profondes, il est assez facile d'attirer les annexes au dehors. On met alors sur l'un des ligaments larges, le gauche de préférence, de haut en bas, en dehors des annexes, une pince à mors courts et puissants qui saisit sa moitié supérieure; puis de bas en haut, sur la moitié inférieure du même ligament, une pince semblable dont les mors