

ou encore par la flexion exagérée de l'un des deux orteils (Brown-Séguard), par l'application d'un sac de glace sur le trajet de la colonne vertébrale (Chapman). Tous ces moyens sont infidèles.

Lorsque la crise a lieu et qu'elle se prolonge, on a pu l'arrêter parfois par les inhalations de *bromure d'éthyle* (Bourneville et Ollier), ou encore de *nitrite d'amyle*.

Le plus souvent il s'agit simplement de surveiller le malade, de le contenir sans violence, de le préserver des chutes, des contusions, et quand les convulsions commencent à s'apaiser, de faciliter le rétablissement de la respiration en plaçant la tête dans une attitude favorable à l'expulsion des mucosités.

L'*hydrothérapie* est souvent inutile, parfois nuisible et le plus souvent contre-indiquée dans l'épilepsie, tandis qu'elle produit les meilleurs effets dans l'hystérie. Au sujet des bromures et de l'hydrothérapie, il existerait donc une sorte d'antagonisme médicamenteux pour les deux névroses.

Un mot important pour la pratique médicale.

On est souvent consulté sur la question du *mariage* des épileptiques. La réponse est simple : On doit le déconseiller, pour le malade lui-même, pour sa descendance ensuite. Sans doute, on cite des cas assez nombreux où la maladie ne s'est pas transmise par hérédité. Mais, en agissant ainsi, le médecin a sauvegardé sa responsabilité, quoique l'acte du mariage ne soit pas préjudiciable à tous les épileptiques, comme on l'a dit. D'autre part, Féré fait judicieusement remarquer que dans les cas où l'intérêt général est en jeu, alors le client à défendre ou à protéger est le public, non plus le malade trop enclin à ne tenir compte que de son intérêt personnel.

XLI. — PSEUDO-MÉNINGITE HYSTÉRIQUE

- I. EXPOSÉ CLINIQUE. — Hystérie dans ses rapports avec les divers états morbides. — Observation de méningisme hystérique chez une femme présentant des antécédents tuberculeux. — Pseudo-coma hystérique au cours d'une fièvre typhoïde. Erreurs de diagnostic et de pronostic.
- II. DIAGNOSTIC. — Hérédité dans les lésions et dans les organes. — Méningite tuberculeuse de l'adulte et de l'enfant. — Méningisme dans la pneumonie, la grippe, la rougeole, l'impaludisme, le rhumatisme, l'uricémie. Pseudo-matités du thorax chez les hystériques.

I. — Exposé clinique.

En 1883, j'ai ouvert un chapitre sur un sujet souvent étudié depuis cette époque : *l'hystérie dans ses rapports avec les divers états morbides* (1). Il s'agissait des rapports cliniques que la névrose affecte avec la fièvre typhoïde, la diphtérie, les affections inflammatoires diverses (angines, laryngites, bronchites, embarras gastrique), avec les traumatismes, le rhumatisme, la scrofule, l'impaludisme, la tuberculose. Depuis cette époque, la question s'est agrandie, et l'on sait que l'alcoolisme, le saturnisme, le tabagisme, la plupart des intoxications en un mot peuvent devenir des agents provocateurs de l'hystérie.

Dans ce chapitre, j'ai publié la première observation relative à une malade chez laquelle une fièvre typhoïde avait été, comme je le disais alors, « l'occasion de l'appel de phénomènes hystériques » sous la forme pseudo-méningitique. Puis on a signalé des manifestations hystériques simulant le rhumatisme cérébral (2). Depuis cette époque, les faits de « méningisme » au cours des maladies infec-

(1) H. HUCHARD, *Traité des névroses*, 1883, et *Journal des Praticiens*, 1890.

(2) REPÈRE, Manifestations hystériques simulant le rhumatisme cérébral (*Thèse de Paris*, 1883).

tieuses ne se comptent plus, et le méningisme hystérique dans la fièvre typhoïde, la grippe, la scarlatine, le rhumatisme articulaire aigu, est maintenant bien connu (1).

On trouve dans la science d'autres exemples de pseudo-méningites hystériques, ou non hystériques. Avant ma première observation, Arnoz avait publié un fait semblable. Quelques auteurs anciens (Cullen en 1785, P. Frank en 1820, Guersant en 1838) ont fait allusion à des cas où presque tous les symptômes de la méningite sont réunis, alors que l'autopsie démontre l'absence de cette maladie. Mais de tous les cliniciens, c'est Bouchut qui autrefois a bien étudié la question, et je le proclame d'autant plus volontiers que ce remarquable médecin dont j'ai pu apprécier la haute valeur a été plus méconnu pendant la vie. Il avait divisé les pseudo-méningites en quatre groupes : d'origine utérine et chlorotique, d'origine intestinale et vermineuse, d'origine gastrique, dans l'angine tonsillaire et les maladies aiguës (2).

Il y a quinze ans, j'ai observé un cas fort intéressant de *pseudo-méningite hystérique* qui s'est déclarée d'une façon primitive, en dehors de toute intoxication ou de maladie infectieuse. L'intérêt de cette observation que je vais résumer résulte surtout des difficultés du diagnostic.

Une femme de trente-huit ans présentait les antécédents héréditaires suivants : grand'mère maternelle tuberculeuse, mère morte d'une attaque d'apoplexie; grand-père paternel très goutteux, mort à cinquante ans; père mort à cinquante ans d'un anévrysme. Sur dix enfants, la malade reste seule avec un frère; les huit autres enfants sont morts jeunes,

(1) Le mot « méningisme », analogue à celui de « péritonisme » de Gubler, a été employé pour la première fois par E. DUPRÉ (*Congrès de méd. interne*, Lyon, 1894).

(2) ARNOZAN, *Gaz. méd. de Bordeaux*, 1873. — H. HUCHARD, *Traité des névroses*, 1883; *Journ. des Praticiens*, 1890; *Soc. méd. des hôpitaux*, 1895. — BOUCHUT, Des névroses congestives de l'encéphale, 1866. De la pseudo-méningite, et diagnostic de la méningite avec l'ophtalmoscope (*Gaz. méd. de Paris*, 1868). — La question a été encore étudiée dans plusieurs thèses de Paris, notamment par : MACÉ (1888), BARDOL, VIREY (1893), LÉVÊQUE, NOBLET, ROESCH (1895), POCHON (1897).

plusieurs de méningite tuberculeuse, une fille de quinze ans est morte de fièvre typhoïde avec des accidents cérébraux.

Cette femme n'a jamais eu de maladie sérieuse; mariée depuis vingt ans, elle n'a jamais trouvé l'idéal qu'elle se promettait dans ce mariage, et elle vit séparée à l'amiable de son mari. Caractère hystérique des plus prononcés.

Après une période de malaise assez longue et mal définie, se traduisant surtout par de l'*insomnie*, de l'*inappétence*, la malade est brusquement prise pendant la nuit du 9 au 10 juin 1888, vers une heure du matin, par une violente *douleur de tête* qui bientôt s'accompagne de *vomissements* alimentaires. Un médecin appelé la trouve dans un état de très grande prostration avec la face pâle, les traits altérés, le pouls petit et fréquent, les extrémités froides. La céphalalgie est très violente, surtout aux régions fronto-temporale gauche et occipitale. Pendant la journée, il y a de la *somnolence*; la douleur de tête devient plus vive; il y a de la *photophobie*; la *constipation* persiste, les vomissements se reproduisent, et la malade est transportée dans une maison de santé.

11 au 15 juin. — Même état; les douleurs de tête arrachent des cris, les nuits sont très agitées, la température axillaire s'élève à 38°,2, les vomissements se reproduisent, la langue est un peu saburrale. La nuit du 14 au 15 juin a été bonne; les douleurs de tête, moins vives, ont fait place à un état de *stupeur*, d'où on parvient à tirer difficilement la malade et la température reste à 38°,2. Je la vois pour la première fois à ce moment, et trouvant quelques stigmates de l'hystérie (insensibilité de l'épiglotte, douleur ovarienne gauche), je crois à l'existence d'une pseudo-méningite hystérique.

16 juin. — T. A. 38°,4 le matin, 38°,3 le soir. Le pouls, qui était à 70 ou 80 les jours précédents, est descendu à 60. Il a toujours été régulier. État de torpeur très accusé avec *subdélire*; alternatives de *pâleur* et de *rougeur* de la face; *raie méningitique* très accusée à l'abdomen et sur les membres; léger effacement des traits à droite. Dans la

soirée, on constate une déviation de la face qui est tirée à gauche, et un *léger état parétique du bras gauche*. On discute de nouveau la question d'une vraie méningite.

17 juin. — T. A. 37°,7 le matin, 38°,2 le soir. La langue est blanche, un peu sèche; le délire plus continu; la malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. La respiration est *suspirieuse*, puis elle devient par intervalles très fréquente et précipitée (*polypnée*); la constipation reste opiniâtre, le ventre un peu aplati; la malade n'a pas uriné pendant vingt-quatre heures, et cependant il y a de l'urine dans la vessie (*rétenion d'urine*). Le pouls est à 54. La face est manifestement déviée à gauche; la parésie des membres supérieur et inférieur du côté gauche est plus manifeste. A une heure de l'après-midi, après un moment de lucidité relative, on constate un *embarras plus marqué de la parole* et une grande *difficulté de la déglutition* des aliments. Le soir, nous constatons la *raie méningitique*, l'*aphasie* presque complète, l'impossibilité absolue d'avaler. En présence de ces accidents, on craint de plus en plus une méningite tuberculeuse, et l'on prescrit l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour.

18 juin. — T. A. 39° le matin, 38°,4 le soir. Le pouls est à 70. *Syncope* à cinq heures du matin, en allant à la garde-robe. Subdélire continu, se traduisant par un marmottement incompréhensible. L'embarras de la parole s'exagère, et celui de la déglutition devient tel qu'on est obligé de prescrire l'iodure par la voie rectale. Le soir, la malade immobile dans son lit, insensible aux excitations extérieures, semble être tombée dans un véritable *état comateux*. En recherchant toujours l'hystérie dans ces divers accidents, je constate un *état cataleptique* du bras gauche.

19 au 21 juin. — Amélioration progressive. La température redevient normale le 21 juin (37°,7), après avoir été, le 19 juin, à 38° et à 38°,2; le 20 juin, à 37°,1 et 38°,5; le 31 juin, à 38°,1 et 37°,7. Le pouls est à 100. La physiologie devient plus expressive, la parole moins embarrassée,

la déglutition possible. Les jours précédents, on avait constaté une *algésie* presque complète de tout le côté gauche.

Les douleurs de la tête ont disparu depuis le 18 juin.

22 juin. — La température remonte le matin à 38°,8 et descend le soir à 37°,8. On constate une *déviaton de la face à droite* (contracture faciale droite?). Les pupilles, qui avaient toujours été normales, restent très dilatées.

22 juin au 1^{er} août. — L'amélioration persiste et s'accroît. La guérison peut être considérée comme définitive; elle ne s'est jamais démentie depuis sept ans que j'ai revu la malade. Alors j'ai pu constater chez elle un certain nombre de symptômes hystériques (insensibilité de l'épiglotte, hyperesthésie ovarienne, anesthésie sensitive et sensorielle du côté gauche, singularités du caractère).

II. — Diagnostic.

Si on analyse tous les symptômes présentés par cette femme, on voit qu'ils s'éloignent par beaucoup de côtés de la méningite tuberculeuse de l'enfant; mais ils se rapprochent, au contraire, de ceux de la méningite tuberculeuse de l'adulte, qui présente, comme on le sait, de nombreuses anomalies et irrégularités dans sa marche, à ce point que l'on peut dire : *il n'y a rien qui ressemble moins à la méningite tuberculeuse de l'enfant que la méningite tuberculeuse de l'adulte*. Si on ajoute que la malade présentait des antécédents tuberculeux, des méningites chez ses frères et sœurs, on comprend sans peine l'hésitation du diagnostic.

A ce dernier point de vue, cette observation est intéressante, en ce sens qu'elle démontre un fait sur lequel j'ai insisté et que j'ai ainsi formulé : *à côté de l'hérédité dans les lésions, il faut placer l'hérédité dans les organes* (1).

(1) HUCHARD, *Traité des névroses*, 1883.

Exemple : une malade meurt de méningite tuberculeuse, et l'un de ses enfants succombe à une tuberculose pulmonaire ; *c'est l'hérédité dans les lésions*. Elle a une fille hystérique qui présente des phénomènes d'hystérie cérébrale (pseudo-méningite hystérique) ; *c'est l'hérédité dans les organes*. Le système nerveux central est, chez les malades, le *locus minoris resistentiæ*, et l'hystérie reste surtout cérébrale. Telle est la cause de la localisation encéphalique de l'hystérie chez notre malade.

Ainsi donc, l'hystérie, cette grande simulatrice des maladies organiques, cette sorte de « pathologie en raccourci », comme le disait Axenfeld, peut présenter le masque de la méningite par des symptômes communs aux deux maladies (céphalée, vomissements, constipation, hyperesthésie, ralentissement du pouls, paralysies partielles, convulsions, photophobie, troubles pupillaires et vaso-moteurs, élévation de la température, troubles de la respiration qui peut devenir suspicieuse ou singultueuse, rare ou fréquente). Dans ce dernier cas, il s'agit d'un symptôme hystérique que j'ai signalé sous le nom de *polypnée hystérique* et dont nous parlerons.

Avec un peu d'attention, le diagnostic est toujours possible. La fièvre est rare, et, quand elle est observée, comme dans notre cas, elle est très irrégulière. Un jour, la température monte à 39° le matin, et le surlendemain elle descend à 38°,7 ; puis, quatre jours après, elle s'élève à 38°,8 encore le matin, et le soir elle est descendue de 1°, pour redevenir normale les jours suivants. Le pouls est quelquefois ralenti, jamais irrégulier. La céphalalgie, qui peut être très intense, jusqu'à faire pousser des cris aux malades, n'est pas continue et se manifeste sous forme de crises. Il en est de même de presque tous les autres symptômes qui surviennent soudainement, persistent pendant quelques jours ou quelques heures pour reparaitre ensuite de la même manière. La maladie est ainsi composée d'une série de crises qui se succèdent après quelques intervalles de

légère ou de complète accalmie ; elle est accidentée dans sa marche et non continue. Enfin l'existence des stigmates hystériques (hémianesthésie sensorielle et sensitive, ovaralgie) et quelques phénomènes surajoutés, comme un état cataleptiforme des membres, une hémianesthésie, etc., permettent encore de fixer le diagnostic.

J'ai publié (1895), à la Société médicale des hôpitaux, l'observation de méningisme hystérique chez une jeune femme de vingt-quatre ans, au sujet de laquelle les diagnostics de méningite à la suite d'une angine streptococcique, de méningite tuberculeuse, de syphilis cérébrale, ont été d'abord discutés.

Tout dernièrement (octobre 1902), j'ai observé à l'hôpital Necker, au cours d'une fièvre typhoïde, un pseudo-coma hystérique dont la nature m'a été révélée par quelques symptômes anormaux : battements légèrement convulsifs des paupières, anesthésie générale du tégument externe et des muqueuses avec analgésie complète. Ces symptômes, qui avaient tout d'abord fait porter un pronostic très grave, en dehors de notre service d'hôpital, disparurent en quelques jours.

Une observation de Grasset est d'autant plus intéressante que les symptômes pseudo-méningitiques, déjà anormaux, sont survenus au cours d'une fièvre typhoïde tellement anormale qu'elle ne put être diagnostiquée pendant la vie. A l'autopsie, on ne trouva aucune trace de lésion méningée, et, comme il le dit judicieusement, il s'agissait d'une méningite *clinique* et non pas d'une méningite *anatomique* ; on peut avoir du méningisme sans méningite, comme de la méningite sans méningisme. Dans cette observation, « l'organe fonctionnel a été beaucoup plus atteint que l'organe anatomique. Les toxines du bacille d'Éberth ont frappé les centres nerveux dans leur force, sans leur laisser le temps de réaliser des lésions. C'est le triomphe de la doctrine qui montre que,

dans la maladie la lésion anatomique n'est pas tout, que l'altération fonctionnelle, la lésion dynamique est plus essentielle pour la constitution même de la maladie (1) ». Cette doctrine, ces idées, nous avons déjà dit que nous les adoptons absolument.

Ce n'est pas seulement dans le cours de la fièvre typhoïde que ces accidents de pseudo-méningite peuvent survenir. On les a vus encore évoluer pendant la pneumonie (Hutinel, Bergé), la grippe (Huchard, Legendre, Sevestre, Bidon, Gaucher, Comby), la rougeole (Millard), l'impaludisme (Dujardin-Beaumetz, J. Simon), le rhumatisme articulaire aigu (Huchard, Cadet de Gassicourt), dans l'uricémie (G. Carrière) (2).

Le diagnostic de méningite tuberculeuse paraît d'autant plus certain que l'hystérie peut simuler une tuberculose pulmonaire, non seulement par l'existence de plusieurs symptômes ou troubles fonctionnels (dyspnée, fièvre, hémoptysies, etc.), ce qui est bien connu, mais aussi par la production de certains signes physiques, ce qui est ordinairement ignoré. A ce sujet, on me permettra de rappeler ce que j'écrivais dès 1883 au sujet d'un hystérique dont le diagnostic a été douteux pendant un temps assez long, surtout en raison d'une submatité du sommet gauche qui avait persisté pendant plusieurs mois. Or, cette submatité avait un jour disparu pour se montrer de temps en temps au côté opposé, tantôt dans la fosse sus

(1) GRASSET, *Méningisme dans le cours d'une fièvre typhoïde à marche anormale*. — GALAVIELLE et H. VILLARD, Un cas de méningisme chronique simulant la méningite tuberculeuse chez un adulte (*Nouveau Montpellier médical*, 1895).

(2) BERGÉ, *Soc. anat.*, 1893. — HUTINEL, *Sem. méd.*, 1892. — HUCHARD, *Journ. des Prat.*, 1889. — LE GENDRE, *Revue d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, 1889. — SEVESTRE, GAUCHER, COMBY, *Soc. méd. des hôp.*, 1890 à 1896. — BIDON, *Revue de méd.*, 1890. — MILLARD, *Soc. méd. de Paris*, 1880. — DUJARDIN-BEAUMETZ, *Soc. méd. des hôp.*, 1878. — G. SIMON, *Sem. méd.*, 1887. — HUCHARD, CADET DE GASSICOURT, *loc. cit.* — G. CARRIÈRE, Deux cas de méningisme uricémique (*Arch. de méd.*, 1903).

et sous-épineuse, tantôt dans le creux sus-claviculaire.

« Nous avons remarqué que ces submatités extrêmement trompeuses de certaines régions thoraciques peuvent exister dans l'hystérie, en dehors de toute lésion de l'appareil pulmonaire. Elles ont pour caractères d'être mobiles, de changer de place très facilement, et elles sont très probablement dues à un état spécial d'irritabilité musculaire sous l'influence de laquelle certains muscles entrent rapidement en contraction par une percussion même superficielle... Il s'agit, dans ces cas, d'une pseudo-tuberculose hystérique (1).

Si l'on peut prendre une pseudo-méningite hystérique pour une méningite vraie, l'erreur contraire peut être commise, et Chantemesse cite le fait remarquable d'une hystérique, atteinte d'accidents méningitiques, que Rigal rattacha complètement à la névrose. La malade mourut, et, quoique l'autopsie n'ait pas été pratiquée, il est probable qu'il s'agissait d'une méningite de la base.

La plupart des observations tendent à démontrer que le plus grand nombre des méningites tuberculeuses de l'adulte guéries pourraient bien n'être que des pseudo-méningites. Mais, d'autre part, l'incurabilité de la méningite tuberculeuse n'est pas absolue, comme le démontrent les observations de guérisons incontestables citées par Rilliet, Barth, Cadet de Gassicourt, Rousseau, Chantemesse, Sarda (2).

(1) H. HUCHARD, *Traité des névroses*, 1883, et *Union méd.*, 1881-1882.

(2) RILLIET, *Soc. méd. des hôp.*, 1855. — BLACHE, *Tribune méd.*, 1875. — BARTH, *Soc. clin. de Paris*, 1877. — CADET DE GASSICOURT, *Traité des maladies de l'enfance*. — ROUSSEAU, *Encéphale*, 1882. — CHANTEMESSE, *Thèse de Paris*, 1884. — SARDA, *Montpellier médical*, 1888.