

qu'elle fait partie des stigmates de l'hystérie. Nous décrirons à part celle des organes des sens.

A. CARACTÈRES. — Elle peut être complète et porter sur tous les modes de la sensibilité (contact, douleur, chaleur, froid, électricité). Souvent elle est incomplète et il s'agit d'une simple hypoesthésie. D'autres fois enfin elle est dissociée, portant sur un ou plusieurs modes de la sensibilité et respectant les autres. Lorsque la sensibilité tactile persiste à l'exclusion des sensibilités thermique et douloureuse, elle simule absolument la dissociation syringomyélique (voy. p. 103).

Les anesthésies hystériques sont remarquables par leur *mobilité* : les crises convulsives, la suggestion, la faradisation, l'application des aimants ou des plaques métalliques, les modifient dans leur intensité et leur distribution. Sous ces diverses influences l'anesthésie peut disparaître ou passer du côté opposé. Ces *phénomènes de transfert* s'obtiennent facilement par l'application de divers métaux (BURQ), de plaques ou de pièces d'or ou d'argent (méthallothérapie).

La persistance des réflexes tendineux et de la plupart des réflexes cutanés constitue un deuxième caractère important des anesthésies hystériques.

Les particularités de leur distribution ne sont, comme on va le voir, pas moins caractéristiques.

B. DISTRIBUTION. — Au point de vue de leur *topographie*, ces anesthésies peuvent affecter plusieurs types :

1° L'*hémianesthésie*, associée ou non à l'hémiplégie motrice, est exactement limitée sur la ligne médiane. Elle peut s'accompagner d'anesthésie des muqueuses ou des organes des sens du même côté, mais cette coexistence n'est point obligée.

2° Les *anesthésies des membres*, associées ou non à des monoplégies, ont une configuration caractéristique : elles sont segmentaires et terminées par une limite absolument nette, correspondant à la racine du membre ou à un segment de membre; ainsi elles occupent un doigt, la main, le pied, le bras, la

jambe, d'où le nom d'anesthésies en doigt de gant, en bracelet, en brodequin, en manche de veste, en gigot.

3° Les *plaques d'anesthésie disséminées* peuvent se rencontrer sur les divers points du tégument.

C. ALLOCHEIRIE. — Il faut rapprocher de l'anesthésie hystérique, un trouble particulier de la sensibilité, l'*allocheirie* (αλλος, *autre*, χεϊρ, *main*) : dans certains cas d'hémianesthésie hystérique incomplète, si on pique un point quelconque du tégument hypoesthésique, le malade sent la piqûre, mais ne peut dire sur quel côté elle a porté, ou même il la localise du côté opposé.

6° *Hyperesthésie*. — Elle n'est pas aussi étendue que l'anesthésie et se borne à quelques zones dont le contact ou la pression produisent de la douleur et peuvent même déterminer un accès convulsif (*zones spasmogènes ou hystérogènes*). Rien de plus variable que leur localisation. La douleur du testicule, celle de l'ovaire (*ovarie*), sont les plus connues; mais l'hyperesthésie peut aussi siéger sur un segment de membre, sur une muqueuse, sur le conduit auditif, le sein, le crâne (clou hystérique), le rachis, etc.

Non seulement le contact, mais la crainte même du contact, la vue de la main qui approche, suffit quelquefois pour provoquer la douleur et faire éclater la crise hystérique. Ce simple détail montre assez nettement le rôle de l'état mental.

Par leur intensité et leur localisation, ces douleurs peuvent simuler les affections organiques; mal de Pott, coxalgie avec tous ses signes (contracture musculaire produisant l'abduction du membre inférieur, l'ensellure lombaire, etc.).

Les douleurs ne sont pas seulement réveillées par la pression mais surviennent aussi spontanément et simulent même divers syndromes dépendant d'une affection organique (méningite avec vomissements, angine de poitrine, migraine ophtalmique, etc.).

À l'hyperesthésie il faut encore rattacher les sensations dou-

loueuses produites par un simple contact (aphalgie de PITRES : ἀφή, toucher et ἄλγος, douleur).

7° Troubles des organes des sens. — Tous les sens peuvent être affectés.

A. VISION. — Les troubles de la vision portent sur toutes les fonctions de l'œil :

a. *Rétrécissement du champ visuel. Amaurose, dyschromatopsie.* — Le plus caractéristique et le plus fréquent des troubles de la vision, chez les hystériques, est le *rétrécissement du champ visuel*. Le point de fixation (c'est-à-dire la vision maculaire) est intact, mais le malade ne perçoit pas les objets situés dans les parties périphériques du champ visuel.

Ce rétrécissement concentrique porte sur les deux yeux ; mais, dans les cas d'hémianesthésie, il peut être plus marqué du côté correspondant et même constituer une véritable *amaurose unilatérale*.

L'amaurose bilatérale, plus rare encore, est subite et passagère.

La vision des couleurs est fréquemment troublée (*dyschromatopsie*). C'est ordinairement la couleur rouge qui disparaît en dernier lieu, alors que dans les rétrécissements du champ visuel relevant d'autres causes, c'est le bleu qui persiste le plus longtemps. Cette dyschromatopsie n'est pas due à une altération organique ou fonctionnelle de certains éléments de la rétine mais à une perception défectueuse au niveau des centres encéphaliques. Si en effet on fait tourner devant l'œil d'une hystérique privée de la vision du vert une toupie rouge et verte, elle la voit blanche, absolument comme un sujet normal.

Quelle est la cause de ces troubles de la vision et notamment du rétrécissement du champ visuel ? On les rapporte généralement à un fonctionnement défectueux des centres cérébraux de la vision. Une récente théorie de KNIES les attribue plutôt à un trouble de l'innervation vaso-motrice prédominant au niveau du trou optique ; sous cette influence il y aurait non pas une

atrophie, mais un simple déplacement de la myéline, d'où inhibition de la conductibilité des fibres nerveuses ; d'où aussi retour presque immédiat de la fonction, et guérison possible.

b. *Troubles de la réfraction.* — La réfraction présente des troubles variés : l'hystérique ne peut voir distinctement les objets rapprochés (asthénopie accommodative) ou éloignés (myopie par spasme de l'accommodation) ; il les voit gros (macropsie) ou petits (micropsie). Si on lui fait fixer un petit objet qu'on éloigne progressivement, il le voit double ou triple (polyopie binoculaire)¹.

Il est à remarquer que la plupart des troubles de la vision que nous venons d'énumérer disparaissent ou s'atténuent lorsque les deux yeux sont ouverts, c'est-à-dire dans la vision binoculaire, alors qu'ils étaient facilement constatables sur chaque œil considéré isolément (PITRES, PARINAUD).

c. *Troubles de la sensibilité cornéenne.* — La sensibilité de la cornée est diminuée ou abolie ; on peut souvent la toucher avec une tige d'épingle sans provoquer le clignement ou réflexe oculopalpébral.

d. *Blépharospasme.* — La contracture de l'orbiculaire produit le *blépharospasme* ; il simule le ptosis paralytique qui accompagne la lésion du releveur de la paupière supérieure et ne s'en distingue que par l'abaissement du sourcil et l'accentuation des plis verticaux de sa partie interne (CHARCOT) ; dans le ptosis paralytique, au contraire, le sourcil correspondant est élevé et ce sont les plis horizontaux du front qui sont plus marqués.

e. *Strabisme.* — La contracture des muscles moteurs du globe oculaire produit le strabisme (rare). Leur paralysie porte surtout sur les mouvements associés (direction latérale du regard).

f. *Nystagmus.* — Un nystagmus à oscillations rapides, avec tremblement de l'iris a été récemment décrit par SABRAZÈS et CABANNES².

¹ Ce dernier caractère n'est point spécial à l'hystérie, mais s'observe aussi dans les faibles degrés de myopie et paraît résulter d'un spasme de l'accommodation.

² SABRAZÈS et CABANNES, Voir *Revue Neurologique*, 1896.

B. AUDITION. — La surdité unilatérale complète est excessivement rare. Le plus souvent : 1° la surdité n'est pas absolue; 2° son degré est variable avec les diverses sources sonores, et quelquefois variable d'un moment à l'autre; ainsi une malade ne percevra pas le tic-tac d'une forte montre et entendra la parole à voix basse, une autre ne percevra pas les sons élevés et percevra seulement les sons graves, etc.; 3° lorsque la surdité est unilatérale les malades ne paraissent pas en être gênés, bien différents en cela des sourds par lésion organique de l'oreille qui cherchent toujours à se placer dans la position la moins défectueuse pour l'audition; 4° la perception aérienne est meilleure que la perception osseuse; ainsi un diapason vibrant à l'entrée du conduit auditif est perçu plus longtemps qu'un diapason mis au contact des os du crâne, contrairement à ce que l'on observe dans la surdité par lésion de l'oreille moyenne (l'expérience de RIXNE est dite *positive*); 5° la surdité s'accompagne rarement de bourdonnements et d'autres bruits subjectifs si fréquents dans les lésions organiques; 6° elle peut s'atténuer ou passer du côté opposé sous l'influence des aimants ou de la métallothérapie (phénomènes de transfert); 7° elle peut s'accompagner d'anesthésie du conduit auditif et du tympan, avec ou sans *zones hystérogènes* (WALTON); mais cette coexistence est tout à fait inconstante (LICHTWITZ).

La surdité hystérique survient souvent sans cause appréciable, d'autres fois à l'occasion d'une émotion, d'une lésion légère de l'oreille incapable de produire par elle-même des troubles auditifs, d'un traumatisme, par exemple d'un soufflet sur l'oreille (CARTAZ). La surdi-mutité (CARTAZ, LEMOINE) est très rare.

Les hémorragies auriculaires périodiques coexistent habituellement avec d'autres hémorragies. Elles ne s'accompagnent d'aucune lésion de l'oreille moyenne; le sang vient du conduit auditif.

C. GOÛT. — La gustation peut être pervertie, abolie plus ou moins complètement : cette abolition est souvent élective, ne portant que sur certains saveurs, alors que la perception des autres est conservée.

D. ODORAT. — L'anosmie est plus rare.

8° Troubles mentaux. — L'état mental des hystériques est toujours bizarre; elles sont capricieuses, pleurent et rient presque sans motif et leur caractère est très versatile. Parfois les idées mélancoliques prédominent et peuvent même conduire au suicide. Certaines malades refusent de s'alimenter ou de parler. D'ailleurs ces troubles mentaux jouent un rôle primordial dans la genèse des accidents hystériques qui relevent à peu près tous de l'auto-suggestion.

9° Troubles trophiques et vaso-moteurs. — L'atrophie musculaire, sans lésion apparente des nerfs ou des centres nerveux, est assez rare dans l'hystérie et ordinairement peu étendue. Le système vasomoteur réagit avec énergie et la *dermographie* est facile à mettre en évidence : il suffit de promener le doigt à la surface de la peau pour voir apparaître une trainée congestive longtemps persistante. Enfin spontanément les hystériques présentent parfois des œdèmes localisés avec cyanose de la peau (*œdème bleu*).

10° Troubles viscéraux. — Ce sont des phénomènes en somme assez rares : accès de toux hystérique, accès de dyspnée, dysphagie par œsophagisme, aérophagie hystérique (BOUVERET) consistant dans la déglutition de l'air et son rejet par éructation, crises gastriques douloureuses, tympanite et pseudo-péritonite hystériques, vomissements incoercibles, vomissements fécaloïdes. Les vomissements sont quelquefois dus à un simple rejet des aliments introduits dans l'œsophage; d'autres fois les aliments ont pénétré jusque dans l'estomac où ils compriment une zone hystérogène de la muqueuse (GILLES DE LA TOURETTE) et rendent une crise convulsive imminente : leur rejet par vomissement écarte la crise.

Ces troubles gastriques disparaissent lorsque, par un traitement rationnel, on arrive à déplacer la zone hystérogène.

La pseudo-méningite hystérique simule parfois à s'y méprendre une méningite aiguë. Le plus souvent cependant, en

dehors même des stigmates d'hystérie, un symptôme anormal (tel qu'une attitude extatique, un tremblement rythmique, des mouvements de salutation) permet de faire le diagnostic.

11° État de la nutrition¹. — Les renseignements principaux nous sont fournis par les modifications de l'urine, du sang et du poids du corps.

1° Dans l'hystérie normale, c'est-à-dire en dehors des paroxysmes hystériques, la nutrition ne s'écarte pas de ce qu'elle est chez un sujet sain.

2° Dans l'hystérie paroxystique, quels que soient ces paroxysmes (attaques convulsives, toux hystérique, chorée rythmée, etc.), la nutrition se modifie comme en témoigne l'analyse des urines. Il y a une *formule urinaire* spéciale (GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINÉAU) qu'on peut exprimer ainsi :

a. La quantité d'urine reste la même dans les vingt-quatre heures, mais la première miction qui suit l'accès équivaut au double et au triple d'une miction normale (débâcle urinaire) : ce sont des urines claires et limpides dites *urines nerveuses* ;

b. Le résidu fixe est diminué environ d'un tiers ;

c. L'urée tombe de 21 grammes, quantité normale, à 13 ou 14 grammes ;

d. Il y a diminution des phosphates et en même temps *inversion de la formule des phosphates* : cela signifie qu'un malade qui excrète normalement 2,50 d'acide phosphorique n'en excrète plus que 1,25 par exemple : mais cette diminution ne se répartit pas également sur les phosphates terreux et sur les alcalins ; à l'état normal les premiers sont aux seconds comme 1 est à 3 ; dans l'hystérie paroxystique la diminution portant surtout sur les alcalins, la proportion devient comme 1 est à 2 ou même comme 1 est à 1. Cette inversion de la formule des phosphates permet donc dans certains cas difficiles d'établir le diagnostic entre les attaques d'hystérie et les attaques d'épilepsie qui s'accompagnent au contraire d'une

¹ GILLES DE LA TOURETTE, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1891 et 1894.

augmentation de l'excrétion de l'urée et des phosphates (LÉPINE, MAIRET).

3° Dans les cas de *vomissements* répétés, ou d'*anorexie* hystérique, les pesées journalières montrent un amaigrissement progressif, qui peut aboutir à la mort.

4° Le *sang* est normal en dehors des cas d'anémie ou de chlorose concomitante ; sa teneur en hémoglobine, en urée, etc., est normale. La quantité de sang qui s'échappe par une solution de continuité des téguments est d'un tiers inférieure à ce qu'elle serait chez un individu normal (GILLES DE LA TOURETTE) ; il y a donc ischémie des téguments.

5° La *fièvre* hystérique (BRIQUET) est un accident fort rare. Elle est continue, rémittente ou intermittente, et peut s'élever au delà de 41°. Son invasion et sa disparition sont soudaines, sa marche irrégulière. L'état général reste bon. Elle a pu simuler la fièvre typhoïde (HANOT).

§ 3. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'hystérie est d'autant plus important que cette névrose peut simuler la plupart des affections organiques du système nerveux et de divers appareils, affections infiniment plus graves qu'elle, et que pareille erreur de diagnostic se double d'une erreur de pronostic. A propos de chacun des principaux symptômes ou accidents : anesthésies, hémiplegie, contractures, etc., nous avons exposé les éléments du diagnostic différentiel. Mais en règle générale, toutes les fois qu'on soupçonne l'hystérie, il faut immédiatement rechercher ses *stigmates*. On appelle ainsi des signes somatiques, objectifs, caractéristiques de la névrose, mais dont la plupart peu apparents demandent à être cherchés. L'*ovarie*, ou l'*excès de sensibilité du testicule*, l'*insensibilité de la cornée*, l'*anesthésie pharyngée*, le *rétrécissement du champ visuel*, les *anesthésies cutanées* (surtout les anesthésies segmentaires et l'hémianesthésie), les *zones d'hyperesthésie* et les *zones hystérogènes*, constituent les principaux stigmates et suffisent à établir le diagnostic, alors même qu'ils sont très incomplètement réunis.

Mais il est des cas où ces stigmates n'existent pas, où l'hystérie ne se manifeste que par un seul symptôme dont la nature reste douteuse, par exemple une attaque d'apoplexie, une monoplégie brachiale, une hémiplégie ; c'est ce qu'on appelle l'*hystérie mono-symptomatique*. — L'étude attentive de ce symptôme finira par déceler quelque'un des caractères que nous avons signalés comme propres aux paralysies, aux contractures, aux anesthésies hystériques ; ou bien les conditions particulières qui ont présidé à son apparition (traumatisme, émotion, chagrin, déception), la notion de crises convulsives antérieures, l'influence de la suggestion ou de la métallothérapie, un état mental singulier, mettront sur la voie du diagnostic.

Le diagnostic différentiel, basé sur ces données, doit être fait : 1° avec les divers états convulsifs (épilepsie, p. 310) ; 2° avec la plupart des affections organiques du système nerveux, diffuses ou systématisées, car toutes sont susceptibles d'être simulées par l'hystérie : hémiplégie par hémorragie et ramollissement cérébral, méningites, tumeurs, myélite avec paraplégie, syringomyélie, sclérose en plaques, goitre exophtalmique névrites périphériques ; 3° avec d'autres affections organiques : mal de Pott, coxalgie, ulcère rond, etc.

§ 4. — ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'hystérie ne comporte pas un pronostic grave *quoad vitam*, bien qu'on ait vu exceptionnellement la mort survenir pendant une crise convulsive ; mais elle peut devenir la source d'infirmités persistantes, telles que des contractures ou des paralysies, qui dureront parfois des années. D'une façon générale, les manifestations hystériques ont d'autant moins de chances de guérir qu'elles sont moins invétérées.

§ 5. — TRAITEMENT

Le traitement de l'hystérie est fort délicat et nécessite une étude approfondie du caractère de chaque malade. Les toniques, l'hydrothérapie, l'exercice et les distractions en constituent la

base. Contre les accidents hystériques, tels que les paralysies ou les contractures, il faut lutter par des moyens qui frappent l'imagination des malades : ainsi agissent les aimants, l'électricité statique, la faradisation. La suggestion hypnotique ou la suggestion à l'état de veille sont très fréquemment indiquées. Il est parfois nécessaire d'isoler les malades, de les soustraire à leur milieu habituel. Le bromure de potassium, excellent dans les crises épileptiques, n'a aucune action sur l'hystérie.

ARTICLE III

CHORÉE

La chorée (de *chorea*, danse) est caractérisée par des mouvements désordonnés, involontaires des membres. Nous n'aurons en vue dans cette description que la chorée de SYDENHAM : mais on trouvera à propos du diagnostic quelques notions sur les autres chorées.

1° **Étiologie.** — La chorée est une affection de la seconde enfance : c'est entre six et onze ans que s'observent presque tous les cas. Les maladies aiguës, et surtout le *rhumatisme* articulaire aigu, la coqueluche, l'érysipèle et les *fièvres éruptives*, toutes les causes débilitantes, notamment la chlorose et la scrofule, enfin les émotions morales vives, la frayeur sont les principales causes immédiates de la chorée. Elles n'agissent en général que sur un terrain prédisposé par l'hérédité névropathique. — La chorée survient quelquefois chez les adultes ; enfin il existe une chorée des femmes enceintes tout à fait comparable à celle des enfants.

2° **Symptômes.** — La maladie débute par une irritabilité du caractère et une agitation anormale, ou au contraire par de l'abattement. Le sommeil est interrompu, l'appétit nul ou capricieux ; il y a de la constipation. Des douleurs vagues dans les