

Landouzy, Ballet, caractérisée par un besoin soudain et invincible de dormir sous forme d'accès courts, répétés et plus ou moins rapprochés. Ce diagnostic est d'autant plus malaisé que le sommeil hystérique peut revêtir des apparences analogues. MM. Armaingaud, H. Legrand, Bouchard, Parmentier<sup>1</sup> en ont rapporté des cas très intéressants. Cette pseudo-narcolepsie n'est qu'une forme abrégée de l'attaque de sommeil, dont elle présente les caractères primordiaux ; elle dure quelques secondes, une heure, plusieurs heures même. Les raideurs musculaires, la pression des zones hystérogènes et surtout la présence de stigmates hystériques en trahissent la nature. On n'a jamais vu jusqu'ici la narcolepsie hystérique se présenter sous la forme monosymptomatique. Son pronostic est bénin, mais les paroxysmes peuvent se répéter fréquemment (200 par jour dans le cas de H. Legrand) et durer plusieurs années.

En résumé, la syncope, le coma, la narcolepsie hystérique ne sont que des formes cliniques de l'attaque de sommeil, variables de durée, identiques quant à la nature. D'autre part, l'attaque de sommeil, qui n'est au fond qu'un état de mal léthargique, est toujours un fragment isolé ou prédominant, un équivalent de la grande attaque ou plutôt d'une série de grandes attaques. Ce serait ici le moment de discuter le problème médico-légal du viol en léthargie. Si une hystérique, en attaque de sommeil, peut être violée, il faut se rappeler qu'elle peut se plaindre à tort de l'avoir été, comme en fait foi un rapport de M. Brouardel<sup>2</sup>.

II. ACCIDENTS MOTEURS. — A. *Paralysies et contractures*<sup>3</sup>. — Unies par des liens très étroits, la paralysie et la contracture doivent être étudiées dans un même chapitre. Ce sont des manifestations de même ordre, reconnaissant les mêmes causes, pouvant coexister ou alterner chez un même sujet, caractérisées essentiellement par de l'impuissance motrice. La contracture n'est, en dernière analyse, qu'une paralysie spasmodique.

Nous étudierons d'abord les caractères communs aux paralysies et aux contractures hystériques, ensuite les traits particuliers à leurs principales localisations.

*Caractères communs aux paralysies et aux contractures.* — Dans un certain nombre de cas, la paralysie et la contracture hystérique

1. PARMENTIER, De la forme narcoleptique de l'attaque de sommeil hystérique (Pseudo-narcolepsie hystérique) (*Arch. gén. de méd.*, 1891).

2. On trouvera des aperçus intéressants sur ce point, dans l'ouvrage de GILLES DE LA TOURETTE, *L'hypnotisme et les états analogues*, etc., Paris, 1887).

3. Consulter l'excellente monographie de P. RICHER à laquelle nous avons fait de nombreux emprunts : *Paralysies et contractures hystériques*, Paris, 1892.

font partie intégrante de l'attaque qu'elles peuvent précéder, accompagner ou suivre. Lorsque ces accidents moteurs précèdent l'attaque, ce qui est assez rare, ils sont brusques, intenses, transitoires, mobiles, généralisés ou partiels, toujours identiques chez un même sujet. Lorsqu'ils la suivent, ce qui est beaucoup plus fréquent, ils sont soit généralisés et douloureux, soit partiels et indolents, tantôt passagers, tantôt persistants pendant des mois et des années. Aussi faut-il, en prévision de leur longue durée possible, ne pas laisser « flâner » les contractures consécutives à l'attaque.

D'autres fois ces troubles moteurs sont indépendants de l'attaque convulsive. Ici, c'est une inflammation locale : conjonctivite, laryngite, vaginite, etc., qui provoquera et localisera l'accident sous forme de spasme du vagin, de la glotte, de la paupière. Là, c'est une maladie infectieuse, une intoxication, un traumatisme qui fera naître les accidents moteurs. Le rôle des émotions morales et des rêves, dans tous ces faits, a été récemment mis en relief. Généralement les troubles moteurs consécutifs aux traumatismes ne suivent pas immédiatement l'action de la cause provocatrice ; ils sont précédés d'une période d'incubation, qui peut durer un ou plusieurs jours, dite période de « suggestion traumatique ». Le sujet pense sans cesse à son accident, en rêve la nuit, et finit par réaliser objectivement son idée d'impotence motrice, sous forme de paralysie ou de contracture. En état hypnotique, on peut reproduire expérimentalement des troubles identiques, sans qu'on puisse toutefois préciser le genre d'émotion qui préside spécialement à la contracture ou à la paralysie.

Le tableau clinique varie sensiblement dans les deux cas.

La *paralysie hystérique*, brusque ou graduelle, précédée d'ictus ou de simples fourmillements, se présente avec les caractères suivants. Plus souvent incomplète et légère, quelquefois complète, elle frappe toujours les muscles antagonistes. Les troubles amyotrophiques y sont rares, mais incontestables, ainsi que l'ont fait voir MM. Charcot et Babinski. Des troubles vaso-moteurs l'accompagnent parfois, sous forme de rougeur érythémateuse, d'œdème, d'abaissement de la température locale. Dans la règle, il n'y a pas de troubles électriques. Sauf dans quelques faits exceptionnels, la paralysie est recouverte d'anesthésie segmentaire, limitée à la peau ou frappant en même temps les sens musculaire et articulaire. Les réflexes tendineux sont normaux ; il en est de même des réflexes vaso-moteurs. L'évolution de la paralysie hystérique est variable : tantôt mobile, erratique, fugace, tantôt au contraire fixe et tenace pendant des années, elle reste curable, mais on doit toujours redouter les récidives. Sa durée varie de quelques jours à une ou plusieurs années ; on l'a vue se prolonger pendant dix ans et plus. Elle peut, comme la paralysie



organique, se compliquer de contracture ; mais cette transformation est brusque et déterminée par une émotion, un traumatisme, etc. Dans tous les cas, elle se termine par la guérison, parfois d'une façon lente et progressive, plus souvent d'une manière brusque, à la suite d'une vive émotion, par exemple, comme chez cette femme dont parle Lasègue qui, pendant le siège de Paris, se mit brusquement à se lever de son lit et à courir, terrifiée par un obus qui avait fait subitement explosion dans la salle.

Comme la paralysie, la *contracture hystérique* débute d'une manière brusque ou graduelle, précédée ou non de prodromes. Elle se caractérise par un spasme exagéré de la région atteinte qui devient immobile, rigide, capable de résister aux tentatives les plus violentes. Ici encore les antagonistes sont pris et c'est seule la prédominance d'un groupe musculaire qui régit les attitudes. Mais, contrairement à la paralysie, cette contracture est complète et intense ; elle persiste pendant le sommeil et la chloroformisation seule la fait cesser. Les troubles électriques font défaut, les troubles trophiques sont rares ; cependant Charcot a montré la fréquence des rétractions tendineuses qui survivent à la guérison de la contracture, maintiennent les attitudes vicieuses et nécessitent une intervention chirurgicale. Comme dans la paralysie, l'anesthésie morphologique est la règle et les douleurs subjectives l'exception.

L'exagération des réflexes n'est pas constante, elle est plutôt rare ; la soi-disant trépidation spinale ne semble qu'une espèce de tremblement hystérique.

A côté de cette forme vulgaire de la contracture, il faut en signaler deux variétés plus rares. L'une, décrite par M. P. Richer, serait moins intense, mobile et cesserait durant le sommeil naturel. L'autre, dite forme douloureuse, est caractérisée par des douleurs horribles dans la région intéressée et par une hyperesthésie exquise, évoluant par paroxysmes greffés sur un fonds de douleur continue, amenant l'insomnie, des troubles graves de la santé générale et poussant les malades à réclamer un traitement chirurgical. Cette hyperesthésie peut coexister avec l'anesthésie de la peau (anesthésie douloureuse).

Exceptionnellement mobile ou erratique, la contracture hystérique est, dans la grande majorité des cas, rebelle et fixe ; sa terminaison se fait brusquement ou graduellement, à la suite des mêmes causes que la guérison de la paralysie. Mais, tant que la pseudo-exagération des réflexes persiste, le malade n'est pas guéri ; il reste en opportunité de contracture et menacé de rechute.

Les deux principales complications des paralysies et contractures hystériques sont : l'amyotrophie simple ou accompagnée de secousses fibrillaires, et les rétractions fibro-tendineuses qui maintiennent

l'impotence après la guérison, si elles ne sont pas rompues ou sectionnées.

Quant au diagnostic, il faut d'abord écarter l'hypothèse d'une simulation volontaire. On ne simule une contracture que fort peu de temps, et encore au prix de grands efforts et de troubles respiratoires significatifs. Il se peut que la simulation existe, mais à l'origine seulement : la contracture établie volontairement chez un hystérique persiste malgré l'influence de la volonté<sup>1</sup>. Le véritable diagnostic doit être fait avec les contractures et les paralysies organiques.

Les paralysies d'origine cérébrale centrale sont moins dissociées, plus régulières d'allures, sans troubles de la sensibilité généralement ; les paralysies d'origine corticale sont incomplètes, sans anesthésie, souvent compliquées d'épilepsie partielle. Les paralysies spinales et périphériques s'accompagnent de troubles trophiques considérables, de troubles sensitifs différemment distribués, de troubles électriques, de réflexes abolis. Mais, comme toutes ces paralysies peuvent coexister avec l'hystérie, il s'ensuit que le problème est quelquefois très difficile à résoudre.

Les contractures par lésions organiques se reconnaissent à l'absence de troubles sensitifs géométriquement distribués, à leur tétanisation moindre, etc. M. Babinski<sup>2</sup> a tracé récemment les caractères différentiels de la contracture organique et hystérique, au double point de vue clinique et pathogénique. On peut, d'après cet auteur, les distinguer par leurs seuls caractères propres, sans même tenir compte de l'évolution et de la présence ou de l'absence de stigmates. L'attitude des membres est toute différente dans les deux cas. Dans la forme organique, la rigidité est peu accentuée et on peut toujours faire exécuter aux membres quelques mouvements passifs ; les réflexes tendineux sont toujours exagérés, la trépidation spinale presque constante. Dans la forme hystérique, la rigidité est très prononcée et impossible à surmonter. Le plus souvent, les réflexes ne sont pas exagérés et leur exagération est due, d'habitude, à un tremblement qui simule la véritable trépidation spinale. Pour M. Babinski, au point de vue pathogénique, la contracture hystérique n'est qu'un état de contraction musculaire prolongée, ce qui la différencie de la contracture organique. L'hystérique est incapable de l'acte de volonté nécessaire pour faire passer à l'état de relâchement les muscles préalablement raccourcis par une contracture volontaire. A cet égard, la contracture se rapproche encore de la

1. SOLLIER et MALAPERT, Contracture volontaire chez un hystérique (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1891).

2. BABINSKI, Contracture organique et hystérique (*Soc. méd. des hôp.*, 8 mai 1893).



paralysie. C'est toujours l'impossibilité de faire passer volontairement certains muscles de l'état de contraction à l'état de relâchement, et réciproquement, qui les explique l'une et l'autre.

*Paralysies et contractures en particulier.* — La liste de ces contractures et de ces paralysies est interminable. Ces accidents peuvent intéresser tous ou presque tous les muscles : ceux des membres, de la face, du tronc, des viscères. Voici les principales variétés :

1° Du côté des membres, les paralysies et contractures atteignent tantôt un seul membre ou un de ses segments, tantôt tout un côté du corps, quelquefois les deux membres inférieurs, plus rarement les quatre membres.

La *monoplégie* hystérique est brachiale ou crurale, flaccide ou spasmodique, totale ou segmentaire.

La contracture brachiale met le bras en adduction et les autres segments en flexion. Elle se limite parfois à la main qui se présente fléchie, le poing fermé ou les doigts placés comme pour écrire. Le poignet est généralement pris en même temps. L'attitude d'extension peut se rencontrer et entre les deux extrêmes se trouvent tous les intermédiaires. La contracture crurale est souvent localisée aux pieds (pied bot hystérique). Le pied se met d'ordinaire en varus équin, avec ou sans flexion excessive des orteils, plus rarement en talus ou dans toute autre attitude. Si tout le membre inférieur est pris, c'est l'attitude d'extension qui est la plus fréquente, contrairement à ce qui se passe pour le membre supérieur.

Brachiale ou crurale, la paralysie est le plus souvent complète et flasque, le membre restant inerte, tombant ou traînant. Celle qu'on obtient par suggestion hypnotique en constitue le paradigme. Son caractère primordial est la distribution de la sensibilité, disposée « en gigot » au membre supérieur avec léger empiètement sur le thorax en avant et en arrière. Au membre inférieur, la ligne de démarcation suit généralement le pli de l'aîne, la crête iliaque, l'insertion du grand fessier, laissant en dehors de son territoire les organes génitaux et le sacrum.

L'*hémiplégie* hystérique débute d'ordinaire brusquement, précédée ou non d'ictus apoplectique. Plus fréquente du côté gauche que du côté droit, elle est complète ou incomplète. La démarche, dans ce dernier cas, devient caractéristique. Todd, le premier, l'a merveilleusement décrite. Le bras pendant le long du corps, la malade, dit-il, « traîne après elle le membre paralysé comme s'il s'agissait d'une pièce de matière inanimée et ne se sert d'aucun acte de circumduction, ne fait aucun effort d'aucune sorte pour le détacher du sol ; pendant qu'elle marche, le pied balaye le sol. Cela, je pense, est caractéristique de la paralysie hystérique. »

La face est-elle intéressée ? Pendant longtemps, on a cru avec Todd, Hasse, Althaus, Weir Mitchell et Charcot que le facial n'était jamais touché dans l'hystérie. On publiait bien, de temps à autre, quelques exemples de paralysie faciale, mais on ne parvenait pas à convaincre les esprits. Lorsque Charcot, en 1886, décrivit l'*hémispasme glosso-labié*, on eut une certaine tendance à mettre sur son compte ces exemples de participation de la face. Il fallut que MM. Ballet et Chantemesse vinsent, en 1890, affirmer, devant la Société médicale des hôpitaux, l'authenticité de la paralysie faciale hystérique. Depuis, les observations de Donnet, Descroizilles et du Pasquier, Charcot, Decoux, Gasnier<sup>1</sup> ont fini par entraîner la conviction générale. Actuellement, tout le monde admet que l'hémiplégie hystérique respecte le plus souvent la face, et que, dans le cas où le facial est pris, il s'agit tantôt de contracture (hémispasme), tantôt de paralysie véritable.

L'*hémispasme glosso-labié*, étudié par MM. Brissaud et Marie, se borne le plus souvent, comme son nom l'indique, à la langue et aux lèvres ; mais il peut toucher simultanément l'orbiculaire palpébral, le peucier et les muscles du cou. Dans le type commun, les traits sont déviés du côté contracturé, de telle sorte qu'on pourrait croire, tout d'abord, à une paralysie du côté opposé ; mais les plis ne sont pas effacés dans ce dernier côté, et les mouvements y restent normaux. La langue, déviée d'une manière excessive, vient quelquefois buter contre la joue, quand le malade veut la tirer hors de la bouche. Quelques petites secousses intermittentes des muscles contracturés confirment assez souvent la nature de ces phénomènes spasmodiques. L'hémispasme siège soit du côté de la paralysie des membres, soit du côté opposé ; il peut être même bilatéral<sup>2</sup>.

La *paralysie faciale* inférieure, unilatérale ou double, présente ici ses caractères habituels : effacement des plis, déviation des traits du côté sain, etc. Tantôt elle frappe tout le domaine du facial inférieur, tantôt quelques muscles seulement. Elle est, en général, peu accentuée, mobile, accompagnée, comme l'hémispasme du reste, d'anesthésie cutanée et muqueuse de la région. Elle se distingue de l'hémispasme, avec qui elle peut coexister, surtout par l'absence de déviation excessive de la langue et de secousses fibrillaires. La paralysie hystérique peut-elle occuper tout le facial ? Nous en avons vu un exemple à la Salpêtrière. Peut-elle se localiser au facial supérieur ? C'est une question qui reste encore sans réponse.

1. DECoux, *De la paralysie faciale hystérique* (Thèse de Paris, 1891). — GASNIER, *Étude sur la paralysie faciale hystérique* (Thèse de Paris, 2 mars 1893).

2. DELPRAT, *Contracture faciale bilatérale hystérique* (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1892).



Il faudra tenir compte de ces caractères pour séparer l'hémiplégie organique de l'hémiplégie hystérique avec participation de la face, sans oublier que la paralysie faciale hystérique peut venir se greffer sur une paralysie faciale organique, et rendre, dans ces faits, le diagnostic presque impossible. Lorsque l'hémiplégie hystérique siège du côté droit et s'accompagne de troubles du langage, il faudra faire appel aux caractères du mutisme hystérique pour la différencier d'une hémiplégie organique avec aphasie.

Quand la contracture hystérique revêt la forme hémiplégique, avec participation de la face et des mâchoires, le bras est collé au tronc en adduction, l'avant-bras en flexion à angle droit, la main et les doigts également fléchis. Le membre inférieur est en extension. Si cette contracture succède à la paralysie, elle rappelle la contracture organique de l'hémiplégie vulgaire. Elle en diffère par son début brusque, ses rémissions, ses exacerbations bizarres, son intensité extrême, son summum atteint dès son apparition, etc.

La *paraplégie hystérique* est complète ou incomplète, flasque<sup>1</sup> ou rigide, compliquée ou non de tympanite et de troubles vésico-rectaux. La contracture, initiale ou consécutive, est ici très fréquente, soit modérée, soit surtout portée au maximum. Dans ce dernier cas, les membres inférieurs extrêmement rigides, à angle droit sur le tronc, sont accolés dans l'extension avec adduction. Si les hanches sont prises, la marche est impossible; si elles sont libres, le sujet présente la démarche spasmodique. La guérison est la règle, souvent suivie de rétractions permanentes, si la durée a été longue.

Ici le diagnostic est encore plus difficile que dans les autres localisations de la paralysie. La paraplégie hystérique, compliquée d'amyotrophie et de troubles vésico-rectaux, peut faire croire à une myélite transverse, à une tumeur de la moelle, à la méningo-myélite, au mal de Pott, etc. Les troubles de la sensibilité objective, qui se limitent en haut par la ligne inguino-iliaque en respectant le sacrum et les organes génitaux, l'évolution, les commémoratifs, les stigmates permettront, le plus souvent, de résoudre les difficultés, en dehors des caractères propres aux affections rachidiennes et médullaires. Les difficultés seront encore plus grandes dans les cas de paraplégie monosymptomatique ou d'association hystéro-organique.

La *quadriplégie hystérique* ou paralysie des quatre membres est très rare. Briquet ne l'a rencontrée que 6 fois sur 120 cas de paralysie, et M. Chevalier<sup>2</sup> n'a pu en réunir que 21 faits authentiques.

1. P. MARIE et SOUZA-LEITE, Contrib. à l'étude de la paralysie hystérique sans contracture (*Rev. de médecine*, 1885).

2. CHEVALIER, *Étude sur la paralysie hystérique des quatre membres* (Thèse de Paris, 1877).

L'influence provocatrice du traumatisme n'est signalée que dans la récente observation de M. Sérieux<sup>1</sup>, ayant trait à une quadriplégie flasque avec anesthésie absolue, segmentaire, brusquement variable, qui guérit à la suite d'une attaque convulsive. La quadriplégie est flasque ou rigide, rarement tenace et durable. Des contractures du facial, du trismus, du laryngisme pourraient la compliquer. Les observations anciennes notent l'absence de troubles de la voix et de la déglutition, l'absence de complications respiratoires et de participation de la face et du tronc. Un certain nombre de ces caractères demanderaient sans doute confirmation. La distinguer de la paralysie spinale subaiguë est chose assez facile, en raison de l'abolition des réflexes, de l'atrophie en masse et de l'absence de troubles de la sensibilité qui caractérisent cette dernière.

2° Du côté de la face, nous avons déjà étudié l'hémispasme et la paralysie. Sans parler du *trismus*, nous mentionnerons ici le blépharospasme et les contractures des muscles oculaires.

Le *blépharospasme* est parfois isolé sous forme d'hystérie locale, parfois combiné à des contractions d'autres muscles de la face, à l'hémispasme glosso-labial en particulier. Uni- ou bilatéral, il se présente cliniquement sous les trois types clonique, tonique et pseudo-paralytique. S'il est clonique, il se traduit par une vibration incessante, un clignotement continu des paupières à demi fermées; s'il est tonique, les paupières sont plissées, tendues fortement, difficiles à écarter; enfin, dans le spasme pseudo-paralytique, le plissement et la tension font défaut, mais parfois quelques frémissements convulsifs en révèlent la nature. Le spasme palpébral est tantôt indolent, tantôt douloureux avec photophobie et larmoiement. Il peut durer des mois et des années. Deux caractères diagnostiques très importants en ont été donnés récemment. M. Gilles de la Tourette<sup>2</sup> a montré qu'au blépharospasme se superpose une zone d'anesthésie ou d'hyperesthésie, en diaphragme, frappant la conjonctive, la paupière, la région péri-orbitaire, dans une étendue de 2 centimètres environ en dehors de l'orbite, et respectant la cornée. Charcot a fait voir que, du côté du spasme, le sourcil est abaissé. Cet abaissement du sourcil sépare le spasme de l'orbiculaire de la chute paralytique de la paupière, où au contraire le sourcil est, sinon élevé, du moins à son niveau normal. Lorsque le blépharospasme est isolé et constitue la première manifestation de l'hystérie, occurrence qui n'est pas rare chez les enfants, le diagnostic est fort difficile. Il serait pour-

1. SÉRIEUX, Note sur un cas de paralysie hystérique des quatre membres (*Arch. de neurol.*, 1891).

2. *Nouvelle Iconographie*, 1889.



tant important de le préciser, pour éviter un traitement chirurgical tout au moins intempestif.

MM. Parinaud et Borel<sup>1</sup> ont bien étudié les troubles moteurs des muscles des yeux proprement dits. La paralysie des muscles oculaires est très controversée. Admise par quelques auteurs (par M. Parinaud) sous forme de paralysie associée, elle est niée par la majorité. Il est à remarquer qu'on n'a jamais pu la reproduire par suggestion hypnotique, de sorte que, jusqu'à nouvel ordre, le scepticisme scientifique semble très légitime à son égard. Par contre, les contractures des muscles des yeux sont incontestées. C'est la contracture du muscle de Brücke qui serait la cause des troubles de l'accommodation : polyopie monoculaire et micromégalopsie. C'est également de la contracture que relèvent le *strabisme* convergent ou divergent et la diplopie hystérique. La contracture pourrait même frapper toute la musculature oculaire et donner lieu à l'*ophtalmoplégie*<sup>2</sup>. Ici le malade ne peut volontairement regarder ni à droite ni à gauche, ni en haut ni en bas ; mais les mouvements réflexes continuent à s'exécuter et la mydriase concomitante n'a jamais été constatée.

Cette question des troubles moteurs des muscles des yeux n'est pas encore parfaitement élucidée. On peut, jusqu'à nouvel ordre, se contenter de cette conclusion de M. Gilles de la Tourette : « Les muscles de la vision sont frappés de contracture dans des proportions telles qu'il est à se demander si l'on doit admettre leurs paralysies. Celles-ci, lorsqu'elles existent, s'accompagnent encore plus fréquemment de spasmes secondaires que les paralysies organiques ; elles sont de plus associées et très fréquemment alternantes. »

3° Dans la catégorie des paralysies et contractures bornées à un muscle ou à un groupe musculaire, nous ne citerons que le torticolis, la scoliose, la paralysie du diaphragme et les arthralgies hystériques.

Le *torticolis* hystérique dépend parfois d'une paralysie, le plus souvent d'une contracture. Dans la forme paralytique, la tête inclinée du côté opposé se laisse relever aisément, mais retombe aussitôt. Dans la forme spasmodique, la tête est inclinée du côté malade et l'attitude vicieuse ne peut être corrigée, tant la raideur est extrême. Dans les deux cas, on trouve souvent une plaque d'anesthésie superposée aux troubles moteurs.

La *scoliose* hystérique est rare ; elle est due à une contracture des muscles de la masse commune. Duret<sup>3</sup> cite un cas de cypho-scoliose hystérique par contracture des muscles du plan profond de la région

1. BOREL, Affections hystériques des muscles oculaires (*Annales d'oculist.*, 1887).  
2. BALLET (*Rev. de méd.*, 1888). — RAYMOND (*Soc. méd. des hôp.*, 1891).  
3. DURET (*Nouvelle Iconogr.*, 1888).

abdominale postérieure, c'est-à-dire du carré des lombes et du psoas iliaque.

Briquet a vu 2 fois la *paralysie hystérique du diaphragme* sur 400 cas d'hystérie, avec les signes que Duchenne (de Boulogne) a assignés à cette affection. Ce sont ici les commémoratifs et la coexistence d'autres manifestations hystériques qui mettront sur la voie du diagnostic. Nous avons eu l'occasion de voir une contracture hystérique du grand oblique, sous la forme clonique, avec secousses rythmées, qui durait depuis plus de deux ans.

Des *arthralgies* hystériques, d'après Charcot, « celle du genou est la plus fréquente de toutes. Sur un total de 70 cas, l'arthralgie aurait occupé 38 fois le genou, 18 fois la hanche, 8 fois le poignet, 4 fois l'épaule, 2 fois le cou-de-pied. »

Elle est essentiellement caractérisée par une contracture douloureuse, localisée aux muscles « fonctionnels » de l'article et parfois généralisée à tout le membre. Brodie a le premier parfaitement décrit l'élément douleur, à propos de la coxalgie : « La sensibilité morbide siège, dit-il, dans l'enveloppe cutanée ; si vous pincez la peau, la malade se plaint plus que si vous poussiez la tête du fémur sur la cavité cotyloïde. » Cette hyperesthésie cutanée si exquise est disposée en territoires géométriques, de forme variable selon l'article. Parfois ces zones d'hyperesthésie sont hystérogènes. L'attitude vicieuse du membre déterminée par la contracture varie suivant l'articulation intéressée. Au genou et au coude, c'est la demi-flexion ; à l'épaule, le bras est en adduction forcée le long du tronc. Généralement il y a une note disparate et quelque chose d'excessif. La claudication ou l'impossibilité de la marche en sont la conséquence, dans les arthralgies du membre inférieur.

Ces spasmes douloureux articulaires peuvent, quoique rarement, se compliquer de troubles trophiques et vaso-moteurs : amyotrophie, œdème. L'œdème présente les caractères de l'œdème hystérique que nous étudierons plus loin ; l'atrophie est moins rigoureusement localisée aux extenseurs, elle est souvent généralisée à tout le membre. Ce sont là des points importants pour le diagnostic (avec une tumeur blanche, par exemple). La chloroformisation tranchera la question dans les cas difficiles, en permettant de constater l'état de l'article. Plusieurs fois l'amputation ou la désarticulation a été faite. L'article était absolument sain. Dans les cas où l'on a trouvé des lésions tuberculeuses ou rhumatoïdes, il s'agissait évidemment d'association hystéro-organique. Ces arthralgies hystériques durent, en général, très longtemps, amenant chez les malades un état mental qui leur fait réclamer l'amputation. La malade de Bœckel, qui souffrait depuis six ans, en est un exemple instructif.