

Suivant les cas, la sensibilité est plus ou moins abolie, exaltée ou pervertie, d'où l'anesthésie, l'hyperesthésie et les paresthésies hystériques.

A. *Anesthésie*. — Désignée au moyen âge sous le nom de « marques » qu'on recherchait chez les sorciers et sorcières par l'épreuve de la piqûre, l'anesthésie fut surtout mise en relief par Piorry, puis étudiée par divers auteurs. « Mais, dit M. Pitres, la plupart des médecins restaient indifférents ou sceptiques à l'égard de l'hystérie et ce fut une sorte de révélation quand, en 1872, Charcot, développant l'histoire des anesthésies hystériques, démontra par de nombreux exemples la réalité de la fréquence de ce symptôme chez les hystériques. » Depuis cette époque, l'étude de cette anesthésie a été parachevée par MM. Pitres, Lichtwitz et P. Janet, dans des mémoires que nous mettrons largement à contribution<sup>1</sup>.

Qui dit anesthésie dit diminution ou abolition de la faculté de senti Or la peau, les muqueuses, les sens et vraisemblablement aussi les viscères profonds possèdent cette faculté. L'anesthésie peut donc atteindre tous ces organes. D'autre part, la sensibilité est normalement composée de divers éléments : contact, douleur, température. Or ces éléments peuvent être frappés simultanément (*anesthésie complète*) ou isolément (*anesthésie incomplète ou dissociée*). L'anesthésie peut en effet dissocier, une à une ou deux à deux, les sensations tactiles, douloureuses et thermiques, sous forme d'*analgésie*, de *thermoanesthésie*, etc. La dissociation dite syringomyélique est une des plus intéressantes.

L'*anesthésie* des hystériques demande à être recherchée avec soin. S'en tenir à l'interrogatoire des malades, qui d'ordinaire ignorent leur insensibilité, serait s'exposer à des mécomptes. Il est nécessaire de recourir à l'exploration physique de la peau, puis des plans sous-cutanés, des muqueuses et des sens.

Pour explorer la *sensibilité cutanée*<sup>1</sup>, on interroge successivement les sensations tactiles, douloureuses et thermiques au moyen de procédés bien connus, qu'on trouvera exposés en détail à l'article *Anesthésies*. Si ces divers modes de sensibilité sont complètement abolis, on dit qu'il y a anesthésie tactile, analgésie et thermoanesthésie complètes. Le préfixe *hypo*, placé devant ces trois termes, indique une diminution plus ou moins grande de la sensibilité.

1. PITRES, *Des anesthésies hystériques*, Bordeaux, 1887. — LICHTWITZ, *Des anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens* (Thèse de Bordeaux, 1887). — P. JANET, *L'automatisme psychologique*, Paris, 1889. — L'anesthésie hystérique (*Arch. de neurol.*, 1892). — *Les stigmates mentaux de l'hystérie* (Biblioth. méd. Charcot-Debove, Paris, 1893).

Après l'examen de la peau, on procède à celui des plans sous-cutanés. M. Pitres a montré que l'insensibilité des nerfs ne se borne pas en effet à leurs terminaisons dans la peau, mais atteint encore leurs troncs. Il a pu piquer le cubital dans sa gouttière sans provoquer de douleur. Les muscles perdent aussi leur sensibilité; le malade n'a aucune notion de la position de ses membres; il ne saurait dire si ceux-ci sont fléchis ou étendus, élevés ou abaissés. Le *sens musculaire* est aboli. Corrélativement, avec ces troubles du sens musculaire, marche la perte des sensibilités *tendineuse, ligamenteuse, articulaire*. On peut, dans ces conditions, tordre violemment les membres du sujet sans produire de réactions douloureuses. Les notions de forme, de poids et de volume des corps sont profondément troublées ou abolies. Dans les cas d'anesthésie cutanée et musculo-articulaire généralisée, on peut soulever les malades de terre, à leur insu, ou déterminer leur effondrement par la simple occlusion des yeux.

L'exploration de la sensibilité *viscérale* est assez délicate. Comme elle est très obtuse à l'état normal, il est difficile d'interpréter les résultats obtenus. Néanmoins, il existe des cas où cette anesthésie est incontestable<sup>1</sup>.

La *distribution topographique* de l'anesthésie cutanée forme un des points les plus importants de son étude. Exceptionnellement elle est *généralisée*. Briquet n'a vu cette distribution que 4 fois sur 240 malades. Dans l'immense majorité des cas, l'anesthésie est *partielle*, se présentant sous les trois types : unilatéral (hémianesthésie), segmentaire, insulaire.

L'*hémianesthésie* est assurément le plus fréquent de ces trois types. Elle siège plus souvent du côté gauche que du côté droit. Briquet a trouvé, sur 240 hystériques, 93 fois l'hémianesthésie et 70 fois du côté gauche. M. Pitres, sur 18 cas d'hémianesthésie, l'a vue 14 fois localisée de ce même côté. Donc, en chiffres ronds, l'hémianesthésie serait trois fois plus fréquente à gauche qu'à droite.

L'*anesthésie insulaire* est irrégulièrement disséminée, semée en îlots, sur toute la surface du corps. Ces îlots, de siège, de forme et d'étendue variables, échappent, en apparence au moins, à toute règle préétablie.

L'*anesthésie segmentaire*, étudiée par Charcot, se superpose géné-

1. La fréquence de l'anesthésie est considérable dans la névrose. M. Pitres, sur 40 hystériques, ne l'a vue manquer que 2 fois. Il est vrai d'ajouter que ces recherches ont porté sur des adultes, et que cette proportion ne s'adresse pas aux enfants chez lesquels, au contraire, les troubles de la sensibilité font souvent défaut.

ralement aux paralysies et aux contractures. Sa distribution, purement fonctionnelle, n'a aucun rapport avec celle des nerfs périphériques. Ses limites supérieures sont marquées par une ligne nette et circulaire. Le plus souvent, cette anesthésie occupe tout un membre : le membre supérieur (anesthésie en manche de veste), le membre inférieur (anesthésie en gigot). Parfois elle n'en frappe qu'un segment plus ou moins étendu : la main, le pied, le coude, le genou, etc., et se dispose alors sous forme de gant, de bottine, de genouillère, toujours en segments géométriques. Par suggestion, en état hypnotique, on la reproduit avec ses caractères pathognomoniques, ce qui en indique suffisamment le mécanisme psychique.

Quelque étendue ou quelque complète qu'elle soit, l'anesthésie n'occasionne jamais de troubles fonctionnels notables. Elle gêne si peu les malades, dans les usages et les travaux de la vie quotidienne, que bien souvent ils ignorent son existence. Exceptionnellement ils se plaignent de picotements ou de douleurs.

L'évolution de l'anesthésie hystérique est variable. Le début en est difficile à préciser à cause de l'ignorance des malades à cet égard. Il semble d'habitude se faire brusquement et quelquefois d'une manière progressive, précédé par quelques troubles subjectifs. Elle est en général mobile. Il y a cependant des exemples d'une fixité extraordinaire, des cas d'anesthésie persistant vingt et quarante ans, sans modifications appréciables. Mais, en somme, elle disparaît, se déplace, se modifie, tantôt sans raison connue, tantôt sous l'influence d'un courant électrique, d'un vésicatoire, d'un agent esthésiogène, de l'attention, etc. Il est vrai que ces disparitions et ces variations sont essentiellement transitoires.

Ce sont là tout autant de caractères qui la distinguent des anesthésies organiques, fixes, gênantes, douloureuses, accompagnées de traces de contusions, de brûlures, etc. Mais le contraste ne s'arrête pas là. Contrairement à l'anesthésie organique, l'anesthésie hystérique est compatible avec l'exercice normal de la plupart des réflexes. Certains d'entre eux, comme les réflexes nauséux et oculo-palpébral, sont pourtant d'ordinaire abolis. Le réflexe abdominal de Rosenbach ne l'est pas toujours. Par contre, les réflexes crémastériens, vasculaires, sécrétoires, érectiles, cardio-respiratoires sont normaux. M. Pitres a montré l'intégrité du réflexe pupillaire sensitif, en faisant voir que la piqûre d'un point anesthésié provoque la dilatation de la pupille.

Dans des expériences qu'il poursuit depuis deux ans à la Salpêtrière et dont les résultats seront prochainement publiés, M. Hallion<sup>1</sup>

1. Communication écrite.

a mis en lumière une intéressante particularité des anesthésies hystériques. Les réflexes vaso-moteurs, qui ont pour point de départ les excitations sensibles de la peau, réflexes qui ont pour centre le bulbe et la moelle et qui n'ont rien de commun avec les réactions vasculaires purement locales, se produisent avec la même netteté, soit qu'on excite une partie atteinte d'anesthésie, soit qu'on excite une région où les sensations sont perçues. Il y a là une dissociation évidente entre les réactions psychiques et les réactions organiques déterminées par la sensation. Ce fait constitue un appoint sérieux à la doctrine actuelle de la nature psychique de l'hystérie.

D'un autre côté, Guichon<sup>1</sup>, au cours de ses recherches sur l'absorption sous-cutanée dans l'anesthésie hystérique, a vu cette absorption se faire également du côté insensible et du côté sain. M. Pitres a fait voir que la température locale est identique des deux côtés, que la pilocarpine n'amène aucun trouble vaso-sécrétoire du côté anesthésique, que les sinapismes, les vésicatoires et les brûlures y produisent de la rubéfaction et des bulles, tout comme dans les régions normales.

Cependant il a été souvent constaté que les piqûres dans les parties anesthésiées ne provoquent que peu ou pas d'hémorragie. MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau, qui ont maintes fois contrôlé ces mêmes phénomènes, n'ont pourtant jamais vu les ventouses scarifiées saigner différemment du côté insensible. Il y a là quelques contradictions encore inexplicables.

La pathogénie de l'anesthésie hystérique a donné lieu à de nombreuses hypothèses. La plus récente est celle de M. P. Janet, qui dit : « L'anesthésie est une distraction très grande et perpétuelle qui rend les sujets incapables de rattacher certaines sensations à leur personnalité. C'est un rétrécissement du champ de conscience. » Pour cet auteur, l'étendue du champ de conscience n'est autre chose que le maximum des sensations élémentaires qu'un individu peut, à un moment donné, s'assimiler, dont il peut avoir, à ce moment, la perception consciente.

L'exploration de la *sensibilité des muqueuses et des organes des sens* se fait en clinique simultanément. Il y a des muqueuses qu'il est impossible d'explorer ; il en est d'autres, comme celle des organes génitaux et de l'anus, dont on interroge rarement la sensibilité. En pratique, on néglige l'examen des sensations thermiques et électriques, et l'on se borne à celui des sensations tactiles et douloureuses. Mais, comme la plupart des muqueuses sont à la fois des organes de sensibilité générale et de sensibilité spéciale, il s'ensuit

1. GUICHON (Thèse de Lyon, 1890).

qu'on recherche en même temps les troubles sensitifs et les troubles sensoriels.

Habituellement l'anesthésie des muqueuses et celle des sens sont superposées et unilatérales (côté de l'hémianesthésie cutanée), excepté pour la vision dont le rétrécissement, presque toujours bilatéral, est pourtant plus serré du côté hémianesthésique. Cette anesthésie est complète ou incomplète.

La *muqueuse bucco-pharyngée* est très souvent insensible, parfois des deux côtés, le plus souvent d'un seul. Le goût est aboli ou affaibli, exceptionnellement perverti. Le contact et la piqûre, d'une part, l'application de corps sapides, amers ou sucrés, d'autre part, alternativement sur l'un et l'autre côté des muqueuses bucco-pharyngées permettent de constater ces troubles sensitifs et gustatifs<sup>1</sup>.

La *muqueuse nasale* est souvent anesthésiée dans l'hystérie. Lichtwitz est d'un avis contraire. Quoi qu'il en soit, l'anosmie est fréquente.

Le *tégument cutanéomuqueux de l'oreille* est aussi frappé d'anesthésie et l'ouïe est abolie ou affaiblie. La *surdité hystérique* complète est assez rare; elle laisse persister les réflexes biauriculaires et n'incommode nullement les malades. Cependant ceux-ci accusent quelquefois des bourdonnements, des sifflements d'oreille, qui peuvent s'accompagner de vertige et simuler le vertige de Ménière. Ces troubles subjectifs du côté de l'oreille font souvent partie intégrante de l'aura céphalique et précèdent l'attaque convulsive. S'ils restent isolés, ils ne sont autre chose qu'une attaque avortée. Exceptionnellement la surdité pourrait coexister avec le mutisme et donner lieu à de la surdi-mutité hystérique<sup>2</sup>.

Du côté de l'œil, l'étude de l'anesthésie présente une grosse importance. La conjonctive est insensible, la cornée bien plus rarement et encore d'une manière incomplète. La sensibilité spéciale, c'est-à-dire la vision, est très souvent troublée. Son trouble le plus commun est représenté par le *rétrécissement du champ visuel*, facile à constater et à mesurer. Quelquefois unilatéral et siégeant alors d'ordinaire du côté de l'hémianesthésie cutanée, ce rétrécissement est

1. La valeur de l'anesthésie pharyngée a été récemment contestée. MM. Cadet de Gassicourt et Rendu (*Soc. méd. des hôp.*, 1892) ont avancé que la muqueuse pharyngée est souvent insensible chez des individus normaux, en particulier chez beaucoup d'enfants non hystériques. M. Mossé (*Associat. franç. pour l'avancement des sciences*, Congrès de Pau, 1892) pense que, à moins qu'elle ne soit absolue et surtout qu'elle ne coïncide avec d'autres stigmates de l'hystérie, on ne saurait conserver à l'anesthésie pharyngienne et épiglottique la valeur qu'on lui a longtemps attribuée dans l'étude des stigmates de la névrose. Ce signe aurait également pour lui une valeur séméiologique restreinte et même douteuse.

2. LEMOINE, Un cas de surdi-mutité hystérique (*Médecine mod.*, 31 mai 1893).

beaucoup plus souvent bilatéral. Entre les cas où le champ de la vision est à peine rétréci et ceux où il est devenu punctiforme, il y a place pour tous les degrés intermédiaires. A la limite, c'est-à-dire lorsque l'anesthésie rétinienne atteint la macula, il y a amaurose absolue. Ce rétrécissement du champ visuel, permanent et régulièrement concentrique, porte sur le blanc et sur les couleurs.

Mais, à l'état normal, tandis que le champ de la vision pour la lumière blanche est fixe et égal pour tous les sujets, le champ chromatique est soumis à de larges variations individuelles. Aussi la valeur du rétrécissement pour le blanc est-elle beaucoup plus considérable que celle du rétrécissement pour les couleurs. D'après les lois tracées par M. Landolt, c'est le champ du bleu, le blanc mis à part, qui est le plus étendu, puis viennent dans un ordre décroissant le jaune, le rouge, le vert et le violet. Or c'est là l'ordre que suit généralement la disparition des couleurs dans les rétrécissements organiques. Dans l'hystérie, au contraire, la disparition chromatique suit l'ordre suivant : violet, vert, rouge, jaune et bleu, avec cette exception très commune que le rouge se transpose et disparaît le dernier. Les caractères de cette *dyschromatopsie* sont très importants à connaître au point de vue du diagnostic. Lorsqu'il y a *achromatopsie*, le malade ne voit plus les couleurs; tout lui semble gris. La forme seule des objets est perçue.

Lorsque la vision est complètement abolie, c'est l'*amaurose*. L'amaurose hystérique est unilatérale (l'amaurose bilatérale ou cécité hystérique doit être une excessive rareté, si toutefois elle existe), non gênante, et généralement ignorée des sujets. Chose tout aussi bizarre, en apparence du moins, l'œil amaurotique voit dans l'exercice de la vision binoculaire. MM. Parinaud et Pitres ont signalé cette espèce de paradoxe et indiqué les procédés nécessaires pour le constater et pour dépister la supercherie. Il va sans dire que, dans l'amaurose hystérique, l'ophtalmoscope ne révèle aucune lésion du fond de l'œil.

Le rétrécissement concentrique du champ de la vision, chez les hystériques, ne trouble en aucune manière l'acuité visuelle. Quelques auteurs admettent, dans la névrose, la possibilité du scotome central et même de l'hémiopie. Celle-ci, en particulier, est formellement niée par MM. Charcot et Parinaud.

Ce dernier auteur a décrit récemment dans l'hystérie deux troubles de la réfraction et de l'accommodation : la *polyopie* et la *micromégalopsie monoculaire*. Le sujet voit, un œil étant fermé, deux ou plusieurs objets au lieu d'un. De plus, quand on rapproche et qu'on éloigne successivement l'objet, celui-ci grossit ou se rapetisse dans des proportions anormales.

La valeur séméiologique de l'*œil hystérique*, du rétrécissement

concentrique, en particulier, est presque pathognomonique. L'hémianesthésie organique d'origine capsulaire qui, d'après Charcot, « ne diffère en rien d'essentiel de l'hémianesthésie hystérique », peut seule présenter des stigmates oculaires identiques. Aussi faut-il, pour trancher le différend, faire appel à d'autres considérations : à l'âge, aux antécédents du sujet, aux troubles moteurs concomitants, etc...

L'hémianesthésie capsulaire éliminée, la méprise est facile à éviter. — Dans l'alcoolisme, outre que le rouge et le vert disparaissent en premier lieu, c'est le scotome central qu'on rencontre. Mais il peut être difficile, dans les cas complexes d'hystérie et d'alcoolisme, de départager équitablement les signes oculaires. — Dans les tabes, le rétrécissement du champ de la vision est irrégulier et crénelé; de plus, au point de vue dyschromatopsique, le rouge et le vert disparaissent les premiers; l'acuité visuelle s'affaiblit rapidement et enfin l'examen du fond de l'œil vient lever les doutes. — Dans la maladie de Basedow, Kast et Wilbrand ont admis l'existence constante du rétrécissement concentrique (20 fois sur 20 cas): nous ne l'avons trouvé que 2 fois sur 12 cas<sup>1</sup>, et ces deux fois, il y avait coexistence d'hystérie. MM. Déjerine et Tuilant, Morvan, Rouffinet<sup>2</sup> l'ont trouvé presque constamment dans la syringomyélie. De nombreuses recherches, entreprises surtout à la Salpêtrière, le nient formellement<sup>3</sup>. — En Allemagne, Oppenheim et Thomsen citent le rétrécissement concentrique de la vision comme un stigmate de l'épilepsie: le fait est vrai pour le rétrécissement temporaire, accompagné de troubles de l'acuité visuelle, qui suit les accès d'épilepsie et quelquefois les précède; il est contourné pour le rétrécissement permanent: il doit, dans ce dernier cas, être mis sur le compte d'une hystérie coexistante ou d'accès très rapprochés d'épilepsie, comme l'a montré d'Abundo. — Rappelons enfin que Uhthoff a vu 1 fois, sur 24 cas de sclérose en plaques, le champ visuel rétréci.

En résumé, si l'on fait la part des erreurs d'interprétation, si l'on fait surtout la part des cas de coexistence d'épilepsie, de syringomyélie, etc., avec l'hystérie, le rétrécissement concentrique, régulier, permanent du champ visuel doit rester, jusqu'à nouvel ordre, un stigmate propre à la grande névrose.

B. *Hyperesthésie et zones hystérogènes*. — Étudiée par Sydenham et Brodie, l'*hyperesthésie* des hystériques n'est bien connue que depuis les travaux de Charcot.

1. SOUQUES, L'étendue du champ visuel dans la maladie de Basedow (*Soc. de biol.*, 1891).

2. ROUFFINET (Thèse de Paris, 1891).

3. BRIANCEAU (Thèse de Paris, 1891).

Plus rare et plus mal étudiée que l'anesthésie, elle est, contrairement à celle-ci, très gênante. Elle peut frapper la peau, les muqueuses, les muscles, les viscères; elle est caractérisée essentiellement par des troubles douloureux des divers modes de sensibilité: contact, piqure, température. Les diverses sensations sont perçues avec une intensité extraordinaire: un frôlement léger arrache des cris au patient, une piqure insignifiante réveille des douleurs horribles. Il va sans dire que tous les degrés intermédiaires existent entre la forme la plus accusée et les troubles les plus légers.

Au point de vue de sa distribution topographique, elle est ou généralisée (c'est rare, puisque Briquet ne l'a vue que 3 fois sur 430 cas d'hystérie) ou partielle sous les types unilatéral, segmentaire, insulaire. L'hémi-hyperesthésie ne présente aucune particularité digne de remarque. Le type segmentaire, se superposant à la fonction, répond à des territoires psychiques et non à des distributions nerveuses périphériques.

Au type insulaire se rattache l'étude des *zones hystérogènes*. Ces zones, décrites par Charcot qui a trouvé « le nom et la chose », ont été complètement étudiées par MM. Pitres, Gaube, Lichtwitz. Ce sont, dit M. Pitres, « des régions circonscrites du corps, douloureuses ou non, d'où partent souvent, pendant les prodromes des attaques spontanées, des sensations spéciales qui jouent un rôle dans l'ensemble des phénomènes de l'aura 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 ». Ces zones sont donc ou spasmogènes ou spasmofrénatrices, souvent l'un et l'autre à la fois, suivant l'intensité de la pression. Elles sont superficielles ou profondes, cutanées, sous-cutanées ou viscérales, douloureuses spontanément ou par compression, uniques ou multiples. De dimensions très variables, elles ont en général l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent. Aucune modification cutanée à leur niveau ne révèle leur existence. Tantôt l'hyperesthésie est exquise et oblige les malades à prendre des attitudes de protection ou de défense; tantôt il faut une pression assez soutenue pour la mettre en évidence. Elles apparaissent et disparaissent brusquement et sans raison connue, ou bien après une attaque, ou encore à la suite de l'application d'un révulsif, d'une injection hypodermique, etc.

Les zones cutanées peuvent siéger sur toute l'étendue du tégument, au niveau de la tête, du tronc, des membres. Elles siègent de préférence dans certains points: le cuir chevelu, le rachis, les régions ovariennes, testiculaires, cardiaque, mammaires.

Les zones muqueuses se localisent volontiers sur le pharynx, le

larynx, le vagin, l'œsophage, l'estomac, l'intestin, l'utérus, l'urètre, sur les organes des sens, l'œil, l'oreille...

Enfin les zones hystérogènes ne respectent pas les viscères. On peut les rencontrer sur les organes profonds et, plus fréquemment, sur les organes superficiels : la glande mammaire, le testicule, l'ovaire. La zone *ovarienne* a été magistralement décrite par Charcot. Quelques jours avant l'attaque convulsive, l'ovaire devient le siège de douleurs qui survivent du reste à la crise et persistent sourdes et tolérables dans les intervalles paroxystiques. Une pression profonde les réveille ou les exaspère. Ces douleurs siègent bien dans l'ovaire, puisque, chez deux malades de Charcot, MM. Budin et Féré ont pu suivre la migration ascendante de cette zone ovarienne, au cours d'une grossesse, parallèlement à l'ascension de l'ovaire.

Ces zones (cutanées, muqueuses ou viscérales) forment l'élément principal d'un certain nombre d'accidents hystériques que nous étudierons plus loin, sous les noms de pseudo-méningite, pseudo-mal de Pott, vaginisme, gastralgie, sein hystérique, etc...

C. *Paresthésies*. — Ce sont là des troubles de la sensibilité assez rares et peu importants. Nous les avons signalés chemin faisant. Un des plus curieux de ces troubles est l'*allochirie* qui se rencontre aussi bien dans des lésions organiques médullaires ou cérébrales que dans la névrose. Ainsi dénommée par Obersteiner, l'*allochirie* est caractérisée par ce fait que le sujet rapporte à un côté du corps une impression partie du côté opposé, avec conservation du pouvoir de localisation. L'*allochirie* des hystériques peut être spontanée, comme dans l'observation de Weiss, ou provoquée par suggestion<sup>1</sup>. Ajoutons que M. Pitres a décrit, sous le nom d'*haphalgésie*, une sorte de paresthésie ou de douleur intense provoquée chez les hystériques par le contact de certaines substances neutres.

II. STIGMATES MOTEURS. — A. *Amyosthénie*. — C'est un affaiblissement musculaire qui n'est ni la paralysie ni même la parésie. Très variable dans ses degrés, demandant à être cherché, cet affaiblissement n'incommodé pas les malades, qui vaquent sans encombre à leurs occupations habituelles. C'est tout juste s'ils accusent une certaine maladresse, ou des déroberments de jambes dans la marche, quand on appelle leur attention sur ce point. Il est indispensable de recourir au dynamomètre pour s'en faire une idée précise.

Cette amyosthénie tantôt est généralisée, tantôt localisée à un côté du corps, à un membre ou à un segment de membre, plus

1. Voir Bosc, Sur l'*allochirie*, sa place dans la symptomatologie des maladies du système nerveux (*Rev. de méd.*, déc. 1892).

rarement à un groupe musculaire isolé, formant souvent le signe avant-coureur de la parésie et de la paralysie. Elle ne frappe pas isolément les extenseurs ou les fléchisseurs ; les antagonistes sont toujours touchés en même temps ; elle est, en un mot, fonctionnelle.

Plus fréquente du côté gauche que du côté droit, habituellement recouverte d'un manteau anesthésique, elle est mobile, se modifiant et se déplaçant sous des influences variées : attaques, émotions, esthésiogènes, etc. L'*amyosthénie* laisse souvent les réflexes normaux. Ceux-ci seraient exagérés pour quelques auteurs, affaiblis au contraire pour d'autres. M. Pitres, qui a étudié le réflexe rotulien chez 1200 individus sains et 85 hystériques, n'a pas trouvé un pourcentage sensiblement différent chez ces deux catégories de sujets, au point de vue de l'abolition de ce réflexe.

B. *Diathèse de contracture*. — On décrit sous ce nom un état du système neuro-musculaire, tel qu'une excitation souvent légère provoque la contracture. On la désigne encore sous les noms d'opportunité de contracture et de contracture latente. Rien en effet ne la trahit à l'état normal.

Commune aux dégénérescences organiques du faisceau pyramidal et à l'hystérie, elle est très fréquente dans cette dernière affection. M. P. Berbez l'a trouvée 52 fois sur 70 hystériques des deux sexes. Qu'elle soit généralisée ou partielle, elle siège de préférence dans les régions frappées de troubles sensitifs ou moteurs. Pour la mettre en relief, on peut employer différents procédés : la percussion des tendons, les frictions, le massage, la faradisation, la compression avec la bande d'Esmarch, etc...

La diathèse de contracture s'accompagne d'exaltation des réflexes et parfois même de trépidation spinale (?). Souvent elle précède la contracture à qui elle survit généralement. D'ordinaire elle coexiste, sur un membre, avec l'anesthésie et l'*amyosthénie*.

C. *Troubles divers du mouvement*. — Lasègue a décrit dans l'hystérie un trouble moteur entrevu déjà avant lui et consistant dans l'incapacité, pour un membre atteint d'anesthésie tactile et musculaire complète, d'effectuer un mouvement sans le secours de la vue. La malade dont parle Ch. Bell, qui était hémianesthésique sans paralysie, ne pouvait tenir son enfant sur son bras qu'à la condition de regarder ce dernier. Duchenne (de Boulogne) savait que les sujets insensibles ne pouvaient, la nuit, mouvoir leurs membres. De même un hystérique totalement anesthésique tombe comme une masse dès qu'on lui ferme les yeux.

Il est à remarquer que ces troubles singuliers ne se rencontrent que dans les muscles des membres d'habitude accessibles à la vue. Pour les constater, il suffit de cacher aux yeux du sujet le membre