

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 (*fæminis 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).

des quatre membres, avec hyperesthésie cutanée dont la nature hystérique a été, par la suite, nettement démontrée.

1° *Hystérie locale due aux inflammations.* — Les affections inflammatoires (1) peuvent devenir encore une cause d'appel pour les accidents hystériques, au point que l'on serait autorisé à proposer ce nouvel adage : *ubi dolor aut fluxus, ibi sæpe hysteria.*

Que de fois ne voit-on pas de simples laryngites, des angines, des bronchites se compliquer de spasme glottique, se transformer sur place en aphonie, en toux sonores, rauques et stridentes de nature nerveuse, contre lesquelles la médication habituelle des inflammations n'a plus aucune prise ! Une simple bronchite, avec quelques râles disséminés dans la poitrine, devient l'origine d'un état spasmodique des bronches, d'où parfois une dyspnée intense très disproportionnée avec la lésion anatomique. — Une hystérique est atteinte de pleurésie aiguë, la suffocation est si grande que l'asphyxie paraît imminente ; et cependant le liquide n'est pas très abondant, puisque la thoracentèse n'a permis d'en retirer qu'un demi-litre à peine. — Une simple indigestion ou un embarras gastrique vulgaire deviennent la cause de vomissements opiniâtres et rebelles, qui cependant respectent l'état général et la nutrition ; après avoir résisté à tous les traitements, ils cessent un beau jour, tout à coup, sans qu'on puisse attribuer la guérison à l'intervention thérapeutique. — Une hystérique est atteinte de métrite ou d'une simple congestion utérine, et voilà qu'éclatent des accidents de *péritonisme* avec tympanite intestinale, vives douleurs sur le trajet des nerfs lombo-abdominaux et sur les apophyses épineuses lombaires, hyperesthésie cutanée abdominale et vomissements incessants. On croit à une péritonite, et cependant il n'y a pas de fièvre, pas d'altération de traits, aucun retentissement sur l'état général. Il ne s'agit,

(1) AXENFELD et HUCHARD, *Traité des névroses*, 1883.

en réalité, que d'une pseudo-péritonite, car bientôt cet orage passager se calme et tout rentre dans l'ordre.

Bien d'autres exemples pourraient être cités, où l'on démontrerait l'influence des phlegmasies sur la *fixation* de l'hystérie dans certains organes.

2° *Pseudo-appendicite.* — On ne saurait trop appeler l'attention sur la pseudo-appendicite des nerveux ; car, aujourd'hui que le traitement chirurgical de l'appendicite est, avec raison, préconisé de tous côtés, une faute clinique pourrait entraîner à une action thérapeutique, sinon nuisible, au moins inutile.

Il y a quelques années, à la Société médicale des hôpitaux, on a parlé des rapports existant entre l'appendicite et l'hystérie, celle-ci pouvant, par l'intensité des réflexes partis d'une petite lésion appendiculaire, rendre le diagnostic et le pronostic des plus embarrassants, ou pouvant encore créer de toutes pièces une *pseudo-péritonite* localisée, une *pseudo-appendicite*, ou « *appendicite fantôme* », comparable aux « *tumeurs fantômes* » des Anglais, que mon élève Deniau a bien étudiées naguère (1). Dans ces cas, les douleurs appendiculaires sont une variété de ces « *algies viscérales d'origine centrale* » dont j'ai parlé au sujet des neurasthénies locales et que Bloch a encore désignées sous le nom de « *topoalgies* » (2).

En un mot, sous l'influence d'une lésion insignifiante de la région cæco-appendiculaire, on peut voir se manifester chez certains hystériques des accidents qui n'ont de gravité que l'apparence, et qui sont même capables de simuler une tumeur de la fosse iliaque droite, par la contracture réflexe des muscles abdominaux.

Ceci bien connu, on opérera peut-être un peu moins ; non pas que je veuille être rangé dans le camp des abstentionnistes [et ma communication (3) sur « *Le traitement des*

(1) L'hystérie gastrique (*Thèse de Paris*, 1882).

(2) Voy. plus loin : *Neurasthénies locales*.

(3) *Soc. médicale des hôpitaux*, 1894.

typhlites et appendicites » prouve le contraire], mais il est certain que l'indication n'est pas toujours dans l'intervention chirurgicale. De son côté, Talamon a insisté sur ces faits de pseudo-appendicites hystériques.

Voilà donc une contre-indication à l'intervention opératoire. Du reste, les chirurgiens eux-mêmes protestent contre l'opinion de ceux qui pensent et proclament que l'opération est toujours l'*ultima ratio* de l'appendicite, et Just Lucas-Championnière a heureusement mis les choses au point à l'Académie de médecine. Rappelons encore le passage suivant de la communication de Le Dentu (1) :

« Non, toutes les appendicites ne doivent pas être opérées, et parmi les autres toutes ne doivent pas être opérées immédiatement. Prêcher l'intervention quand même, ce serait un peu comme si l'on disait que la trachéotomie est indiquée chez tout malade atteint d'angine diphtérique, parce que le croup est là menaçant, ou que le premier acte du traitement de toute occlusion intestinale doit être la laparotomie. »

On ne saurait, ni mieux dire, ni mieux préciser.

Nous disons donc aux chirurgiens : Quand vous voyez une appendicite réelle, avec des troubles fonctionnels intenses, peu en rapport avec la lésion présumée, ne vous hâtez pas toujours de recourir au bistouri, et pensez à l'hystérie qui, non seulement simule les maladies, mais qui grossit et aggrave en apparence la symptomatologie. Cependant, il y a lieu de se demander si, comme dans une observation de Rendu, l'ablation d'un appendice simplement « congestionné » sans ulcération ni péritonite concomitante, n'est pas indiquée pour faire taire le syndrome du péritonisme hystérique. D'autres fois, après l'opération, on peut se trouver en présence d'un appendice tout à fait sain, et on a eu certainement tort d'y porter le bistouri. Cependant, comme la chirurgie ne perd jamais ses droits, elle peut nous

(1) Académie de médecine, 1896.

répondre que l'action opératoire a pu contribuer, pour une grande part, à faire disparaître le syndrome pseudo-appendiculaire.

II. — Hystéro-traumatisme.

C'est surtout le traumatisme qui est une cause bien connue d'*hystérie locale*. Brodie, l'un des premiers, en 1837, a donné des exemples démontrant que des traumatismes insignifiants, une simple piqûre, une contusion légère, deviennent le point de départ de contractures ou d'accidents viscéraux dont la brusque disparition atteste la nature névrosique.

1° *Hystéro-traumatisme de cause externe*. — Brodie cite plusieurs cas où le pincement, la piqûre d'un doigt sont suivis de douleurs dans tout l'avant-bras et le bras avec contracture consécutive.

Une jeune fille, citée par Lasègue (1), fait un faux pas dans l'escalier et ressent aussitôt une sensation de tiraillement dans la hanche; après quelques jours, le membre se contracture et l'on croit à une coxalgie; puis, des crises convulsives éclatent, et un beau jour la contracture disparaît brusquement, après une durée de plusieurs mois.

Une jeune fille reçoit quelques grains de sable dans l'œil droit; ce traumatisme insignifiant devient l'origine d'un spasme tonique des paupières, qui, après avoir persisté pendant quatre mois, disparaît en une nuit et devient le signal d'accidents hystériques d'une autre nature (Lasègue).

Dans un autre cas, une femme de vingt-sept ans, n'ayant jamais souffert d'accidents nerveux, présente après une légère contusion de l'avant-bras droit, une contracture des membres de ce côté; celle-ci, après quatre mois, disparaît brusquement et elle est remplacée par une hémiparésie

(1) Des hystéries périphériques (*Arch. de médecine*, 1878).

motrice droite (du côté contusionné) avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle et ovaralgie du même côté.

On n'en finirait pas si l'on voulait citer, non seulement les principaux exemples d'hystérie locale, mais aussi les nombreux auteurs qui, par la suite, se sont occupés de cette question, et Charcot est revenu à plusieurs reprises sur ces faits. En voici cependant un que j'ai observé autrefois (1) et qui semble digne d'être rappelé :

Une malade, indemne jusque-là de toute manifestation hystérique, reçoit un coup de poing au creux épigastrique ; deux jours après, elle a une hématomèse abondante, qui se répète ensuite un grand nombre de fois. Je crois d'abord à l'existence d'un ulcère de l'estomac d'origine traumatique, comme on en a cité quelques exemples. Mais ces hémorragies se montrent surtout à l'époque des menstrues, elles persistent abondantes pendant huit mois, sans aucune altération de l'état général, elles disparaissent un jour sans cause, après avoir résisté à tous les traitements, et font place à des convulsions nettement hystériques. A ce moment, le diagnostic vrai était déjà nettement établi sur ces deux caractères : apparition des hématomèses au moment des règles, conservation de l'embonpoint avec intégrité de la santé générale, malgré l'abondance et la répétition des hémorragies. Les crises nerveuses qui sont survenues par la suite n'ont fait que confirmer le diagnostic d'hématomèses hystériques, survenues à la faveur d'un traumatisme épigastrique.

Voilà des faits bien importants à connaître en clinique, cela pour deux raisons : d'abord, parce que l'hystérie qui se manifeste par un seul symptôme, l'hystérie *monosymptomatique* en un mot, peut évoluer presque en l'absence de tout stigmate de l'état nerveux en question ; ensuite, parce que l'hystérie *infantile*, si souvent méconnue, se traduit bien plus souvent par des phénomènes de contracture et qu'elle prend naissance, dans un assez grand nombre de

(1) *Traité des névroses*, 1883.

cas, sous l'influence du traumatisme le plus léger ou d'une contusion presque inappréciable.

En médecine militaire, l'hystéro-traumatisme présente également un intérêt très grand, et l'on sait qu'après les fatigues et les marches des grandes manœuvres, les soldats présentent parfois des accidents hystériques.

2° *Hystéro-traumatisme de cause interne*. — Le traumatisme, au lieu d'être externe, peut être *interne*, et à ce dernier point de vue, les irritations viscérales diverses aboutissent parfois à la production d'accidents hystériques locaux ou généraux. Le fait suivant, que j'ai observé longtemps à l'hôpital, est un exemple bien intéressant d'*hystéro-traumatisme interne*.

Vous avez pu voir une femme de trente-deux ans, qui est venue, à plusieurs reprises, dans notre service l'année dernière. Ses antécédents se résument dans l'histoire suivante. A dix-sept ans et demi, elle eut une fausse couche de six mois, à la suite de laquelle elle fut atteinte d'infection puerpérale avec métrite consécutive ; elle fut traitée par le curetage utérin. Plus tard, les symptômes d'ovario-salpingite s'accusent, et elle subit l'opération de l'ovariotomie ; puis, quelques mois après, pour une raison à nous inconnue, fut pratiquée une nouvelle laparotomie, suivie d'une éviscération consécutive.

Deux mois après cette seconde opération, qui eut lieu l'année dernière, coliques hépatiques des plus nettes, avec ictère et vomissements. Elle conserve toujours une sensibilité anormale à la palpation, même superficielle dans la région de la vésicule biliaire, et elle vient dans le service pour des vomissements presque incessants (vomissements bilieux et alimentaires), dont elle est atteinte depuis plus de trois mois.

En raison de la persistance de ces vomissements qui entravent sérieusement l'alimentation, de la douleur au niveau de la vésicule biliaire, on pense qu'il s'agit de nouvelles

coliques hépatiques, et l'on agite même un instant la question d'une nouvelle laparotomie dans le but de guérir cette « cholécystite calculeuse ». Je n'étais pas de cet avis, parce que je pensais qu'il s'agissait de vomissements hystériques, produits et entretenus par l'irritation traumatique des voies biliaires, et Routier, que j'appelai dans le service et qui fut frappé comme moi de la conservation de l'état général et de l'embonpoint, malgré la répétition de ces vomissements presque incoercibles, se déclara partisan de toute abstention opératoire. Les urines examinées renfermaient 8 grammes d'urée par jour et seulement 3 grammes de chlorures ; les vomissements, 51 centigrammes d'urée par litre, et près de 5 grammes de chlorure de sodium, pas de bile ; l'analyse du suc gastrique montrait un chimisme stomacal presque normal.

Comme stigmatisme hystérique, nous notions simplement une légère hémianesthésie sensitivo-sensorielle à gauche, pas de rétrécissement du champ visuel. Mais n'oublions pas qu'il s'agissait d'une hystérie mono-symptomatique, et qu'à ce titre les stigmates de la névrose sont souvent peu accentués, quand ils ne sont pas absents. Elle fut traitée simplement par les douches froides et sortit guérie de l'hôpital, pour y revenir quelques mois plus tard et y être soumise à la même médication avec les mêmes résultats.

Vous voyez déjà l'intérêt pratique de cette observation. Elle montre que nous avons su éviter trois erreurs : de diagnostic, de pronostic, de traitement.

A la suite de *coliques hépatiques*, dans le cours de la lithiase biliaire, vous avez ainsi, plus souvent qu'on le pense, des accidents de péritonisme hystérique (et non de péritonite), qu'il faut savoir dépister et reconnaître.

Je trouve, dans la littérature médicale, une observation déjà vieille, due à Bax (d'Amiens), relative à une femme âgée de quarante-cinq ans, chez laquelle les coliques hépatiques furent presque toujours accompagnées de crises con-

vulsives de nature nettement hystérique, et jamais, ajoute l'auteur, « dans l'intervalle de ces coliques, cette femme n'a eu la moindre convulsion, rien qui pût faire croire qu'elle était atteinte d'hystérie ou d'épilepsie » (1). Dans son *Traité des maladies du foie*, en 1887, Cyr s'exprime ainsi : « Il est bon de savoir que la crise hépatique peut provoquer le réveil de quelque crise d'hystérie ou d'épilepsie, chez les sujets affectés de l'une ou l'autre de ces maladies. »

Cela est absolument vrai, sauf pour l'épilepsie convulsive, qui est souvent confondue avec l'hystérie, et c'est à cette dernière que Landouzy (de Reims) et Davaine rapportent des faits d'hystérie convulsive, consécutive à la présence de vers intestinaux, de ténia, d'ascarides lombricoïdes ou d'oxyures.

La *lithiase rénale*, les *coliques néphrétiques* peuvent également, par le *traumatisme interne* qu'elles produisent, devenir le point de départ de manifestations hystériques, et l'on cite le fait d'un jeune homme qui présentait des crises hystériques après chaque attaque de coliques néphrétiques (2).

Une jeune fille de vingt-quatre ans, après être tombée, vers l'âge de onze ans, dans un lavoir assez profond où elle est restée durant la nuit pendant une heure, avant qu'on vint la secourir, est atteinte d'une chorée qui dure six semaines. A quinze ans, elle a une colique néphrétique avec anurie presque complète ; elle reste quatre mois à l'hôpital où l'on constate deux choses dans les urines : la présence de graviers et une faible quantité d'albumine. A sa sortie de l'hôpital, elle est prise d'attaques convulsives hystériques, avec crises de lipothymies sans perte de connaissance, puis de vomissements. La malade entre de nouveau à l'hôpital où l'on constate les principaux stigmates hystériques : hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche, rétrécissement

(1) BAX, *Union médicale du Nord-Est*, 1887.

(2) M^{lle} BYCHOFFSKI, *Thèse de Paris*, 1893.

du champ visuel, anosmie et perte du goût du même côté (Potain).

Quelle a été la cause de cette hystérie accidentelle? On ne peut invoquer ni la chute dans l'eau survenue plusieurs années auparavant, ni quelques émotions qui constituent une cause trop banale, mais bien les coliques néphrétiques dont cette malade a été atteinte.

Quelle est la pathogénie réelle des accidents?

Faut-il invoquer le *traumatisme interne*, ou plutôt la production de *zones hystérogènes* internes, formées à la faveur de l'irritation traumatique? Les deux opinions peuvent se soutenir, et en faveur de la dernière, je rappelle simplement l'histoire d'un jeune homme que nous avons observé l'an dernier à l'hôpital, atteint d'hémorroïdes internes fort douloureuses, et qui avait une crise de convulsions hystériques chaque fois qu'il allait à la garde-robe. Voilà une zone hystérogène *rectale* bien singulière, créée par une affection hémorroïdaire!

Pour terminer, j'ai à peine besoin d'appeler l'attention sur l'importance de ces faits. Ils sont importants au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. La connaissance du diagnostic permet de formuler un pronostic favorable, puisque celui-ci dépend de la nature des accidents, et elle indique la médication à suivre. C'est ainsi que certaines hystéries locales, même rebelles, peuvent être avantageusement combattues par un traitement anthelminthique, ou dirigé contre les causes multiples qui les produisent: lithiase biliaire ou rénale, coliques hépatiques ou néphrétiques, zones hystérogènes acquises par une maladie quelconque, irritation traumatique interne ou externe. Malheureusement, l'effet survit souvent à la cause, et le traitement de celle-ci devenant insuffisant, c'est contre l'hystérie elle-même que doit porter toute l'action thérapeutique.

XXXVII. — DYSPNÉE ET POLYPNÉE HYSTÉRIQUES

I. EXPOSÉ CLINIQUE.

II. ERREURS DE DIAGNOSTIC ET DE PRONOSTIC : *a*, polypnée hystérique; *b*, dyspnée et polypnée hystériques; *c*, dyspnée hystérique; *d*, hystérie monosymptomatique.

III. TRAITEMENT.

I. — Exposé clinique.

Une malade a présenté un accident hystérique assez mal connu, la *polypnée*. Il importe d'en exposer avec quelques détails l'histoire clinique, parce que, à ce sujet, de fréquentes et graves erreurs de diagnostic peuvent être commises, et aussi parce que le diagnostic exact commande l'indication thérapeutique.

Il y a quelques jours, un de mes confrères m'appelait pour une jeune fille de dix-sept ans et demi, atteinte de troubles respiratoires depuis plusieurs mois et caractérisés par une « dyspnée intense, au point que les respirations atteignaient le chiffre de 100 à 140 par minute », dyspnée *sine materia*, existant depuis plusieurs mois, avec un peu de parésie des membres inférieurs. Elle était issue d'un père syphilitique, et le diagnostic porté, avec quelques restrictions il est vrai, était celui d'affection bulbaire de nature probablement spécifique.

Or, cette jeune fille n'avait pas de dyspnée, au vrai sens du mot. Elle avait de la *polypnée*, c'est-à-dire de la simple accélération des mouvements respiratoires.

En l'examinant, je vis que ses respirations étaient brèves, rapides, superficielles, incomplètes, toujours ou presque toujours égales en durée, et que, malgré leur nombre considérable (100 à 140 par minute), il n'y avait aucune angoisse respiratoire, aucune trace de cyanose,