

La *coxalgie hystérique*, déterminée par une contracture douloureuse des muscles de l'articulation coxo-fémorale, est le type le plus intéressant de ces arthralgies. Elle est essentiellement caractérisée par une déformation de la hanche et une attitude vicieuse du membre inférieur : celui-ci est d'habitude en rotation en dedans avec flexion, adduction, raccourcissement apparent, quelquefois mais plus rarement avec rotation en dehors, abduction, extension et allongement apparent. L'ensellure lombaire est plus ou moins prononcée. Outre cette attitude, qui empêche ou trouble la marche, on trouve dans la coxalgie hystérique des troubles sensitifs qui la distinguent de la coxalgie organique. L'hyperesthésie exquise de la peau (signe de Brodie), distribuée en forme de triangle « dont le sommet, d'après M. Gilles de la Tourette, serait à la racine des bourses, ou à la naissance du mont de Vénus, chez la femme, et dont la base, s'élargissant de plus en plus, parallèlement au pli de l'aîne, contournerait la fesse et irait s'implanter sur le sacrum, empiétant quelquefois assez haut dans la région hypogastrique », constitue un signe du plus grand intérêt pour le diagnostic. De plus, la chaleur, la rougeur, le gonflement sont fixes dans la coxo-tuberculeuse. Lorsque des troubles vaso-moteurs hystériques existent dans la pseudo-coxalgie, ils sont essentiellement mobiles. La chloroformisation jugera en dernier ressort : dans l'hystérie, l'article est libre, dans la coxalgie organique, on y trouvera des craquements, des frottements articulaires. Cependant l'existence de rétractions fibro-tendineuses enlèverait à ce moyen diagnostique beaucoup de sa valeur. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que la coxalgie organique peut survenir au cours de l'hystérie et rendre les difficultés parfois insurmontables.

B. *Astasie-abasie*. — Entrevu par M. Jaccoud, ce syndrome a été étudié par MM. Charcot et P. Richer, Weir Mitchell, Blocq qui lui a donné le nom expressif d'astasie-abasie et en a tracé une étude d'ensemble fondée sur onze observations¹. C'est un trouble des mouvements coordonnés pour la station debout et la marche, avec intégrité de la force musculaire et de la coordination pour les autres mouvements des membres inférieurs. On conçoit que ce trouble puisse atteindre les membres supérieurs et empêcher les mouvements systématisés pour l'écriture, le dessin... Dans le décubitus, dans la station assise, le malade peut mouvoir ses membres en tous sens. En outre, il peut sauter, courir, grimper, marcher à quatre pattes, à cloche-pied, etc. Mais, s'il veut se tenir debout ou marcher de la

1. BLOCQ, Sur une affection caractérisée par l'astasie-abasie (*Arch. de neurol.*, 1888).

marche normale, les troubles apparaissent aussitôt. Tantôt la marche et la station debout sont absolument impossibles ; tantôt il n'y a qu'une simple incertitude.

D'ordinaire, l'astasie et l'abasie coexistent, mais l'abasie peut exister à l'état d'isolement. Charcot en a décrit deux formes : l'astasie-abasie *paralytique* ou parétique et l'astasie-abasie *ataxique*. Cette dernière est, suivant les cas, *choréiforme* ou *trépidante*. Ces aspects cliniques sont tout accessoires et peuvent être multipliés sans grand intérêt. M. Pitres a vu une forme sautillante, M. P. Richer une abasie par rigidité. Souvent l'astasie-abasie est accompagnée des stigmates de l'hystérie.

Brusque ou complétée seulement en douze ou vingt-quatre heures, l'astasie-abasie, plus fréquente chez les enfants que chez les adultes, est souvent précédée de céphalalgie et de rachialgie. Son évolution est capricieuse, entrecoupée de rémissions et de guérisons éphémères. Elle peut durer des mois et des années, se terminer par la guérison brusque ou progressive, ou bien aboutir à la paralysie ou à la contracture.

Il faut la distinguer de la paraplégie hystérique, de l'ataxie hystérique par suppression de la vue des membres anesthésiés, de l'ataxie tabétique, de la chorée vulgaire. C'est en général chose facile. Il faut la différencier encore du spasme saltatoire, qui en diffère par ce fait qu'il peut être provoqué au lit, dans le décubitus horizontal, et enfin des spasmes professionnels des chorégraphes, des rémouleurs, etc., spasmes qui occupent un groupe musculaire très localisé et ne se révèlent qu'à l'occasion d'un exercice violent.

Le traitement spécial qui convient à l'astasie-abasie est la rééducation du malade pour le mécanisme de la marche, dont il a perdu la mémoire.

C. *Spasme saltatoire*. — Ce spasme « n'est autre chose, dit M. Brissaud¹, qu'un incident de la diathèse de contracture et appartient, comme tel, ainsi que cela a lieu le plus souvent (nous ne disons pas toujours), à l'hystérie ».

Décrit par Bamberger en 1859, il a été étudié par Gowers, M. Jaccoud et dernièrement M. Brissaud. Il consiste, d'après ce dernier auteur, « en une série de contractions successives des extenseurs et des fléchisseurs de la jambe, et quelquefois de la cuisse, survenant à l'occasion d'une excitation quelconque, d'une émotion légère, d'une secousse, etc... » Dans la station debout, le sujet « saute sans pou-

1. BRISSAUD, Le spasme saltatoire dans ses rapports avec l'hystérie (*Arch. génér. de méd.*, 1890).

voir s'en empêcher, comme s'il était sur des charbons ardents ». C'est une sorte de danse incoordonnée, imprévue, ridicule, à tel point même qu'on ne peut s'empêcher tout d'abord de songer à la simulation. Les jambes sont projetées à droite, à gauche, en tous sens, et le malade tombe aussitôt par terre s'il n'est pas soutenu. Parfois les troubles sont moins accentués et la marche est possible. La force musculaire est toujours intacte.

D'habitude les deux jambes sont prises, quelquefois une seule et surtout la droite. Plus fréquent chez l'homme, le spasme saltatoire s'installe le plus souvent d'une manière insidieuse, précédé de rachialgie très vive, puis de trépidation spinale, signes avant-coureurs des grands mouvements incoordonnés. La flexion brusque du pied sur la jambe, la percussion des tendons rotuliens, du tibia, le chatouillement de la plante, le simple soulèvement de la jambe suffisent pour le provoquer. Ce spasme est sujet à des rémissions quotidiennes et à des récurrences fréquentes. La station verticale le produit au maximum; dans le décubitus horizontal, il fait souvent défaut, mais il est simplement latent, car la moindre excitation suffit à le faire apparaître.

Dans son intéressante monographie, M. Brissaud en rapporte cinq nouveaux cas, rappelle ceux de Bamberger, Gowers, Landouzy, et montre, par une critique judicieuse, que la plupart de ces observations relèvent de l'hystérie. On peut cependant le rencontrer en dehors de la névrose, à savoir dans les affections spinales capables d'amener une paraplégie spasmodique. Charcot l'a observé trois fois dans le tabes.

Nosographiquement, on peut rapprocher du spasme saltatoire le *paramyoclonus multiplex* et la *chorée électrique*, dont plusieurs cas, semble-t-il, relèvent de l'hystérie monosymptomatique.

D. *Chorées hystériques*. — Sans tenir compte de la *chorea Germanorum*, de la danse de Saint-Guy, de Saint-Jean, etc., qui revêtaient au moyen âge la forme épidémique et relevaient de la grande névrose, comme le prouvent les documents figurés et écrits de cette époque, il faut actuellement étudier la chorée hystérique sous deux types :

1° La *chorée arythmique*, caractérisée par des mouvements involontaires, irréguliers, illogiques et contradictoires, identiques, en un mot, à ceux de la chorée vulgaire, dite de Sydenham. Mentionnée par M. Debove en 1890, elle a, l'année suivante, à la suite d'observations présentées par MM. Chantemesse, Laveran, Joffroy et Séglas, soulevé d'intéressantes discussions nosographiques¹.

Déjà Briquet, G. Sée, etc., avaient entrevu les rapports de la

1. Soc. méd. des hôp., 1890 et 1891, *passim*.

chorée de Sydenham avec l'hystérie. M. P. Marie, en 1886, affirmait que l'ovarie se rencontre souvent dans la chorée vulgaire, siégeant toujours du côté où les mouvements ont commencé. L'hémianesthésie était signalée dans quelques observations.

D'accord sur l'existence de ces faits, les auteurs sont divisés quand il s'agit de les interpréter. Les uns voient là une véritable chorée hystérique à laquelle doivent faire retour ces cas de chorée vulgaire accompagnés d'ovarie, d'hémianesthésie, etc. La nature hystérique en est révélée tantôt par la coexistence des stigmates habituels de la grande névrose, tantôt par la métamorphose de cette chorée arythmique en chorée rythmique, d'autres fois, uniquement par les commémoratifs et l'évolution. Poussant cette théorie jusqu'à l'in vraisemblance, Horcholle va jusqu'à identifier la chorée et l'hystérie, la chorée n'étant pour lui qu'une forme juvénile de la grande névrose¹. Les autres, avec MM. Charcot, Joffroy², etc., ne voient là que des cas d'association, chez un même sujet, de deux névroses distinctes : la chorée de Sydenham et l'hystérie.

2° *Chorée rythmique*. — C'est le type le plus fréquent, le mieux connu, dont personne ne discute la nature. Ici, les secousses involontaires sont cadencées, systématiques, c'est-à-dire coordonnées pour un but. Elles imitent, en effet, certains mouvements d'expression, comme la danse (*chorée saltatoire*), les actes de ramer, forger, nager, frapper, etc. (*chorée nataatoire, malléatoire*). C'est, dit Charcot, « une reproduction plus ou moins fidèle d'actes voulus, logiques, intentionnels ». Les secousses se suivent dans un ordre régulier et toujours identique. Outre les membres, la face, le cou peuvent participer au rythme. Généralement les mouvements se limitent à un côté du corps (hémichorée), cessent d'habitude — mais non toujours — durant le sommeil et peuvent s'accompagner d'émission de sons inarticulés.

La chorée rythmée est paroxystique. Chaque accès, qui peut parfois se prolonger un et plusieurs jours, dure généralement de quinze à vingt minutes. La durée de l'accident en lui-même est souvent fort longue. Chez plusieurs sujets, des points frénateurs ou excitateurs font cesser ou apparaître ces accès, qui ne sont, en définitive, qu'un équivalent de l'attaque d'hystérie.

Pour séparer la chorée hystérique de la chorée de Sydenham — diagnostic facile ou difficile suivant les cas, — il faut tabler sur les caractères des mouvements choréiques, sur la coexistence des stigmates et sur l'évolution de l'accident.

1. HORCHOLLE (Thèse de Paris, 1888).

2. Consulter : TOCHE, *Hystérie et chorée de Sydenham* (Thèse de Paris, 1891). — DETTLING, *Chorée arythmique hystérique* (Thèse de Lyon, 1892).

E. *Tremblements hystériques*. — Incidemment mentionnés par quelques auteurs, les tremblements hystériques ne sont devenus classiques qu'après les publications de MM. Rendu, Pitres, Charcot et Dutil qui en a fait une étude systématique et approfondie.

Presque toujours leur début est brusque et consécutif à une attaque, leur durée varie de quelques heures à plusieurs années. Exagéré ou arrêté par les attaques, par la compression de zones hystérogènes, ce tremblement est tantôt peu apparent, tantôt très accusé. Peu gênant dans le premier cas, il trouble, dans le second, la marche et les actes de la vie quotidienne. Il est ou généralisé ou partiel, limité alors soit à un côté du corps, soit aux membres inférieurs, soit à un seul membre; son rythme est régulier, lent ou rapide. Il est mobile et variable, un sujet pouvant présenter simultanément ou successivement un tremblement d'allures très différentes; il est même tellement polymorphe qu'il est impossible de le comprendre sous une formule univoque. Suivant l'expression de Charcot, il a pour caractère de ne pas en avoir.

Les diverses classifications qui en ont été données ne diffèrent pas notablement de celles de M. Dutil¹, qui en distingue quatre variétés :

1° Le *tremblement à oscillations rapides* (8 à 12 secousses par seconde). Cette variété est caractérisée par des oscillations menues, rapides, par une sorte de trémulation continue de tout le corps, de palpitation musculaire, qui rappelle les tremblements de l'alcoolisme, de la paralysie générale et surtout de la maladie de Basedow dont les tracés graphiques ne le distinguent pas. Il existe au repos, sujet à des alternatives de recrudescence et d'accalmie et cesse pendant le sommeil; il trouble les actes de précision sans gêner les mouvements de quelque amplitude. Généralement d'une durée d'une ou deux heures, il peut exceptionnellement s'installer à l'état permanent.

2° Le *tremblement de rythme moyen* (5 1/2 à 7 1/2 secousses par seconde). C'est la variété la plus fréquente. M. Dutil en reconnaît trois types : le tremblement intentionnel (type Rendu), copie du tremblement mercuriel, cessant par instants au repos et augmentant par les mouvements volontaires; — le tremblement rémittent intentionnel, à forme paraplégique, localisé aux membres inférieurs et simulant la paraplégie spasmodique dont il se différencie par l'état normal ou même affaibli des réflexes rotuliens et par la cessation des secousses au moyen du redressement brusque du pied; — enfin, le

1. DUTIL, *Contrib. à l'étude clinique des tremblements hystériques* (Thèse de Paris, 1891).

tremblement intentionnel pur (type Pitres) imitant de tous points celui de la sclérose en plaques et formant l'élément principal de la « pseudo-sclérose » de Westphal.

3° Le *tremblement lent* (4 à 5 1/2 oscillations par seconde) avec ses secousses amples, larges, existant au repos, n'augmentant pas par les mouvements volontaires et rappelant étrangement le tremblement de la maladie de Parkinson.

4° Les *tremblements de forme variée et changeante*, trop polymorphes pour rentrer dans une description commune. Ils sont soit généralisés, soit localisés à un membre, à un segment de membre, à un côté du corps et peuvent simuler les tremblements consécutifs à une hémiplégié ou à une tumeur cérébrale.

Distinguer le tremblement hystérique des affections qu'il peut simuler n'est pas toujours chose facile; les commémoratifs, l'évolution, les signes concomitants aideront à résoudre le problème. Son polymorphisme, qui lui fait simuler tour à tour, chez un même sujet, l'alcoolisme, la sénilité, la paralysie agitante, la sclérose en plaques..., sera pathognomonique, dans les cas exceptionnels où le tremblement est monosymptomatique¹. Du reste, la connaissance actuelle de ces tremblements hystériques légitime le scepticisme vis-à-vis certains tremblements organiques, terminés par guérison brusque et complète. Il semble prouvé que ces tremblements ainsi guéris, comme d'ailleurs certains tremblements : mercuriels, émotifs ou consécutifs à la fièvre typhoïde, à l'érysipèle, à la variole, etc..., sont des manifestations d'hystérie méconnue.

III. ACCIDENTS SENSITIVO-SENSORIELS. — En étudiant les stigmates permanents, nous avons signalé la cécité et la surdité hystériques. De même nous avons, à propos des zones hystériques, fait remarquer que ces zones douloureuses constituent un facteur important de certains accidents sensitifs. Nous ne reviendrons pas sur ces accidents ni, du reste, sur le rôle considérable de l'élément douleur dans certaines contractures et certains spasmes.

Nous nous bornerons à souligner ici quelques manifestations hystériques où la douleur joue un rôle, pour ainsi dire, exclusif.

A. *Néuralgies hystériques*². — Rares d'après Briquet, assez fréquentes pour M. Gilles de la Tourette, ces néuralgies sont constituées par la mise en action d'une zone hystérogène siégeant au niveau ou dans le voisinage d'un nerf. Cette zone douloureuse retentit sur le nerf sous forme d'aura qui tantôt précède les phénomènes convul-

1. Lire les récentes communications de F. RAYMOND, RENDU, LAVERAN (*Soc. méd. des hôp.*, 1892).

2. ARTIÈRES, *Etude des néuralgies hystériques* (Thèse de Paris, 1891).

sifs de l'attaque, tantôt reste isolée et forme le paroxysme névralgique tout entier. C'est, dans ce cas, une attaque névralgique qui se juge comme tous les autres paroxysmes hystériques.

1° La *névralgie faciale* est la mise en œuvre d'une zone hyperesthésique du trijumeau. Caractérisée par de vives douleurs souvent vespérales, elle peut durer quelques minutes ou deux ou trois jours (état de mal névralgique) avec des rémissions et des retours.

2° Parmi les *névralgies du tronc*, la plus importante est celle du rachis. L'*hyperesthésie rachidienne* a été signalée par Sydenham, remarquablement étudiée par Brodie et rencontrée par Briquet 306 fois sur 430 hystériques. Parfois étendue à tout le rachis, elle se limite d'ordinaire à quatre ou cinq vertèbres, au niveau de la région dorso-lombaire. Exquise, exaspérée par un simple frôlement, cette douleur oblige les malades à prendre une attitude courbée de protection. Si elle coexistait avec des zones douloureuses sur les parties latérales du thorax (*pleuralgie*), on pourrait songer à une maladie organique de la moelle¹, à un mal de Pott (*pseudo-mal de Pott hystérique*), etc., comme l'ont montré MM. Audry, Charcot, Merlin, etc.

D'autres fois la zone hyperesthésique siège au niveau de l'épigastre, coïncidant avec des vomissements, et donne lieu à des *crises gastriques* qui sont parfois difficiles à différencier de celles du tabes et de l'ulcère rond, d'autant que ces crises peuvent s'accompagner d'hématémèse hystérique.

La mise en action d'une zone douloureuse précordiale constitue un facteur important de l'*angine de poitrine hystérique*.

Cette angine de poitrine, depuis MM. Charcot et Marie², a été étudiée par MM. Landouzy, Huchard, Le Clerc³. Elle est rare, débute souvent la nuit d'une manière brusque et peut constituer la première manifestation de la névrose. Elle se présente, en clinique, sous deux types : l'un est caractérisé par des accès avec angoisse et anxiété, avec douleur atroce, irradiant dans le cou et dans la sphère du cubital gauche. La peau, au niveau de la région cardiaque, est très hyperesthésiée. Parfois la douleur peut partir du petit doigt. Dans cette *forme névralgique* proprement dite, c'est tout le tableau de l'angine de poitrine organique. Dans la *forme vaso-motrice*, la face est froide, pâle d'abord, puis livide, ainsi que le bras ; la respiration est irrégulière et troublée de diverses manières.

Dans les deux formes, la durée des accès, assez variable, atteint

1. POIRIER, *Sur un syndrome hystérique simulant la pachyméningite cervicale hypertrophique* (Thèse de Paris, 1890).

2. P. MARIE, Deux observat. d'angine de poitrine dans l'hystérie (*Rev. de méd.*, 1882).

3. LE CLERC, L'angine de poitrine hystérique (Thèse de Paris, 1887).

souvent plusieurs heures (état de mal angineux). Leur terminaison est marquée soit par une attaque syncopale, soit par des rires, des pleurs, des sanglots... Le diagnostic est souvent facile, fondé sur ces caractères et sur les résultats de l'auscultation. Mais la névralgie peut s'associer à des cardiopathies¹ et il importe alors de déceler la nature de l'angor pour être fixé sur le pronostic.

3° La *céphalalgie hystérique* est, elle aussi, sous la dépendance d'une zone hystérogène. Lorsqu'il n'existe qu'une seule zone, celle-ci siège le plus souvent au vertex, quelquefois à la tempe ou à l'occiput. Ce n'est autre chose que le *clou* ou œuf hystérique décrit de main de maître par Sydenham. Cette céphalalgie se complique parfois de vomissements, de constipation et simule la méningite. Cette *pseudo-méningite* est bien connue aujourd'hui². Son début est souvent précédé de prodromes : malaise, inappétence, maux de tête. Peu à peu, la céphalalgie devient dominante, horrible, paroxystique, accompagnée de gémissements, de cris, d'insomnie, de délire. Il s'y joint de la diplopie et du strabisme passagers par contracture des droits externes, de la raideur de la nuque, des contractures des membres, de l'opisthotonos, des vomissements, de la constipation, de la fièvre, tout le tableau de la méningite. Avant, toutefois, d'accepter la fièvre comme de nature hystérique, il est prudent de s'assurer qu'elle ne dépend pas de la constipation ou d'une maladie fébrile : vaginite, angine, comme dans les cas de MM. Dalché et Netter. Si l'hystérie est associée à la fièvre typhoïde, au rhumatisme, etc., comme dans les faits de M. Huchard et de M. Repéré, l'erreur sera presque inévitable et les symptômes seront mis sur le compte du rhumatisme cérébral ou de la méningite typhique. Il faudra s'attacher aux commémoratifs, à la recherche des stigmates, à l'évolution paroxystique de la méningite hystérique, enfin, à la recherche de la formule urinaire qui a permis à M. Chantemesse, dans un cas difficile, de démasquer la névrose.

Les paroxysmes de céphalalgie hystérique avec vomissements peuvent encore simuler la *céphalée* des tumeurs cérébrales, prendre le caractère vespéro-nocturne et faire croire à la céphalée syphilitique. L'erreur sera évitée en procédant comme pour la pseudo-méningite.

Par son siège et ses caractères, cette céphalalgie peut aussi faire

1. ALBOT, De la pseudo-angine de poitrine hystérique chez les cardiaques (Thèse de Paris, 1890). — Voir GILLES DE LA TOURETTE, L'angine de poitrine d'origine hystérique (*Progrès méd.*, 1891).

2. MACÉ, *Des accidents pseudo-méningitiques chez les hystériques* (Thèse de Paris, 1888). — BRUGÈRE, *Contrib. à l'étude des pseudo-méningites hystériques* (Thèse de Bordeaux, 1893).

songer à la *migraine* vulgaire. Pour G. Auld¹, un certain nombre de cas de migraine devraient même faire retour à l'hystérie.

Enfin, cette céphalalgie est un élément primordial de la migraine ophtalmique hystérique.

B. Migraine ophtalmique hystérique. — Elle a été signalée par Charcot et M. Babinski² qui a établi les liens étroits qui relient la migraine ophtalmique à l'hystérie et tracé, d'après quatre observations, les caractères de cette manifestation.

La migraine ophtalmique hystérique se montre sous forme d'accès qui tantôt accompagnent l'attaque, tantôt la suivent ou bien encore la précèdent sous forme d'aura. Les accès s'accompagnent de battements dans les tempes, de secousses palpébrales et de constriction à la gorge; ils apparaissent quelquefois par la compression de zones « migrainogènes ». Ses signes : le scotome scintillant, la céphalalgie, les troubles de la vision, etc..., ressemblent à ceux de la migraine ophtalmique vulgaire. La différence consiste en ce fait que l'hémio-
pie manque dans la forme hystérique, tandis qu'elle est très commune dans la forme ordinaire. Il se peut que l'aphasie et l'hémiplégie, qui faisaient défaut dans les quatre observations de M. Babinski, ainsi que dans un cas que nous avons observé nous-même³, se rencontrent un jour dans la migraine ophtalmique hystérique⁴.

IV. ACCIDENTS TROPHIQUES ET VASO-MOTEURS. — On a cru pendant longtemps que l'absence de troubles trophiques dans l'hystérie établissait une barrière infranchissable entre la névrose et les maladies organiques. Aujourd'hui cette barrière n'existe plus, car l'existence de ces troubles ne fait aucun doute, encore qu'il s'agisse là d'accidents assez mal connus⁵. Nous étudierons les troubles trophiques et vaso-moteurs du côté de la peau et de ses dépendances d'abord, et ensuite du côté des muscles et des tendons.

A. Troubles trophiques et vaso-moteurs du côté de la peau et de ses dépendances. — **a. Troubles trophiques.** — Les éruptions vésiculeuses sont les plus fréquentes, les mieux étudiées et les moins contestées des troubles trophiques cutanés. Ces vésicules sont remplies soit de sérosité, soit de sang, pouvant être, dans ce dernier

1. AULD, Hemicrania hysterica. A contribution to the pathology of migraine (*The Lancet*, 15 avril 1893).

2. BABINSKI, De la migraine ophtalmique hystérique (*Arch. de neurol.*, 1890).

3. Voir FINCK, *Des rapports de la migraine ophtalmique avec l'hystérie* (Thèse de Paris, 1891).

4. Voir THOMAS, Migraine ophtalmique associée de nature hystérique chez l'enfant (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc., 1892).

5. On en trouvera un exposé détaillé dans la thèse inaugurale d'ATHANASSIO, *Des troubles trophiques dans l'hystérie* (Thèse de Paris, 1890).

cas, le prélude d'hémorragies cutanées; lorsqu'elles se rompent, elles donnent naissance à des ulcérations et à des eschares.

Franceschi¹ a bien étudié les éruptions pemphigoides dans la névrose. Vulpian a cité un fait de gangrène cutanée, Kaposi² quatre cas de zona gangréneux hystérique, Veillon³ une observation d'éruption vésiculo-ulcéreuse symétrique des mains et des avant-bras, Singer⁴ un fait de gangrène cutanée, Weir Mitchell⁵ un cas de rupia persistant depuis quatre ans, etc.

Les émotions ont une influence considérable sur l'apparition de ces lésions qui surviennent brusquement, ou à la suite de paresthésies et de douleurs, souvent en rapport manifeste avec les attaques d'hystérie qu'elles précèdent, accompagnent ou suivent de très près. Pour ce qui concerne les troubles superficiels cutanés, leur nature n'est pas attaquant. A diverses reprises, on a pu les reproduire par suggestion hypnotique. Mais l'origine hystérique des troubles profonds, comme la gangrène, a été contestée. Les faits de Vulpian, Kaposi, Leloir, etc., sont cependant si démonstratifs que la gangrène hystérique paraît aujourd'hui parfaitement établie.

Y a-t-il des troubles trophiques hystériques du côté des annexes de la peau? On a cité quelques faits de canitie, de chute des cheveux et des ongles. Mais la plupart de ces observations ne sont pas assez concluantes, quant à leur origine hystérique, pour entraîner la conviction et de nouvelles preuves paraissent nécessaires pour faire la lumière sur ce point.

b. Troubles vaso-moteurs et sécrétoires. — Deux de ces troubles méritent une mention particulière: les hémorragies et les œdèmes.

Les hémorragies ne sont pas très rares; elles peuvent se faire par la voie muqueuse et par la voie cutanée. Chemin faisant, nous avons signalé les hémorragies viscérales: hémoptysie, hématomèse, etc., et les erreurs de diagnostic qu'elles entraînent. Nous n'aurons ici en vue que les hémorragies cutanées.

Il en existe, dans la littérature de l'hystérie, des faits authentiques et très probants, tels que ceux de Gendrin, Chauffard, Caizergues, Magnus Huss, Lordat, Gilles de la Tourette⁶. Aussi intéressantes à connaître pour le clinicien que pour le médecin légiste, ces hémorragies reconnaissent d'habitude pour cause les émotions vives. On les a vues survenir dans les régions les plus diverses du corps; mais

1. FRANCESCHI, *Le pemphigus chez les hystériques* (Thèse de Paris, 1883).

2. KAPOSI (*Centralbl. für klin. Med.*, 1890).

3. *Nouvelle Iconographie*, 1892.

4. SINGER (*Club méd. de Vienne*, janv. 1893).

5. WEIR MITCHELL (*Americ. Journ. of med. sciences*, mars 1893).

6. GILLES DE LA TOURETTE, *Considérations sur les ecchymoses spontanées des hystériques* (*Nouv. Iconogr.*, 1890).