

Nous avons dit que les déformations des mains dans la paralysie agitante avaient une certaine analogie avec celles du rhumatisme nouveau; l'absence de tuméfaction et de douleur et l'existence du tremblement ne permettent pas la confusion. Il faut se rappeler que la paralysie agitante peut être caractérisée tout d'abord par des raideurs articulaires sans tremblement appréciable; ces formes irrégulières sont souvent confondues avec le rhumatisme musculaire.

La paralysie agitante ne menace pas rapidement l'existence, et à ce point de vue son pronostic n'est pas très-grave; sa marche en général progressive, et l'état d'infirmité où elle jette les malades qui en sont atteints, en font néanmoins une maladie redoutable.

TRAITEMENT. — Parmi les médications les plus efficaces, il faut citer l'électricité employée sous forme de courants continus (R. Reynolds, Remak, Benedikt), et l'iodure de potassium, qui est indiqué même chez les sujets non syphilitiques. L'hydrothérapie et les bains sulfureux ont paru produire de bons résultats chez quelques malades. Le nitrate d'argent, la strychnine, l'opium, exagèrent l'agitation et le malaise: on doit les écarter complètement; la fève de Calabar, l'ergot de seigle, la belladone, les arsenicaux, sont sans efficacité (Charcot).

PARKINSON, Essay on the shaking Pulsy, 1817. — CHARCOT et VULPIAN. (Gazette hebdom., 1861-1862). — TROUSSEAU, Clinique, 3^e édit., t. II, p. 569. — SANDERS, article. *Paralysie agitante*, in Encyclop. de Reynolds. — ORDENSTEIN, Sur la paralysie agitante et la sclérose en plaques généralisées, thèse, Paris, 1868. — CHARCOT, Paralysie agitante et sclérose en plaques disséminées. Leçons, clin. sur le système nerveux. — VILLEMIN, Observ. de paralysie agitante (Rec. mém. méd. m^{re}, 1871). — CH. FERNET, Des tremblements, thèse d'agrég. (Médecine), Paris, 1872. — CLAVELEIRA, thèse, Paris, 1872. — A. BOUCHER, De la maladie de Parkinson et en particulier de la forme fruste, thèse, Paris, 1877.

HYSTÉRIE.

Il n'est certainement pas de maladie plus difficile à définir et à décrire que l'hystérie: nous ignorons sa nature, ses causes, les modifications du système nerveux qui lui donnent naissance; enfin, sa symptomatologie est très-variée, ainsi que tous les auteurs l'ont fait remarquer. *Passio hysterica unum nomen est, varia tamen et innumera accidentia sub se comprehendit* (Galien). — *Non morbus simplex*, dit Rivière, *sed morborum iliada*. — L'affection hystérique se montre, dit Sydenham, sous une infinité de formes diverses, et elle imite presque toutes les

maladies connues. — *Morbus ille aut potius morborum cohors...* dit Fr. Hoffmann. Dans sa forme la plus commune et la mieux connue, l'hystérie se caractérise par des attaques de convulsions cloniques; mais elle peut se traduire seulement par des douleurs siégeant à la périphérie ou dans les organes internes, par des paralysies, des contractures, des anesthésies, des troubles intellectuels, etc....

ÉTIOLOGIE. — Le mot hystérie, de ὑστέρω, matrice, prouve toute l'importance que les anciens attribuaient aux organes génitaux de la femme dans la production de l'hystérie. Pythagore, Empédocles et Hippocrate considèrent l'utérus comme une espèce d'animal qui se meut librement dans le corps de la femme et dont les déplacements vers la région du cœur ou du cerveau produisent l'hystérie; pour Aristote et Platon, « la matrice est un animal qui veut à toute force concevoir et qui entre en fureur s'il ne conçoit pas ». Le nom de *fureur utérine* est resté pendant longtemps dans la science.

D'après Galien, l'hystérie est la conséquence de la rétention de la semence muliérale ou du sang menstruel; Aetius attribue les attaques hystériques à des vapeurs qui, parties de l'utérus, s'élèvent vers les parties supérieures du corps en suivant les nerfs.

La théorie *génitale* de l'hystérie a été acceptée pendant longtemps elle est encore défendue dans les ouvrages de Louyer-Villermay et de Landouzy, avec cette différence seulement que ce sont les lésions de l'utérus et des ovaires qui sont mises en cause, bien plus que la rétention de la semence ou du sang menstruel et les altérations de ces humeurs; le solidisme a remplacé l'humorisme. Parmi les auteurs qui ont protesté le plus vivement contre cette théorie et qui ont fourni le plus d'arguments pour la combattre, il faut citer Sydenham et Briquet; il est certain que l'appareil génital n'est pas tout dans l'étiologie de l'hystérie, mais Briquet a été trop loin en soutenant qu'il n'était rien. Nous aurons plus d'une fois à revenir sur la relation évidente qui existe souvent entre la sensibilité ovarienne et les symptômes hystériques.

D'après Sydenham, peu de femmes sont tout à fait exemptes d'hystérie; Briquet arrive à cette conclusion que le quart des femmes, prises en général, est atteint d'hystérie, et qu'un peu plus de la moitié d'entre elles est ou hystérique ou très-impressionnable (Op. cit., p. 37). Il existe des faits incontestables mais relativement peu nombreux d'hystérie chez l'homme.

C'est de douze à dix-huit ans que l'hystérie se développe avec le plus

de fréquence; la prédisposition diminue à partir de l'âge de dix-huit ans. D'après Briquet, l'hystérie éclate dans un cinquième des cas avant l'âge de la puberté elle peut persister après la ménopause.

Toutes les causes capables d'augmenter la susceptibilité du système nerveux, ou autrement dit le nervosisme, favorisent le développement de l'hystérie. Forget a même pu dire que l'hystérie n'était que le produit d'une susceptibilité spéciale du système nerveux. Parmi les plus importantes de ces causes nous citerons :

1° Le nervosisme héréditaire.

2° L'anémie et toutes les causes débilitantes, telles que fatigues excessives, privations, chagrins prolongés.

3° Les émotions morales vives, surtout les émotions désagréables qui résultent, par exemple, de la perte ou du départ d'une personne chérie, de la vue d'objets émouvants, de la frayeur, de la surprise etc.

4° Les peines de cœur produites par des inclinations contrariées ou non satisfaites; les excitations génésiques qui résultent de la vue de certains spectacles ou de la lecture de mauvais livres, l'onanisme.

5° Les troubles de la menstruation. Les maladies organiques de l'utérus ou de ses annexes se compliquent rarement d'hystérie contrairement à ce qui a été avancé par quelques auteurs.

6° La vue d'une personne atteinte d'une attaque d'hystérie. Il existe dans la science bon nombre d'exemples d'épidémies hystériques nées sous l'influence de l'imitation ou, comme on l'a dit, de la *contagion nerveuse*.

Un jour de première communion à Saint-Roch, une jeune fille fut prise tout à coup de convulsions hystériques pendant la messe, et dans l'espace d'une demi-heure, cinquante à soixante femmes eurent des convulsions semblables (Bailly cité par Briquet, *Op. cit.*, p. 170). Les ursulines de Loudun en 1634, et les convulsionnaires de Saint-Médard en 1727, n'étaient que des hystériques que l'ignorance et la crédulité transformaient en possédés. Aujourd'hui encore l'hystérie est la source ordinaire des guérisons dites miraculeuses.

7° Des douleurs périphériques, des traumatismes légers, peuvent être le point de départ des attaques hystériques chez des personnes prédisposées d'ailleurs.

DESCRIPTION. — On se ferait une fausse idée de l'hystérie, si on s'imaginait que les symptômes si variés auxquels elle donne lieu se

rencontrent dans tous les cas; il n'y a pas ici d'évolution régulière, pas de périodes bien caractérisées, mais une série de manifestations morbides qui se produisent isolément ou se groupent de la façon la plus capricieuse; aussi faut-il renoncer à faire un tableau d'ensemble, et se contenter d'une étude successive des principales manifestations morbides de la névrose.

L'hystérie peut débiter progressivement: les malades maigrissent et pâlisent, leur caractère change, ils deviennent très-impressionnables, le rire ou les pleurs éclatent à la moindre émotion; l'intelligence prend un tour bizarre: il existe de l'oppression à l'épigastre, des sensations d'étouffement, de malaise, des frissonnements sans élévation de la température; l'appétit se perd, les digestions deviennent difficiles, des douleurs névralgiques ou musculaires occupent différents points du corps. Dans d'autres cas, la névrose éclate brusquement, sans phénomènes précurseurs, par une attaque convulsive, par une contracture ou par tel autre symptôme de l'hystérie confirmée.

A. *Attaques convulsives*. D'après les recherches de Briquet, les attaques convulsives se produisent chez les trois quarts des hystériques leur symptomatologie tapageuse était bien propre à attirer l'attention; aussi la plupart des auteurs s'accordent à leur attribuer la première place dans la description de l'hystérie.

Les convulsions hystériques sont souvent provoquées par des émotions vives, par des frayeurs, par des contrariétés, par la vue de certains objets, par certaines odeurs, etc.... Il se produit une sensation de malaise, de dyspnée, de la constriction de la gorge, de la céphalalgie, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, puis une douleur à l'épigastre ou à l'hypogastre; ces sensations permettent ordinairement aux malades de prévoir l'attaque et de gagner leur lit avant que les convulsions n'éclatent.

Le malaise épigastrique dure quelques minutes puis les malades éprouvent la sensation d'un corps rond, dit *globe hystérique* ou *boule hystérique*, qui de l'épigastre remonte jusqu'au larynx, ou il s'arrête en déterminant une sensation d'étouffement, de strangulation; la douleur est parfois si vive que les hystériques portent les mains vers la partie antérieure du cou comme pour se débarrasser de l'obstacle qui gêne la respiration; les convulsions ne tardent pas à se produire. Les malades tombent à terre, quand elles n'ont pas pris soin de se coucher, et toutes les parties du corps sont agitées par des convulsions cloniques très-violentes; le plus souvent les mouve-

ments sont absolument désordonnés; quelques hystériques semblent se débattre pour se débarrasser d'une étreinte, pour éloigner un objet qui leur fait horreur; ou bien elles se roulent à terre avec une grande violence; la tête s'agite latéralement, puis d'avant en arrière, mais les muscles de la face se convulsent rarement comme dans l'épilepsie. Les mouvements du bassin rappellent ceux qui accompagnent le coït.

Les malades poussent souvent des cris aigus au début de l'attaque. Tantôt la conservation de l'intelligence est complète: les malades entendent ce qui se dit autour d'elles et gardent le souvenir de tout ce qui s'est passé pendant l'attaque; tantôt (dans la majorité des cas d'après Briquet), il y a perte complète de connaissance et la sensibilité est également abolie; la brûlure, les piqûres, ne sont pas senties. Il existe souvent du délire et des hallucinations; le délire est presque toujours bruyant, agité; il a généralement rapport soit à des scènes auxquelles la malade se croit présente ou auxquelles elle se reporte, soit aux pensées qui l'occupent habituellement ou qui l'ont beaucoup frappée; il faut le considérer comme une sorte de rêve. (Briquet. *Op. cit.*, p. 363).

La face est animée, injectée le cœur bat violemment, mais, il n'existe pas d'état asphyxique.

La durée de l'attaque varie de quelques minutes à plusieurs heures; les convulsions cessent, l'intelligence revient; les malades sont prises alors de sanglots, ou bien il y a une émission abondante d'urines très-claires et très-pauvres en principes solides. Dans quelques cas, on voit survenir à la suite de l'attaque des syncopes, des extases, de la catalepsie.

Les attaques qui naissent sous l'influence de causes accidentelles se produisent naturellement à intervalles très-variés; quant aux attaques spontanées, elles ont de la tendance à affecter la forme périodique (Briquet).

L'attaque hystérique n'est pas toujours complète, elle peut se limiter aux phénomènes initiaux: douleur épigastrique, sensation du globe hystérique, suffocation, spasme du pharynx, bâillements, hoquet prolongé, sanglots.

B. *Troubles de la sensibilité. Hyperesthésie ovarienne. Clou hystérique. Néuralgies. Myosalgies. Hémianesthésie.* Les auteurs qui avec Briquet ont combattu la théorie *génitale* de l'hystérie ont été conduits à nier toute influence de l'utérus et des ovaires sur la marche de l'hystérie, et en cela ils ont dépassé la mesure. Briquet

reconnaît que les hystériques éprouvent souvent des douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, mais, d'après lui, il s'agirait de douleurs musculaires. Les recherches de Schutzenberger, de Piorry, de Négrier et de Charcot tendent à démontrer, au contraire, que les ovaires sont le siège principal de ces douleurs, et que l'hyperesthésie ovarienne exerce une influence remarquable sur plusieurs manifestations de l'hystérie, notamment sur les attaques convulsives.

Lorsque chez une hystérique on déprime fortement la paroi abdominale, on arrive assez souvent à reconnaître vers la partie moyenne du rebord osseux qui constitue le détroit supérieur du bassin un corps ovoïde, du volume d'une olive ou parfois d'un petit œuf, qui glisse sous le doigt et qui est douloureux à la pression, au moins d'un côté; la douleur locale s'accompagne souvent d'épigastrie, puis de la sensation de globe hystérique et d'étranglement; enfin une attaque complète d'hystérie peut être la conséquence de cette manœuvre, pour peu qu'on la prolonge. La pression des ovaires hyperesthésiés, qui peut provoquer les crises hystériques, peut aussi les arrêter. Au milieu d'une attaque d'hystérie la compression ovarienne est assez difficile, parce que la paroi abdominale est tendue et le ventre ballonné; mais dès qu'on a vaincu cette résistance et qu'on peut agir sur l'ovaire, les convulsions se calment et l'attaque ne tarde pas à prendre fin. L'hyperesthésie ovarienne siège toujours du même côté que l'hémianesthésie; lorsqu'il existe chez une femme une hémianesthésie droite, par exemple, on peut en conclure presque à coup sûr que cette femme est *ovarienne droite*, et que, interrogée sur le siège des douleurs abdominales, elle indiquera le flanc droit.

L'hyperesthésie ovarienne ou *ovaralgie* n'est pas constante; d'autre part, des pressions exercées sur l'épigastre ou sur le rachis provoquent chez quelques hystériques des attaques comme la pression sur les ovaires. En somme, il existe souvent chez les hystériques des zones *hystérogènes*, c'est-à-dire des zones dont l'excitation fait naître des attaques, et les ovaires constituent un des points hystérogènes les plus communs; mais il n'y a aucune conclusion générale à tirer de ces faits quant aux rapports de l'hystérie avec l'appareil génital.

Après l'ovaralgie viennent, par ordre d'importance, l'hyperesthésie cutanée et les douleurs névralgiques, dont le siège est très-variable; quelques malades accusent, vers le sommet de la tête, une douleur térébrante, bien limitée: c'est le *clou hystérique*; ou bien les seins

deviennent très-douloureux (*mastodynie*); d'autres fois on constate de la migraine ou *hémicrânie*, des névralgies intercostales ou sous-occipitales, de la gastralgie, de l'entéralgie; des douleurs musculaires dans les parois de l'abdomen (*myosalgie*), dans les muscles du rachis (*rachialgie*), de la poitrine (*pleuralgie*), ou bien encore de l'hyperesthésie des grandes lèvres, et du vaginisme. Les douleurs dorsales sont presque constantes, ainsi que le fait remarquer Sydenham; elles s'exagèrent par la pression et font penser quelquefois à une maladie de la moelle.

L'arthralgie hystérique est souvent confondue avec une arthrite véritable (Brodie); limitée en général à une articulation, elle peut aussi s'étendre à plusieurs. Les douleurs sont parfois tellement vives que les malades réclament l'amputation.

Les malades accusent spontanément les douleurs; l'anesthésie, au contraire, doit être recherchée; c'est ce qui explique pourquoi sa fréquence dans l'hystérie a été pendant longtemps méconnue. L'hémianesthésie constitue la variété la plus commune de l'anesthésie hystérique; elle est souvent complète, étendue à toute une moitié du corps y compris la face et les sens supérieurs; identique, en un mot, à l'hémianesthésie d'origine cérébrale. L'anesthésie n'est pas limitée à la peau; elle s'étend aux parties profondes, aux muscles en particulier; si bien qu'on peut traverser à l'aide d'une longue aiguille le bras ou l'avant-bras des malades sans provoquer ni douleur, ni même une sensation de contact; dans d'autres cas, il y a analgésie sans anesthésie complète. L'hémianesthésie est beaucoup plus fréquente à gauche qu'à droite.

L'anesthésie s'accompagne souvent d'une ischémie très-prononcée de la peau; les piqûres, les coupures, ne donnent lieu à aucune hémorrhagie, fait qui a été cité plus d'une fois comme miraculeux.

M. le docteur Burcq a montré qu'en appliquant des pièces métalliques sur les parties anesthésiées, on pouvait faire reparaître la sensibilité; la nature des métaux capables de rappeler la sensibilité varie avec les malades; l'application ne doit pas être trop prolongée; si on laisse trop longtemps les pièces de métal en contact avec la peau, il se produit un malaise général et l'anesthésie reparaît. Chose remarquable, à mesure que l'anesthésie se dissipe d'un côté sous l'action des métaux, elle reparaît aux points symétriques du côté opposé. M. Burcq a conclu de ses expériences que certaines malades sont sensibles à l'or, d'autres à l'argent ou au cuivre, et il est parti de là pour recommander l'usage à l'intérieur des

métaux qui avaient réussi, sous forme d'applications externes, à dissiper l'anesthésie. D'après les recherches les plus récentes, les pièces métalliques agiraient dans la métalothérapie externe, en provoquant un courant électrique très-faible; les métaux purs, exempts de tout alliage sont sans action sur la sensibilité et d'autre part, en employant un courant électrique très-faible, comparable comme intensité à celui que développent des pièces de monnaie appliquées sur la peau, on obtient des résultats analogues à ceux de M. Burcq.

Les aimants et les solénoïdes exercent sur l'hémianesthésie hystérique une influence identique à celle de la métalothérapie, (Charcot et Regnard).

Cette action des métaux et des courants faibles sur la sensibilité ne s'observe pas seulement dans l'hystérie, elle a été constatée dans des hémianesthésies d'origine cérébrale.

L'anesthésie de la muqueuse de l'isthme du gosier a été décrite par Chairou comme un symptôme pathognomonique de l'hystérie; en effet, chez bon nombre de malades on peut introduire le doigt jusque sur l'épiglotte et à l'entrée du larynx sans provoquer aucun réflexe; mais ce symptôme n'est pas constant chez les hystériques, et on peut le rencontrer dans d'autres maladies, en particulier dans le saturnisme (Bernutz).

C. *Troubles de la motilité. Paralysies. Contractures.* Nous ne reviendrons pas sur les convulsions qui accompagnent les crises hystériques, mais nous devons signaler parmi les symptômes les plus importants de l'hystérie, les paralysies et les contractures.

L'hémiplégie et la paraplégie sont les formes les plus communes de la paralysie hystérique. Ces paralysies débutent en général brusquement, à la suite d'une attaque convulsive ou d'une émotion vive; les malades atteints de paralysie s'aperçoivent avec étonnement qu'ils ne peuvent plus marcher; l'hémiplégie est flasque et s'accompagne souvent d'hémianesthésie du même côté. La marche de la paralysie est très-variable; il suffit parfois d'une émotion vive pour que les mouvements reviennent tout à coup. L'hémiplégie hystérique n'atteint jamais les muscles de la face: c'est là un caractère important au point de vue du diagnostic différentiel de l'hémiplégie hystérique et de l'hémiplégie consécutive aux maladies de l'encéphale, laquelle porte presque toujours sur les muscles de la face aussi bien que sur ceux des membres.

On a noté quelquefois des paralysies du larynx (d'où une aphonie

complète et subite), du diaphragme, du rectum, de la vessie, etc.... La paralysie des muscles moteurs des yeux est très-rare cependant il en existe quelques exemples dans la science.

Les contractures ont en général, comme les paralysies, un début très-brusque; la contracture des membres succède souvent à une paralysie flasque mais au lieu de se produire lentement, progressivement, comme dans la sclérose latérale descendante de la moelle, elle atteint en quelques heures ou en quelques jours son maximum d'intensité. La contracture prend la forme hémiplegique ou paraplégique, ou bien elle se limite à quelques groupes de muscles; les membres supérieurs se mettent dans la demi-flexion et s'appliquent fortement contre le tronc; les membres inférieurs sont dans l'extension forcée, le pied prend la position du varus équin le plus prononcé, les adducteurs de la cuisse fixent le membre inférieur sur le bassin; si bien qu'en saisissant le pied, on peut soulever le bassin et le tronc tout entier comme avec un levier rigide. En redressant fortement la pointe du pied on provoque la trémulation, comme chez les malades atteints de sclérose latérale de la moelle (Charcot). Des contractures partielles peuvent produire le torticolis hystérique, le pied bot varus-équin, ou simuler la coxalgie.

La contracture persiste dans le sommeil physiologique; sous l'influence du chloroforme, les muscles se relâchent momentanément.

La compression ovarique a réussi quelquefois à faire disparaître des contractures récentes (Bourneville).

De même que les paralysies, les contractures peuvent disparaître tout à coup à la suite d'une émotion vive.

D. Troubles de l'intelligence. Le plus souvent les hystériques se font remarquer par la bizarrerie de leur caractère, par leur sensibilité exagérée; toutes les superstitions, tous les événements mystérieux, ont accès dans leur esprit; les faiseurs de miracles trouvent en elles des complices dévoués quoique souvent involontaires.

Des accès de délire peuvent se produire en dehors des attaques hystériques et simuler la méningite (Bernutz); tantôt le délire se dissipe rapidement, tantôt il aboutit à l'aliénation mentale et à la démence. La déchéance intellectuelle est cependant beaucoup plus rare et beaucoup plus tardive dans l'hystérie que dans l'épilepsie.

E. Troubles de la respiration, de la digestion, des sécrétions. Toux hystérique, gastralgie, vomissements, tympanite, pseudo-péritonite, ischurie, etc.... La toux hystérique se produit en général sous forme de quintes bruyantes; les sons émis sont criards,

désagréables à entendre; quelquefois ils affectent le caractère de l'aboiement ou du miaulement. L'expectoration est nulle, et à l'auscultation de la poitrine on ne constate aucun symptôme morbide. Les impressions désagréables, les contrariétés, augmentent la fréquence des quintes. Chez quelques malades, le spasme des muscles de la glotte donne lieu à des attaques de dyspnée qui simulent l'asthme et pour lesquels on a pratiqué plusieurs fois la trachéotomie. La toux, les douleurs dorsales, l'amaigrissement et la faiblesse des malades, les hémoptysies, qui sont assez souvent la conséquence de la suppression de la menstruation, peuvent faire croire à l'existence de la phthisie chez des jeunes filles qui sont seulement hystériques. L'apyrexie, l'absence d'expectoration et de signes physiques à l'examen de la poitrine, fournissent les principaux éléments du diagnostic différentiel; quelques auteurs ont signalé un mouvement fébrile chez les hystériques, mais en général les sensations de frissonnement ou de chaleur fébrile ne s'accompagnent pas chez elles d'élévation de la température.

La gastralgie et l'épigastrie sont presque constantes chez les hystériques; il existe de la douleur à la pression de l'épigastre, et les troubles de la digestion sont extrêmement communs; l'appétit est capricieux: les malades ne digèrent pas tel ou tel aliment, tandis qu'elles ont une appétence singulière pour certaines substances absolument impropres à la nutrition; les mots *pica, malacia*, expriment cette perversion du goût. Les vomissements sont communs; ils se produisent quelquefois sous forme de crises gastriques très-douloureuses, mais peu durables; ou bien ils sont incoercibles, ils empêchent pendant des mois entiers toute alimentation, et la mort peut en être la conséquence.

Le ventre est généralement ballonné; la tympanite augmente au moment des attaques convulsives, par suite d'un développement très-abondant de gaz intestinaux; mais elle peut se produire aussi dans l'hystérie non convulsive, et parfois elle a donné lieu à de graves erreurs de diagnostic. Les douleurs abdominales très-vives ressenties par les hystériques, et les symptômes de collapsus qui sont la conséquence de cet état de souffrance, le météorisme, les vomissements, simulent parfaitement la péritonite chez quelques malades; le diagnostic différentiel de ces *pseudo-péritonites* (spurious peritonitis des auteurs anglais) et de la péritonite vraie est souvent très-délicat. Le tympanisme hystérique a fait croire quelquefois à l'existence d'une grossesse. La constipation est opiniâtre.

On peut observer chez les hystériques des douleurs néphrétiques ou hépatiques qui simulent les coliques produites par la présence de calculs dans les canaux excréteurs des reins ou du foie. Il existe tantôt de la polyurie, tantôt une anurie plus ou moins complète (ischurie hystérique). Lorsque la quantité des urines est très-notablement diminuée, il se produit des vomissements, et les matières vomies renferment de l'urée en assez grande quantité (Charcot, Fernet), comme si la sécrétion gastrique était chargée de la suppléance des reins.

Des troubles de la sécrétion de la salive (ptyalisme), de la sueur et du lait (galactorrhée) ont été notés dans quelques cas (Briquet).

COMPLICATIONS. — *Hystéro-épilepsie. Chorées hystériques. Catalepsie.* L'hystérie se combine à l'épilepsie de deux façons : 1^o l'épilepsie et l'hystérie coexistent chez un même malade qui a tantôt des crises hystériques, tantôt des attaques d'épilepsie; les deux névroses « marchent sans agir l'une sur l'autre d'une manière sérieuse, chacune d'elles conservant ses allures et le pronostic qui lui est propre ». (Charcot, *Maladies du syst. nerv.*, t. I, p. 525.) 2^o Les caractères de l'épilepsie et ceux de l'hystérie se trouvent mêlés dans les attaques : d'où le nom d'*hystéro-épilepsie à crises combinées*, ou à *crises mixtes*, qui a été donné à cette forme. Le début de ces attaques rappelle complètement l'épilepsie; mais cette *phase épileptique*, au lieu de se terminer par le coma, se continue par des convulsions cloniques hystériques avec délire, et se termine par des pleurs, des rires, des sanglots. Les malades voient presque toujours dans leur délire les mêmes objets, les mêmes scènes, et à la fin de leur crise elles racontent ce qu'elle ont vu ou entendu, comme on ferait d'un rêve.

L'hystéro-épilepsie à crises mixtes relève bien plutôt de l'hystérie que de l'épilepsie; la compression des ovaires, qui est sans action sur l'épilepsie vraie, permet souvent d'arrêter les crises d'hystéro-épilepsie; l'hémianesthésie, très-rare dans l'épilepsie, est commune chez les hystéro-épileptiques, qui au contraire n'ont jamais de vertiges épileptiques. Les troubles de l'intelligence, très-précoces chez les épileptiques, font longtemps défaut dans l'hystéro-épilepsie, alors même que les crises sont fréquentes; enfin, l'élévation de la température du corps est beaucoup plus considérable dans l'état de mal épileptique que dans l'état de mal hystérique; on peut donc admettre avec Briquet et Charcot que l'hystéro-épilepsie à crises mixtes

rentre dans l'histoire de l'hystérie, dont elle constitue seulement une variété.

La chorée s'observe souvent chez les hystériques avec les caractères que nous lui connaissons déjà; ou bien les mouvements choréiformes ont un caractère rythmique: les malades exécutent sans cesse des mouvements coordonnés, comme dans l'action de danser (chorée saltatoire), de marteler (chorée malléatoire), ou de nager, etc....

La *catalepsie*, l'*extase*, le *somnambulisme*, la *léthargie*, succèdent quelquefois aux crises hystériques. La catalepsie est caractérisée par un état de tonicité exagéré des muscles; les membres conservent la position dans laquelle on les place, ils n'obéissent plus aux lois de la pesanteur, on dirait d'un de ces mannequins auxquels les peintres impriment les poses les plus variées; la catalepsie s'accompagne souvent d'un état extatique avec abolition de l'intelligence et de la sensibilité. La syncope et la léthargie qui se produisent chez certaines hystériques à la suite des attaques peuvent faire croire à la mort; le pouls et la respiration s'arrêtent ou sont insensible; l'état de mort apparente se prolonge parfois assez longtemps; dans ces cas il faut attendre les premiers signes de putréfaction pour procéder à l'inhumation.

DIAGNOSTIC. — L'hystérie peut simuler un si grand nombre de maladies qu'il faudrait un volume pour faire le diagnostic différentiel de chaque manifestation hystérique en particulier; tout en esquissant les principaux symptômes de l'hystérie, nous avons indiqué quelques-uns des caractères qui permettent de reconnaître leur véritable nature; nous n'y reviendrons pas, d'autant plus que le diagnostic doit se baser plus encore sur les symptômes concomitants de l'hystérie que sur l'examen de telle ou telle manifestation morbide en particulier; une contracture, une arthralgie, une gastralgie hystériques, ne diffèrent pas notablement d'une contracture par lésion organique de la moelle, d'une arthrite rhumatismale, ou d'une gastralgie liée à une affection organique de l'estomac; c'est dans la marche de la maladie, dans l'étude des antécédents morbides, dans la recherche des caractères concomitants de l'hystérie, qu'on trouve les principaux éléments d'un diagnostic. Ce qui importe surtout, c'est qu'en présence d'une névralgie, d'une paralysie, d'une contracture, d'une arthralgie, d'une dyspepsie, d'une gastralgie, d'une tympanite, d'une pseudo-péritonite, de quintes de toux, d'accès de suffocation, d'aphonie, de délire, etc., etc., le

médecin ne s'arrête pas immédiatement à l'idée d'une affection locale, et qu'après avoir reconnu quel est l'organe qui souffre, il cherche à s'élever jusqu'à la connaissance de la nature du mal. Peu de maladies sont plus capables que l'hystérie de donner lieu à de graves erreurs de diagnostic et de pronostic; on a pratiqué des amputations sur des femmes atteintes d'arthralgies et dont les articulations étaient parfaitement saines; la toux hystérique a été confondue avec la phthisie pulmonaire, la gastralgie hystérique avec le cancer de l'estomac; des paralysies ou des contractures relevant de l'hystérie ont été traitées et sont encore traitées tous les jours comme des maladies organiques du système nerveux; aussi des contractures, des paralysies déclarées incurables, guérissent en quelques heures. Il faut se rappeler que l'hystérie peut s'observer chez l'homme.

Le diagnostic différentiel des attaques d'hystérie et d'épilepsie sera fait dans le chapitre suivant, lorsque nous aurons appris à connaître l'épilepsie.

PRONOSTIC. — Il est rare que l'hystérie entraîne la mort; il n'en est pas moins vrai que son pronostic est très-sérieux; ainsi que le dit Briquet, les hystériques sont condamnées à une vie de souffrances et de malaises; quelques-unes passent au lit une ou plusieurs années de leur existence. La durée de la maladie est très-incertaine, les rechutes sont fréquentes; en général, l'hystérie s'use avec l'âge (Briquet), et à partir de vingt-cinq à trente ans, ses manifestations diminuent d'intensité; mais la maladie devient parfois incurable; les attaques d'hystérie ou d'hystéro-épilepsie se répètent à de courts intervalles; il existe des paralysies, des contractures, les troubles de l'intelligence s'accusent de plus en plus.

Le pronostic des accidents hystériques est très-difficile à formuler; une contracture; existe depuis quinze jours, combien de temps durera-t-elle encore? il est impossible de le dire. Cette contracture peut en effet se dissiper en quelques heures ou durer toute la vie. Lorsque les contractures persistent depuis plusieurs années, il faut craindre une sclérose latérale consécutive (Charcot), et par suite le pronostic est d'autant plus grave que la maladie est plus ancienne. Lorsque la guérison se produit, c'est presque toujours d'une façon brusque, à la suite d'une émotion. Les paralysies hystériques peuvent aussi se dissiper brusquement: une malade paraplégique se met à marcher tout à coup, une autre atteinte d'aphonie recouvre subitement l'usage de la parole, etc....

Les troubles de la digestion, la gastralgie, l'anorexie, les vomissements, jettent l'organisme dans un état d'épuisement qui favorise l'éclosion de la tuberculose.

L'hystérie est une cause très-fréquente de stérilité (Bernutz); les hystériques font, dit Briquet, presque autant de fausses couches que d'accouchements à terme.

Il ne faut pas oublier dans le pronostic de l'hystérie les souffrances imposées aux personnes qui entourent les malades; peut-on, dit J. Frank, imaginer quelqu'un de plus malheureux que le mari d'une hystérique?

TRAITEMENT. — Les principales indications sont les suivantes: 1° rechercher les causes qui ont produit l'hystérie et s'efforcer de les faire disparaître; 2° modifier l'état général; 3° remplir les indications symptomatiques.

Pour les anciens auteurs, qui considéraient l'hystérie comme une fureur utérine, l'indication causale était facile à remplir: il fallait marier l'hystérique, en ayant soin seulement de choisir un mari vigoureux; Briquet a fait justice de cette grossière doctrine, il a montré que le mariage pouvait aggraver l'hystérie ou même la faire naître; si une jeune fille, hystérique à un faible degré, se marie dans de bonnes conditions, si elle est heureuse dans son ménage, l'hystérie peut sans doute disparaître; mais si le mariage est mal assorti; si les ennuis, la misère, les privations, en sont la conséquence, l'hystérie s'aggrave infailliblement.

Les conditions de milieu exercent la plus grande influence sur la marche de la maladie; telle jeune fille qui, grondée sans cesse et maltraitée dans sa famille, présente de fréquentes attaques, guérira après avoir été envoyée en pension; les voyages, les distractions, font souvent disparaître les accidents hystériques, au moins d'une façon temporaire.

Si les hystériques sont anémiques, il faut prescrire le fer et le quinquina.

Tous les antispasmodiques ont été employés contre l'hystérie; l'asa foetida, la valériane, le castoreum, jouissent encore d'une grande réputation; ces médicaments peuvent certainement rendre des services, mais d'une façon temporaire, dans le traitement de certains accidents hystériques, et non dans le traitement de l'hystérie elle-même. Le bromure de potassium administré même à très-haute dose ne donne aucun résultat favorable dans l'hystérie (Charcot).

L'éther et le nitrite d'amyle, sous forme d'inhalations, pro-

voquent souvent chez les hystériques des crises convulsives, à la suite desquelles certaines manifestations morbides, telles que paralysies ou contractures, peuvent disparaître; il est du reste très-difficile de prévoir les résultats de cette médication perturbatrice.

De toutes les indications symptomatiques, la plus importante est sans contredit de calmer la douleur qui se présente sous tant de formes chez les hystériques; l'opium et ses alcaloïdes, la belladone, l'hydrate de chloral, rendent à ce point de vue de grands services. Certaines hystériques ont une grande tolérance pour les opiacés (Briquet, Bernutz); l'opium sera employé en potions, sous forme de lavements; ou bien on pratiquera des injections hypodermiques au niveau des points les plus douloureux.

Contre les paralysies hystériques, on fera usage de l'électricité; l'électrisation localisée avec le courant interrompu donne, d'après Duchenne (de Boulogne), de meilleurs résultats que le courant continu.

Pendant les attaques hystériques il faut avoir soin de maintenir les malades de façon à ce qu'elles ne se fassent pas de mal; on enlèvera ou on desserrera les vêtements qui pourraient gêner la respiration. La compression des ovaires donne de bons résultats; elle permet de maîtriser les attaques trop longues ou trop violentes; elle fait même disparaître parfois certains symptômes, tels que contractures récentes (Bourneville) ou paralysies. MM. Liouville et Debove ont réussi, dans un cas, à guérir une aphonie hystérique par la compression des ovaires.

La métallothérapie permet d'apprécier la réalité de la guérison; si chez une hystérique qui présentait, par exemple, une hémianesthésie gauche, et qui était sensible à l'or, l'application de pièces d'or sur le côté gauche du corps fait reparaitre l'hémianesthésie, on peut en conclure que la malade est encore en puissance d'hystérie, et par suite il y a lieu de continuer le traitement (Charcot).

SYDENHAM, in Encyclop. des sc. méd., trad. de Jault, Paris, 1835, p. 133. — LOUVERVILLERMAZ, Traité des malad. nerveuses, 1816. — SCHUTZENBERGER, Études sur les causes organiques et le mode de production des affections dites hystériques (Gaz. méd. de Paris, 1846). — LANDOUZY, Traité de l'hystérie, Paris, 1848. — MESNET (E.), Études sur les paralysies hystériques, thèse, Paris, 1852. — LASÈGUE, De la toux hystérique, Société méd. des hôp., 1855. — NÉGRIER, Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques de la femme, 1858. — BRIQUET, Traité clinique de l'hystérie, Paris, 1859. — AXENFELD, Des névroses, in Pathologie de Requin, Paris, 1863. — TROUSSEAU, Clinique, 3^e édit., 1868, t. II, p. 261. — CHAIROU, Étude clinique sur l'hystérie, Paris, 1870. — HELOT, De l'hémiplégie hystérique, thèse, Paris, 1870. — BOURNEVILLE et VOULET, De la contracture hystérique permanente, Paris, 1872. —

BREUILLARD, De l'hystérie chez l'homme, thèse, Paris, 1870. — BOURNEVILLE, Recherches clin. et thérap. sur l'épilepsie et l'hystérie. — VOULET, De la contracture hystérique, thèse, Paris, 1872. — BOUCHARD, Leçons sur les vomissements incoercibles hystériques (Mouvement médical, 1873). — CHARCOT, Leçons sur les malad. du système nerveux, 1873. — SECQUET, Vomissements urémiques chez les hystériques, thèse, Paris 1873. — BENJOLIN, Considér. sur la rachialgie hystérique, thèse, Paris, 1873. — CORONEL, De l'hémiplégie hystérique, thèse, Paris, 1873. — BINET DE JASSENNEIX, même sujet, thèse, Paris, 1873. — G. BERNUTZ, article *Hystérie*, in diction. de méd. et de chir. pratiques. — LAFON, De la toux hystérique, thèse, Paris, 1874. — DUPONCHEL, De la folie hystérique, thèse, Paris, 1874. — FERRAN (L.), Du vomissement de sang dans l'hystérie, thèse, Paris, 1874. — BACH, De la coxalgie hystérique, thèse, Paris, 1874. — DESBROSSE, De l'hémiplégie hystérique, thèse, Paris, 1876. — HAMMOND, Des contractures hystériques (Philadelph., méd. Times, 1876). — O. LALLEMANT, Observ. d'hystérie chez l'homme, thèse, Paris 1877. — MARICOURT, même sujet, thèse, Paris, 1877. — Recherches sur la métallothérapie (Comptes rendus de la Soc. de biologie, 1877). — LANDOLT et P. OULMONT, Du retour de la sensibilité sous l'influence des applications métalliques dans l'hémianesthésie (Progrès médical, 1877, p. 381). — BOURNEVILLE, Influence de la compression ovarienne sur la contracture hystérique. (même rec., 1877, p. 385 et 487). — BOURNEVILLE et REGNARD (Iconographie photographique de la Salpêtrière, 1876-1877). — ROSENTHAL, Op. cit. — CHARCOT, Leçons de la Salpêtrière 1877 (inédites). — Du même, Des troubles de la vision chez les hystériques (Progrès médical, 1878, p. 37). — BARON, Étude clinique sur les troubles de la vue chez les hystériques, thèse, Paris, 1878.

ÉPILEPSIE.

Synonymie : *Morbus divinus, sacer, herculeus, mal caduc, haut mal.*

L'épilepsie (de *ἐπιλαμβάνω* je saisis) est une névrose caractérisée par des attaques convulsives ou par de simples vertiges, avec perte de connaissance et troubles intellectuels. Dans l'épilepsie invétérée, les troubles de l'intelligence deviennent permanents et les attaques se répètent sans intermission notable (état de mal).

En dehors de l'épilepsie essentielle, il existe un grand nombre d'autres maladies qui peuvent donner lieu à des attaques épileptiformes en tout semblables à celles qui caractérisent l'*épilepsie-névrose*. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de signaler les attaques épileptiformes parmi les symptômes des maladies de l'encéphale, notamment à propos des tumeurs cérébrales et des affections des méninges, et nous avons distingué l'épilepsie hémiplegique, qui est produite presque toujours par des lésions des circonvolutions motrices, des convulsions épileptiformes généralisées, si communes dans les maladies des méninges. Les traumatismes, les fractures du crâne, les plaies de tête avec enfoncement des os, donnent souvent lieu à des attaques épileptiformes qui reviennent seulement à intervalles plus ou moins éloignés, bien que la lésion soit permanente. Enfin,