

elles siègent d'ordinaire, du côté anesthésié, sur le tronc ou sur les membres. Elles apparaissent brusquement ou après une période de douleurs localisées, soit sous forme d'écchymoses, soit sous forme de sueurs de sang, de larmes de sang, d'hémorragie mammaire, etc. Parrot en a fait, en 1859, une étude très remarquable. Ce sont des écoulements sanguins plus ou moins abondants, de coloration plus ou moins intense, pouvant durer de quelques semaines à quelques jours, et coexister ou non avec des hémorragies viscérales.

Outre ces accidents, il est fréquent de rencontrer dans l'hystérie soit des congestions partielles et passagères (érythèmes éphémères), soit de l'anémie cutanée (syncope locale et asphyxie des extrémités). C'est la *forme vaso-motrice* de l'hystérie. Armaingaud en a publié un curieux type intermittent<sup>1</sup>. Le plus souvent, il s'agit d'un trouble vaso-moteur paralytique, comme dans les plaques érythémateuses, les éruptions papuleuses, vésiculeuses, pemphigoïdes, les hémorragies, les sueurs locales ou générales; plus rarement d'un trouble constrictif comme dans la syncope locale; parfois enfin de troubles vaso-dilatateurs et constrictifs alternant et se succédant. D'ordinaire ces troubles vaso-moteurs sont très fugaces, comme le *dermographisme* étudié récemment par MM. Féré et Lamy, Barthélemy<sup>2</sup> et que M. Dujardin-Beaumetz désigne sous le nom d'autographisme. Sans être spécial à l'hystérie, le dermographisme y est fréquent. Si l'on trace sur la peau un trait avec la pointe d'un crayon, une ligne rouge apparaît, puis un bourrelet blanc rosé de 1 ou 2 millimètres se détache entouré d'une bordure rouge érythémateuse. La saillie s'élève de 1 à 2 millimètres en moyenne, la bordure s'étendant de 1 à 5 centimètres, puis tout disparaît au bout de plusieurs heures, de quatorze heures dans le fait de Ducamp.

De ces troubles vaso-moteurs, l'*œdème hystérique* est, à tous égards, le plus important. Sydenham l'observa le premier et en traça d'emblée les caractères, qui permettent de le différencier des œdèmes cardiaque, rénal, cachectique, etc. « L'enflure des personnes hystériques, dit-il, est plus grande le matin que le soir et, quand on la presse avec le doigt, il ne reste aucune marque. Le plus souvent aussi l'enflure n'est qu'à une jambe. Du reste elle ressemble tellement à celle des hydropiques, soit par sa grandeur, soit par sa superficie, qu'on a bien de la peine à convaincre ces malades qu'elles ne sont pas hydropiques. » Cette excellente description resta lettre morte jusqu'aux observations de Damaschino, Fabre et Weir Mitchell. Cet *œdème blanc* constitue un premier type d'œdème hystérique.

1. Voir WATON, *L'hystérie vaso-motrice* (Thèse de Montpellier, 1892).  
2. Du dermographisme (*Progrès méd.*, 1893).

Un second type a été récemment isolé par Charcot sous le nom d'*œdème bleu*<sup>1</sup>. Cet œdème, qu'on ne rencontre guère que chez des sujets franchement hystériques, est dur, cyanotique, accompagné d'un abaissement parfois très considérable de la température. Dans l'observation de M. Boix<sup>2</sup>, il y avait au contraire une élévation de température de 10 degrés, du côté malade. Ce fait, unique jusqu'ici, était en outre remarquable par des alternatives d'élévation et d'abaissement de la température. De siège variable, avec une certaine prédilection pour les mains, unilatéral le plus souvent, plus ou moins étendu et plus ou moins saillant, l'œdème est superposé dans la règle à une paralysie ou à une contracture, dans une région anesthésique. Il est important de ne pas le confondre avec un phlegmon ou avec l'œdème violacé des syringomyéliques.

Blanc ou bleu, l'œdème hystérique est tantôt indolent, tantôt accompagné d'engourdissements, de fourmillements et même de véritables douleurs. Il est sujet à des fluctuations à la suite des émotions, de la menstruation, etc. La station debout ne l'influence pas sensiblement. Il peut disparaître, comme il apparaît souvent, brusquement à la suite d'une attaque. On l'a vu durer deux ans et plus. Sa durée est, en réalité, subordonnée à celle des troubles moteurs qu'il complique. C'est sur l'ensemble de ces caractères, sur la recherche des stigmates et aussi sur l'examen des urines qu'on fondera le diagnostic.

On peut rapprocher de cet œdème le gonflement douloureux du sein ou *sein hystérique*<sup>3</sup>. Son début est brusque et le gonflement atteint en quelques heures son summum, accompagné d'habitude de picotements agaçants. Tantôt la peau est normale, tantôt elle est lisse, luisante, rouge et tendue. Le mamelon est turgescent, l'aréole large et brunie. La pression ne détermine aucun godet œdémateux, mais le simple frôlement réveille d'atroces douleurs. Quoique le sein ait parfois doublé de volume, on peut sentir les lobules glandulaires. Ce gonflement douloureux persiste ainsi durant deux ou trois jours, accompagné de sécrétion lactée exceptionnellement, puis la résolution se fait progressivement. Le plus souvent, mais non toujours, les deux seins sont pris. Il importe de ne pas le confondre avec les inflammations, les tumeurs de la mamelle, et le névrome irritable de Cooper, afin de ne pas y porter le bistouri, de même qu'avec les engorgements laiteux ou menstruels.

B. *Troubles trophiques tendineux et musculaires*. — Charcot a

1. GILLES DE LA TOURETTE et DUTIL (*Nouv. Iconogr.*, 1889).  
2. BOIX (*Nouv. Iconogr.*, 1891).  
3. Voir GILLES DE LA TOURETTE (*Congrès de chirurgie*, Paris, 1893).

signalé l'existence de *rétractions fibro-tendineuses* dans les contractures hystériques, surtout dans celles des membres inférieurs. Ce sont des altérations qui survivent à la contracture guérie et entretiennent des attitudes vicieuses indélébiles. Quand elles portent sur les muscles, les altérations atteignent leur partie fibreuse et avant tout leurs tendons qui se raccourcissent dans la position vicieuse déterminée par la contracture. La fibre musculaire elle-même reste intacte et capable de recouvrer toutes ses propriétés physiologiques. Quant aux lésions périarticulaires, elles sont caractérisées par un épaissement des capsules d'enveloppe et des autres tissus fibreux. Pour remédier à ces rétractions, il faut, comme l'a montré M. Terrillon, sectionner les tendons raccourcis, rompre les adhérences périphériques et recourir ensuite à l'électricité, au massage et à la mobilisation méthodique et progressive de la jointure. Mais, avant d'intervenir chirurgicalement, il est indispensable de s'être assuré, sous le chloroforme, que la contracture musculaire a disparu et qu'il s'agit uniquement de rétractions permanentes.

En 1886, Charcot montra que l'*atrophie musculaire* peut être déterminée par l'hystérie. M. Babinski<sup>1</sup> publia le premier travail original sur ce sujet et assigna à cette amyotrophie hystérique les caractères suivants : « L'atrophie est plus ou moins considérable, mais il faut savoir qu'elle peut atteindre d'assez fortes proportions (3 et 5 centimètres de différence). Il n'y a pas de secousses fibrillaires. L'excitabilité idio-musculaire paraît normale. La contractilité électrique est diminuée en proportion du degré de l'atrophie, mais il n'y a pas de réaction de dégénérescence. Cette atrophie peut se développer avec une grande rapidité; sa rétrocession semble pouvoir être rapide comme son développement. » Cette étude fut bientôt suivie des observations de MM. Chauffard, Massalongo, Leroux, Brisaud, Ballet, Debove, Raymond, Thibaut, Chantemesse et Widal, etc. Trois ans plus tard, Charcot déclarait que les limites de la première description qu'il avait tracée avec M. Babinski étaient trop étroites et qu'il fallait désormais tenir compte de quelques nouveaux caractères. Ses élèves, MM. Gilles de la Tourette et Dutil<sup>2</sup>, Souques, rapportèrent quelques cas d'amyotrophie sur des membres indemnes de paralysie ou de contracture, avec secousses fibrillaires et même réaction dégénérative.

L'amyotrophie hystérique peut donc se présenter, en clinique, sous plusieurs aspects; mais il serait encore prématuré d'en entre-

1. BABINSKI, De l'atrophie musculaire dans la paralysie hystérique (*Archives de neurol.*, 1886).

2. *Nouvelle Iconographie*, 1889.

prendre la classification. On peut provisoirement en distinguer deux types : l'un « myopathique », le plus fréquent, sans secousses fibrillaires, sans troubles électriques; l'autre « myélopathique » avec contractions fibrillaires et, peut-être, réaction de dégénérescence.

Généralement l'amyotrophie hystérique frappe un membre ou un segment de membre; elle atteint « en masse » et détruit rapidement un territoire musculaire, puis reste stationnaire plus ou moins longtemps, pour évoluer souvent assez vite vers la guérison. Elle semble pouvoir rester des années au stade stationnaire. Mais cette évolution nous est encore inconnue, quelques années à peine nous séparant de sa première description.

Il faudra la différencier des atrophies musculaires cérébrales, myopathiques, myélopathiques et névritiques. Son diagnostic doit reposer, d'une part, sur ses caractères intrinsèques et sur son évolution, d'autre part, sur des phénomènes extrinsèques, tels que les circonstances dans lesquelles elle est survenue et sa localisation habituelle dans des régions marquées d'avance par d'autres manifestations de la névrose (paralysie, contracture, anesthésie). Dans les faits exceptionnels d'amyotrophie monosymptomatique, les difficultés semblent insurmontables.

V. ACCIDENTS VISCÉRAUX. — L'hystérie peut frapper les divers viscères et appareils de l'économie. Dans ces syndromes viscéraux, paralysies, contractures, troubles sensitifs et vaso-moteurs se combinent souvent d'une manière inextricable. Aussi est-il utile de décrire dans un chapitre spécial les accidents viscéraux les plus importants, pour compléter les diverses notions que nous avons mentionnées à propos des zones hystérogènes et que nous soulignerons encore plus loin en parlant de la fièvre hystérique.

A. *Hystérie respiratoire*. — Tout d'abord, du côté du larynx, il faut citer les paralysies des muscles, souvent associées à de l'anesthésie laryngée et à des plaques d'anesthésie cutanée sus- et sous-hyoïdienne<sup>1</sup>.

L'*aphonie*, qui en est la conséquence, a en général un début brusque. Le malade ne peut plus parler qu'à voix basse, mais la phonation seule est abolie: il n'y a ni aphasie ni aucun trouble moteur de la langue et des lèvres et la respiration s'exécute normalement. Chose paradoxale, la toux est sonore, le chant peut se faire à haute voix, ainsi du reste que le rêve parlé. Au laryngoscope, le plus souvent, les cordes sont écartées et ne peuvent être rapprochées; plus rarement elles sont rapprochées en adduction. Pour expliquer ces deux aspects inverses, on a invoqué des phénomènes paralytiques des

1. THAON (*Congrès de Milan*, 1880).

muscles opposés. M. Gouguenheim<sup>1</sup> pense que cette hypothèse est inexacte, et que, dans le premier cas, la paralysie des crico-thyroïdiens et, dans le second, leur contracture suffisent à expliquer l'abduction et l'adduction. L'aphonie est souvent associée à d'autres manifestations hystériques, qui en rendent l'interprétation facile. La paralysie par compression des récurrents pourrait donner le change; mais celle-ci est le plus souvent unilatérale, avec voix fausse, rauque plutôt qu'éteinte, et la phonation est beaucoup moins troublée. Du reste, les signes propres aux tumeurs du médiastin lèveraient les doutes.

Un autre accident laryngé, c'est le *mutisme* étudié par MM. Charcot, Cartaz<sup>2</sup>, etc. Il est caractérisé par la perte complète de l'usage de la parole. Le malade ne peut émettre aucun son, soit à voix haute, soit à voix basse. Par contre, il s'exprime très aisément, et souvent de manière excessive, par les gestes et l'écriture. Il meut facilement sa langue en tous sens, siffle, souffle. Il y a seulement impuissance, mais impuissance absolue, pour les mouvements spécialisés de la parole. C'est de l'aphasie motrice typique, pure et isolée. La guérison est le plus souvent brusque, mais d'ordinaire après une période de bégaiement de durée variable. Pour distinguer ce mutisme de l'aphasie organique, il faudra se fonder sur la conservation absolue de l'intelligence, sur l'intégrité habituelle<sup>3</sup> de l'écriture, de l'audition et de la vision des mots, et sur l'absence fréquente d'ictus apoplectique et d'hémiplégie, plutôt que sur la présence des stigmates hystériques qui font souvent défaut.

Nous placerons ici l'indication du *bégaiement hystérique* signalé par MM. Ballet et Tissier<sup>4</sup>. C'est un trouble de l'articulation des mots (difficulté et répétition saccadée des syllabes), plus aisé à reconnaître qu'à décrire. Ces malades, dit M. Ballet, « traînent, s'arrêtent, hésitent et répètent certaines syllabes. Ils allongent outre mesure certaines autres et, l'obstacle franchi, partent et prononcent correctement les syllabes suivantes jusqu'à ce qu'une nouvelle difficulté se présente. » M. Chervin<sup>5</sup> a contesté quelques-uns de ces caractères. La coexistence de ce bégaiement avec d'autres manifestations hystériques actuelles ou passées en établit la nature. Dans les

1. GOUGUENHEIM (*Progrès méd.*, 1883). Voir sur cette question de l'hystérie laryngée la monographie de Luc : *Des névroses laryngées*, 1 vol. de la Biblioth. Charcot-Debove, 1893.

2. CARTAZ (*Progrès méd.*, 1886). — TROISIER (*Soc. méd. des hôp.*, 1892).

3. On a mentionné la coexistence d'agraphie et de mutisme hystérique. — LÉPINE (*Rev. de méd.*, 1891). — BALLET et SOLLIÉ (*Rev. de méd.*, 1893).

4. BALLET et TISSIER (*Soc. méd. des hôp.*, 1889 et 1890, et *Arch. de neurol.*, 1890). — CHABERT (*Progrès méd.*, 1893).

5. CHERVIN (*Arch. de neurol.*, 1891).

trois observations de MM. Ballet et Tissier, il s'agissait d'hommes et le bégaiement s'accompagnait de paresse, de déviation spasmodique ou de tremblement de la langue. Cet accident suit d'habitude une attaque d'aphasie transitoire et persiste plusieurs semaines ou plusieurs mois avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Signalons enfin certains *bruits laryngés* bizarres<sup>1</sup>, associés à des troubles respiratoires. Les uns sont expiratoires, tels que la toux et le renâchement, les autres inspiratoires comme le hoquet et le reniflement. Ces accidents, étudiés par Sydenham, Lasègue, Charcot, Pitres, etc., s'accompagnent souvent d'hyperesthésie, de sensation de corps étranger, de brûlures intra-laryngées et de points douloureux sur les côtés du larynx. La forme expiratoire se traduit parfois par des bruits étranges, par des cris que l'on a comparés à l'aboiement, au hurlement, au miaulement, au gloussement des animaux. Les possédées d'Ammon aboyaient, dit Pierre de Lancre, « comme font les chiens lorsque la lune est dans son plein ».

Quel que soit leur aspect clinique, ces bruits se présentent ordinairement sous forme d'accès, sans entraîner ni dyspnée ni suffocation. Ils sont souvent isolés, monosymptomatiques, facilement récidivants et rebelles à toute thérapeutique. La contagion nerveuse joue un très grand rôle dans leur apparition.

La *toux hystérique*, remarquablement étudiée par Lasègue, est le plus important de ces bruits. Elle est paroxystique ou permanente, éclatante ou rauque, revenant tantôt à chaque expiration, tantôt toutes les trois ou quatre expirations, ne s'accompagnant ni d'expectoration, ni d'angoisse, ni de suffocation, ni de signes stéthoscopiques. Les paroxysmes sont généralement périodiques et réglés, se reproduisant, identiques dans leur forme et souvent à la même minute<sup>2</sup>, une ou plusieurs fois par jour, surtout le soir, et pouvant durer une ou plusieurs heures. La toux hystérique cesse pendant la nuit et ne trouble pas le sommeil. Le décubitus horizontal, la lecture à haute voix peuvent quelquefois la faire cesser. Elle débute d'ordinaire dès l'adolescence, chez des jeunes filles, en dehors de toute attaque convulsive. Une attaque peut cependant en amener la guérison. Les circonstances dans lesquelles elle s'est produite, son rythme régulier sans quintes, sa cessation nocturne, l'absence de signes respiratoires et stéthoscopiques, etc., la différencient de la toux symptomatique d'une affection broncho-pulmonaire.

A côté de ces bruits laryngés doivent prendre place certains

1. CHARCOT, Toux et bruits laryngés chez les hystériques (*Arch. de neurol.*, 1892).

2. Nous en avons observé un cas qui durait depuis plus de deux ans et se reproduisait deux fois par jour, durant une heure et quart, venant et disparaissant toujours à la même minute.

spasmes à la fois expiratoires et inspiratoires. Les plus fréquents sont les étternuements et les bâillements dont il faut rapprocher le rire hystérique.

Les *étternuements* se produisent d'ordinaire sous forme d'accès, durant de quelques minutes à plusieurs heures, avec ou sans sécrétion nasale et se répétant trente à quarante fois par minute. Mosler a pu en compter cinquante mille en un jour. Ces paroxysmes sont des équivalents d'attaque d'hystérie<sup>1</sup>.

Le *rire* hystérique est commun : il se manifeste par accès, soit avant ou après les attaques, soit dans leurs intervalles.

Quant aux *bâillements*, signalés par Charcot, ils ont été bien étudiés par MM. Gilles de la Tourette, Huet et G. Guinon<sup>2</sup>. C'est là un accident rare qui se présente à l'état permanent ou paroxystique. Dans le type permanent, les bâillements cessent pendant le sommeil pour reparaitre au réveil, et cela durant des semaines et des mois, sans troubles de l'état général. Ils sont rythmés, ce qui les sépare des bâillements physiologiques ; ils s'en distinguent encore du reste par les quintes de toux qui les entrecoupent souvent, par l'écartement des mâchoires porté au maximum, et par la profondeur de l'inspiration qui ne dépasse guère celle d'une inspiration normale. Dans le type paroxystique, les bâillements se répètent précipités, subintrants, durant quinze, trente minutes et même davantage, puis cessent pour reparaitre plus ou moins tôt. On y retrouve fréquemment un lambeau de la grande attaque : aura, convulsions toniques ou cloniques des membres, attitude passionnelle, etc. Leur diagnostic est d'ordinaire facile, à cause de la coexistence fréquente de stigmates hystériques. Dans les rares cas de bâillements monosymptomatiques, le type permanent se distinguera des bâillements épileptiques (décrits par Féré) par son rythme, et le type paroxystique par la recherche de la formule urinaire.

Enfin, nous mentionnerons la *dyspnée hystérique* pure et simple, due soit à un spasme de la glotte ou des bronches, soit à une paralysie du diaphragme. Weir Mitchell<sup>3</sup> vient de rapporter trois nouvelles observations de tachypnée hystérique avec respiration fréquente (quarante, cent, cent quatre-vingts mouvements respiratoires à la minute), régulière de rythme, presque exclusivement à type costal supérieur, sans effort apparent et sans fréquence du pouls.

Dans l'hystérie respiratoire, il nous faut signaler enfin un accident vaso-moteur : la *congestion pulmonaire* et l'*hémoptysie*

1. SOUZA-LEITE, Cas d'hystérie dans lequel les attaques sont remplacées par une manifestation rare : les étternuements (*Arch. de neurol.*, 1885).  
2. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1890.  
3. WEIR MITCHELL (*Amer. Journ. of med. sc.*, mars 1893).

hystérique. M. Debove a montré que cette congestion siègeait du côté anesthésique. Si elle est localisée au sommet, elle peut faire croire à la phtisie, surtout si elle s'accompagne d'hémoptysie, de dyspnée, etc. L'examen bactériologique des crachats permettra souvent de savoir si l'hystérie existe seule ou associée à la tuberculose pulmonaire.

B. *Hystérie digestive*. — Du côté des voies digestives, les paralysies et contractures hystériques produisent divers accidents, parmi lesquels nous signalerons la dysphagie, l'œsophagisme, les vomissements et la tympanite. Nous en rapprocherons l'anorexie.

Dans la *dysphagie* et l'*œsophagisme* il s'agit de spasme douloureux. L'obstacle à l'alimentation est tantôt permanent, tantôt au contraire paroxystique et ne survenant qu'au passage des aliments. Parfois infranchissable, il peut devenir dangereux à cause de l'amaigrissement et de l'inanition qu'il peut amener.

Les *vomissements* hystériques sont tantôt passagers, tantôt durables, parfois incoercibles. Souvent, ils s'accompagnent d'hyperesthésie de la muqueuse stomacale et de gastralgie plus ou moins vive. Dans ce cas, le vomissement est précoce. Si les troubles de la sensibilité sont atténués, les aliments s'accumulent d'abord ; plus tard surviennent la plénitude, les douleurs et le rejet. Dans les cas d'atonie musculaire, les vomissements sont tardifs et abondants. Si cette gastralgie se complique d'hématémèse hystérique, elle peut faire croire à une affection organique de l'estomac : l'ulcère rond, par exemple.

Charcot, étudiant les vomissements dans ses rapports avec l'anorexie et l'ischurie, a montré qu'il y avait souvent alternance entre le taux de l'urine et celui des matières vomies. En 1874, MM. Bouchard et Juventin établirent que les vomissements peuvent coexister avec une urination relativement considérable, et que tous les vomissements, hystériques ou non, renferment de l'urée. MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau ont étudié deux cas de vomissements au point de vue chimique, et obtenu des résultats que nous signalerons tout à l'heure. Une de leurs malades avait maigri de 10 kilogrammes en sept mois et s'acheminait vers l'inanition. Lorsque les vomissements cessent, l'embonpoint revient rapidement. Mais on conçoit le moment où l'amaigrissement est trop considérable pour permettre le retour à la santé.

Les spasmes et les paralysies de l'intestin se traduisent, en dehors des borborygmes si fréquents dans la névrose, par la *tympanite* et l'*iléus nerveux*. La tympanite est permanente ou paroxystique. Dans le premier cas, c'est dans l'intervalle des crises qu'on la voit apparaître, brusquement ou graduellement. Le ventre distendu est dur,

indolent, très ballonné. Divers troubles peuvent l'accompagner : céphalalgie, palpitations, vomissements, orthopnée, asphyxie même qui amena la mort dans un fait rapporté par M. Huchard. Dans la forme paroxystique, la tympanite se complique souvent d'entéralgie très vive et de péritonisme. Les traits se tirent ; les vomissements, la constipation, la fièvre même surviennent et l'on a tout le tableau de la péritonite. C'est la *pseudo-péritonite hystérique* à laquelle il faut songer pour éviter une erreur grossière. La tympanite peut se localiser et donner lieu à une espèce de tumeur fantôme. Exceptionnellement, dans certains cas de spasme intestinal, on aurait vu survenir l'iléus nerveux, c'est-à-dire tous les signes de l'étranglement avec vomissements stercoraux. Mais les faits de ce genre ont été contestés par quelques auteurs. Il faut, en tout cas, songer à la simulation, car on a vu des hystériques qui avalaient des boulettes de matières fécales pour les vomir ensuite.

Le spasme anal amène de la constipation opiniâtre, s'oppose au toucher rectal et peut simuler un rétrécissement organique du rectum.

Il faut traiter ces spasmes gastro-intestinaux avec une extrême énergie, car ils exposent à l'inanition et même à la mort. La sonde œsophagienne et les lavements nutritifs rendront de précieux services. M. Ballet a vu, dans un cas, des vomissements incoercibles céder au simple lavage de l'estomac.

A côté de ces accidents paralytico-spasmodiques, nous placerons les troubles de l'appétit : perversions, boulimie, anorexie, etc., pour n'insister que sur cette dernière, remarquablement décrite par Gull, Lasègue et Charcot. Par *anorexie*<sup>1</sup>, il faut exclusivement entendre le refus systématique des aliments. L'ancienne distinction entre l'anorexie gastrique et l'anorexie mentale n'a plus de raison d'être, car cette dernière seule doit subsister. Tantôt l'anorexie apparaît chez un sujet franchement hystérique et se montre, dans ces conditions, mobile, transitoire, bénigne. Tantôt elle survient comme une manifestation initiale et isolée de la névrose et revêt, dans ces cas, des caractères de ténacité et de gravité très remarquables.

Cette anorexie primitive se manifeste chez les jeunes filles, à la suite de spasme de l'œsophage, de gastralgie, de vomissements, etc. ; souvent elle est provoquée par la coquetterie ou le dégoût de l'existence. Malgré les menaces et les prières, ces malades refusent de manger. « Alors, dit Charcot, l'amaigrissement ne tarde pas à survenir ; il atteint des proportions véritablement extravagantes ; les malades ne sont plus que des squelettes vivants. Et de quelle vie ! la

1. SOLLIER, Anorexie hystérique (*Rev. de méd.*, 1891).

torpeur cérébrale a succédé à l'agitation factice du début ; depuis longtemps, la marche et la station debout sont devenues impossibles ; les malades sont confinées au lit, où elles peuvent à peine se mouvoir ; les muscles du cou sont paralysés, la tête roule comme une masse inerte sur l'oreiller ; les extrémités sont froides et cyanosées ; on se demande comment la vie peut persister au milieu d'un pareil délabrement. Depuis longtemps, déjà, les parents se sont alarmés, mais l'alarme est au plus haut degré lorsque les choses en sont venues à ce point ; elle est du reste bien justifiée, car la terminaison fatale est là menaçante, et je connais, pour ma part, au moins *quatre cas où elle est survenue*. » Le pronostic en est donc sérieux et le traitement doit être institué énergique et précoce, sous la forme d'isolement absolu, sans autre intermédiaire entre la famille et la malade que le médecin. Si celui-ci réussit à connaître la raison qui empêche la malade de manger, il peut la combattre directement ; sinon, il recourra à l'injonction simple, qui suffira le plus souvent, et, à son défaut, à l'intimidation et à la menace du gavage.

C. *Hystérie génito-urinaire*. — Ces accidents hystériques sont multiples. Sans parler de l'*oligurie* et de l'*ischurie* hystérique, magistralement étudiées par Charcot, on peut voir, du côté de l'uretère, des spasmes douloureux qui reproduisent le tableau de la colique néphrétique, et, du côté de la vessie, la *rétenion* et même l'incontinence d'urine. La rétention d'urine peut relever d'une paralysie de la vessie, durer des mois et des années. Dans ce cas, elle coexiste d'habitude avec une paraplégie hystérique. Il n'est pas exceptionnel qu'elle se complique d'incontinence par regorgement. Mais le plus souvent, la rétention dépend d'un spasme du sphincter vésical. Le cathétérisme permet de se rendre compte de ce double mécanisme : s'il s'agit de paralysie vésicale, l'urine sort lentement par la sonde ; s'il s'agit d'un spasme du col, la sonde éprouve de la résistance à ce niveau et, l'obstacle franchi, la vessie se vide avec énergie. Une évacuation biquotidienne aseptique parera à l'urgence, et les lavements au chloral, les suppositoires, l'électrisation pourront, à un moment donné, exercer une influence psychique curatrice.

Du côté des organes génitaux, nous ne citerons ici que le *vaginisme*, isolé ou associé aux spasmes de l'anus ou de la vessie. Parfois il s'agit uniquement d'hyperesthésie de la muqueuse, dont le contact détermine un spasme musculaire secondaire. D'autres fois, c'est le spasme musculaire qui est seul en cause : la muqueuse est insensible au contact et le rétrécissement vaginal reste quand même infranchissable. Toutes les méthodes de traitement médical ou chirurgical ont échoué ou réussi devant cet accident grave par sa