

cédent paragraphe, le même traitement qu'aux zones hyperesthésiques, car à l'instar de ces dernières, elles sont généralement excitables.

Dans un ordre d'idées un peu différent, ces zones se rencontrent à la région épigastrique, au cours de l'anorexie hystérique, par exemple, ou, comme nous l'avons montré, se superposent exactement au blépharospasme, à certaines contractures limitées de la langue, des muscles de la face et du cou.

A l'inverse des précédentes, ces dernières zones ne sont que très rarement excitables, c'est-à-dire hystérogènes. Le traitement par l'électricité faradique appliquée *in situ* est ici la meilleure méthode, celle qui s'applique, d'ailleurs, à toutes les anesthésies, même généralisées, suivant la technique que nous avons déjà exposée.

Ces anesthésies localisées, de même que l'hémianesthésie, par exemple, veulent être recherchées, car, à l'encontre des hyperesthésies, elles sont rarement le siège de phénomènes subjectifs douloureux et passent de ce fait fréquemment inaperçues du malade. Le médecin ne devra pas oublier toutefois que le meilleur moyen de faire disparaître un blépharospasme, en particulier, consiste à s'attaquer à l'anesthésie qui lui est superposée. Mais lorsque ces zones affectent certains sièges, lorsqu'elles se localisent en particulier sur les appareils sensoriels, elles peuvent entraîner avec elles des perturbations fonctionnelles fort gênantes parmi lesquelles il faut faire une place spéciale à l'*amaurose* et à la *surdité* hystérique.

L'expérience ayant montré qu'on rétablissait le plus souvent la fonction sensorielle en provoquant le retour de la sensibilité générale presque toujours parallèlement abolie ou diminuée, c'est donc contre l'anesthésie locale qu'on devra encore une fois diriger ses efforts. A l'exemple de Duchenne, de Boulogne, on se servira du *courant faradique* et l'on promènera les électrodes sur les divers points du contour de l'orbite, de telle sorte que l'une des éponges soit placée sur son rebord supérieur et l'autre sur son rebord inférieur. On fera passer le courant pendant cinq à six minutes, en ayant soin de modérer

son intensité, car les malades pourraient en souffrir. En dehors de l'*amaurose* on aura encore recours à ce mode de traitement lorsque le rétrécissement concentrique du champ visuel sera assez accentué pour gêner le malade, dans le blépharospasme avec anesthésie dont nous avons déjà parlé et dans les contractures des muscles intrinsèques des globes oculaires.

La *surdité hystérique* avec anesthésie du pavillon de l'oreille est justiciable d'un traitement analogue. A la faradisation des tissus périauriculaires, on joindra celle du conduit auditif externe, lorsqu'il sera nécessaire, en remplissant d'eau tiède ce conduit dans lequel on introduira une tige métallique représentant le pôle positif. On ne manquera pas, en même temps, d'essayer la rééducation de l'ouïe à l'aide de divers exercices : écouter le tic tac d'une montre à une distance progressivement croissante, écouter et répéter une lecture faite à voix basse puis à haute voix.

Ce mode de traitement psychique, combiné ou non à la faradisation, est également applicable, on le comprend, à la cure des troubles de la sensibilité générale et spéciale des autres muqueuses sensorielles, du goût, de l'odorat, par exemple.

Sans quitter les muqueuses, nous dirons que c'est encore la faradisation locale qu'on mettra en œuvre dans le vaginisme lié à l'anesthésie de la muqueuse vulvo-vaginale; malheureusement c'est bien plus souvent l'hyperesthésie qu'on rencontre. On l'emploiera aussi dans les cas d'incontinence en rapport avec l'anesthésie de la région sphinctérienne du col vésical; il va sans dire qu'on se servira d'un dispositif approprié.

De même, dans l'*aphonie* où, bien plus souvent que dans le *mutisme*, phénomène d'origine purement centrale, il existe une plaque d'anesthésie recouvrant la région laryngée. Briquet est intervenu avec succès de cette façon dans plusieurs cas de *toux hystérique*.

D. — TRAITEMENT DES CONTRACTURES.

Les troubles de sensibilité dont nous venons de parler nous conduisent à exposer le traitement des contractures et des

paralysies hystériques auxquelles, fréquemment, ils se superposent. Dans la cure de ces manifestations, on devra toujours avoir présent à l'esprit qu'il faut intervenir rapidement, si l'on veut arriver à se rendre maître d'accidents dont la ténacité est d'autant plus grande qu'ils durent depuis plus longtemps, ce que Charcot exprimait par cet adage qui lui était familier : « Il ne faut pas laisser traîner les contractures. » C'est ainsi que ces dernières, de même d'ailleurs que les paralysies, succédant très fréquemment aux paroxysmes convulsifs, ou aux états de mal, il faudra surveiller la terminaison des attaques et se tenir prêt à agir de la façon que nous allons indiquer.

Les malades de la Salpêtrière connaissent bien la valeur de cette intervention rapide. Si l'une d'elles, à la suite d'une crise de traumatisme quelconque, est prise de contracture, vite des voisines accourent et si l'avant-bras est contracturé en flexion par exemple, elles s'empressent de malaxer les muscles de la région postérieure du segment atteint et la contracture ne tarde pas à céder. Ce faisant, elles agissent logiquement, car si la contracture s'est produite, c'est que la diathèse du même nom était momentanément exaltée chez le sujet ; or, en intervenant aussitôt sur les muscles antagonistes, on déterminera également une contracture, cette fois en extension, qui contre-balancera celle qui existe. Quelques frictions indifférentes permettront de rétablir rapidement un équilibre d'ailleurs fort instable.

Voilà le principe clinique et thérapeutique à appliquer à toutes les contractures, la malaxation des antagonistes, mais sa mise en œuvre, pour être fructueuse, nécessite deux conditions : une intervention rapide, nous l'avons dit, à laquelle doit s'ajouter la possibilité même d'une action sur les antagonistes. Or, ces deux conditions ne sont pas toujours réalisées ou réalisables.

Pour intervenir rapidement dès le début de la manifestation, il faut que la contracture elle-même se soit produite d'une façon relativement brusque et, de ce fait, ait attiré par l'ensemble symptomatique qui la révèle l'attention du sujet

ou celle de son entourage. Or, il n'en est pas toujours ainsi, loin de là, en particulier pour les contractures des muscles du tronc et de la racine du membre inférieur, dans la coxalgie, par exemple, qui constitue une manifestation si tenace de la névrose. Le plus souvent, peut-être, ces manifestations s'établissent insidieusement, et c'est à des contractures constituées pour ainsi dire qu'on aura affaire dans la majorité des cas, vieilles déjà de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, ce qui rendra toujours leur thérapeutique curative singulièrement difficile. De plus, étant donnée la situation même des muscles, des psoas iliaques par exemple, ou des divers agents de la musculature vertébrale, comment agir avec certitude sur les antagonistes ? Les règles de l'intervention particulière que nous venons de tracer seront donc très difficilement applicables dans ces cas. Il en sera de même en réalité, lorsque la contracture d'un membre, par exemple, qu'il s'agit de traiter, existera déjà depuis longtemps.

Quelque siècle donc qu'occupe la contracture constituée, on se rendra d'abord un compte exact de l'état local de la sensibilité. On agira alors à l'aide de l'électricité appliquée avec discernement, que le courant soit faradique (anesthésie) ou galvanique (hyperesthésie). On joindra le *massage* aux pratiques électriques, surtout le massage superficiel et léger, l'*effleurage*, qui possède lui aussi une action esthésiogène très marquée.

Si le sujet est hypnotisable, on essayera de rompre la contracture pendant l'état léthargique ou de suggérer, en état somnambulique, sa disparition au réveil.

Tous ces procédés de traitement employés seuls ou combinés les uns avec les autres, comptent des succès à leur actif. Mais combien de fois aussi ne resteront-ils pas infructueux jusqu'au jour où un incident inopiné, une émotion morale viendront d'eux-mêmes résoudre une contracture sur laquelle on épuisait depuis plusieurs mois ses efforts ?

Au nombre de ces incidents se placent les attaques qui bouleversent si profondément le terrain hystérique : elles peuvent faire disparaître les contractures avec la même facilité

qu'elles les ont causées, et dans ces cas tenaces, on ne devrait pas hésiter à en provoquer, si possible, l'apparition. Malheureusement, les contractures les plus persistantes appartiennent souvent à l'hystérie non convulsive. Il deviendra alors nécessaire de recourir au sommeil chloroformique qui a l'avantage, pour la coxalgie en particulier, de préciser le diagnostic. L'exploration sous le *chloroforme* permet en outre, dans les contractures les plus franchement hystériques, de reconnaître s'il n'existe pas des adhérences ou des rétractions fibro-tendineuses, avec sclérose des tissus péri-articulaires qui, l'élément spasmodique une fois disparu, fixeraient le membre en situation défectueuse et cette fois permanente. Dans les cas où l'on constaterait une tendance à la formation de ces adhérences, il ne faudrait pas hésiter à profiter du relâchement musculaire qui se produit pendant le sommeil chloroformique pour rompre celles qui pourraient exister. On placerait ensuite le membre dans un appareil inamovible, le maintenant en extension par exemple, si la contracture affectait le type de flexion.

Mais en l'absence d'ailleurs habituelle de troubles trophiques, doit-on profiter de la résolution musculaire pour fixer à l'aide d'un appareil approprié le membre en situation normale? Ce procédé de traitement a été préconisé: il semble au premier abord qu'on ait tout intérêt à l'employer. Cependant l'expérience — celle de Charcot en particulier — a depuis longtemps démontré que cette thérapeutique était défectueuse. En effet, en agissant ainsi, non seulement on immobilise *physiquement* un membre toujours contracturé, car le fait de le placer en position différente ne détruit pas l'élément spasmodique, mais encore on risque de fixer *psychiquement* la contracture. On devra donc, après la narcose, laisser le membre reprendre sa position anormale et non le fixer, l'immobiliser dans une autre situation par un appareil. A la longue, les contractures rebelles s'épuisent peu à peu d'elles-mêmes, ce qui est un procédé de guérison quand elles ne se résolvent pas subitement en pleine activité. Or, en immobilisant le membre dans une nouvelle situation, c'est

pour ainsi dire une nouvelle contracture qu'on produit et celle-ci, à son tour, évoluera dans un cycle qui pour la première pouvait être sur le point de se terminer.

E. — TRAITEMENT DES PARALYSIES.

Le traitement des paralysies hystériques, dont les formes sont si variées, ne diffère pas dans ses grandes lignes de celui des contractures; cependant diverses considérations particulières sont applicables à la cure de ces manifestations. Là encore, on interviendra le plus rapidement qu'il sera possible de façon à ne pas laisser la paralysie s'installer pour ainsi dire à l'état permanent dans l'esprit du sujet. Mais il ne saurait plus être question de la malaxation des antagonistes, les muscles paralysés ne répondant pas à la pression comme dans les déterminations de la diathèse spasmodique.

Envisageons quelques cas particuliers, les monoplégies brachiales par exemple, si fréquentes chez l'homme à la suite des traumatismes, et disons-le immédiatement, si tenaces d'ordinaire. Bien entendu, le premier soin sera de remonter à la cause, de façon à y puiser des indications thérapeutiques. Mais on ne manquera pas surtout de noter exactement s'il existe des troubles de sensibilité, car c'est contre eux qu'il faudra spécialement agir, suivant le principe général que nous avons posé.

On interviendra alors immédiatement par les *courants faradiques*, l'étincelle dans le bain statique; les séances seront quotidiennes et prolongées, et à l'électrisation on joindra le *massage* par effleurement qui, lui aussi, nous le savons, est un excellent modificateur de la sensibilité cutanée. En même temps, on fera exécuter passivement au membre paralysé les divers mouvements physiologiques à plusieurs reprises. Et ce faisant on mettra en œuvre les ressources du *traitement psychique*, car on réveillera par les mouvements communiqués les images motrices qui semblent faire défaut chez le sujet,