être simulés par la rachialgie hystérique, mais encore le tabes lorsque l'hyperesthésie, irradiant jusqu'à la région de l'épigastre, s'accompagne de phénomènes stomacaux et simule les douleurs en ceinture et les crises gastriques.

Enfin la zone hyperesthésique hystérogène de la colonne vertébrale peut se localiser à son extrémité inférieure et constituer la sacrodynie hystérique, affection très douloureuse, extrêmement tenace, qui a valu à certains malades la résection, d'ailleurs inutile, du coccyx, et qui se caractérise elle aussi par l'hyperesthésie exquise des téguments cutanés.

Parmi les irradiations les plus intéressantes de ces zones rachidiennes sont celles qui donnent naissance à des phénomènes douloureux particuliers reproduisant le tableau de l'angine de poitrine vulgaire. Cette *angor hystérique*, décrite par Marie en 1882 pendant son internat chez Charcot, par Landouzy ensuite, puis par Huchard, a fait le sujet de nombreuses thèses. Elle est d'autant plus importante à étudier et à connaître qu'elle peut, suivant la loi de superposition organique que nous avons souvent rappelée, coexister avec des cardiopathies vraies. Les principaux caractères qu'on lui assigne sont le début à un âge relativement jeune, généralement au-dessous de quarante ans, la prédominance sur le sexe féminin, la ténacité des paroxysmes, leur répétition toujours sous la même forme, le retour fréquent des accès dont le début est le plus souvent soudain, indépendant de toute cause occasionnelle et se produit la nuit. Les douleurs ont tous les caractères et les irradiations de l'angor vraie, mais la peau est le siège d'une hyperesthésie exquise. On a vu aussi les troubles vaso-moteurs y prédominer et réaliser le tableau de la forme vaso-motrice de l'angine organique. L'état du cœur et du pouls est des plus variables : les phénomènes circulatoires comme les phénomènes respiratoires, l'état de contraction ou de dilatation pupillaire, le calme mental ou l'agitation excessive avec terreur, syncope même, tout est irrégulier. C'est en insistant surtout sur la différence des causes provocatrices, sur le caractère nocturne, sur les troubles du pouls et de la respiration, sur la terminaison par pleurs, sanglots, etc., et surtout sur la faculté de réveiller l'accès par pression de la zone, qu'on fera le diagnostic si capital avec l'angine organique. Ici encore l'analyse des urines montrant la formule de l'attaque hystérique rendra les plus grands services.

Signalons en outre, comme zones cutanées chez l'homme, la zone pseudo-ovarienne très limitée à la région qui correspond chez la femme à l'ovaire, et celle de la peau des bourses qui est indépendante de la zone testiculaire.

Les *muqueuses* présentent plus rarement des zones hystérogènes. Cependant Lichtwitz a montré qu'elles existaient ; il en a signalé dans les fosses nasales, dans la bouche, au voile du palais, au pharynx, au larynx, dans le conduit auditif externe, sur le tympan, dans les trompes d'Eustache, sur la cornée, etc. Leur siège est tantôt unilatéral, tantôt double et symétrique ; souvent elles se superposent à une zone de la muqueuse déjà altérée par l'existence de lésions anatomiques correspondantes : congestion, hypertrophie, adhérences, ulcération, etc. C'est tantôt le simple frôlement qui les met en jeu, tantôt la pression profonde ou l'excitation électrique ou la cautérisation. Il peut suffire, pour les exciter, d'une sensation spéciale, comme une odeur forte ou même le simple passage de l'air pendant la respiration nasale. Ici aussi, d'ailleurs, les zones sont spasmo-frénatrices autant que spasmogènes. On peut arrêter certaines attaques par la compression des globes oculaires. Enfin l'anesthésie de ces zones muqueuses par la cocaïne supprime momentanément les conséquences de leur pression.

Le vaginisme n'est le plus souvent que la superposition d'une zone hyperesthésique ou hystérogène à la contracture de l'orbiculaire vaginal. Mettant obstacle à tout coït il a pu entraîner certaines conséquences particulières au point de vue médico-légal. La zone peut du reste siéger non seulement à la vulve, mais dans le vagin ou même sur le col de l'utérus. On l'a vue localisée dans l'urètre ou dans la cavité vésicale, rendant tout lavage de cette cavité impossible.

Les troncs nerveux peuvent être le siège d'hyperesthésie donnant lieu à des douleurs spontanées de forme névralgique type ; nous avons parlé déjà du paroxysme à forme de névralgie faciale, de l'angine de poitrine hystérique ; la sciatique est souvent d'origine névrosique et elle ne s'accompagne alors d'aucun trouble du réflexe du tendon achilléen ; le plexus brachial peut aussi être le siège d'une névralgie hystérique (1).

Nous retrouverons ces zones hyperesthésiques dans les viscères, surtout dans le sein, dans le foie, dans le testicule où le paroxysme névralgique constitue le *testicule irritable* qu'on a si souvent opéré, en vain d'ailleurs.

Toutefois elles siègent souvent dans l'*ovaire*. Nous étudierons ici l'hyperesthésie ovarienne, parce qu'elle est vraiment le type des zones hystérogènes et aussi parce que beaucoup d'auteurs pensent que ce n'est pas toujours la glande elle-même qui en est le siège, mais bien, comme le prouve sa présence chez l'homme, la peau, les muscles ou l'intestin sous-jacent. Charcot a consacré une leçon restée classique à l'hyperesthésie ovarienne en 1873. Il y réhabilitait le siège ovarien de la douleur classique des hystériques, douleur que Briquet avait rapportée aux muscles abdominaux (cœlialgie). Cette douleur, continue à l'état normal, est exacerbée par le corset, la marche, la voiture ;

(1) Negro, Névralgie du plexus brachial de nature hystérique (*Rivista delle malat. nervose del Policlinico gen. di Torino*, 1898, p. 38). — Bero, Névralgie sciatique, ses rapports avec l'hystérie (*Deut. Zeitschr. für Nervenheilkunde*, t. XI, 3, 4).

elle devient avant l'accès lancinante, pongitive, est bientôt suivie des phénomènes de la boule hystérique. Elle oblige parfois les malades à marcher courbés en deux.

Son siège a été ainsi précisé par Charcot : sur une ligne horizontale passant par les épines iliaques antérieures et supérieures, faites tomber les lignes perpendiculaires qui limitent latéralement l'épigastre et, à l'intersection des lignes verticales avec l'horizontale, se trouve le foyer douloureux qu'accusent les malades et que la pression exercée à l'aide du doigt met d'ailleurs en évidence. Objectivement la peau de la région est d'apparence normale ; elle est le siège d'une hyperesthésie circonscrite au moment de l'excitation de la zone, et d'une anesthésie de même forme dans l'intervalle des accès. L'exploration directe, permettant d'atteindre dans la fosse iliaque sur la partie moyenne du détroit supérieur la glande plus ou moins tuméfiée, montre bien que c'est l'ovaire même qui est le siège de cette douleur très spéciale. Le déplacement de la zone ovarienne en même temps que l'ascension de l'ovaire pendant la grossesse le démontre péremptoirement, au moins dans certains cas. Nous avons vu qu'il n'en est sans doute pas toujours ainsi.

La zone ovarienne est soumise à toutes les lois qui régissent les zones hystérogènes ; c'est une des plus actives et des plus puissantes aussi bien dans ses propriétés frénatrices que dans ses propriétés spasmogènes.

Arthralgies. — Les hyperesthésies articulaires, les *arthralgies*, n'ont été véritablement décrites qu'en 1837 par Brodie. En France, ce fut Verneuil qui, en 1859, ouvrit à propos d'une observation de coxalgie hystérique une discussion mémorable à la Société de chirurgie. Pour Brodie, dans les classes élevées de la société, quatre cinquièmes des femmes qui se plaignent d'affections articulaires sont simplement atteintes d'hystérie.

L'arthralgie peut siéger partout, au poignet, au coude, à l'épaule, au genou, à la hanche, etc., mais trois fois sur quatre elle occupe les membres inférieurs, ordinairement monoarticulaire, et de préférence à gauche. Charcot dit que trente-huit fois sur soixante-dix cas elle occupe le genou, dix-huit fois la hanche, huit fois le poignet, quatre fois l'épaule, deux fois le cou-de-pied.

Elle peut être une des premières manifestations de la névrose, quoi qu'en dise Briquet, et peut débuter de très bonne heure, à six ans, à onze ans, frapper des adultes et même des gens âgés ; une malade de Charcot avait quarante-cinq ans.

La cause n'en est pas toujours facile à déterminer ; le traumatisme a certainement une grande influence, mais une influence purement subjective, absolument sans rapport avec sa violence ; parfois c'est à la suite d'une attaque convulsive qu'elle se développe. L'imitation d'une affection réelle affectant une personne en relations avec

le sujet est souvent aussi le point de départ de cette arthralgie.

Le premier phénomène noté est la douleur. Celle-ci semble bien localisée dans l'articulation ; elle est augmentée par la pression, par le mouvement, mais elle se limite rarement en un point. Elle s'étend plus ou moins à tout le membre. Brodie, qui avait surtout en vue la coxalgie hystérique, dit que la malade fait des grimaces et pousse quelquefois des cris si l'on exerce une pression sur la hanche, mais qu'elle le fait aussi si l'on presse sur l'os coxal, ou la région lombaire, ou la cuisse, ou même la jambe jusqu'au niveau des malléoles. D'ailleurs, la sensibilité morbide siège surtout dans l'enveloppe cutanée. Quand on pince la peau jusqu'à la soulever des parties sous-jacentes, la malade se plaint plus que si l'on poussait la tête du fémur dans la cavité cotyloïde.

Cette hyperesthésie douloureuse cutanée est un signe de la plus haute importance : elle revêt une disposition géométrique, un triangle, en ce qui regarde l'arthralgie coxale, triangle dont le sommet serait à la racine des bourses ou, chez la femme, à la naissance du mont de Vénus et dont la base irait s'élargissant de plus en plus parallèlement au pli de l'aine, contournerait la fesse pour venir s'implanter sur le sacrum. Elle représente un manchon pour l'épaule, le genou, le cou-de-pied, un brassard pour le coude, etc. La douleur s'atténue parfois, mais pas toujours, lorsqu'on distrait les malades; elle ne provoque pas ces élancements nocturnes qui réveillent les enfants atteints de coxo-tuberculose. Elle peut s'exalter au point de provoquer une véritable attaque de nerfs dès qu'on touche au membre malade.

Ces arthralgies s'accompagnent presque immédiatement de contracture du groupe musculaire fonctionnel appartenant à la jointure, d'où, comme résultat, l'attitude vicieuse et la déformation du membre malade, en demi-flexion le plus souvent au niveau du genou, en adduction forcée pour l'épaule et pour la hanche, simulant presque exactement l'attitude de la coxalgie organique avec raccourcissement apparent, adduction et rotation en dedans d'abord, puis abduction et rotation en dehors. Parfois la contracture s'étend à tout le membre, la déformation est très considérable en peu de temps. Il y a là ce quelque chose d'excessif, d'outré que présentent si fréquemment les déterminations hystériques. Aussi les malades sont-ils dès le début confinés au lit. Ils n'ont pas cette période de claudication qui précède chez les organiques les troubles objectifs apparents. Si l'on veut les faire lever, ils présentent une boiterie choréiforme à grandes saccades irrégulières très différente de la démarche des coxo-tuberculeux.

Brodie déjà avait signalé l'œdème qui peut simuler l'abcès profond. L'atrophie musculaire existe parfois comme dans les arthrites organiques. Cette atrophie occupe souvent des muscles éloignés de l'articulation au lieu d'être localisée aux extenseurs de celle-ci. Charcot

a signalé le refroidissement relatif et la teinte violacée du membre, liés à l'œdème bleu dont nous reparlerons.

On a fait plusieurs fois l'amputation du membre malade (désarticulation de la hanche, amputation de la cuisse). L'articulation a toujours été trouvée absolument saine et normale. Aussi est-il nécessaire d'en faire l'examen pendant le sommeil chloroformique poussé à fond jusqu'à disparition de la contracture. Non seulement cet examen permet de constater l'absence de toute adhérence, mais il permet aussi d'assister ensuite au mode très caractéristique de réapparition des phénomènes douloureux. C'est la peau qui est d'abord hyperesthésiée, puis les muscles se contracturent et seulement alors l'articulation devient douloureuse, ainsi qu'on peut s'en assurer par la percussion des parties profondes, grâce à l'intermédiaire des leviers osseux qui y aboutissent (pour la hanche, par exemple, percussion du grand trochanter, du talon).

Cela suffirait au diagnostic si nous ne connaissions l'association de l'hystérie aux maladies organiques. Cette association existe pour la coxalgie, soit que la hanche soit véritablement touchée, soit que la lésion tuberculeuse siégeant au genou ou au pied s'accompagne de contracture et de douleur de l'articulation coxale. La douleur provoquée par les premières lésions articulaires ou périarticulaires développe le nervosisme du sujet, aussitôt tous les phénomènes réactionnels prennent un caractère d'intensité particulier peu en rapport avec les lésions minimes et encore inconstatables de l'articulation. Rien n'est plus délicat que de rester ici dans la juste appréciation des faits. Une si grande exagération des phénomènes réactionnels ne paraît pouvoir être mise que sur le compte de l'hystérie ; souvent même, quelques troubles légers de la sensibilité objective semblent donner un point d'appui au diagnostic de la névrose. Ce sont justement ces troubles de sensibilité superposés à la région atteinte qui nous serviront de critérium : ils sont peu accentués, ils ne sont pas en rapport avec l'intensité des manifestations fonctionnelles comme ils le sont toujours dans les cas d'hystérie pure. Il est alors prudent de réserver l'avenir.

Les arthralgies hystériques sont parmi les symptômes les plus tenaces de la névrose. Le malade de Bœckel qui a été désarticulé souffrait depuis six ans ; d'autres souffrent plus longtemps encore. Parfois la guérison semble acquise, lorsque des récidives viennent tout remettre en question. Ces récidives peuvent être prévues jusqu'à un certain point par l'examen de la sensibilité. Tant qu'il persiste des troubles anesthésiques ou hyperesthésiques de la région, il faut craindre un retour offensif de l'affection. La guérison peut être subite comme celle de tous les accidents hystériques ; on en trouve plusieurs exemples dans les récits miraculeux. Elle est facile à obtenir si l'on traite l'arthralgie dès son apparition. C'est

une de ces maladies qu'il ne faut pas laisser traîner, comme le disait Charcot.

Troubles sensoriels. — Les troubles sensoriels s'accompagnent souvent de troubles sensitifs généraux des parties correspondantes des téguments cutanés et muqueux ; nous étudierons ceux-ci en même temps que les troubles des fonctions spéciales.

Goût. — La sensibilité générale au tact et à la douleur au niveau de la muqueuse buccale peut être supprimée d'un côté ou des deux côtés. Lichtwitz a étudié la sensibilité au courant électrique, soit galvanique, soit faradique ; il a constaté que cette sensibilité était indépendante des autres sensibilités et que la salivation à l'excitation galvanique était souvent diminuée et même abolie surtout sur les deux tiers antérieurs de la langue.

La sensibilité spéciale de la muqueuse buccale, le *goût*, peut présenter des troubles qui constituent un des stigmates sensoriels les plus fréquents de l'hystérie. Cliniquement, l'exploration portera surtout sur le tiers postérieur de la face dorsale de la langue ; elle se fera à l'aide de solutions sucrées, amères, acides ou salées, déposées à l'aide d'un pinceau sur les parties latérales du V lingual. La langue sera gardée hors de la bouche pour ne pas répandre le liquide sur toute sa surface, et le malade indiquera la perception du goût par un signe de tête. Le goût peut être supprimé d'un seul côté, ce qui est fréquent, ou des deux à la fois. Il peut y avoir disparition complète du sens spécial, obnubilation ou retard simple de la perception ; parfois il y a diminution du champ gustatif, et cette diminution n'est pas toujours égale pour chacune des quatre sensations fondamentales ; le goût peut n'être aboli que pour une seule d'entre elles.

Il n'y a pas toujours concordance entre l'anesthésie au tact, à la piqûre, et l'anesthésie sensorielle : la première peut être complète et la perception gustative persister, mais jamais la sensibilité d'ordre général n'est conservée quand la sensibilité spéciale est abolie.

Nous devons rappeler ici ce que nous avons dit à propos de l'anesthésie cutanée. Souvent sous forme de stigmate vrai, l'anesthésie buccale n'est pas soupçonnée des malades et c'est le médecin qui la découvre ; les réflexes sont conservés et l'application d'un corps irritant sur la langue est suivie de la sécrétion d'une quantité notable de salive. Mais il y a des cas où les malades se plaignent eux-mêmes de leur agueustie : les aliments ont le goût de terre, de cendres, de plâtre ; dans ces cas, l'anesthésie est ordinairement bilatérale (elle peut être plus accentuée, d'ailleurs, d'un côté que de l'autre). De là, la propension de certaines hystériques à faire usage des condiments et des épices les plus relevés, ou, si elles perçoivent mieux certaines saveurs, leur goût exclusif pour les citrons, les pom-