

XXXV. — PSEUDO-MÉNINGITE HYSTÉRIQUE

- I. QUELQUES MOTS D'HISTORIQUE.
- II. OBSERVATION.
- III. DIAGNOSTIC.

I. — Quelques mots d'historique.

En 1883, j'ai ouvert dans le *Traité des névroses* (1) un chapitre sur un sujet souvent étudié depuis cette époque : *l'hystérie dans ses rapports avec les divers états morbides*. Il s'agissait des rapports cliniques que la névrose affecte avec la fièvre typhoïde, la diphtérie, les affections inflammatoires diverses (angines, laryngites, bronchites, embarras gastriques, etc.), avec les traumatismes, le rhumatisme, la scrofule, l'impaludisme, la tuberculose. Depuis cette époque, la question s'est agrandie, et l'on sait que l'alcoolisme, le saturnisme, le tabagisme, la plupart des intoxications en un mot, peuvent devenir des agents provocateurs de l'hystérie.

Dans ce livre, j'ai publié la première observation relative à une malade chez laquelle une fièvre typhoïde avait été, comme je le disais alors, « l'occasion de l'appel de phénomènes hystériques » sous la forme pseudo-méningitique. La même année, dans sa thèse inaugurale, Repéré a insisté sur les manifestations hystériques simulant le rhumatisme cérébral. Depuis cette époque, les faits de « méningisme » dans les maladies infectieuses ne se comptent plus et le méningisme hystérique dans la fièvre typhoïde, la grippe, la scarlatine, le rhumatisme articulaire aigu, est maintenant bien connu.

(1) *Journal des Praticiens*, 1890.

On trouve d'autres exemples de pseudo-méningites hystériques dans la science. Avant ma première observation qui date de 1883, Saint-Ange, puis Arnoz (1) ont publié deux faits semblables. Puis, Boissard, Chantemesse, Reynaud, Sollier, Ollivier (1), etc., ont relaté des faits très intéressants dans lesquels l'hystérie a pris le masque de la méningite tuberculeuse.

Il y a douze ans, j'ai observé avec Longuet et Masson, médecins militaires, un cas fort intéressant de *pseudo-méningite hystérique* qui, cette fois, s'est déclarée d'une façon primitive, en dehors de toute intoxication ou de maladie infectieuse. L'intérêt de cette observation, que je vais résumer, résulte surtout des difficultés du diagnostic (2).

II. — Observation.

Une femme, âgée de trente-huit ans, présentait les antécédents héréditaires suivants : grand'mère maternelle tuberculeuse, mère morte en 1870 d'une attaque d'apoplexie ; grand-père paternel très goutteux, mort à cinquante ans ; père mort à cinquante ans d'un anévrysme ; sur dix enfants, la malade reste seule avec un frère ; les huit autres enfants sont morts jeunes, plusieurs de méningite tuberculeuse, une fille de quinze ans est morte de fièvre typhoïde, avec des accidents cérébraux très graves.

Cette femme n'a jamais eu de maladie sérieuse ; mariée depuis vingt ans, elle n'a jamais trouvé l'idéal qu'elle se promettait dans ce mariage, et vit séparée à l'amiable de son mari. Caractère hystérique des plus prononcés.

Après une période de malaise assez longue et mal définie, se traduisant surtout par de l'insomnie, de l'inappétence,

(1) BOISSARD, *France médicale*, 15 février 1883. — CHANTEMESSE, *Thèse de Paris*, 1884. — REYNAUD, *Loire médicale*, 1886. — SOLLIER, *France médicale*, 1891. — OLLIVIER, *Congrès de Marseille*, 1891. — BARDOL, *Thèse de Paris*, 1893.

(2) *Gaz. méd. de Bordeaux*, 1873.

la malade est brusquement prise pendant la nuit du 9 au 10 juin 1888, vers une heure du matin, par une violente douleur de tête qui bientôt s'accompagne de vomissements alimentaires. Un médecin appelé trouve la malade dans un état de grande prostration avec la face pâle, les traits altérés, le pouls petit et fréquent, les extrémités froides. La céphalalgie est très violente, surtout aux régions fronto-temporale gauche et occipitale. Pendant la journée, il y a de la somnolence, mais la douleur de tête est tellement vive que « la malade me supplie de ne pas la déplacer » (écrit le Dr Masson).

Dans la journée, les accidents s'accusent, la douleur de tête devient plus vive; il y a de la photophobie; la constipation persiste, les vomissements se reproduisent, et la malade est transportée dans une maison de santé.

11 juin. — Nuit agitée, douleurs de tête très violentes, suppression des vomissements. Pas de fièvre.

Du 12 au 15 juin. — Même état; les douleurs de tête arrachent des cris à la malade, les nuits sont très agitées, la température axillaire s'élève à 38°,2, les vomissements se reproduisent, la langue est un peu saburrale.

15 juin. — La nuit a été bonne; les douleurs de tête, moins vives, ont fait place à un état de stupeur, d'où on parvient à tirer difficilement la malade, et la température reste à 38°,2. Je la vois pour la première fois à ce moment et, trouvant quelques stigmates de l'hystérie (insensibilité de l'épiglotte, douleur ovarienne gauche), je crois à l'existence d'une pseudo-méningite hystérique.

16 juin. — T. A. 38°,1 le matin, et 38°,3 le soir. Le pouls, qui était à 78 ou 80 les jours précédents, est descendu à 60. Il a toujours été régulier. État de torpeur très accusé avec subdélire; alternatives de pâleur et de rougeur de la face; raie méningitique très accentuée à l'abdomen et sur les membres; léger effacement des traits à droite. Dans la soirée, on constate une déviation de la face, qui est tirée à gauche, et un léger état parétique du bras gauche. En pré-

sence de ces accidents, on discute de nouveau la question d'une vraie méningite.

17 juin. — T. A. 37°,7 le matin, et 38°,2 le soir. La langue est blanche, un peu sèche; le délire plus continu; la malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. La respiration est *suspirieuse*, puis elle devient par intervalles très fréquente et précipitée (*polypnée*); la constipation reste opiniâtre, le ventre un peu aplati; la malade n'a pas uriné pendant vingt-quatre heures, et cependant il y a de l'urine dans la vessie (*rétenion d'urine*). Le pouls est à 54. La face est manifestement déviée à gauche, la parésie des membres supérieur et inférieur du côté gauche est plus manifeste. A une heure de l'après-midi, après un moment de lucidité relative, on constate un *embarras plus marqué de la parole* et une grande *difficulté de la déglutition* des aliments. Le soir, nous constatons la *raie méningitique*, l'*aphasie* presque complète, et l'impossibilité absolue d'avaler. En présence de ces accidents, on craint de plus en plus une méningite tuberculeuse et l'on prescrit l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour.

18 juin. — T. A. 39° le matin, et 38°,4 le soir. Le pouls est à 70. *Syncope* à cinq heures du matin, en allant à la garde-robe. Subdélire continu, se traduisant par un marbottement incompréhensible. L'embarras de la parole s'exagère et celui de la déglutition devient tel, qu'on est obligé de prescrire l'iodure par la voie rectale. Le soir, la malade, immobile dans son lit, insensible aux excitations extérieures, semble être tombée dans un véritable *état comateux*. Le pouls est régulier. En recherchant toujours l'hystérie dans ces divers accidents, je constate un *état cataleptique* du bras gauche.

Du 19 au 21 juin. — Amélioration progressive, la température redevient normale le 21 juin (à 37°,7), après avoir été, le 19 juin, à 38° et à 38°,2; le 20 juin, à 37°,1 et 38°,5; le 21 juin à 38°,1 et 37°,7. Le pouls est à 100. La physiologie devient plus expressive, la parole moins embarrassée,

la déglutition possible. Les jours précédents, on avait constaté une *analgésie* presque complète de tout le côté gauche. Les douleurs de la tête ont disparu depuis le 18 juin.

22 juin. — La température remonte le matin à 38°,8 et descend le soir à 37°,8. On constate une *déviaton de la face à droite* (contracture faciale droite ?) Les pupilles, qui avaient toujours été normales, restent très dilatées.

Du 22 juin au 1^{er} août. — L'amélioration persiste et s'accroît. La guérison peut être considérée comme définitive, elle ne s'est jamais démentie depuis cinq ans que j'ai revu la malade, et que j'ai pu constater chez elle un certain nombre de symptômes hystériques (insensibilité de l'épiglotte, hyperesthésie ovarienne, anesthésie sensitive et sensorielle du côté gauche, singularités du caractère, etc.).

III. — Diagnostic.

Si l'on analyse tous les symptômes présentés par cette femme, on voit qu'ils s'éloignent, par beaucoup de côtés, de la méningite tuberculeuse de l'enfant; mais ils se rapprochent, au contraire, de ceux de la méningite tuberculeuse de l'adulte, qui présente, comme on le sait, de nombreuses anomalies et irrégularités dans sa marche, à ce point que l'on peut dire : *il n'y a rien qui ressemble moins à la méningite tuberculeuse de l'enfant que la méningite tuberculeuse de l'adulte*. Si l'on ajoute que la malade présentait des antécédents tuberculeux, des méningites chez ses frères et sœurs, on comprend sans peine l'hésitation du diagnostic.

A ce dernier point de vue, cette observation est intéressante, en ce sens qu'elle démontre un fait sur lequel j'ai insisté et que j'ai ainsi formulé : *à côté de l'hérédité dans les lésions, il faut placer l'hérédité dans les organes* (1). Exemple : une malade meurt de méningite tuberculeuse, et

(1) *Traité des névroses*, 1883.

l'un de ses enfants succombe à une tuberculose pulmonaire ; *c'est l'hérédité dans les lésions*. Mais elle a une fille hystérique qui présente des phénomènes d'hystérie cérébrale (pseudo-méningite hystérique); *c'est l'hérédité dans les organes*. Le système nerveux central est, chez les malades, le *locus minoris resistentiæ*, et l'hystérie reste surtout cérébrale. Telle est la cause de la localisation encéphalique de l'hystérie chez notre malade.

Ainsi donc, l'hystérie, « cette grande simulatrice des maladies organiques », cette sorte de « pathologie en raccourci », comme le disait Axenfeld, peut présenter le masque de la méningite par des symptômes communs aux deux maladies (céphalée, vomissements, constipation, hyperesthésie, ralentissement du pouls, paralysies partielles, convulsions, photophobie, troubles pupillaires et vaso-moteurs, élévation de la température, troubles de la respiration qui peut devenir suspicieuse ou singultueuse, rare ou fréquente. Dans ce dernier cas, il s'agit d'un symptôme hystérique que j'ai signalé sous le nom de *polypnée hystérique*, et dont nous reparlerons.

Mais, avec un peu d'attention, le diagnostic est toujours possible. La fièvre est rare, et quand elle est observée, comme dans notre cas, elle est très irrégulière; un jour, la température monte à 39° le matin, et le surlendemain elle descend à 37°,7; puis quatre jours après, elle s'élève à 38°,8, encore le matin, et le soir elle est descendue d'un degré, pour redevenir normale les jours suivants. Le pouls est quelquefois ralenti, jamais irrégulier. La céphalalgie, qui peut être très intense, jusqu'à faire pousser des cris aux malades, n'est pas continue et se manifeste sous forme de crises. Il en est de même de presque tous les autres symptômes qui surviennent soudainement, persistent pendant quelques jours ou quelques heures pour disparaître ensuite de la même manière. La maladie est ainsi composée d'une série de crises qui se succèdent après quelques intervalles de légère ou de complète accalmie; elle est accidentée dans sa marche et

non continue. Enfin, l'existence des stigmates hystériques (hémianesthésie sensorielle et sensitive, ovaralgie, etc.), et quelques phénomènes surajoutés, comme un état cataleptiforme des membres, une hémianesthésie, etc., permettent encore de fixer le diagnostic.

Si l'on peut prendre une pseudo-méningite hystérique pour une méningite vraie, l'erreur contraire peut être commise, et Chantemesse cite le fait remarquable d'une hystérique, atteinte d'accidents méningitiques, que Rigal rattacha complètement à la névrose. La malade mourut, et quoique l'autopsie n'ait pu être pratiquée, il est probable qu'il s'agissait d'une méningite de la base.

Notre observation tend à démontrer que le plus grand nombre des méningites tuberculeuses de l'adulte guéries pourraient bien n'être que des pseudo-méningites. Mais, d'autre part, l'incurabilité de la méningite tuberculeuse n'est pas absolue, comme le démontrent les observations de guérisons incontestables citées par Rilliet, Barth, Cadet de Gassicourt, Rousseau, Chantemesse, Sarda (1).

(1) RILLIET, *Soc. méd. des hôp.*, 1855. — BARTH, *Soc. clin. de Paris*, 1877. — CADET DE GASSICOURT, *Traité des maladies de l'enfance*. — ROUSSEAU, *Encéphale*, 1882. — CHANTEMESSE, *Thèse de Paris*, 1884. — SARDA, *Montpellier médical*, 1888.

XXXVI. — HYSTÉRIE LOCALE, VISCÉRALE ET PÉRIPHÉRIQUE, HYSTÉRO-TRAUMATISME

- I. HYSTÉRIE LOCALE. — 1^o Hystérie locale due aux inflammations. —
2^o Pseudo-appendicite.
II. HYSTÉRO-TRAUMATISME. — 1^o Hystéro-traumatisme de cause externe.
— 2^o Hystéro-traumatisme de cause interne.

I. — Hystérie locale.

Ainsi que je l'écrivais déjà dès l'année 1883 (1), il ne faut pas tomber dans une exagération consistant à toujours voir ou soupçonner l'hystérie chez la femme, comme autrefois Baglivi le commandait (*fœminis suspicandum de affectione hysterica*); mais on doit souvent la rechercher dans l'enchevêtrement et le tumulte de symptômes insolites, et Pomme a eu bien raison de dire au XVIII^e siècle: « Telle qui aurait été déclarée étique, apoplectique, épileptique ou paralytique, ne se trouvera peut-être qu'hystérique. »

A l'appui de cette assertion, voici une observation déjà ancienne, mais bien intéressante, qui a été publiée en 1880 (2).

Une malade, observée par Rigal, trois semaines après la guérison d'une angine diphtérique, est prise d'une paralysie du voile du palais. Celle-ci disparaît, et après quinze jours, l'annonce d'une mauvaise nouvelle (mort d'un de ses enfants) développe des accidents très accusés, tels que céphalalgie, douleurs intercostales et apophysaires, hyperesthésie ovarienne, sensation de boule, envies de pleurer, etc. Comme le terrain était déjà préparé pour la paralysie par le fait de la diphtérie, la malade fut atteinte d'une paralysie

(1) *Traité des névroses*. Paris, 1883.

(2) CHEVALLIER, Paralysie hystérique des quatre membres (*Thèse de Paris*, 1880).