

la plupart des épileptiques sont des dégénérés. On a incriminé l'alcoolisme des parents, leurs tares névropathiques rendues encore plus dangereuses par le mariage entre consanguins, la syphilis héréditaire précoce ou tardive.

Indépendamment de cette prédisposition héréditaire qui peut suffire à elle seule pour faire un épileptique, une série de causes viennent souvent ajouter leur influence : diathèses (goutte, artério-sclérose produisant l'épilepsie sénile), intoxications (alcoolisme, saturnisme), infections (fièvres éruptives, syphilis), traumatismes du crâne, excès alimentaires (LÉPINE), cérébraux ou génésiques. Des affections viscérales diverses (parasites intestinaux, maladies de l'utérus, corps étrangers de l'oreille et du nez) constituent le groupe des épilepsies réflexes dans lequel rentrent aussi les cicatrices douloureuses. Ces causes de mieux en mieux connues tendent à restreindre progressivement le domaine de l'épilepsie essentielle.

Le point de départ des manifestations épileptiques est dans les centres nerveux. On le localisait autrefois dans le bulbe ou le mésocéphale alors qu'on considérait l'écorce cérébrale comme indifférente et inexcitable ; nous savons aujourd'hui à n'en pas douter que les phénomènes convulsifs ont leur source dans l'irritation de l'écorce de la zone motrice du cerveau (voy. *Épilepsie jacksonienne*, p. 142). Cette irritation est ici déterminée soit par des lésions des éléments nerveux, soit par leur intoxication prolongée, soit enfin à distance par voie réflexe ; mais une susceptibilité spéciale des éléments nerveux est indispensable pour donner de telles réactions : c'est ce qu'on nomme la *prédisposition*.

§ 7. — TRAITEMENT

Il consiste dans l'emploi du bromure de potassium qui doit être administré avec persévérance, à deux grammes par jour en moyenne ; il faut que le malade soit ainsi continuellement sous son influence. On a dit qu'il devait être l'aliment de l'épileptique.

La médication bromurée a ses inconvénients (éruptions, catarrhe bronchique, parfois dépression profonde et coma).

FÉRÉ a démontré qu'on pouvait atténuer ou éviter la plupart des accidents du bromisme en pratiquant simultanément l'antiseptie intestinale, par exemple au moyen du régime lacté et du naphтол (0^{gr},50 par jour en cachet). Le bromure doit être donné à dose régulièrement croissantes puis décroissantes. BECHTEREW l'a associé à l'adonis vernalis et à la codéine.

D'autres anticonvulsivants ont été préconisés (belladone, hyosciamine), mais leur emploi ne s'est pas généralisé comme celui du bromure de potassium ou de sodium.

Certains cas comportent des indications spéciales : suppression ou traitement de l'intoxication cause de la maladie (plomb, alcoolisme, syphilis), suppression de la cause immédiate des épilepsies réflexes (helminthiase intestinale, cicatrices douloureuses, etc.). Il faut enfin éviter toutes les causes d'excitation anormale du système nerveux (excès de table, fatigues, surmenage, onanisme) capables de ramener les accès.

L'épilepsie jacksonienne demande souvent un traitement spécial (voy. p. 146).

ARTICLE II

HYSTÉRIE

Ainsi nommé (du grec *ὕστερα matrice*), parce qu'on supposait qu'elle avait son siège dans l'utérus, l'hystérie comprend un ensemble de troubles nerveux se groupant sous forme de syndromes fort variables d'ailleurs, sans lésion anatomique appréciable.

§ 1. — ÉTIOLOGIE

L'hystérie se voit surtout chez les femmes et fait son apparition vers l'âge de la puberté ; mais elle peut aussi ne se manifester que fort tard et il existe incontestablement une hystérie masculine.

L'hérédité nerveuse joue un très grand rôle dans son étiologie ; mais les chagrins, les émotions et les contrariétés, les trau-

matismes, les intoxications (alcool, plomb, sulfure de carbone), sont ses principales causes occasionnelles. Il est très remarquable que ces causes ne déterminent pas immédiatement l'apparition des phénomènes hystériques; mais qu'ils sont précédés d'incubation : cela est surtout vrai pour l'hystérie traumatique.

L'imitation joue aussi un rôle important dans l'hystérie. C'est probablement ainsi qu'il faut interpréter les cas de contagion ou d'épidémie hystérique.

§ 2. — SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes habituels de l'hystérie sont les stigmates énumérés au diagnostic (voy. p. 331), les crises convulsives, et une série de troubles fort variés, pouvant simuler nombre d'affections nerveuses ou viscérales.

1° Accès convulsifs. — Ils comprennent l'étude de la petite hystérie et de la grande hystérie.

A. PETITE HYSTÉRIE. — La petite hystérie débute par une aura partant de l'ovaire, de l'épigastre ou d'une zone spasmogène quelconque, et remontant progressivement vers le cou (*boule hystérique*). La malade éprouve alors une sensation de suffocation, de strangulation, sa vue s'obscurcit, la tête lui tourne et elle tombe sans connaissance : cette perte de connaissance n'est pas toujours aussi brusque. Alors commence la période des convulsions : d'abord convulsion tonique avec arrêt du thorax en inspiration, puis grands mouvements désordonnés avec cris et vociférations. Enfin ces mouvements se calment et font place à un délire tranquille ou bien la crise se termine par une émission d'urines claires et abondantes (urines nerveuses), par des pleurs ou un rire convulsif, après quoi la malade revient à elle.

B. GRANDE HYSTÉRIE (HYSTÉRO-ÉPILEPSIE). — La crise de grande hystérie débute comme une crise épileptique par des convulsions

ioniques et cloniques : elle se continue par des contorsions et

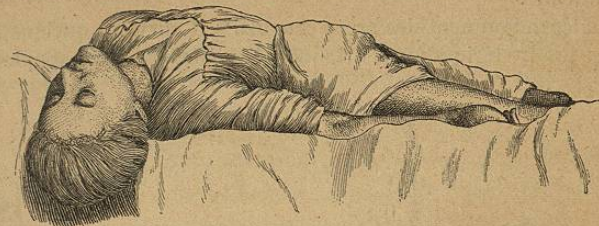


Fig. 66.
Grande hystérie.

de grands mouvements, puis la malade prend des attitudes pas-



Fig. 67.
Grande hystérie.

sionnelles ou extatiques et enfin elle est en proie à des hallucinations effrayantes ou garde une rigidité cataleptique. BALLET

et CRESPIN ont vu l'hystérie simuler des crises d'épilepsie jacksonienne.

Indépendamment des accès convulsifs il survient quelquefois chez les hystériques des attaques d'apoplexie : cette apoplexie



Fig. 68.
Grande hystérie.

hystérique (DEBOVE et ACHARD) simule à s'y méprendre l'apoplexie due à une lésion organique du cerveau.

2° Contractures. — Les contractures limitées à un membre surviennent souvent après un traumatisme. D'autres fois elles sont localisées aux deux membres inférieurs, simulant alors une paraplégie spasmodique : la malade ne peut détacher ses pieds du sol, elle avance à grand'peine ; les deux jambes sont comme collées l'une contre l'autre ; mais il n'y a ni troubles des sphincters, ni troubles trophiques. Enfin l'hémispasme glosso-labé qu'on rencontre quelquefois dans l'hémiplégie hystérique est aussi une variété de contracture.

Le tremblement, la chorée rythmique, les tics sont de fréquentes manifestations hystériques. L'hystérie est aussi capable de simuler la sclérose en plaques.

3° Paralysies hystériques. — Étudions d'abord leurs caractères généraux, puis leurs principales variétés.

A. LEURS CARACTÈRES GÉNÉRAUX. — Les paralysies hystériques s'accompagnent souvent d'anesthésie ou de contracture. Elles sont quelquefois fugaces, se déplaçant facilement sous l'influence de l'auto-suggestion ou des aimants (transfert). De même la suggestion joue un grand rôle dans leur production. Elles surviennent souvent après une crise convulsive, aussi GENDRIN les considérait-il comme un phénomène d'épuisement : mais LANDOUZY a montré qu'une paralysie hystérique pouvait au contraire disparaître à l'occasion d'une crise.

Un traumatisme, ou la simple crainte d'un traumatisme, une émotion morale, peuvent encore leur donner naissance ; la paralysie dans ce cas ne survient pas immédiatement, mais après une période d'incubation plus ou moins prolongée, pendant laquelle le malade *couve sa paralysie*. Inquiet des conséquences possibles de sa blessure, le traumatisé s'en exagère l'importance et devient paralytique par le fait d'une auto-suggestion inconsciente (PITRES).

Il est vraisemblable que la paralysie hystérique résulte du défaut de contact des prolongements dendritiques des neurones cérébraux, hypothèse formulée par LÉPINE en 1894.

« Si ces prolongements sont simplement *contigus* et nulle part *continus* (les anatomistes qui ont contrôlé les travaux de M. CAJAL l'admettent), on peut concevoir, ce semble, qu'un simple défaut d'adhérence entre ces prolongements mette obstacle au passage de l'influx nerveux ; on peut supposer que sous une influence psychique un déplacement insignifiant des prolongements fait cesser la contiguïté et que celle-ci se rétablisse par suite d'un certain éréthisme de la cellule, corrélatif de la volonté. Bref, on peut imaginer différentes variantes de l'hypothèse mécanique que j'indique ici, et qui se résume en disant que l'interruption du passage de l'influx nerveux résulterait du défaut de *contiguïté parfaite* entre les ramifications des cellules ; une cause psychique, un ébranlement quelconque amènerait ce défaut de contact ; une action psychique, la volonté, par suite de

l'éréthisme de la cellule et de ses prolongements, pourraient le rétablir... Ce qu'il faut seulement retenir, c'est qu'à ce niveau l'influx nerveux peut être interrompu. Tant qu'on a admis une continuité parfaite de la fibre nerveuse d'une cellule à une autre, la paralysie hystérique était peu compréhensible. Elle s'explique parfaitement aujourd'hui par une cause physico-mécanique¹. »

B. HÉMIPLÉGIE. — Elle succède ordinairement à une attaque d'*apoplexie hystérique*. Après son ictus, le malade se réveille avec une hémiplegie, simulant l'hémiplegie par lésion organique du cerveau, mais avec les particularités suivantes.

1° La *face* est ordinairement respectée dans l'hémiplegie hystérique ; mais la paralysie faciale est simulée par un *spasme glosso-labial* du côté opposé (CHARCOT) ; on appelle ainsi la déviation spasmodique de la commissure labiale et de la langue. LOMBROSO, BALLET, PITRES, BABINSKI, ont toutefois montré qu'il pouvait exister dans l'hystérie une véritable paralysie faciale : comme celle de cause organique centrale, elle siège uniquement sur le facial inférieur, respectant les muscles du front et l'orbiculaire des paupières. C'est une paralysie systématique, c'est-à-dire spécialisée : par exemple le malade pourra remuer et arrondir les lèvres, souffler, dévier sa commissure labiale, mais sera incapable de siffler, alors que dans l'hémiplegie organique au contraire il y a parallélisme entre les divers troubles de la motilité volontaire. Souvent aussi cette paralysie, peu apparente au repos, n'apparaît qu'à l'occasion des mouvements. Elle peut être double, ou au contraire s'accompagner d'un spasme glosso-labial du côté opposé ;

2° La *langue* est parfois faiblement déviée du côté de la paralysie, comme cela se voit dans l'hémiplegie organique ; mais le plus souvent cette déviation est beaucoup plus prononcée ou se fait en sens inverse ;

3° Une contraction très apparente du peaucier du cou du côté sain, quand le malade ouvre la bouche toute grande ou essaie de fléchir la tête maintenue passivement renversée, s'observe

¹ LÉPINE, *Revue de médecine*, 10 août 1894, p. 727, et 1896, p. 652.

chez certains hémiplegiques (BABINSKI) ; rien de pareil dans l'hémiplegie hystérique. C'est le *signe du peaucier* ;

4° Aux *membres*, la contracture est précoce, apparaît dès le début de la paralysie, — ou bien elle n'existe pas : la paralysie *reste flasque* et le malade traîne après lui sa jambe malade comme un corps inerte (démarche hélicopode). La paralysie organique, c'est-à-dire celle qui succède à l'hémorragie ou au ramollissement cérébral, est bien différente : flasque au début, elle s'accompagne au bout de quelques semaines de contracture du membre supérieur et du membre inférieur ; celui-ci se raidit dans l'extension : le malade ne peut marcher qu'en fauchant (démarche hélicopode) (CHARCOT) ;

5° L'hémiplegie organique s'accompagne, au repos, de *troubles de la tonicité* des muscles dans le côté paralysé : ainsi le sourcil est abaissé, les plis d'une moitié du front effacés, la joue saisie entre le pouce et l'index montre plus de laxité, l'avant-bras peut être passivement fléchi sur le bras plus fortement que du côté sain ; dans l'hémiplegie hystérique rien de pareil et ce phénomène de *flexion exagérée de l'avant-bras* n'existe pas ;

6° Les *réflexes tendineux* ne sont pas modifiés dans l'hémiplegie hystérique ; il n'y a ni exagération du *réflexe rotulien*, ni trépidation épileptoïde comme cela se voit quelques semaines après le début de l'hémiplegie organique. Dans celle-ci les *réflexes cutanés* sont abolis ou affaiblis : ainsi l'excitation de la peau de l'abdomen ne détermine plus la contraction des muscles droits (*réflexe abdominal*), l'excitation de la peau de la cuisse ne détermine plus la rétraction du crémaster (*réflexe crémastérien*). L'excitation de la plante du pied du côté hémiplegié détermine le relèvement des orteils sur le métatarse et non leur flexion plantaire comme à l'état normal ou chez un sujet sain : cette inversion du réflexe normal désignée sous le nom de *phénomène des orteils* ou *signe de BABINSKI*¹ est l'indice d'une lésion du faisceau pyramidal. — Dans l'hémiplegie hystérique aucun trouble des réflexes cutanés et le phénomène des orteils fait défaut ;

¹ BABINSKI, *Gazette des hôpitaux*, 5 et 8 mai 1900.

7° L'hémiplégie hystérique s'accompagne habituellement d'hémi-anesthésie ; ce trouble de la sensibilité qui peut se borner à une simple hypoesthésie, se limite absolument à la ligne médiane du corps (anesthésie dimidiée) ;

8° Les troubles sensoriels sont aussi beaucoup plus fréquents dans l'hémiplégie hystérique ; elle peut s'accompagner d'amblyopie unilatérale, mais jamais d'hémianopsie comme l'hémiplégie organique ;

9° Les troubles trophiques portant sur les muscles ou la peau sont excessivement rares.

Enfin il ne faut pas oublier que l'âge avancé du malade, la notion de la syphilis, la présence de lésions cardiaques ou artérielles, l'apparition de la fièvre, l'incontinence des matières fécales, l'eschare fessière sont autant de raisons en faveur du diagnostic d'hémiplégie organique, alors que la constatation des stigmates ou le rôle avéré d'une émotion dans l'apparition de la paralysie plaident fortement pour une hémiplégie hystérique.

C. MONOPLÉGIES. — Elles relèvent le plus souvent de l'hystéro-traumatisme. Quelques jours après le traumatisme (et il n'est pas nécessaire qu'il ait été très intense), le membre intéressé présente de la parésie, puis une paralysie complète. Il y a donc une période de latence ou d'incubation : ce simple détail montre bien l'importance, le rôle de l'auto-suggestion.

Le membre paralysé présente une anesthésie générale portant sur tous les modes de la sensibilité : à la racine du membre cette anesthésie cesse brusquement.

Au niveau du point traumatisé existe souvent une zone spasmodique dont la pression ou le contact peuvent provoquer une crise convulsive.

D. PARAPLÉGIE. — La paralysie des deux membres inférieurs s'accompagne d'une contracture ou fugace, ou très précoce : dans ce dernier cas les malades ne peuvent détacher les pieds du sol, les cuisses sont rapprochées : elles s'avancent en frottant les genoux l'un contre l'autre. Contrairement à ce qu'on cons-

tate dans la plupart des cas de paralysie par lésion organique de la moelle, les réflexes sont normaux, il ne se produit pas d'eschare sacrée, et les troubles rectaux ou vésicaux sont excessivement rares.

L'anesthésie occupe les deux membres inférieurs et se limite nettement à leur racine.

La paralysie des quatre membres (quadriplégie) est excessivement rare. La paralysie d'un membre supérieur et des deux membres inférieurs (triplégie) s'observe plus fréquemment.

Ces paralysies doivent être soigneusement distinguées des paralysies de cause organique (corticales ou médullaires) ; nous avons exposé chemin faisant les éléments de ce diagnostic différentiel.

Elles se terminent habituellement par la guérison ; mais leur durée est très variable : souvent fugaces, elles peuvent d'autres fois durer des mois ou des années. Elles peuvent aussi récidiver.

4° Paralysies systématisées et troubles de la coordination. — La paralysie hystérique n'intéresse pas toujours en bloc tous les muscles d'un membre : on l'a vue se limiter aux extenseurs du poignet et simuler la paralysie saturnine (POTAIN).

D'autres fois c'est la coordination des mouvements nécessaires pour l'accomplissement d'un acte déterminé qui est en défaut : par exemple la coordination des mouvements nécessaires à la marche (*astasié-abasié*), des mouvements des lèvres et du larynx (*mutisme hystérique*), etc. Dans ces deux cas le malade peut parfaitement mouvoir ses jambes, sa langue ou ses lèvres : il n'y a pas paralysie. C'est la coordination de ces mouvements, spécialement en vue de la marche ou de la phonation, qui est troublée. Le mutisme hystérique peut s'accompagner d'agraphie (LÉPINE). On a décrit aussi un bégaiement hystérique.

5° Anesthésies. — L'anesthésie peut intéresser la peau, les parties profondes (os, muscles et ligaments), les muqueuses. L'anesthésie du pharynx et de la conjonctive est si fréquente