

## HYSTÉRIES PÉRIPHÉRIQUES.

L'hystérie emprunte au système nerveux les matériaux pathologiques dont elle dispose et qu'elle s'approprie : il n'est pas une seule lésion nerveuse dont on ne retrouve chez les hystériques l'expression plus ou moins atténuée, depuis la folie jusqu'au frisson passager. Sorte d'état parasite, elle apparaît, s'établit, s'installe et disparaît à son heure, laissant des traces durables de son passage ou rendant à l'économie momentanément atteinte le plein exercice de ses fonctions. Si énorme ou si continue qu'elle soit, elle épargne presque toujours quelques côtés de l'organisme qui auraient senti tout autrement le contre-coup de la moindre lésion. Tantôt c'est l'embonpoint qui persiste malgré l'anorexie, l'inanition ou les vomissements ; tantôt c'est la circulation, la respiration, l'activité intellectuelle et même l'équilibre moral qui se désintéressent. La maladie, si délicatement observée, semble ainsi un hors-d'œuvre, et dans les cas difficiles, le diagnostic se fait par les immunités bizarres dont profitent certains organes ou dont la santé générale bénéficie.

Le tableau de l'hystérie ne ressemblera jamais à celui d'aucune autre affection. Les lois générales qui commandent aux évolutions pathologiques ne s'y adaptent pas : l'exception n'y confirme pas la règle, mais elle devient elle-même la règle et la caractéristique.

Tous les médecins ont été frappés de cette nature *parasitaire* de l'hystérie et en ont plutôt exagéré que diminué la portée.

On a fini par élever les surprises que la maladie ne ménage pas, à la hauteur d'une loi ; on s'est complu à représenter les hystériques comme des malades protéiformes, subissant des transformations incessantes et rapides à l'égal des changements à vue.

Il s'en faut et de beaucoup que les choses se passent ainsi : la crise convulsive, un des incidents les moins dignes d'étude, n'a qu'une courte durée, elle est la seule dans ces conditions. Toute autre modalité s'immobilise et se fixe, déjouant les remèdes, traversant les milieux les plus divers et, si on voulait continuer la comparaison avec le règne animal, hibernant sur place.

Cette fixité propre à l'hystérie doit figurer parmi les éléments de la définition, tant elle est de règle. Les autres affections du système nerveux suivent une marche ascendante, descendante ou onduleuse, et on assiste à leurs mouvements continus. Les hystériques atteignent vite le maximum des symptômes qui caractérisent la phase où elles entrent et s'y maintiennent, à partir de l'invasion de la contracture, des spasmes, de l'hyperesthésie, etc. C'est la stabilité des phénomènes qui permet alors d'affirmer l'existence d'une maladie durable sans lésions inflammatoires ou autres.

Qu'on se borne à comparer un moment la toux hystérique à type laryngé sonore, à crises convulsives et suffocantes avec la coqueluche, sans tenir compte des signes fournis par l'examen de la poitrine. Dans le premier cas, toux monotone, égale à elle-même, soit comme intensité, soit comme timbre, soit comme périodicité pendant les mois que se prolongera la longue attaque. Dans le second, durée à peu près égale, mais modifications tantôt dans l'état général, tantôt dans la fréquence ou la violence des quintes, complications multiples, décroissance plus lente que l'accroissement.

Après les caractères généraux qui viennent d'être indiqués et qui consistent d'une part dans les immunités relatives de l'organisme, de l'autre dans l'immobilisation des symptômes une fois déclarés, on doit noter la rapidité de l'invasion, la cessation non moins brusque de l'attaque.

Si l'hystérie a la propriété de conserver sa formule symptomatique, presque invariable, une fois la crise déclarée, et de la garder ainsi pendant des mois sinon des années, il n'en est plus de même des lésions consécutives.

Celles-ci se développent, comme on dit, à leur compte et rentrent dans les données habituelles de la pathologie. Je ne citerai qu'un exemple, celui des déformations des membres succédant à la contracture, provoquant des atrophies croissantes, des altérations également progressives des tissus. L'hystérie n'est plus en jeu qu'à titre de point de départ, assez semblable au rhumatisme articulaire aigu qui a déterminé une lésion cardiaque sur laquelle il n'aura plus de prise.

Les deux caractères qui viennent d'être énoncés consistent d'une part dans l'immunité des parties de l'organisme que la crise a épargnées, de l'autre dans l'immobilisation des symptômes une fois déclarés.

La rapidité de l'invasion, la cessation non moins brusque de l'attaque et l'imprévu que comportent les révolutions soudaines sont moins décisifs.

Sans entrer plus avant dans la pathologie générale d'une maladie qui exige à la fois tant d'études d'ensemble et de détail, on est autorisé à admettre que l'hystérie est d'origine centrale ou périphérique.

Dans le premier type, c'est ou le cerveau ou la moelle qui donne le mouvement. Il est hors de doute que les phénomènes de provenance encéphalique ou spinale peuvent se combiner, mais il ne l'est pas moins qu'on les rencontre isolément. Certaines malades sujettes aux crises convulsives les plus accentuées sont exemptes de troubles de l'intelligence, du caractère ou du sentiment; d'autres, préservées des convulsions, des spasmes, des hyperesthésies ou des anesthésies des membres, n'ayant jamais eu d'attaques proprement dites, offrent les attributs exclusifs des désordres cérébraux depuis la moindre perversion mentale jusqu'au délire confirmé.

Je me borne à mentionner ces espèces obscures entre toutes,

pour m'occuper seulement des manifestations de l'hystérie qu'on peut considérer comme périphérique.

Topographiquement, elles sont locales, non symétriques, n'ayant aucune tendance à le devenir, se fixant dans des régions limitées et desservies le plus ordinairement par un appareil nerveux également restreint. Au point de vue de leur nature elles se traduisent ou par des troubles de la sensibilité ou par des perversions du mouvement.

Les affections d'origine périphérique qui surviennent sous la dépendance de l'hystérie franche ou d'états analogues à l'hystérie et qu'il convient d'en rapprocher, ne se localisent pas au hasard. Il est possible d'assister à leur début et d'en étudier l'évolution, tandis que pour les manifestations de cause centrale la genèse nous échappe presque toujours.

Un petit fait dont j'ai été témoin voilà des années et qui se présentait dans les conditions de l'expérience la mieux conduite, m'a mis sur la voie des recherches que j'ai poursuivies.

Mademoiselle X... a 14 ans; elle est robuste d'aspect, d'une constitution lymphatique florissante. Ses règles ont apparu deux ou trois fois à des périodes inégales, sans malaises généraux mais avec quelques indécisions de caractère. Un jour pendant une récréation, dans le couvent où elle est élevée et où elle est comptée parmi les meilleures élèves, une camarade lance au hasard une poignée de sable. La jeune fille en reçoit quelques grains dans l'œil droit.

Il résulte de ce traumatisme insignifiant une conjonctivite également insignifiante, du larmolement, de la rougeur des paupières qui dure quelques heures à peine. Le lendemain en se réveillant, la malade est prise d'une contracture qui l'empêche absolument d'ouvrir les paupières du côté droit. Le spasme tonique n'a pas été précédé de mouvements cloniques. La douleur a disparu, mais la contraction persiste et se prolonge pendant quatre mois.

L'enfant est ramenée dans sa famille, aucune des médications essayées et condamnées d'avance n'amène d'effets utiles. Le

blépharospasme cesse une nuit pour ne plus reparaitre. Il est survenu depuis des incidents hystériques inutiles à rap-peler.

On ne pouvait douter que l'irritation eût été la cause première du spasme, on ne pouvait davantage méconnaître combien l'effet était en disproportion avec la cause. Dès le lendemain, dès le soir même, la douleur à laquelle l'enfant n'attachait aucune importance avait disparu et depuis lors elle ne s'est jamais reproduite. Si on essayait, sans y réussir le plus souvent, d'écarter les paupières on ne provoquait pas de souffrance, l'œil avait son aspect normal et l'a toujours conservé.

Il était impossible de voir là un hasard de coïncidence. Le fait se présentait avec la simplicité que comporte une observation chirurgicale. Était-il une exception ou répondait-il à la règle ?

En pareille matière les occasions ne font pas défaut, tant le nombre des hystériques à accidents localisés est considérable. Seulement il s'agit d'un incident passager qui passe inaperçu ou qui s'oublie vite. Lorsqu'on interroge des hystériques à une période éloignée du début, il leur coûte de faire effort pour retrouver un souvenir qui les touche peu.

Chacun sait quelle négligente indifférence elles apportent à l'étude de leurs malaises actuels, à plus forte raison à celle d'une indisposition périmée. Par contre si on assiste aux commencements, la famille intervient, elle s'associe à l'enquête en y mettant un zèle qui contraste avec l'insouciance de la malade. Quelques faits très succinctement racontés, puisqu'il ne s'agit que d'un détail de la recherche, montrent comment procède cette irritation prémonitoire. Les affections hystériques de la gorge, du larynx, du pharynx et des bronches fournissent les exemples les plus fréquents et peut-être aussi les plus significatifs.

Mlle X..., 19 ans. Famille nerveuse. Deux sœurs avec lesquelles elle n'a pas de ressemblance morale ou physique ni au point de vue de la stature, ni à celui de l'embonpoint et de la coloration, ni dans les habitudes d'intelligence et de caractè-

re. La mère est paraplégique, mais la maison est ouverte et la vie est facile.

Une bronchite, débutant comme les bronchites saisonnières simples par du coryza et de la laryngite, se déclare à la suite d'un refroidissement. Peu ou pas d'enrouement au début. Après deux semaines de toux décroissante, la malade accuse une douleur assez pénible au niveau du cartilage thyroïde, s'exagérant, dit-elle, par la pression. Elle s'abstient de parler dans la crainte d'exagérer la souffrance et refuse obstinément d'articuler aucun son à haute voix, déclarant que cet effort lui est devenu impossible.

Le mutisme ou l'extinction de voix, car il est bien difficile en pareil cas de déterminer la part qui revient à la volonté, a duré près de deux ans. Des traitements nombreux ont été essayés, la malade ne se refusait à aucune épreuve tout en laissant entrevoir ses réserves sceptiques. L'abstention de la parole qu'elle acceptait sans murmurer devait être pour elle une privation exceptionnelle. Douée d'une voix qu'elle avait longuement cultivée, elle était plus chanteuse que pianiste. Je ne l'ai jamais entendue se plaindre, et quand elle a été guérie, c'est à peine si elle a paru se réjouir.

Dans cette observation abrégée de parti pris et réduite au phénomène essentiel, on retrouve les deux éléments que j'ai signalés et dont la combinaison offre des variantes presque infinies. D'une part la contracture probable ou le défaut d'activité régulière de l'appareil phonateur, de l'autre la suspension calculée de la fonction, en vue de prévenir une douleur. L'examen du larynx fait par des spécialistes compétents n'a rien révélé de significatif, même dans les premiers temps. On doit ajouter que la recherche n'a eu lieu qu'après des semaines d'aphonie. La supposition de la famille et des médecins était qu'il s'agissait d'une affection transitoire facile à combattre à l'aide des moyens vulgaires.

Mlle X..., 20 ans. Santé robuste, embonpoint un peu exagéré. Il y a deux ans, première angine avec sensation de sécheresse

dans la gorge, difficulté à déglutir les liquides irritants, sans troubles laryngés, sans enrouement, sans fatigue même après de longues lectures à haute voix. L'année suivante, malaises généraux, tristesses intermittentes, pleurs sans motifs, syncopes se répétant à plusieurs reprises malgré la conservation de la santé générale. Au mois d'octobre 1877, la jeune fille est prise d'un mal de gorge qu'elle attribue à un refroidissement et qui provoque presque aussitôt un enrouement exagéré chaque matin et tendant à se dissiper dans la journée. Pas de mouvement fébrile, mais sommeil anxieux, rêves, parler à haute voix pendant la nuit. Par intervalles il survient une constriction subite de la gorge qui dure quelques instants et se termine par une demi-syncopé. Au huitième jour environ, la douleur a disparu, la voix est redevenue claire. L'arrière-gorge a repris sa coloration normale, mais il est survenu une toux sèche, rythmée, qui subsiste encore après six mois. Chaque quinte se compose de quatre impulsions de même tonalité, de même intensité, séparées par le même intervalle et se termine par une sensation fugace de défaillance.

M<sup>lle</sup> X..., 18 ans, habite la province et demeure avec son père veuf depuis deux ans. La mort de la mère a été l'occasion de crises hystériques généralisées qui ne se sont reproduites que deux fois avec un peu de convulsions, des pleurs, des sanglots qui représentaient aussi bien un paroxysme de chagrin qu'une attaque vraie.

Après le mois de janvier 1878, elle se refroidit, éprouve un mal de gorge caractérisé d'abord par de la gêne dans la déglutition et plus tard par de la constriction laryngée avec de la raucité de la voix survenue seulement à la suite d'effort vocal de quelque durée.

Subitement elle est prise d'un accès de spasme laryngé sonore qu'on pouvait comparer à l'angine striduleuse dans sa forme la plus vibrante. La différence est que chaque accès se compose d'une série (3, 4, 5 ou 6 au plus) de spasmes rauques, profonds, impossibles à décrire, mais qui se répètent sans varia-

tions. Ils diffèrent en cela des quintes à intensité d'abord progressive et rapidement décroissante, leur uniformité typique ne peut dès l'abord laisser aucun doute sur la nature de l'affection locale.

La malade a, comme toutes les hystériques de cet ordre, des accès d'autant plus fréquents qu'elle est intimidée, agacée ou qu'elle se sent sous le coup d'une observation attentive.

Pas de périodicité, mais suspension des accès pendant la nuit. Le sommeil est bon, durable, sans rêves. On ne constate aucun symptôme en dehors du malaise strictement localisé, qui dure depuis six semaines et n'a varié ni de forme ni d'intensité. La respiration est normale même pendant les spasmes qui d'ailleurs ne s'accompagnent pas de suffocation ou même de dyspnée. Le visage se colore peu, tout au plus survient-il un larmolement passager. Les battements du cœur ne s'accroissent pas.

La jeune fille, bien portante, tolère avec patience ces manifestations plus incommodes à ce qu'il semble pour les assistants que pour elle-même. Et cependant le bruit laryngé est tel qu'il oblige à une sorte de réclusion et qu'il interdit à la malade même de circuler dans les rues sous peine d'attirer la curiosité peu sympathique des passants.

M<sup>lle</sup> X... Constitution lymphatique confinante à la scrofule. Amygdales volumineuses, angines tonsillaires fréquentes. La malade est aujourd'hui mère de quatre enfants, délicate, mais résistante, et n'a presque rien gardé des aptitudes hystériques de son adolescence. Le côté semi-strumeux s'est éteint moins complètement avec l'âge.

Pendant qu'elle suivait son éducation dans un pensionnat il est survenu une attaque d'hystérie provoquée par une contrariété. La maîtresse de pension lui avait refusé une sortie de faveur pour le mariage d'une de ses parentes. Sommeil irrégulier, imagination active, aptitude au travail assidu; un mélange de constitution nerveuse et de tempérament lymphatique.

À l'âge de 18 ans, se déclare une bronchite subaiguë qui ins-

pire quelques inquiétudes, bien que les signes stéthoscopiques se réduisent à quelques sibilances, peut-être parce que l'affection bronchique ne semble pas en rapport avec la toux et l'oppression.

Subitement la toux change de caractère et fait craindre au médecin traitant l'invasion de la coqueluche. Elle est stridente, laryngée, rythmée. Pas de quintes vraies, mais des secousses successives de toux d'un timbre inexprimable se répétant 9 fois sans exception et se reproduisant à intervalles inégaux. Là encore la convulsion rythmique n'est ni croissante ni décroissante pendant sa courte durée, mais absolument monotone.

Les crises cessent complètement pendant le sommeil. Le seul fait du décubitus les atténue, et cette influence favorable se retrouve dans la plupart des faits de toux hystérique, si on n'a pas commis l'imprudence d'en avertir les malades.

Les râles ont disparu, la respiration est normale et, en présence d'une famille inquiète, on multiplie les auscultations; la dyspnée ne survient ni spontanée ni provoquée par un exercice quelconque. Une seule crise d'oppression a eu lieu dans tout le cours de la maladie qui n'a pas duré moins de seize mois et qui a guéri moins brusquement qu'on ne le supposerait à la suite d'un déplacement. Trois mois après la guérison vraie, une irritation passagère, l'aspiration d'une poussière sèche, d'une vapeur excitante déterminait une crise de toux conforme au type primitif mais n'ayant plus de disposition à se reproduire.

Le spasme vaginal est plus rare, mais j'en ai rencontré plusieurs exemples, un surtout que je rappellerai en peu de mots.

Madame X... a aujourd'hui 35 ans et est assurément un des types les plus achevés de la diathèse hystérique. Elle s'est mariée à 19 ans. Après six mois de mariage une grossesse de date mal définie mais supposée remonter à trois mois se termina par une fausse couche. Une phlegmasie utéro-vaginale de moyenne intensité se déclara à la suite, avec écoulement mucoso-purulent de l'utérus et rougeur de la muqueuse vaginale; quelques

jours de traitement dissipent la douleur d'ailleurs fort tolérable. Les choses semblaient rentrées dans l'ordre, mais il était resté une constriction vaginale qui rendait tout rapprochement conjugal impossible, bien que les tentatives ne fussent pas douloureuses.

La jeune femme s'y prêtait d'autant mieux que son ardent désir était d'avoir un enfant. Les traitements locaux, les divers procédés de dilatation furent employés infructueusement. Le spasme persista, sans variation pendant près d'une année et disparut pour ne plus revenir.

Les spasmes permanents des membres n'échappent pas à la règle. On est autorisé à dire que la contracture si fréquemment observée a eu presque toujours, sinon toujours, pour antécédent une irritation douloureuse d'un point situé au pourtour de l'articulation plutôt que de l'articulation elle-même. Quand on assiste au début du mal, circonstance d'ailleurs assez rare, on commence par accuser avec la malade un faux mouvement, une affection rhumatismale très limitée, une contusion ou toute autre cause de nature à provoquer une souffrance de peu d'intensité. La douleur préparatoire persiste plus ou moins longtemps, sans excéder quelques jours. La contraction lui succède, et comme les tractions exercées pour fléchir le membre ou pour le redresser sont elles-mêmes douloureuses, on a peine à discerner les deux temps de l'affection. C'est par ces phénomènes irritatifs du début que s'explique la difficulté du diagnostic.

Tous les chirurgiens savent par quelles hésitations on passe avant d'asseoir son jugement. S'il s'agissait d'une contracture exempte d'hyperesthésie, n'ayant pas suivi la marche que j'indique mais s'étant déclarée d'emblée et réduite au seul élément du spasme musculaire, on serait inexcusable d'être indécis.

Un seul fait montrera l'évolution des symptômes.

Mademoiselle X..., créole, 12 ans, réglée depuis l'âge de 9 ans, petite, brune, bien conformée et présentant tous les attributs d'une puberté complète. Réglée assez irrégulièrement depuis son