Mais il résulte des recherches de Gilles de la Tourette et Cathelineau que la suppression de l'écoulement du sang après section du derme est un fait bien plus général, qu'on retrouve chez un grand nombre d'hystériques indépendamment de leur anesthésie. Si ce phénomène coïncide souvent avec l'anesthésie et peut même se localiser aux régions dont la sensibilité est troublée, cela résulte de la loi de superposition des phénomènes hystériques.

Cette même loi régit la faiblesse musculaire, ou « amyosthénie », qui est si souvent notée du côté hémianesthésique, et il ne faut pas rattacher à l'absence de la perception des excitations cutanées tous les phénomènes moteurs et vaso-moteurs qu'on rencontre avec elle. Néanmoins nous conclurons que, si l'anesthésie hystérique peut être de telle nature que malgré sa profondeur elle reste inaperçue des malades pour ne se dévoiler qu'au médecin ; si elle peut n'entraîner aucun trouble subjectif, si elle peut laisser la sensation s'enregistrer pour être évoquée plus tard ; si elle laisse parfois subsister tous les réflexes, ce ne sont pas là en réalité des caractères pathognomoniques nécessaires de la nature hystérique de l'anesthésie, parce qu'on rencontre véritablement dans la névrose des anesthésies s'accompagnant des mêmes phénomènes réactionnels que les anesthésies organiques, c'est-à-dire de sensations subjectives pénibles et de troubles de la motilité et de la réflectivité.

Aussi, le diagnostic de l'anesthésie hystérique, tout en en tirant une grande précision, ne peut se faire exclusivement sur ces signes et doit être discuté pour chaque cas.

C'est en nous appuyant surtout sur la localisation de l'anesthésie que nous en rechercherons les éléments.

L'anesthésie généralisée ne se voit que dans l'hystérie ; l'anesthésie localisée en est au contraire souvent indépendante ; la forme de cette localisation est ici de la plus grande importance : si le territoire anesthésié reproduit absolument la zone de distribution d'un nerf périphérique ou d'une racine postérieure, on peut écarter résolument l'hystérie et rechercher les autres signes d'une lésion d'un tronc nerveux radiculaire ou périphérique, ou les autres signes du tabes. Si le territoire est *segmentaire*, dans le sens du moins où nous l'entendons en France, c'est-à-dire occupe un segment de membre (gant, manchette, gigot, chaussette, etc.), nous devrons au contraire penser à l'hystérie. Il y a des cas où, des territoires radiculaires étant pris conjointement, on a l'apparence d'une anesthésie segmentaire ; cela existe, par exemple, dans certaines lésions traumatiques du plexus brachial, mais alors on peut se guider sur le territoire de la face postéro-interne du bras qui appartient à la troisième racine postérieure dorsale et conserve sa sensibilité ; cela existe aussi, d'après Laehr, Hahn, Obersteiner et Redlich, Déjerine, Huet et Guillain, dans la syringomyélie à laquelle nous rattacherons les

hématomyélies spontanées. Il serait possible pour ces auteurs, au moins au début de l'affection, de dissocier le territoire segmentaire où l'on constate les troubles spéciaux d'anesthésie qui caractérisent la maladie, en bandes radiculaires que séparent des différences de sensibilité légères, mais qu'un examen minutieux permet toutefois de reconnaître. Déjerine ajoute que, dans le cas où l'anesthésie tactile vient se surajouter à la thermoanesthésie et à l'analgésie comme il arrive dans les syringomyélies anciennes, c'est toujours suivant une bande radiculaire que ce trouble nouveau se montre. Pour Brissaud au contraire, il y a une métamérie segmentaire spinale qui explique par une lésion limitée de la substance grise la disposition de l'anesthésie syringomyélique telle qu'elle a été si souvent notée en segments géométriques.

L'anesthésie symétrique des extrémités caractéristique des polynévrites diminue toujours d'intensité à mesure que l'on remonte vers la racine des membres, elle atteint également les sensibilités profondes et altère ou abolit la perception stéréognostique, elle n'est jamais unilatérale, enfin elle ne disparaît jamais que progressivement et non par segments, phalange par phalange en quelque sorte, comme l'anesthésie hystérique.

Les mêmes considérations s'appliquent aux anesthésies d'origine corticale qui accompagnent les monoplégies dues aux lésions cérébrales ; dans ce cas il y a parallélisme absolu des troubles de la motilité et de ceux de la sensibilité, et les uns comme les autres vont en croissant de la racine du membre à sa périphérie.

L'anesthésie paraplégique peut s'observer à la suite de lésions localisées intéressant plus ou moins complètement la largeur de la moelle épinière ; elle coïncide toujours alors avec des délabrements énormes qui se traduiront par d'autres symptômes moteurs, sphinctériens, trophiques.

L'hémianesthésie organique peut dépendre d'une lésion de la moelle cervicale siégeant dans sa partie tout à fait supérieure ; dans ce cas, la sphère du trijumeau est toujours respectée, et le sujet présente les signes caractéristiques du syndrome de Brown-Séquard.

Elle peut être d'origine pédonculaire, protubérantielle, et se présente alors sous la forme d'hémianesthésie alterne, mais elle est plus souvent d'origine cérébrale. Dans toutes ces circonstances elle peut être absolument identique à l'hémianesthésie hystérique, qui ne s'en distinguera même pas par la notion d'un ictus apoplectique initial ou par la coexistence de troubles paralytiques, particularités également possibles dans les deux cas. Suivant Déjerine, l'hémianesthésie d'origine cérébrale est toujours accompagnée d'une hémiplégie et, bien qu'il n'existe aucune espèce de parallélisme entre le degré de la paralysie et celui de l'anesthésie, — une anesthésie profonde pouvant correspondre à une hémiplégie peu accentuée et

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.

vice versa, — il y a un rapport étroit entre l'état de la sensibilité et celui de la motilité, c'est-à-dire que le membre le plus anesthésié est toujours celui qui est le plus paralysé ; les troubles sensitifs seront donc plus marqués au membre supérieur qu'au membre inférieur, au tronc et à la face : la main sera plus anesthésiée que l'avant-bras, ce dernier plus que le bras, le pied que la jambe, etc.

Si, dans l'hémianesthésie organique les troubles de la sensibilité acquièrent une grande intensité, si dans beaucoup de cas aussi ils siègent également sur les muqueuses du côté correspondant, langue, joue, narine, conjonctive et même cornée, jamais on ne constate la perte totale, absolue, complète de la sensibilité comme on la trouve parfois dans l'hémianesthésie hystérique, jamais non plus on ne constate ses variations sous l'influence de la simple suggestion.

Enfin, dans l'hémianesthésie hystérique, les sens spéciaux participent presque toujours à l'hémianesthésie et on observe du même côté que cette dernière, outre une diminution plus ou moins accusée de l'ouïe, du goût et de l'odorat, un rétrécissement du champ visuel qui n'existe jamais dans l'hémianesthésie organique, que cette dernière relève d'une lésion corticale, sous-corticale ou capsulaire.

Est-ce à dire qu'il faille rejeter les observations d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle publiées autrefois à l'appui de l'existence du carrefour sensitif tel que Charcot le décrivit après Turck? Non, mais il ne faut jamais oublier — et c'est pourquoi nous n'avons pas fait entrer en ligne de compte dans cette discussion diagnostique les symptômes organiques concomitants — que l'hystérie s'associe, se superpose fréquemment aux troubles anatomiques.

Anesthésies des muqueuses. — Ces anesthésies accompagnent le plus souvent l'anesthésie cutanée; si celle-ci est dimidiée, elles le sont elles aussi, ou du moins y a-t-il prédominance de ces troubles du côté hémianesthésié. Cependant il ne s'agit pas là d'une loi absolue et il peut exister toutes sortes de combinaisons des anesthésies cutanées et muqueuses. Celles-ci même peuvent être isolées, soit qu'elles constituent la manifestation première, soit qu'elles représentent la seule manifestation de l'hystérie.

On trouve sur les muqueuses les diverses variétés d'anesthésie que nous avons signalées sur la peau : abolition de la sensation de contact, analgésie, thermoanesthésie, etc. Mais, de plus, ces muqueuses sont la plupart du temps des organes spécialisés et, à côté du stigmate sensitif, nous devrons rechercher le stigmate sensoriel. Aussi renverrons-nous au chapitre des troubles sensoriels l'étude de l'anesthésie des muqueuses buccale, pituitaire, auriculaire et oculaire, qui sont souvent atteintes.

L'anesthésie de la muqueuse pharyngo-laryngée a été autrefois très étudiée ; elle jouait, avant l'étude des stigmates par Charcot, un grand rôle dans le diagnostic de l'hystérie. La possibilité de se faire

toucher, chatouiller à l'aide d'un corps étranger quelconque l'épiglotte sans provoquer de réflexe nauséeux est toutefois beaucoup moins spéciale aux hystériques qu'on ne l'avait d'abord cru. Elle est loin d'être constante chez ces malades, puisque, d'après Thaon, elle n'existe que dans un sixième des cas.

L'anesthésie des muqueuses qui tapissent l'extrémité inférieure du tube digestif et les organes génito-urinaires de l'homme et de la femme s'observe également; elle est assurément moins fréquente que celle des muqueuses qui tapissent le segment supérieur du corps. On ne recherche guère ces anesthésies comme stigmates. On les découvre seulement si les malades attirent l'attention sur elles, c'est-à-dire si elles sont le siège de sensations subjectives, ou s'accompagnent d'incontinence ou de rétention d'urine, phénomènes d'ailleurs fort rares, surtout en ce qui regarde l'incontinence.

Hyperesthésie. — L'exaltation ou la perversion de la sensibilité est un phénomène plus rare et moins bien connu que l'anesthésie. Il se présente comme celle-ci tantôt sous forme de stigmate, c'est-à-dire de phénomène ignoré du malade et que le médecin seul met en évidence, tantôt, et cela bien plus fréquemment que l'anesthésie, sous forme d'accident. L'hyperesthésie devient alors pour les malades un véritable supplice, une torture dont nous trouvons les descriptions imagées dans les œuvres de sainte Thérèse, de sœur Jeanne-des-Anges, etc. Sydenham l'a décrite au rachis, au vertex, aux dents même. Brodie, en 1837, appellera de nouveau l'attention sur elle, puis, Beau, Henrot, Schutzenberger, Briquet préparant les voies, Charcot perfectionnera encore son étude et nous devrons à son génie la notion des *zones hystérogènes*. L'aura douloureuse qui naît de ces zones tantôt précède les phénomènes convulsifs d'une grande attaque, tantôt reste isolée et constitue une attaque à forme névralgique : nous en étudierons dans ce même chapitre les diverses variétés.

L'hyperesthésie peut être cutanée, muqueuse, viscérale, et n'épargne pas les tissus intermédiaires ou profonds, les muscles, les tendons, les os, les articulations.

Hyperesthésie cutanée. — L'hyperesthésie est plus fréquente pour la sensation du tact que pour toute autre. Il arrive souvent que le frôlement de la peau par le doigt soit beaucoup plus vivement senti que la piqûre profonde. La douleur ainsi provoquée peut être extrêmement aiguë. Chez certains elle naît et meurt sur place ; chez d'autres, au contraire, elle se propage, elle a des points d'irradiation presque toujours les mêmes quel que soit son siège et que nous retrouverons en traitant des zones hystérogènes. La piqûre peut cependant, elle aussi, donner lieu à une douleur exagérée et insupportable, mais surtout le froid et le chaud souvent confondus dans une même sensation violente et pénible de brûlure.

L'hyperesthésie cutanée affecte diverses dispositions. Elle est généralisée, variété peu persistante et limitée à l'intervalle de deux attaques; elle a été cependant observée par Briquet dans un cas pendant cinq mois de suite, réalisant un épouvantable tourment, puisque le décubitus dans le lit était lui-même une cause de souffrance et que ni les pieds ne pouvaient se poser sur le sol, ni les mains saisir les objets les plus usuels.

Elle peut être hémilatérale, coïncidant par exemple avec l'hémianesthésie opposée. Elle est parfois disposée en territoires géométriques, répartie à la façon des anesthésies du même genre. Elle peut être enfin disséminée en îlots irréguliers et affecte alors les dispositions les plus variées.

Zones hystérogènes. — On ne peut séparer l'histoire des hyperesthésies en territoires irrégulièrement disséminés de celle des zones hystérogènes qui se confondent le plus souvent avec elles. En 1873, Charcot décrivit l'hyperesthésie ovarienne des hystériques, montrant à ce propos que dans bon nombre de cas l'attaque est précédée par une aura dont le point de départ se trouve précisément en cette région; que, réciproquement, la pression de cette zone peut, chez certains malades, provoquer l'explosion de l'attaque convulsive; enfin que très fréquemment les convulsions hystériques peuvent être instantanément arrêtées par la pression brusque de ce même territoire ovarien hyperesthésié. Quelques années plus tard, en 1879, Charcot remarqua que la région ovarienne n'était pas la seule dont l'excitation fût capable de provoquer ou d'arrêter les attaques d'hystérie. Pitres, à qui nous empruntons ces lignes, a particulièrement étudié cette question avec ses élèves Gaube et Lichtwitz. Remarquons que dans les épidémies de possession démoniaque, on trouve les premiers indices des zones hystérogènes aux endroits occupés par les démons. Au XVIIe siècle Willis faisait comprimer l'abdomen pour arrêter les crises, pratique conseillée aussi par Boerhaave, par Mesmer. Brodie décrit très nettement la zone hystérogène épigastrique chez deux de ses malades.

Ces zones hystérogènes, dit Pitres, sont des régions circonscrites du corps, douloureuses ou non, d'où partent souvent, pendant les prodromes des attaques spontanées, les sensations spéciales qui jouent un rôle dans l'ensemble des phénomènes de l'aura hystérique et dont la pression a pour effet soit de déterminer l'attaque convulsive ou une partie des phénomènes spasmodiques de l'attaque, soit d'arrêter brusquement les convulsions. Une même zone peut être à la fois spasmogène par pression légère et frénatrice par pression profonde.

Ces zones sont superficielles ou profondes, c'est-à-dire cutanées ou sous-cutanées ; elles peuvent siéger sur les muqueuses ou dans les viscères (ovaires, testicules, sein, etc.). Elles naissent et s'installent

spontanément sans cause plausible. Elles peuvent exister avant tout paroxysme et leur pression déterminer le premier accident convulsif. Uniques ou multiples chez le même individu, se rencontrant absolument partout, elles sont souvent de dimensions très restreintes, de la largeur d'une pièce de deux à cinq francs; dans ce cas la peau est en général insensible à leur niveau. Elles peuvent toutefois s'étendre sur une grande partie des téguments, surtout lorsqu'elles coïncident avec les hyperesthésies. Leur place n'est marquée sur le tégument cutané par aucun caractère particulier.

Pour reconnaître ces zones, il est nécessaire de presser un peu fortement avec la pulpe du doigt les téguments souvent anesthésiés que l'épingle ne révèle pas comme hystérogènes. Parfois les malades les indiquent eux-mêmes soit à cause des douleurs spontanées, soit à cause des douleurs que la pression et le simple frôlement y provoquent. On a vu des femmes ne pouvoir passer le peigne dans leurs cheveux, d'autres ne pouvoir mettre ou enlever leurs bas, etc. Bien plus, la douleur peut être telle que, le moindre mouvement la réveillant, elle force les malades à l'immobilité : tel est le symptôme bien évidemment hystérique de l'*akinesia algera* dont Möbius a voulu faire une névrose distincte.

Les zones hystérogènes apparaissent et disparaissent, se déplacent sans cause ou sous l'influence des moyens les plus variés, souvent après les paroxysmes. Nous allons passer en revue celles qui sont le plus fréquemment observées et les attaques à forme névralgique qui en dépendent.

La *tête* présente des zones hystériques extrêmement importantes, et Sydenham les avait décrites dans leur localisation étroite que rappelle le nom de « clou hystérique » qu'il leur donna. Ces zones hyperesthésiques peuvent avoir des irradiations douloureuses ; elles expliquent les céphalées si fréquentes dans l'hystérie que Briquet les note chez les six septièmes de ses malades.

Il est impossible de ne pas insister sur la céphalée des hystériques. C'est un accident pour ainsi dire constant, et c'est souvent la première manifestation de l'hystérie surtout chez les adolescents. Ce qui est le plus curieux, c'est que cette céphalée semble en rapport avec les divers accidents que présentent les malades. Il est parfaitement certain que les séances d'hypnotisation amènent souvent des maux de tête assez graves et que ceux-ci sont particulièrement violents quand on réussit à modifier, pendant le somnambulisme ou à l'état de veille, les troubles moteurs ou sensitifs du sujet : dans ce cas ils ont plutôt une signification favorable. C'est d'ailleurs un fait d'ordre général que la douleur accompagne toujours, chez l'hystérique, le retour de la sensibilité, et sur cette douleur les médications dites *analgésiques* (antipyrine, phénacétine, applications de glace, etc.) n'ont aucune action. Ce caractère se retrouve, bien entendu, dans

la céphalalgie hystérique et dans sa modalité la plus intéressante, le paroxysme à forme de méningite.

Le *clou* siège le plus souvent au vertex, quelquefois dans la région occipitale, ou latéralement aux tempes ; dans ce dernier cas, il n'est pas rare d'observer deux zones symétriques. La douleur qu'il provoque est extrêmement violente, fait pousser des gémissements ou les hauts cris aux malades et les prive de sommeil. Elle est fixe et peut durer plusieurs jours et même plusieurs semaines. Enfin, dit Briquet, elle s'accompagne fréquemment de frissonnements, de vomissements, de troubles digestifs et quelquefois de fièvre. C'est là toute la description de la pseudo-méningite hystérique, mieux nommée par les premiers auteurs qui s'en sont occupés, Saint-Ange, Arnozan : *attaque d'hystérie à forme de méningite.*

Cette *pseudoméningite*, qui s'observe ordinairement chez des femmes adultes, peut se rencontrer chez l'enfant. Son début est brusque ou, au contraire, se fait, comme dans la méningite tuberculeuse commune, par une période prodromique traînante, indécise. Les symptômes sont exactement ceux de la maladie organique avec, comme élément dominant, la céphalalgie qui peut être atroce, s'accompagner de cris, de délire, de photophobie, de diplopie, de raideur de la nuque, de contracture des membres et même de ralentissement du pouls ; celui-ci n'est cependant jamais irrégulier. La coïncidence de zones hyperesthésiques hystérogènes du cuir chevelu est un des éléments les plus précieux du diagnostic ; ces zones persistent du reste dans l'intervalle des accès. La raie méningitique, les vomissements, la constipation complètent le tableau morbide, mais l'affection n'est pas continue ; elle procède par sauts, par crises, disons le mot : *par attaques.* Ordinairement elle évolue sans élévation de température. Plusieurs observateurs (1), cependant, insistent sur la fièvre notable accompagnant la « méningite hystérique », mais, en y regardant de près, il est souvent facile de voir que la température est sous la dépendance d'une autre maladie (vaginite, angine, grippe, typhoïde même). Enfin les urines restent ce qu'elles sont dans les attaques hystériques, bien différentes de ce qu'on les voit dans les maladies organiques : le taux de l'urée, les résidus fixes s'abaissent et le rapport des phosphates terreux aux phosphates alcalins s'intervertit (Chantemesse). Ce seul fait démontre que la pseudoméningite n'est, en somme, qu'un paroxysme, qu'une forme anormale de l'attaque. Hayem donne un signe diagnostique important en faisant remarquer que l'on constate toujours une augmentation notable des globules blancs du sang dans la méningite et que rien de pareil ne s'observe dans l'hystérie.

(1) Huchard, *Soc. méd.*, 13 décembre 1895. — Tibaudel, *Revue neurol.*, 1896, p. 684. — Dervaux, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 23 avril 1898. — Blumenau, *Vratch*, 1898, n° 5, p. 121.

La ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien nous fournissent aujourd'hui un critérium absolu de la nature infectieuse ou purement dynamique des accidents.

A la *face*, les zones hystérogènes siègent au niveau ou dans le voisinage du nerf trijumeau, constituant par leur mise en action un paroxysme à forme de *névralgie du trijumeau.* Il y a ainsi une véritable névralgie faciale d'origine hystérique.

Sydenham avait déjà décrit l'odontalgie hystérique. Gilles de la Tourette a réuni cinq observations personnelles dans le mémoire où pour la première fois il a décrit les paroxysmes hystériques à forme de névralgie faciale et aussi de vertige de Ménière.

Charcot institua les points principaux du diagnostic avec la névralgie vraie, faisant valoir l'exacerbation vespérale de la névralgie hystérique comparée au caractère matutinal habituel du tic douloureux vrai, l'absence complète d'influence de la quinine, la présence d'autres stigmates et en particulier des plaques cutanées hyperesthésiques au niveau des nerfs douloureux.

Remarquons que les zones hyperesthésiques peuvent être frénatrices et qu'on peut soulager ces douleurs de tête, comme le remarquait déjà Briquet, en comprimant méthodiquement par une bande ou un serre-tête la région douloureuse.

Au tronc, la zone hyperesthésique la plus intéressante est celle qui siège le long de la colonne vertébrale. La *rachialgie hystérique* est le symptôme le plus fréquent de la névrose pour Sydenham, et les statistiques de Briquet montrent qu'on peut dire en effet qu'elle existe chez tous les malades. Elle occupe soit toute la région vertébrale, ce qui est rare, soit seulement quatre ou cinq vertèbres, tantôt dans la région cervicale, tantôt dans la région dorsale ou lombaire, siégeant particulièrement sur les apophyses épineuses, ne dépassant jamais latéralement les gouttières vertébrales. Le moindre attouchement fait sursauter les malades quand il ne détermine pas une attaque. La pression profonde provoque à l'instant même de l'oppression et de la constriction de l'épigastre, ou s'il s'agit de la région cervicale, de la strangulation et de la constriction de la glotte. Les douleurs peuvent du reste s'irradier en thoracalgie, pleuralgie et donner lieu ainsi à des paroxysmes à forme névralgique semblables à ceux dont nous venons de parler pour les névralgies faciales. Fréquemment enfin s'ajoute à ces phénomènes de la paralysie des membres inférieurs plus ou moins incomplète. On conçoit combien dans ces conditions il est facile de soupçonner un mal de Pott. Brodie a merveilleusement décrit ces faux pottiques, insistant avec raison sur le caractère si spécial de la douleur réveillée beaucoup plus vivement par un pincement léger de la peau que par une pression profonde sur les vertèbres mêmes.

Ce n'est pas seulement le mal de Pott et la pleurodynie qui peuvent