

de l'hystérie. Les *toniques*, le *fer*, les *amers* spécialement, sont utiles pour relever les forces, pour combattre l'anémie, mais ils ne s'adressent pas à l'essence même de la maladie, de source, nous le savons, entièrement psychique.

Quant aux calmants, ils trouvent, eux aussi, leurs indications dans la médication symptomatique de la névrose. Mais le plus puissant d'entre eux peut-être, le *bromure de potassium*, ne saurait revendiquer dans la cure de l'hystérie la place prépondérante qu'il a conquise dans le traitement de l'épilepsie, par exemple. Nous avons souvent entendu notre regretté maître insister sur ce fait, que le bromure pouvait servir de pierre de touche pour le diagnostic à établir entre les accès d'épilepsie et les attaques d'hystérie. Autant son action est fidèle et constante sur les premiers, autant il influence peu les seconds.

On a dit aussi, et Briquet a rapporté des exemples à l'appui de cette opinion, que les médicaments chez les hystériques devaient être employés à très petites doses, étant donnée l'intolérance qui existerait fréquemment chez ces malades. Nous basant sur les recherches que nous avons entreprises avec Cathelineau, nous pensons qu'on a pu se trouver en présence d'idiosyncrasies dans les cas d'intolérance, mais que celle-ci n'est pas le propre de tous les hystériques dont la nutrition, en dehors des paroxysmes, nous l'avons démontré, est comparable à celle des sujets sains par rapport au kilogramme d'individu.

Reste enfin la *médecine dite d'imagination* avec son arsenal de pilules fulminantes composées de *mie de pain*, ou de *bleu de méthylène* qui, en colorant les urines, impressionne les malades. Elle donnera parfois des résultats très remarquables, car à maladie psychique il faut un traitement de même nature. Mais pour l'appliquer on devra se guider surtout sur les circonstances et ne pas trop escompter à l'avance des résultats qui se produisent le plus souvent en dehors de toute prévision.

Nous croyons à peine devoir mentionner le *traitement chirurgical* de l'hystérie dont l'ovariotomie fait les plus grands frais. Cette méthode déplorable, anti-scientifique, qui a rendu

stériles tant de femmes, est aujourd'hui universellement condamnée, au moins en apparence, car on châtre toujours contre l'hystérie si l'on ne publie plus les observations. Enlever l'ovaire à une hystérique qui souffre d'une zone hyperesthésique, revient à enlever un testicule pour une zone hystérogène de la glande ou de la peau des bourses: il est inutile de s'arrêter davantage à cette pratique que Charcot n'hésitait pas à qualifier d'immorale.

IV

Traitements des manifestations hystériques en particulier.

Nous allons dans ce chapitre, appliquer au traitement des diverses manifestations hystériques, les notions de thérapeutique générale que nous avons acquises sur la névrose. Toutefois notre intention n'est pas de passer en revue une à une ces manifestations, cela nous entrainerait beaucoup trop loin et sans grand bénéfice; nous croyons qu'on peut utilement synthétiser.

A. — TRAITEMENT DES ATTAQUES.

Envisageons d'abord les attaques, les paroxysmes convulsifs. Si leur allure est à la vérité fort variable, il n'en est pas de même de la thérapeutique à leur opposer. Supposons, par exemple, que nous soyons mandé près d'une femme à laquelle nous n'avons pas encore donné nos soins et qu'on nous dit en proie à une crise d'hystérie.

Confirmons le diagnostic par une rapide observation et faisons d'abord sortir de la chambre de la malade toutes les personnes dont la présence ne nous semble pas indispensable, c'est-à-dire ne conservons avec nous que la garde s'il y en a une, ou celui ou celle que, à son aspect suffisamment calme, nous jugeons pouvoir nous être de quelque utilité.

On peut, en effet, poser comme règle générale que les soins

trop empressés, excessifs, doublent au moins la longueur et l'intensité d'une crise. Souvent l'attaque cesse d'elle-même lorsque le sujet reste en la seule présence du médecin ou d'une personne que ne troublent ni ses cris ni son agitation et qui lui est relativement indifférente. C'est que fréquemment, en effet, la crise a été déterminée par une discussion, par une contrariété, par une de ces futilités de la vie journalière qui impressionnent si vivement les hystériques. Le fait même d'éloigner la cause provocatrice, en la personne de la mère, du mari, de tout autre personnage de l'entourage habituel, aura immédiatement un résultat favorable. C'est de cette manière qu'agira ultérieurement l'isolement, s'il est nécessaire, pour prévenir le retour des paroxysmes.

Si l'attaque est de moyenne intensité, si l'interrogatoire des personnes présentes nous a appris que la malade a déjà été en proie à de semblables crises, et que jusqu'alors il n'en est rien résulté de particulièrement fâcheux, une intervention très active est inutile. Généralement, nous l'avons dit, une fois le calme fait, l'agitation tombe, la crise se juge par des larmes et tout est terminé.

Mais on se comportera différemment, on le comprend, si les convulsions sont assez fortes, assez violentes pour qu'on puisse craindre une chute du lit sur lequel a été placé le sujet, si la malade lacère ses vêtements ou se déchire le cou et la poitrine avec ses ongles dans les mouvements qu'elle fait pour arracher la boule qui l'opresse.

Cependant il est toujours mauvais dans ces cas d'agir directement, c'est-à-dire de saisir ou faire saisir les poignets ou les chevilles pour modérer les mouvements désordonnés des membres; on risquerait de produire des ecchymoses ou des excoriations. Le moyen de contention le plus simple, déjà usité à la Salpêtrière du temps de Georget, consiste à placer transversalement un drap plié en alèze au niveau de l'ombilic pour entraver les mouvements du bassin et du tronc; un autre drap roulé dont les extrémités latérales seront attachées aux barreaux du lit que nous supposons en fer, maintiendra

les membres inférieurs au-dessus des genoux. De plus, entourez rapidement d'ouate les poignets et le bas des jambes, nouez-y deux tours de bande et fixez ces bandes de façon à limiter l'excursion des extrémités supérieures et inférieures.

L'attaque finie, faites disparaître aussi vite que possible les divers moyens de contention dont vous vous êtes servis; leur vue pourrait impressionner désagréablement le sujet. Toutefois, il ne faut pas oublier qu'un paroxysme d'une certaine intensité comprend d'ordinaire plusieurs attaques successives; il ne faudrait donc pas s'exposer à avoir besoin d'appliquer à nouveau les entraves.

La violence des convulsions pouvant mettre, si l'on est mandé en pleine crise, un obstacle au placement des moyens de contention, on recherchera rapidement dans ces cas s'il n'existe pas une zone frénatrice, ovarienne, sous-mammaire, dorsale, etc., et l'on profitera de l'accalmie passagère produite par la compression pour agir comme nous venons de l'indiquer.

L'attaque terminée, on appliquera les règles du traitement prophylactique et curatif général que nous avons formulées.

On le voit, nos efforts ont seulement tendu à mettre le sujet dans la meilleure posture pour que l'attaque suivît son cours et se terminât le plus rapidement possible, avec le moins de dommages. On pourrait se demander s'il n'eût pas été plus simple et de beaucoup préférable de couper immédiatement court à l'accès en entravant son évolution. D'une façon générale, nous le répétons, si nous avons pu nous former cette opinion que nous nous trouvons en présence d'une crise dont les convulsions en elles-mêmes sont le principal sinon le seul élément de gravité, nous croyons qu'il n'y a aucun intérêt immédiat à « couper » l'attaque. Outre que cela n'est pas toujours facile, il est d'observation courante qu'on ne gagne ordinairement rien à faire cesser un paroxysme *déjà commencé*. Les malades ont souvent alors dans la même journée ou de nouvelles attaques, ou des *équivalents psychiques* de l'attaque sous forme d'hallucinations, d'agitation, de délire, tandis que lorsque l'accès a complètement évolué, la plupart deviennent calmes

et se sentent réellement soulagés. Bien plutôt, faudra-t-il s'attacher à prévenir le retour d'un nouveau paroxysme, par un traitement prophylactique et général bien entendu.

Il est cependant des circonstances où l'intervention s'impose de toute nécessité. C'est ainsi qu'il faut agir immédiatement dans les attaques dites de spasmes où la constriction glottique risque de déterminer des accidents asphyxiques souvent fort alarmants et pouvant dans certains cas, à la vérité exceptionnels, entraîner la mort. L'allure elle-même du paroxysme lèvera toute hésitation.

En second lieu, on peut avoir appris à l'avance ou apprendre de l'entourage que les convulsions en présence desquelles on se trouve ne sont que le prélude habituel d'un *état de mal* convulsif, délirant ou comateux susceptible de durer plusieurs jours si on n'y met ordre; ou bien encore que l'accès se termine ordinairement par des accidents sérieux : paralysies, contractures de divers ordres, mutisme, etc., dont on a tout intérêt à prévenir l'apparition. En un mot, on s'efforcera d'établir rapidement le bilan de gravité imputable à l'attaque en se basant et sur la forme paroxystique elle-même et sur ce fait clinique, corroboré par les renseignements obtenus, que le sujet coule presque toujours ses accès dans le même moule. L'indication générale sera alors de modifier cette forme paroxystique et de la diriger dans le sens le moins défavorable au malade.

Pour ce faire, des moyens de divers ordres sont à notre disposition : au sujet de leur application particulière, le médecin se guidera sur les circonstances inhérentes au cas soumis à son observation.

Supposons, par exemple, qu'il s'agisse d'une attaque de spasmes. Parmi les moyens physiques non médicamenteux à employer, la *compression d'une zone frénatrice* se présente d'abord à l'esprit. Si l'on sait qu'il existe une de ces zones, on la comprimera immédiatement ou l'on cherchera à en découvrir une, au niveau des points d'élection, pour la comprimer aussitôt. Pendant l'accalmie produite par la compression, on

parlera doucement au sujet, on tentera de modifier son état mental; en pressant légèrement les globes oculaires, on essayera de l'*endormir*, c'est-à-dire de transformer sa crise convulsive en un état somnambulique calme. Puis au bout d'un certain temps, on cessera peu à peu la compression, se tenant prêt à intervenir à nouveau si l'accès ne s'était pas usé pour ainsi dire à la faveur de ces manœuvres. On pourrait à la rigueur, si les spasmes reparaissaient, établir une compression permanente à l'aide d'une ceinture et d'un tampon improvisés ou au moyen d'un appareil spécial qu'on n'enlèverait qu'assez longtemps après son application.

Mais il peut se faire — et il arrive assez souvent — que ces moyens restent inefficaces, qu'il n'existe pas ou qu'on ne découvre pas de zone frénatrice. On aura alors recours aux moyens médicamenteux. Et ici il ne saurait s'agir de potions opiacées ou bromurées, l'effet désiré ne se produirait pas assez vite. Il faudra donc employer d'autres procédés qu'on jugera devoir être plus rapidement efficaces.

Certains auteurs, Auguste Voisin en particulier, ont préconisé, pour enrayer les paroxysmes convulsifs, l'emploi des *injections sous-cutanées de morphine*. Ce moyen est mauvais. Les premières piqûres provoquent presque toujours des vomissements et partant n'influencent qu'insuffisamment l'attaque. Les piqûres subséquentes peuvent arrêter l'accès, mais comme elles n'empêchent pas son retour ultérieur, bien au contraire, on est obligé de recourir à des doses de plus en plus fortes. De ce fait, le malade devient morphinomane. Or, nous ne connaissons pas de sujets plus difficiles à démorphiniser que les hystériques. Nous le répétons, ce procédé de traitement doit être rejeté.

Il en est de même des *inhalations d'éther*. Elles peuvent faire cesser les spasmes ou les convulsions, mais presque toujours au prix d'un délire très actif qui prend fréquemment le caractère érotique. L'éther, très goûté des hystériques, de même que la morphine, est aussi à redouter que l'intoxication par l'alcaloïde de l'opium,

Pour notre part, dans les cas d'urgence où les moyens que nous avons indiqués ont échoué, nous n'hésitons pas à nous servir du *chloroforme* administré à doses fractionnées comme dans les accouchements. Il agit toujours activement et son emploi souvent désagréable ne risque pas de passer à l'état d'habitude. Il n'est pas nécessaire d'ailleurs pour faire cesser les spasmes de rechercher l'anesthésie complète : il arrive toujours un moment où, sans que la connaissance soit complètement abolie, les convulsions ont disparu. On maintiendra le sujet, en tâtant sa susceptibilité, sous l'influence du médicament, interrompant son administration lorsqu'on le jugera opportun, notant ce qui se passera pour intervenir à nouveau si les convulsions reparaissent, ou cesser si l'on pense que l'accès est terminé. Il est bien rare qu'en agissant ainsi on n'obtienne pas un résultat satisfaisant. Mais nous y insistons, on n'agira de cette façon que si l'on juge véritablement qu'il peut provenir, du fait des spasmes, des accidents graves ou si l'on est menacé de voir un paroxysme passer à l'état prolongé ou état de mal.

Si l'on veut éviter le passage d'un paroxysme à sa forme d'état de mal qu'on sait pouvoir se continuer pendant plusieurs jours, le chloroforme est peut-être un moyen d'action par trop énergique, son emploi prolongé pouvant avoir des inconvénients. On aura alors recours de préférence aux procédés de *transformation* de l'attaque, la compression d'une zone frénatrice, l'hypnotisation en particulier.

Pour que l'hypnotisation soit réellement efficace, il est nécessaire, dans son application, de suivre certaines données dont l'expérience nous a appris à connaître les bons effets. Il va sans dire que le sujet doit être hypnotisable. Nous avons en 1887¹ tracé les règles de l'intervention dans de semblables cas.

Il faut s'y prendre à temps, disions-nous alors, aussitôt l'apparition des phénomènes prodromiques, car plus

1. GILLES DE LA TOURETTE. — L'hypnotisme et les états analogues au point de vue medico-légal, 1^{re} éd., 1887, p. 287, 2^e éd., 1889.

l'attaque est proche, plus le sommeil devient difficile à obtenir. « Je ne peux dormir, je sens que je ne peux pas dormir », disent les malades les plus sensibles qu'un simple geste, que l'effleurement d'une zone hypnogène plongeait un instant auparavant dans le sommeil le plus profond. Nous concluons aussi de nos recherches que l'état léthargique était le plus favorable quand on pouvait l'obtenir : le sommeil y est calme ; « les malades qu'on en tire après un certain temps se sentent parfaitement reposés. Après la léthargie vient le somnambulisme... » à condition qu'il s'agisse d'un somnambulisme tranquille, non agité, ne nécessitant pas une surveillance de tous les instants comme il arrive parfois.

Le sommeil obtenu, on n'hésitera pas à y laisser le sujet pendant sept ou huit heures, terme moyen qui nous a toujours semblé le plus efficace. Tout dépend du reste du moment de la journée où on endormira la malade. Si c'est le soir, en particulier, on n'éprouvera aucun scrupule à ne la réveiller que le lendemain matin et à lui laisser ainsi faire sa nuit. Le réveil n'est jamais difficile à obtenir : quelques insufflations un peu vives sur les yeux suffisent toujours, surtout lorsque le sommeil n'a pas dépassé les limites que nous venons d'indiquer.

L'hypnotisation employée de cette façon ne s'adresse directement qu'à l'accès imminent et l'annihile lorsqu'on n'a pas attendu trop longtemps après l'apparition des phénomènes prémonitoires. Mais peut-on à l'aide de l'hypnotisme, agir de telle façon que les accès ne reviennent plus ? Nous avons déjà répondu à cette question et montré qu'il ne fallait pas faire trop grand fonds sur les pratiques hypnotiques dans la prophylaxie des accidents hystériques, des attaques en particulier, les séances d'hypnotisation représentant elles-mêmes autant de paroxysmes à forme léthargique ou somnambulique susceptibles de revenir spontanément si on les a provoqués d'une façon trop suivie. Les autres moyens thérapeutiques étudiés au chapitre du traitement général nous semblent de beaucoup préférables pour éviter le retour de certains paroxysmes à forme redoutable ou prolongée.

En résumé, ce qu'il faut surtout, c'est surveiller la crise d'hystérie dont on n'a pu éviter l'explosion ; cela vaut beaucoup mieux que d'essayer de la faire avorter. On tentera de modifier sa forme si elle est d'emblée sérieuse (attaque de spasmes) ou si la connaissance du passé pathologique du sujet nous a appris que l'attaque actuelle n'était que le prélude d'un état de mal susceptible de durer plusieurs jours. Il faut aussi surveiller la *fin de la crise*, car c'est à ce moment qu'apparaissent bien souvent les paralysies et les contractures dont nous allons bientôt nous occuper.

Enfin, si l'on se trouve en présence d'états de mal — convulsifs, délirants ou comateux — constitués, c'est-à-dire durant déjà depuis plusieurs jours, c'est encore à la méthode de transformation qu'il faudra s'adresser. Appelés près d'un léthargique, nous irons à la recherche d'une zone frénatrice : c'est le meilleur moyen que nous possédions pour faire sortir le malade de son sommeil pathologique. Il est même curieux de voir un sujet plongé depuis plusieurs jours dans un coma profond, ouvrir soudainement les yeux sous l'influence d'une pression en apparence banale et se mettre à converser raisonnablement. Souvent aussi, il retombe dans le sommeil si on cesse la compression. D'ailleurs, si on la maintient, il n'est pas rare également de voir l'action frénogène s'épuiser rapidement et le malade devenir de nouveau comateux. Il serait bien préférable alors de rechercher s'il n'existe pas quelque part une zone qui détermine l'apparition de phénomènes convulsifs. L'état de mal de sommeil se termine souvent en effet par des convulsions et ce ne serait pas payer trop cher le retour à l'état normal que de l'acheter au prix d'une attaque ordinaire. Il va sans dire que si l'état de mal se prolongeait, on ne devrait pas manquer d'essayer par tous les moyens de nourrir le malade, de manière à parer à la dénutrition qui se montre toujours en de pareils cas.

De même on cherchera à transformer un *état de mal délirant* en une simple attaque convulsive s'il existe une zone spasmodogène, mais il faut ajouter que cette forme paroxystique est

bien souvent rebelle aux moyens thérapeutiques que nous avons indiqués. On pourra aussi essayer d'entrer pour ainsi dire dans le délire du sujet par divers moyens appropriés : suggestion par l'ouïe, par la vue en particulier, afin de guider le délire dans un sens favorable ; mais fréquemment encore ces tentatives resteront infructueuses. Il n'est pas besoin d'ajouter que dans ces cas, l'isolement absolu s'imposera.

A côté des états de mal délirants, plaçons les accès d'*automatisme hystérique ambulatoire* qui seront rarement reconnus au cours de leur évolution. Il en sera parfois de même des *états seconds*, pendant lesquels, plus encore que dans l'état premier correspondant, le sujet semble être dans une période de vie normale. Ces malades, délirants ou autres, qui se trouvent en réalité en état somnambulique, sont quelquefois influençables et c'est cette influence qu'on devra mettre en œuvre pour les diriger vers l'état normal. En résumé, c'est à la cause provocatrice de ces phénomènes qu'on devra surtout s'attaquer et cela dans l'intervalle des périodes paroxystiques.

B. — TRAITEMENT DE L'HYPERESTHÉSIE.

Les zones spasmogènes ou frénatrices dont nous venons de parler nécessitent souvent elles-mêmes l'intervention de la thérapeutique lorsqu'elles sont le siège de phénomènes hyperesthésiques ou douloureux, revêtant un caractère continu ou paroxystique. Telles sont les manifestations décrites sous le nom de pseudo-angine de poitrine, de clou hystérique et de pseudo-méningite ; certaines zones hyperesthésiques de la colonne vertébrale produisant une violente rachialgie ; les zones cutanées de la région épigastrique, hépatique ou rénale, du territoire ovarien, et celles, beaucoup plus difficiles à atteindre, qui siègent au niveau de l'ovaire lui-même ou de l'utérus, sans excepter les hyperesthésies vaginale ou rectale, même vésicale, productrices de ténésme ou de contracture *in situ*.

Il serait bien désirable de posséder un procédé de traitement local applicable à ce groupe morbide dont les expressions symp-

tomatiques sont, à la vérité, dissemblables, mais qui, néanmoins, se compose d'éléments qu'un lien commun, l'hyperesthésie avec ses conséquences locales et générales, et ses tendances paroxystiques, réunit entre eux. Malheureusement nos moyens d'action sont limités et rendus souvent inefficaces par ce fait que si la douleur localisée domine la scène, elle n'est, en somme, qu'une manifestation extérieure de l'état psychique du sujet.

Néanmoins, sans perdre de vue l'état mental, sur lequel on s'efforcera toujours d'agir, on essayera soit de faire disparaître la zone, soit de la déplacer si on ne peut la supprimer.

On avait fondé de grandes espérances sur l'emploi des *aimants*. C'est ainsi qu'en plaçant un barreau aimanté près de la région ovarienne droite, par exemple, siège d'une zone hyperesthésique-hystérogène, on noterait, dans certains cas, au bout d'un temps qui varie de quelques minutes à plusieurs heures, le *transfert* de la zone et des troubles de la sensibilité cutanée, presque toujours concomitants, du côté opposé. Plaçant alors l'aimant à gauche, puis revenant à droite, on observerait des *oscillations* dans les phénomènes morbides, à chaque passage l'hyperesthésie allant s'atténuant pour disparaître en fin de compte.

Cette pratique née de la métallothérapie externe de Burq apparaît malheureusement aujourd'hui comme d'essence essentiellement suggestive et les résultats qu'elle donne sont tout à fait infidèles. On pourra y avoir recours, mais dans un tel domaine il est impossible de formuler des règles précises, l'état mental, variable d'un sujet à l'autre, étant la seule base de l'opportunité et aussi de l'efficacité de ces procédés thérapeutiques purement empiriques.

Briquet employait les *courants faradiques* dans les hyperesthésies cutanées, mais l'application du pinceau devra être faite d'une main très légère, avec une grande prudence, car en insistant outre mesure on risquerait fort de produire l'exaltation de ces zones qui, d'hyperesthésiques, deviendraient rapidement hystérogènes.

Le moyen de choix dans tous ces cas nous paraît être l'*électricité statique*, le bain statique général sans applications localisées, au moins lors des premières séances. Au bout d'un certain temps, après avoir tâté la susceptibilité du sujet, il sera permis d'intervenir localement par la pointe tenue à distance pour en arriver aux frictions à la boule, la machine étant à mi-course. Mais toujours, nous le répétons, on aura intérêt à ne rien brusquer. On s'armera de patience, car rien n'est plus tenace et difficile à faire disparaître que ces phénomènes d'hystérie locale, que ces plaques d'hyperesthésie qu'on note si souvent superposées aux contractures, à la coxalgie, en particulier, qu'elles paraissent tenir sous leur dépendance, jouant par rapport aux déterminations musculaires bien plutôt le rôle de cause que celui d'effet.

Si l'on ne possède pas d'installation statique, si les courants faradiques échouent ou sont mal tolérés, on essayera de la *réfrigération locale* : *pulvérisations d'éther*, applications de *glace pilée*, qui donneront parfois de bons résultats, surtout si les zones douloureuses (clou hystérique, zone précordiale, rachialgie) sont très localisées et d'un accès facile. Bien entendu, en toute circonstance, le traitement général ne devra pas être négligé.

C. — TRAITEMENT DE L'ANESTHÉSIE.

Il est des cas plus fréquents qu'on le croit peut-être où l'anesthésie tient la place qu'occupe habituellement l'hyperesthésie. C'est ainsi, par exemple, que certaines zones de la région abdominale, ovariennes en particulier, douloureuses à la pression, ou mieux qui sont le siège d'élançements spontanés à forme névralgique, occupent un territoire anesthésique, ou se limitent par des régions anesthésiques, au milieu d'un territoire qui a conservé sa sensibilité. Tout insensibles qu'elles soient, on devra leur appliquer à elles-mêmes et aux symptômes qu'elles déterminent, et qui ne diffèrent pas considérablement de ceux que nous venons de signaler dans le pré-