

Si l'impuissance motrice est complète, on pourra procéder de la façon suivante : Le bras droit étant paralysé par exemple on placera la main droite à plat près de la main gauche saine ; puis on commandera au sujet de mouvoir lentement le pouce *gauche* pendant qu'il fixe et son attention et son regard sur le pouce *droit* paralysé. Avec un peu de persévérance, on verra, au bout d'un certain temps toujours variable d'ailleurs, reparaitre les mouvements, dans le pouce d'abord, puis dans les autres doigts, et enfin dans le membre droit tout entier. En combinant ces moyens psychiques avec les excitations physiques, on obtiendra presque toujours d'excellents résultats.

La persistance ou la disparition des troubles de sensibilité qui se superposent presque constamment aux paralysies, seront notre meilleur guide dans l'appréciation de la durée exacte du traitement. Si les mouvements ont reparu, et si parallèlement l'anesthésie s'en est allée, la guérison est complète ; mais si l'anesthésie persiste alors même que le membre semble avoir récupéré ses fonctions motrices, c'est un fait d'expérience que la paralysie ne doit pas être considérée comme guérie ; il faudra lutter jusqu'à la disparition de l'anesthésie. Il est certain, en effet, que chez les individus sujets aux monoplégies récidivantes, dans les intervalles des périodes paralytiques la peau du membre reste toujours hypoesthésique, sinon complètement insensible.

Les procédés de traitement que nous venons de décrire ne trouvent pas leur emploi dans les seules monoplégies, ils sont applicables dans leurs grandes lignes à toutes les paralysies, en tenant compte, bien entendu, et de la localisation du trouble moteur, et des conditions particulières à chaque cas. Si la paralysie est de date un peu ancienne, quel que soit le procédé thérapeutique employé, il sera bon de recourir, de même que pour les contractures, à l'*isolement* dans un établissement hydrothérapique.

Si ces moyens échouent, on pourra se servir de l'*hypnotisation* lorsque le sujet est hypnotisable. Souvent alors on obtient que les malades marchent pendant qu'ils sont en

état somnambulique par exemple, mais souvent aussi la paralysie revient au réveil. En insistant un peu dans ces cas particuliers, où le sujet est en somme favorablement impressionné, on détermine généralement la guérison, c'est-à-dire la réalisation de la suggestion à l'état de veille. Mais le traitement est fréquemment de longue durée, et il faut prendre garde aux dangers inhérents aux hypnotisations répétées.

Si la paralysie était rebelle et qu'il existât une zone hystéro-gène, on aurait tout intérêt à provoquer une *attaque* qui pourrait à elle seule déterminer la guérison. C'est ce moyen que la névrose emploie spontanément elle-même dans nombre de cas pour faire disparaître les accidents paralytiques qu'elle a occasionnés.

Restent enfin les divers procédés de la médecine dite d'imagination sur lesquels nous croyons inutile d'insister à nouveau.

F. — TRAITEMENT DES TROUBLES TROPHIQUES.

Concurremment avec les paralysies et les contractures il se produit parfois du côté de la peau et des tissus sous-jacents des troubles trophiques variés qui nécessiteront un traitement particulier. Certains d'entre eux peuvent être indépendants des fonctions motrices ; nous en parlerons néanmoins ici afin d'éviter des redites.

1° Dans un premier groupe se placent les diverses *éruptions cutanées* : pemphigus, herpès, eczéma, les eschares et les lésions gangreneuses de la peau, tous phénomènes évoluant le plus souvent à l'état isolé, indépendamment des paralysies ou des contractures, sans préjudice toutefois des altérations de la sensibilité qui font encore ici bien rarement défaut. Il faudra intervenir concurremment avec le traitement général par des applications localisées dont l'électricité sous toutes ses formes fera en somme les plus grands frais.

2° Un des plus communs parmi ces troubles trophiques n'est autre que l'*œdème bleu*, qui se superpose souvent soit à la contracture soit à la paralysie. Son traitement ne diffère pas de

celui de ces dernières ; le pinceau faradique sera employé tous les jours et d'une façon prolongée. Il faudra bien se garder d'appliquer un bandage compressif qui au lieu de réduire l'œdème ne ferait certainement que l'augmenter.

3° De même en ce qui regarde l'*atrophie musculaire*. Ici on pourrait penser à appliquer les courants galvaniques, mais il faut bien savoir qu'à part un cas douteux qui nous appartient on n'a jamais constaté de réaction de dégénérescence. La lésion ne siège en réalité ni dans les muscles, ni dans les nerfs ; c'est donc encore à la sensibilité périphérique presque toujours troublée qu'il faudra s'attaquer pour modifier le système nerveux central, sans négliger toutefois d'agir par le pinceau faradique, servant à deux fins, sur les fibres musculaires qui auront été touchées par le processus atrophique.

4° Au cours des paralysies et des contractures hystériques abandonnées à elles-mêmes ou longtemps prolongées il se produit parfois des adhérences fibreuses péri-articulaires ou des rétractions tendineuses, qui alors que l'élément paralytique ou spasmodique a disparu mettent obstacle aux fonctions du membre. Le meilleur moyen d'éviter l'apparition de ces troubles trophiques, qui ne diffèrent pas en somme de ceux qu'on observe chaque fois qu'un membre est longtemps immobilisé en situation vicieuse, est de recourir de temps en temps, nous l'avons dit, à l'exploration sous le chloroforme, au moins en ce qui regarde les contractures. Pour les paralysies, celles des membres inférieurs en particulier, il suffira d'éviter à l'aide d'un cerceau le poids des couvertures qui maintient les pieds en équin direct, de les placer en bonne position pendant la nuit dans une gouttière amovible. Si les adhérences ou les rétractions tendineuses étaient déjà formées au moment de l'examen on interviendrait chirurgicalement par des sections appropriées suivies de l'application d'un appareil plâtré qu'on enlèverait au bout de dix-huit à vingt jours. A moins que les rétractions ne soient très accentuées il faudra autant que possible, pour ce qui est des contractures, attendre que l'élément spasmodique soit en voie de disparition, l'écart entre le bout supérieur du

tendon d'Achille par exemple et son bout inférieur pouvant être après section dans ces cas trop considérable pour permettre la suture. Au moins faudra-t-il n'effectuer le redressement du pied que progressivement, à l'aide de deux ou trois appareils renouvelés à intervalle de huit jours.

G. — TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE VISCÉRALE.

Il nous reste maintenant à envisager les accidents ressortissant plus particulièrement à l'*hystérie viscérale*.

Parmi les manifestations portant sur l'appareil phonateur ou respiratoire nous éliminons le mutisme et l'aphonie dont nous avons déjà parlé ; les attaques de spasmes, de dyspnée, voire même de fausse angine de poitrine qui sont justiciables de la faradisation localisée à la région laryngée et thoracique antérieure et de la médication à opposer aux paroxysmes.

1° Hémorragies.

Restent les hémoptysies hystériques, détermination toujours effrayante de la névrose. Or il est certain que dans la très grande majorité des cas, ces hémorragies font elles aussi partie d'un ensemble paroxystique dont par conséquent il faudra s'efforcer d'éviter le retour par les moyens appropriés. Il n'y a donc réellement pas de traitement spécial à opposer aux crachements de sang, pas plus du reste qu'aux autres hémorragies liées à l'hystérie : métrorragies toujours rares, écoulements sanguins de la peau et des muqueuses, des viscères ou des organes des sens. Aucune d'elles ne présente d'ailleurs de gravité, excepté les hématomésés qui, par divers mécanismes, peuvent favoriser l'apparition de l'ulcère rond de l'estomac. Notre pratique constante, dans ce dernier cas, est, tout en traitant l'état paroxystique pour éviter le retour des vomissements de sang, de mettre immédiatement le malade au régime lacté comme s'il existait réellement un ulcère, afin d'empêcher la perforation de se produire. Naturellement on n'appliquera pas ce

régime dans toute sa rigueur à l'occasion, par exemple, d'une première hématémèse survenue pendant un paroxysme, mais on devrait y recourir sans hésitation si les hémorragies avaient de la tendance à récidiver.

2^o Troubles digestifs.

Les vomissements de sang nous conduisent tout naturellement à parler des autres manifestations qui affectent le tube digestif et dont plusieurs sont de haute importance au point de vue thérapeutique, puisque l'anorexie qui en est l'aboutissant ordinaire est une des causes les mieux établies de mort dans la névrose.

Nous laisserons de côté la *sialorrhée* qu'on modifiera parfois en électrisant la muqueuse buccale, pour en arriver immédiatement aux spasmes de l'œsophage souvent liés à la présence d'une zone hyperesthésique ou hystérogène entraînant la contracture de ce conduit musculéux. L'électrisation soit interne à l'aide d'une sonde appropriée, soit externe au niveau des téguments du cou, sera préconisée. Il ne faut pas oublier toutefois que ce sont là des accidents souvent tenaces.

Mais le médecin sera surtout consulté pour les troubles gastriques proprement dits évoluant sous forme de vomissements, ou d'anorexie tant primitive que secondaire aux mêmes vomissements ou au spasme déjà cité du conduit œsophagien.

Bien que dans tous ces cas le traitement que nous allons exposer soit sensiblement le même, il ne s'ensuit pas qu'au point de vue thérapeutique on doive se désintéresser de la précision dans le diagnostic. L'examen approfondi du malade fournira fréquemment de précieuses indications.

C'est ainsi par exemple qu'on ne devra jamais manquer de rechercher s'il existe sur la peau de la région épigastrique ces zones limitées d'anesthésie ou d'hyperesthésie que nous avons montrées avec M. Sollier en rapport constant avec la perturbation des fonctions stomacales. Qu'on intervienne par l'électrisation statique, par les applications locales de glace ou les pulvérisations d'éther lorsque les zones sont hyperesthésiques,

ou par les courants faradiques ou galvaniques en cas d'anesthésie, il n'est pas moins certain qu'on devra s'efforcer par tous les moyens possibles de rendre à l'estomac sa sensibilité s'il est anesthésique ou de le ramener au calme s'il est hyperesthésique. Ce côté du traitement ne devra donc jamais être négligé.

L'autre partie du traitement est purement psychique. Elle réclame, lorsque les vomissements et l'anorexie ont une tendance tant soit peu marquée à la ténacité, l'application immédiate de l'isolement qui seul permet en réalité d'exercer une influence favorable sur des malades qui sont exposés à mourir de faim.

Les déterminations gastriques de l'hystérie sont certainement susceptibles de guérir dans le milieu familial, mais on doit aussi poser en principe thérapeutique qu'elles y poursuivront dans la grande majorité des cas leur cycle complet, dont l'aboutissant peut être la mort. L'isolement seul nous paraît capable d'entraver leur évolution. Quand on a vu, comme cela nous est arrivé maintes fois, des jeunes filles atteintes d'anorexie primitive ou secondaire ayant perdu 15 kilos de leur poids, vomissant tout, ou mieux refusant d'ingurgiter quoi que ce soit, prendre le jour de leur entrée dans un établissement hydrothérapique un repas complet, regagner en un mois les 15 kilos perdus, et cela sous la seule influence d'un isolement bien compris, on devient un adepte fervent de cette méthode de traitement préconisée par Charcot. L'isolement s'impose donc dans le traitement des manifestations tant soit peu tenaces de l'hystérie gastrique, en le combinant avec divers procédés de la thérapeutique générale, locale ou médicamenteuse.

Combien de temps doit-il durer? Pour lui faire prendre fin il faut que toute tendance anorexique, que les vomissements aient complètement disparu, « que l'état mental de la malade, très atteint, en réalité, soit suffisamment rééquilibré, dit Sollier, pour qu'elle puisse reprendre la vie ordinaire, et que rentrant chez elle elle ne soit pas obligée de mener une existence à part, entourée de trop de sollicitude et de soins et de prévenances exagérées, qu'elle n'ait plus besoin, en somme,

d'être traitée en malade ni même en convalescente, mais en personne absolument normale ».

La névrose manifeste beaucoup plus rarement son action sur l'intestin que sur l'estomac. Le traitement général devra surtout être appliqué contre la diarrhée et la constipation d'origine hystérique, cette dernière étant toujours difficile à vaincre surtout chez la femme.

La *tympanite gastro-intestinale* est surtout l'accident contre lequel on aura à intervenir. Presque toujours l'isolement sera nécessaire contre cette manifestation à laquelle on opposera plus particulièrement les *chloroformisations répétées* et l'électrisation des parois abdominales. Il est bien entendu qu'on ne manquera pas de s'inspirer des conditions particulières, étiologiques ou autres, inhérentes au cas à traiter, et de l'état mental du sujet.

Quant aux douleurs abdominales à forme névralgique nées le plus souvent sous l'influence de l'exaltation d'une zone hystérique ou hystérogène de la région ovarienne, elles affectent fréquemment une allure paroxystique qu'il faudra s'efforcer de combattre. C'est dans ces cas, surtout si l'on prescrit l'*hydrothérapie*, qu'on devra s'attacher, sous peine de déterminer une attaque, à éviter de percuter avec le jet la région où siège la zone. L'*électrisation statique* avec vent électrique ou frictions légères avec la boule de bois *loco dolenti* nous a donné de bons résultats.

Mais il faut savoir aussi que bien souvent le traitement le mieux dirigé échouera contre ces manifestations qui peuvent compter parmi les plus rebelles de la névrose. Rebelles, elles le sont parce qu'elles se montrent surtout chez des adultes, chez des femmes déjà avancées en âge, sur lesquelles le médecin sait qu'en général il n'a aucune prise, qu'il ne possède aucune autorité. Si elles acceptent l'isolement, elles entendent une fois isolées n'en faire qu'à leur guise, et si on veut les astreindre à une règle tant soit peu sévère, quittent l'établissement et consultent un autre médecin.

Ce sont ces malades indisciplinées qui, par contre, acceptent

sans mot dire, une opération qui ne les oblige à aucun effort psychique. On leur dit que l'extirpation des ovaires suffira à enlever tout leur mal ; le moyen est trop simple pour qu'elles ne se soumettent pas à une intervention chirurgicale d'où elles ne retireront d'ailleurs, pour tout bénéfice moral et physique, qu'un plus grand déséquilibre mental et la stérilité.

V

Traitement de l'hystéro-traumatisme.

Nous voudrions en terminant dire quelques mots du traitement à opposer aux manifestations ressortissant à l'*hystéro-traumatisme* ou mieux à l'hystéro-neurasthénie traumatique, la neurasthénie s'associant très fréquemment dans la circonstance à la névrose. Nous n'oublierons pas que ces manifestations d'ordres variés affectant particulièrement les hommes, se rapprochent de très près de celles qu'on observe chez certains ouvriers hystériques soumis à des intoxications de diverses natures : plomb, mercure, sulfure de carbone, etc.

Pour exposer la thérapeutique de l'hystéro-neurasthénie traumatique prenons un exemple. Lors d'une collision de chemin de fer il se produit chez les personnes enfermées dans un même wagon des traumatismes de siège et d'intensité variables. Or, il est un fait digne de remarque que ce ne sont pas toujours les sujets les plus sévèrement touchés par le choc physique qui ultérieurement payeront à la névrose ou à son association avec la neurasthénie le plus lourd tribut. Le traumatisme pas plus que l'intoxication ne crée l'hystérie : il la provoque, la développe chez les individus héréditairement prédisposés, et les accidents attribuables à cette affection pourront parfaitement se rencontrer chez ceux qui n'auront subi d'autre dommage que le choc moral effet habituel des grandes catastrophes.

Ce n'est pas immédiatement d'ailleurs que se montrent les phénomènes nerveux : entre la collision et leur apparition