

développés à la suite et sous l'influence des traumatismes. Bien qu'elle soit épuisée aujourd'hui, et qu'elle offre pour nous d'autant moins d'intérêt, que nous jugeons désormais l'hystérie à la faveur d'une définition qui exclut toute hésitation et toute hypothèse, nous en rappellerons quelques points principaux. Certains auteurs, Leyden, Oppenheim, Thomsen, Strumpell, Grasset, exagérant l'importance de la notion étiologique, abusés par le polymorphisme des syndromes hystériques qu'aucun lien solide ne réunissait, ou méconnaissant ces formes complexes dans lesquelles l'hystérie et la neurasthénie se montrent associées, soutinrent la doctrine d'une maladie spéciale qu'ils dénommaient : la *névrose traumatique*. Charcot et ses élèves affirmèrent au contraire que ces troubles nerveux ne diffèrent en rien des symptômes habituels, soit de l'hystérie, soit de la neurasthénie la mieux caractérisée; ils montrèrent que ces deux névroses, en s'associant chez un même sujet constituent une forme complexe sans doute, particulièrement fréquente dans le groupe des traumatisés; mais se retrouvant également chez des individus indemnes de tout traumatisme. Ainsi, chaque type de la série traumatique a son pendant, son « sosie » dans la série des cas d'hystérie ou d'hystéro-neurasthénie les plus légitimes, développés à la faveur des causes les plus diverses; et aucun fait n'autorise la création d'une espèce nosographique nouvelle, distincte de l'hystérie et de la neurasthénie proprement dites<sup>(1)</sup>.

Cette doctrine a prévalu : l'hystérie est toujours identique à elle-même, quelle qu'en soit la cause occasionnelle. On a fait remarquer d'ailleurs avec juste raison que dans le traumatisme la violence physique n'a qu'une action secondaire et ne peut que localiser la manifestation hystérique. C'est l'état émotionnel, le choc moral qui est en réalité le point de départ de l'auto-suggestion. Comment dès lors agirait-il différemment que les émotions morales véritables, et ne produirait-il pas des symptômes identiques et comme manière d'être et comme nature?

Plus importante que cette controverse définitivement jugée, nous apparaît la *question médico-légale* qui se rattache à l'hystéro-traumatisme, dans ses rapports avec les accidents du travail. Il importera, en effet, d'établir un diagnostic exact sur la nature organique ou dynamique de l'affection consécutive à l'accident, et d'éliminer en même temps la simulation. Il importera surtout, en se fondant sur la qualité même du symptôme, paralysie, contracture, anesthésie, etc., sa pureté ou son association avec la neurasthénie, ou d'autres états psychiques tramatiques, d'établir un pronostic et partant une appréciation à peu près équitable du dommage causé. Celui-ci, en effet, moins grave, que pour une lésion organique définitive ne comporte pas cependant l'optimisme qui prétend le sujet atteint non pas d'une incapacité permanente, ni même temporaire, mais d'une névrose de circonstance. En réalité, l'avis du médecin doit être rédigé avec une circonspection tenant compte de tous les détails, et une réserve permettant de n'être pas démenti par l'évolution<sup>(2)</sup>.

5° *Intoxications*. — Quelques intoxications chroniques peuvent aussi déter-

<sup>(1)</sup> Voir à ce sujet : CHARCOT. *Leçons cliniques*, 1885-1889. — G. GUINON. *Loc. cit.* — GILLES DE LA TOURETTE. *Traité de l'hystérie*, t. I, p. 80 et suiv. — DUTIL. *Hystérie et neurasthénie associées*. *Gaz. méd. de Paris*, 1889. — Voir la discussion à la *Soc. de méd. de Berlin* in *Deutsche med. Wochens.*, 29 mars 1888. — THOMSEN. *Die Traumatische Neurosen*, 1889, etc.

<sup>(2)</sup> Cf. à ce sujet : THOINOT. *Les accidents du travail et les affections médico-légales d'origine traumatique*. Paris, 1904.

miner l'apparition de l'hystérie chez des sujets prédisposés ou aggraver par leur intervention l'hystérie déjà existante. Les intoxications par le *plomb*, l'*alcool* et le *mercure* sont particulièrement aptes à provoquer le développement de la névrose<sup>(1)</sup>. On a vu encore l'hystérie apparaître sous l'influence de l'empoisonnement par le sulfure de carbone (Marie), par l'oxyde de carbone, par le tabagisme (Gilbert), par l'intoxication morphinique (Neveu-Derotice).

MM. Debove et Achard, M. Dreyfus ont admis que certains agents toxiques tels que le plomb, l'alcool, le mercure sont capables de créer de toutes pièces, en dehors de toute prédisposition héréditaire, des hystéries particulières, distinctes de l'hystérie vulgaire. On ne saurait souscrire à une telle opinion. D'une part, dans la très grande majorité des cas, l'intoxication n'est jamais *seule* en cause et ordinairement c'est à la suite et sous l'influence d'une émotion, d'un chagrin, en un mot d'une perturbation mentale que ces intoxiqués versent dans l'hystérie. D'autre part, les phénomènes observés, ou bien présentent les caractères que la définition de M. Babinski exige, ou bien ils ne sont pas hystériques; on conçoit d'ailleurs que la fréquence de lésions organiques, provenant directement de l'intoxication en jeu ait pu donner naissance à des associations d'un diagnostic difficile, et d'une interprétation erronée.

*Maladies infectieuses et maladies générales*. — On a publié de nombreux exemples d'hystérie développés pendant la convalescence ou à la suite de certaines maladies infectieuses : la fièvre typhoïde (Landouzy, Charcot, Grasset, etc.), la diphtérie (Debove), la pneumonie, la scarlatine, la grippe (Grasset), l'impaludisme, la syphilis (Fournier). Le diabète, la chlorose ont été également incriminés.

C'est par une influence analogue qu'on peut expliquer l'apparition de l'hystérie au cours de certaines maladies chroniques du système nerveux, dont nous avons plus haut esquissé la liste.

Le rôle du *surmenage* physique et mental apparaît nettement dans un certain nombre d'observations<sup>(2)</sup>.

*Autres causes de l'imitation*. — En dehors des causes précédentes, le rôle est fort net dans le développement des épidémies d'hystérie. Lorsqu'un cas de pithiatisme vient à se produire dans un groupe d'individus plus ou moins prédisposés, il arrive parfois que plusieurs d'entre eux s'auto-suggestionnent et présentent soit immédiatement, soit peu de temps après, des accidents semblables à ceux qui se sont montrés chez le premier.

Les pratiques de l'*hypnotisme*<sup>(3)</sup>, du *spiritisme* sont également capables de provoquer l'hystérie chez des sujets prédisposés. C'est là un fait d'observation banale et qui peut se passer de commentaires.

Pour résumer ce chapitre trop long d'étiologie disons que toutes les causes déprimantes préparent le terrain à l'hystérie et que les causes les plus variables, les plus nombreuses, les plus imprévues, agissant sur le moral des malades et devenant chez eux le point de départ d'une auto-suggestion, entraînent l'apparition de l'accident.

<sup>(1)</sup> Consulter à ce sujet : HAMANT. *Hémianesthésie saturnine*. Thèse de Paris, 1879. — DEBOVE. De l'apoplexie hystérique. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1886. — ACHARD. *Apoplexie hystérique*. Thèse de doctorat, 1887. — CHARCOT. *Hémianesthésie hystérique et hémianesthésie toxique*. *Bull. méd.*, 1887. — POTAIN. *Bull. méd.*, 1887.

<sup>(2)</sup> CHARCOT. *Leçons cliniques*. — DUTIL. *Gaz. de méd. de Paris*, 1889.

<sup>(3)</sup> SÉGLAS. Les dangers de l'hypnotisme. *Annales médico-psychol.*, 1889.

**Diagnostic.** — Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des accidents pithiatiques, puisque nous l'avons fait à propos de chacun d'eux. Mais nous rappelons cependant la méthode générale à laquelle il faut se conformer pour tout diagnostic d'hystérie. D'une façon générale, il faudra éliminer par l'absence de leurs signes, toutes les affections organiques, en procédant par exclusion. Ces premières données seront complétées par la constatation des caractères qui appartiennent aux accidents pithiatiques et que nous avons étudiés dans la symptomatologie.

Mais on se rappellera que l'on ne doit jamais s'appuyer sur les stigmates pour établir l'origine pithiatique d'une manifestation quelconque. C'est là un élément dont la recherche peut être mauvaise pour le malade, trompeuse pour le médecin. Celui-ci développe ou augmente, par une telle pratique, des accidents hystériques. En outre, il s'assure que le malade est hystérique, mais il n'a pas la preuve que l'affection pour laquelle il vient plus spécialement consulter est sous la dépendance de cette névrose. La présence des stigmates n'élimine pas les associations hystéro-organiques.

On recherchera donc l'un des signes physiques, indépendants de la volonté, que nous avons étudiés au début de la symptomatologie, et dont la présence impose le diagnostic d'affection organique.

On se demandera, par contre, s'il est possible de reproduire exactement par suggestion l'accident dont est atteint un malade; on s'efforcera de le faire disparaître (paralysie, contracture, etc.) par la persuasion ou pendant le sommeil hypnotique, et on confirmera ainsi par ces résultats positifs le critérium qu'une recherche négative avait rendu plausible.

Ce n'est pas tout, enfin, de démontrer l'existence d'une association hystéro-organique, il faudra s'efforcer de préciser ce qui appartient à l'un et l'autre de ses deux facteurs. Par l'exagération des signes fonctionnels, leur disproportion avec les signes physiques, on sera sur la voie du diagnostic. Par l'application méthodique de la persuasion, qui fera disparaître tout ce qui est du ressort du pithiatisme, on sera définitivement fixé.

**Traitement.** — Le traitement de l'hystérie comprend un *traitement général* s'appliquant à toutes les manifestations de la névrose et un *traitement spécial* tirant ses indications de la nature de chaque cas en particulier<sup>(1)</sup>.

**Traitement général.** — Ce traitement doit s'adresser non seulement à la nature même de l'hystérie, mais encore aux causes prédisposantes et occasionnelles qui l'ont fait éclater. On se rappellera que le pithiatisme étant une maladie d'ordre psychique, son traitement doit avoir un caractère purement psychique; mais la notion étiologique doit précéder et guider cette mise en œuvre thérapeutique.

**Traitement de la cause.** — On se préoccupera tout d'abord du terrain sur lequel évolue la névrose. Les tares héréditaires ne pèsent pas d'une façon aussi fatalement inéluctable sur l'individu, qu'on ne puisse s'efforcer d'en atténuer les charges par une éducation appropriée et une hygiène sévère. Les tares acquises, la maladie, l'intoxication, la misère souvent, seront plus efficacement combattues.

Mais surtout il faudra se rappeler l'importance que prend chez l'hystérique la

(1) BABINSKY. Hypnotisme et hygiène. *Gaz. hebdomadaire*, 1891.

cause banale, une impression vive, un choc moral, un traumatisme, qui sont sans conséquence sur un sujet bien équilibré. Il faut se rappeler que l'hystérique ne sait pas mettre les choses au point, que certains faits lui échappent, que d'autres, prenant un caractère obsédant, sont le point de départ de véritables idées fixes, conscientes ou subconscientes.

Rechercher cette idée; inspirer confiance au malade pour en provoquer l'aveu; la surprendre au cours d'une manifestation hystérique bruyante, tel est le premier devoir du médecin. Il doit dès lors la détruire, la modifier, ramener l'esprit du malade à la juste appréciation de l'élément causal, en atténuer l'impression fâcheuse ou exagérée. Si l'idée n'a pu être retrouvée, c'est au traitement psychique seul qu'il convient d'avoir recours.

**Traitement psychique.** — 1° *La persuasion.* — Cette ressource thérapeutique est tellement importante, capitale et efficace que Babinski a fait de son succès un des caractères même de la définition du phénomène hystérique. Elle consiste non pas à imposer au sujet une volonté brutale et inconséquente, mais à faire appel à sa saine raison, à lui démontrer que ses troubles sont imaginaires, pourquoi et comment ils sont apparus, et pourquoi la volonté, les ayant fait naître, doit également les faire disparaître. Cette méthode douce et patiente n'en exige pas moins de la part du médecin une grande persévérance, une connaissance parfaite du malade, des ressources de tact, de logique, de franchise, qui lui donneront la confiance et l'autorité sans lesquelles il ne pourra rien entreprendre.

2° *L'isolement.* — Cette action personnelle et bienfaisante du médecin sera puissamment aidée par l'isolement. Cette méthode, systématisée par Weir-Mitchell, ne veut pas dire la claustration absolue de l'hystérique. Elle comporte seulement l'éloignement de son milieu habituel, la soustraction de tout rapport avec son entourage, la soumission complète au médecin. L'isolement, dont le seul inconvénient apparent est la résistance des familles, a l'avantage, en outre, d'éveiller l'attention du malade, de provoquer chez lui une révolte qui est une réaction favorable, de le rendre obéissant, de simplifier sa vie, et donne à sa guérison un nouvel attrait, celui du retour au sein de sa famille.

3° *Procédés psychiques divers.* — En dehors des deux ressources précédentes, les autres méthodes psychiques sont inefficaces ou dangereuses.

Certes il ne faut pas négliger de secouer l'attention du malade, de surveiller son éducation physique ou morale. Quelquefois le changement d'existence qu'amène le mariage a pu provoquer des améliorations et des guérisons. Mais les résultats sont trop incertains pour que ces pratiques soient érigées en système absolu.

L'hypnose est un procédé thérapeutique séduisant et longtemps conseillé mais dont l'emploi n'est pas sans inconvénient, et même sans danger. Le sommeil hypnotique en effet peut exagérer la suggestibilité du sujet, faire éclater des hystéries latentes, provoquer des attaques, et, en faisant disparaître un accident bénin, amener l'apparition d'accidents beaucoup plus graves. On doit donc le réserver à des cas exceptionnels. Cette conclusion s'adresse également à certains procédés qui en dérivent: médication à grand spectacle, prescriptions impressionnantes, métallothérapie, aimantation, qui ne sollicitent l'attention du malade qu'au prix d'une accentuation de sa suggestibilité.

4° *Médication physique.* — Elle fournit quelques éléments thérapeutiques intéressants. L'hydrothérapie sera surtout conseillée sous forme de douches

froides, à 7 ou 8°, très courtes, en jet brisé. La douche écossaise et le drap mouillé ne sont que des moyens d'arriver à la douche froide.

L'électricité, sous forme de courants faradiques, le massage, la mécano-thérapie réveillent l'attention du malade; ce sont des procédés de suggestion indirecte, utiles et non dangereux. Quant aux autres médicaments, surtout les médicaments calmants, on ne saurait trop en proscrire l'emploi.

**Traitement spécial.** — Il comporte quelques pratiques spéciales à mettre en œuvre à l'occasion de certaines manifestations hystériques.

Dans les *attaques convulsives* la suggestion verbale, les inhalations d'éther, l'aspersion avec l'eau froide, le siphonnage sont d'un usage courant. Elles peuvent conjurer l'accident momentanément mais sont sans influence sur la reproduction des attaques. L'isolement reste la ressource principale, mais nous devons dire que cette manifestation de l'hystérie est une des plus rebelles au traitement *psychique*. Les *anesthésies* sont influencées favorablement par l'électricité.

L'*anorexie*, les *vomissements* disparaissent souvent après le lavage de l'estomac et le gavage. Il ne faut pas toujours y compter.

Dans les *accès de spasme glottique*, l'éther donné en inhalations à l'aide d'une simple compresse est employé avec succès. Il est juste d'ajouter que l'accès cesse spontanément quand la suffocation devient imminente.

Les *contractures* (coxalgie, monoplégie) doivent être « défaites » par le massage et les mouvements forcés dès qu'elles se sont produites. Traitées dès le début, elles persistent rarement. On peut en dire autant, d'ailleurs, de tous les accidents hystériques, et l'on est en droit de formuler cette règle générale « qu'il ne faut pas laisser aux manifestations de la névrose le temps de s'acclimater ».

Les interventions chirurgicales (ovariotomie), qui avaient autrefois des adeptes, sont maintenant abandonnées dans le traitement général de l'hystérie. En dehors des interventions nécessitées par des rétractions tendineuses, la chirurgie n'a pas à entrer en scène.

Si cet aperçu du traitement spécial des manifestations hystériques paraît trop rapide, c'est que nous tenons encore à insister sur le traitement psychique qui occupe toujours le premier rang. Qu'il s'agisse d'une coxalgie hystérique ou d'une paralysie, que le malade ait des attaques convulsives ou qu'il soit atteint de spasme glottique, le traitement, dans ses grandes lignes, n'en comporte pas moins et l'isolement absolu et la persuasion.

## PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

Par MM. GILBERT BALLET et J. ROGUES DE FURSAC (1)

**Synonymie :** Arachnitis chronique et méningite chronique (BAYLE). — Paralysie générale incomplète (DELAYE). — Paralysie générale des aliénés ou péri-encéphaloméningite chronique diffuse (CALMEL). — Folie paralytique (PARCHAPPE). — Paralysie générale progressive (REQUIN, LUNIER, SANDRAS). — Ataxie psychomotrice (LUNIER). — Démence paralytique (BAILLARGER). — Encéphalite chronique interstitielle diffuse (MAGNAN). — En allemand : Allgemeine progressive Paralyse. — En anglais : General paralysis. Les étrangers emploient volontiers le terme latin : Dementia paralytica.

**Définition.** — La paralysie générale est une affection du système nerveux, plus spécialement du cerveau, qui paraît se développer sous l'influence de causes multiples, au premier rang desquelles se place la syphilis; qui s'accompagne de lésions constantes, irritatives et dégénératives quant à leur nature, diffuses quant à leur siège, intéressant l'encéphale et ses enveloppes, le bulbe et la moelle; et qui se traduit enfin *cliniquement* par une évolution apyrétique et par des symptômes nombreux et variés dont les plus ordinaires et les plus caractéristiques sont : l'affaiblissement progressif de l'intelligence, des troubles délirants à forme expansive ou dépressive, de la parésie pupillaire, de l'embaras de la parole, des désordres moteurs consistant en tremblement, ataxie et finalement parésie musculaire (2).

(1) Dans la première édition de cet ouvrage, cet article avait été écrit par l'un de nous en collaboration avec le regretté Paul Blocq. Tel qu'il paraît aujourd'hui il n'a pas perdu la marque de cette collaboration : il n'était que juste de le rappeler.

(2) Principaux travaux d'ensemble à consulter : LASÈGUE. De la paralysie générale progressive. *Th. d'agrégat*, Paris, 1855 et *Leçons cliniques sur la paralysie générale*, 1885. — FALRET. *Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies*, Paris, 1855. — J. VOISIN. *Traité de la paralysie générale*, Paris, 1879. — BAILLARGER. *Théorie de la paralysie générale*. *Ann. méd.-psych.*, 1885. — MENDEL. *Die progressive allgemeine Paralyse der Irren*, 1880. — MAIRET ET VIRET. *De la paralysie générale. Étiologie. Pathogénie. Traitement*, 1895. — HANS GUDDEN. *Zur Aetiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse*, etc. *Arch. f. Psychiat.*, 1894. — KUNDT. *Statistisch casuistische Mittheilungen zur Kenntniss der progressiven Paralyse*. *All. Zeitsch. f. Psych.*, T. L. — HAES. *Statistische Bemerkungen über Ausbruch etc.*, der progressiven Paralyse. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, 1894. — MAGNAN ET SÉRIEUX. *La paralysie générale*. *Collection Léauté*, 1894. — COULON. *Considérations sur la nature de la paralysie générale*. *Thèse de Paris*, 1896 et *Nature et pathogénie de la paralysie générale*. *Rev. de Psychiat.*, 1902. — ANGIOLELLA. *Di alcuni problemi sulla paralisi progressiva e dei piu recenti lavori su di essa*. *Il manic. moder.*, 1894. — HENRY J. BERKLEY. *On the pathology of dementia paralytica*. *Amer. Journ. of insan.*, 1895. — PARIS. *La paralysie générale*. *Arch. de Neurol.*, 1898. — KLIPPEL. *Les paralysies générales progressives*. *Arch. gén. de méd.*, 1898. — SVENSON. *Contribution à la statistique de la paralysie générale en Suède*. *Psychiat. Woch.*, 1899. — H. BEHR. *Beobachtungen über die progressive Paralyse während der letzten vier Jahrzehnten*. *Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, t. LVII. — Voir également les articles consacrés à la Paralysie générale dans les divers traités et manuels de Médecine et de Psychiatrie, notamment celui de Raymond et Sérieux (Traité de médecine de Brouardel et Gilbert), et celui tout récent et très complet d'Ernest Dupré (Traité de Path. mentale de Gilbert Ballet).