idea), paralysies par imagination (*P. durch Einbildung*). Elles ont été étudiées pour la première fois d'une façon méthodique et systématique par le professeur Russel Reynols en 1869; on peut les reproduire chez les sujets plongés dans la phase somnambulique du grand hypnotisme.

Le traumatisme est une cause non moins active. Si les attaques, les émotions produisent de préférence l'hémiplégie ou la paraplégie, le traumatisme agit surtout dans la genèse des formes locales ou monoplégiques. La théorie psychique de l'hystérie devait découler de l'interprétation donnée par Charcot de ces paralysies post-traumatiques, avec leur période de méditation ou de préparation.

L'influence des maladies infectieuses et organiques s'exerce également dans le genèse des paralysies hystériques. Nous avons insisté déjà sur le rôle particulier que jouent certaines maladies organiques pour fixer la forme des paralysies et des contractures.

Rares avant dix ans, ces manifestations peuvent encore se voir à soixante ans et plus, mais elles ont leur maximum de fréquence de quinze à vingt-cinq ans. Les hommes sont au moins aussi souvent atteints que les femmes, mais nous n'avons pas de statistiques valables sur ce point, pas plus que sur les variétés de paralysies ou de contractures le plus fréquemment observées. Les conclusions de Briquet, confirmant celles de Landouzy, datent en effet d'une époque où l'hystérie masculine et l'influence du traumatisme étaient presque complètement inconnues. Les voici néanmoins : l'hémiplégie est extrêmement commune; on la trouve chez la sixième partie des hystériques; elle est trois fois plus fréquente à gauche qu'à droite; la paralysie est cinq fois plus fréquente aux membres inférieurs qu'aux supérieurs; enfin elle attaque très rarement les muscles de la face. Nous allons passer en revue ces différentes variétés.

Troubles de la motilité des muscles de la face. — La paralysie faciale est si rare dans l'hystérie que l'on crut longtemps que sa présence devait faire admettre le diagnostic de lésion organique. Cependant cette paralysie était reconnue par quelques auteurs. Le mémoire de Brissaud et Marie en 1887 devait donner la clef de cette contradiction, en montrant la fréquence de l'hémispasme glosso-labié, faisant croire trop souvent à la paralysie du côté opposé.

C'est en effet presque toujours de contracture qu'il s'agit : est-ce à dire que la paralysie faciale doit être rayée du cadre de l'hystérie? Non. Chantemesse en 1890, Ballet quelques semaines après, rapportent des observations très concluantes, et Charcot reconnaît l'existence de la paralysie faciale hystérique. Les cas, du reste, se multiplient, entraînant la conviction générale.

Nous étudierons d'abord le spasme des muscles de la face.

Le spasme facial est surtout l'apanage des adultes hommes

et femmes. Cependant Gasnier (1) cite une fillette de neuf ans et demi et un homme de soixante ans. Les causes se confondent en général avec celles de l'hémiplégie. Deux fois on a pu incriminer un traumatisme local au cours d'une attaque; dans ces deux faits il n'existait ni hémiplégie ni monoplégie, ce qui est tout à fait exceptionnel : dans l'hémiplégie, le spasme siège presque toujours du même côté que la paralysie des membres. Il y a naturellement des exceptions, puisque la paralysie peut s'accompagner d'un spasme des muscles du côte opposé.

Le début est en général brusque; d'autres fois il est assez lent pour que les malades ne puissent le préciser.

La contracture peut être bilatérale et prendre tous les muscles de la face ; cela est tout à fait rare.

Plus souvent la contracture est localisée, soit aux masséters, d'où un trismus dont la symptomatologie est bien connue (2), soit aux muscles de la lèvre et de la langue. Cet hémispasme glosso-labié est la plus commune des contractures des muscles de la face. Il est variable d'intensité, depuis les cas frustes jusqu'aux cas très accentués.

Le spasme envahit les lèvres supérieure et inférieure d'un côté et aussi la langue, soit dans une de ses moitiés, soit dans sa totalité. L'orbiculaire de l'œil est généralement respecté; le peaucier du cou y participe au contraire presque toujours.

Dans les cas moyens où la contracture n'est pas excessive, il semble que le côté sain soit paralysé lorsque le visage est au repos, mais l'altération des traits s'accentue au moindre mouvement. « Quand la bouche s'ouvre, dit Paul Richer, l'ouverture en est beaucoup plus large du côté du spasme et de forme irrégulière. Le sillon naso-labial s'accuse. Dans le rire, les dents se découvrent beaucoup plus du côté contracturé que du côté sain. Dans l'action de souffler, l'issue de l'air ne se fait point du côté qui semble paralysé, comme cela a lieu dans le cas de paralysie véritable où le malade *fume la pipe*, mais au contraire l'air s'échappe avec bruit par le côté contracturé, qui s'ouvre davantage. Reste la protrusion de la langue, dont les caractères ont une importance capitale. Quand on dit au sujet de tirer la langue, il ne le fait qu'au prix des plus grandes difficultés et la pointe de l'organe est fortement déviée du côté contracturé. Dans certains cas, cette déviation de la langue est telle que, retournée en crochet, elle ne peut plus sortir de la cavité buccale et vient butter contre la face interne des joues. C'est là un signe absolument typique et sur lequel Charcot a particulièrement insisté : « La langue est déviée « d'une manière excessive, convulsive en quelque sorte ». Enfin,

(1) Gasnier, Étude sur la paralysie faciale hystérique. Th. de Paris, mars 1893.

(2) Bialot et Francotte ont publié un cas de trismus hystérique qui a duré neuf mois (*Revue neurol.*, 1898, p. 541).

dans les cas très accentués on voit, à l'occasion de ces divers mouvements, le spasme envahir les paupières, qui se plissent convulsivement ; l'œil se ferme, le sourcil se baisse, le front est sillonné de rides verticales. Des plis transversaux se dessinent sur le nez du côté contracturé, en même temps que l'aile du nez du même côté se relève et que la joue se gonfle. Parfois même la tête tout entière s'incline sur l'épaule sous l'influence d'un spasme des muscles du cou et particulièrement du peaucier, dont le bord inférieur se dessine sous la peau. »

La langue peut être déviée dans des positions très variables, même du côté opposé au spasme ; elle peut former une sorte de moignon recroquevillé sur lui-même que le malade est impuissant à mouvoir, à plus forte raison de sortir hors de sa bouche. C'est qu'en effet l'organe est souvent contracturé dans sa totalité et non pas seulement dans une de ses moitiés. La signature, pour ainsi dire, de cet envahissement total nous est fournie par l'anesthésie. Celle-ci en effet, exactement superposée aux parties atteintes, se montre sur la peau de la joue et sur sa doublure muqueuse, sur les gencives et la moitié du voile du palais ; elle s'étend très souvent aux deux moitiés de la langue, et cette anesthésie totale de la langue est très importante pour le diagnostic. Il va sans dire que la sensibilité gustative a disparu avec la sensibilité générale.

La durée de l'hémispasme glosso-labio-peaucier est très variable ; elle peut aller de quelques jours à des mois et des années. Cet hémispasme n'entraîne du reste que peu de dérangement dans les fonctions qui sont dévolues aux muscles qu'il intéresse.

Le diagnostic en est facile. Dans les contractures qui succèdent parfois aux formes graves des paralysies faciales périphériques, l'orbiculaire palpébral est pris et il n'existe pas de troubles de la sensibilité ; dans celles, plus rares, qui succèdent aux paralysies d'origine centrale, les troubles de sensibilité sont également absents et, de plus, les caractères de l'hémiplégie qui est toujours concomitante suffisent à assurer le diagnostic.

La paralysie faciale hystérique a le même début, la même évolution que le spasme dont elle est le plus souvent accompagnée ; elle ne diffère pas beaucoup de la paralysie faciale d'origine centrale, cependant elle disparaît souvent pendant les mouvements automatiques. Les muscles en effet se contractent bien quand le sujet rit ou pleure ; mais ils cessent d'obéir à la volonté quand on lui ordonne d'exécuter des mouvements unilatéraux, comme ceux de relever ou d'abaisser la commissure labiale.

Les réactions électriques restent normales et l'on retrouve les mêmes troubles de sensibilité superposés que dans le spasme. Ce qui en fait surtout le caractère, c'est la variabilité des troubles moteurs au double point de vue de leur intensité et de leur localisation. Du jour au lendemain le spasme qui l'accompagne presque toujours du côté opposé peut prédominer sur la paralysie, et *vice versa* ; il peut même changer de côté : ce sont les paralysies alternantes. La langue est presque toujours atteinte non de paralysie, mais de spasme.

La paralysie faciale hystérique se reconnaît aisément ; seul le syndrome d'Erb peut prêter à confusion : sous le nom de *paralysie bulbaire asthénique* on décrit un complexus nouveau signalé pour la première fois par Erb en 1879. Il est caractérisé par des troubles moteurs allant de la simple asthénie à la paralysie complète et est susceptible d'envahir non seulement tous les nerfs moteurs cranio-bulbaires, mais encore les membres. La parésie réalise ce double caractère : épuisement précoce à la suite du moindre effort ; fluctuations incessantes d'intensité dans le courant d'une même journée, avec alternatives d'exacerbation et de rémission dans l'ensemble des symptômes. Il n'y a ni atrophie, ni tremblement fibrillaire, ni troubles des réactions électriques dans les muscles parésiés. Il n'y a aucun trouble de la sensibilité ; par contre, les fonctions sont éminemment atteintes, et cela dès le début : ptosis, paralysies oculaires ; difficulté de la mastication, de la déglutition, de l'articulation des mots, de la respiration même. C'est une sorte d'anéantissement fonctionnel qui diffère en somme beaucoup de la paralysie et de la contracture unilatérale de nos hystériques.

Les paralysies hystériques des *muscles du cou* ne sont pas fréquentes. Richer en cite un seul exemple, d'ailleurs parfaitement typique ; la contracture en est, par contre, beaucoup moins rare. Le torticolis hystérique spasmodique est connu depuis fort longtemps ; l'attitude varie suivant le muscle atteint, sterno-mastoïdien, trapèze, splénius, complexus, etc., mais l'association de la contracture de divers muscles est très fréquente. La tête s'incline latéralement sur l'épaule, la face plus ou moins tournée du côté opposé. Lorsque le torticolis est très intense, la tête est en contact avec l'épaule, qui est elle-même soulevée ; la raideur des muscles est telle qu'il est impossible de passer la main entre les deux parties. Il y a toujours superposition de troubles sensitifs.

Le torticolis se rencontre souvent chez les enfants ; son début est brusque ou graduel ; sa guérison peut se faire attendre de longs mois ou survenir instantanément. Il n'est pas rare alors d'observer le retour de la contracture : torticolis à répétition. Richer a observé un cas où le torticolis disparaissait complètement dans le décubitus dorsal, pour se montrer dès que le malade s'asseyait, durant tant que l'attitude verticale du tronc persistait.

Le torticolis d'origine osseuse ou articulaire ne cède pas au chloroforme comme la contracture hystérique. Le torticolis mental de Brissaud est caractérisé par son intermittence même ; le défaut de

tout stigmate hystérique suffira à le distinguer de la forme que nous étudions ici.

Troubles de la motilité des muscles du tronc. — Verhoogen et Blumenau ont rapporté chacun une observation de paralysie hystérique du grand dentelé, exemples des rares cas publiés de *paralysie des muscles du tronc* (1) ; leurs *contractures* ont été au contraire l'objet de nombreux travaux. C'est en effet par l'apparition d'une scoliose ou d'une cypho-scoliose que se juge cette contracture, rapportée par Hallion aux « muscles purement fléchisseurs latéraux de la colonne lombaire, c'est-à-dire le carré des lombes et peut-être les intertransversaires ». Le psoas iliaque peut néanmoins être pris, et parfois le trapèze. Quoi qu'il en soit, le début, lorsqu'il est lent, sans attaque, les douleurs *in situ*, irradiant dans les membres inférieurs, la coïncidence d'une paraplégie accompagnée de paralysie vésicale, font naturellement songer au mal de Pott. C'est le chloroforme qui, dissipant toutes les déviations, lèvera tous les doutes.

Les muscles de la paroi abdominale antérieure peuvent également être contracturés ; ils le sont plus fréquemment qu'on ne le croit, et cela n'est pas indifférent. Ces contractures en effet, souvent accompagnées de zones hyperesthésiques qui exagèrent encore l'immobilisation qu'elles entraînent, ne sont pas sans retentissement sur le fonctionnement des viscères sous-jacents : elles expliquent certaines constipations opiniâtres, certaines rétentions d'urine dues à l'impossibilité ou à la crainte des mouvements nécessaires de la paroi abdominale.

Au lieu de paralysie ou de contracture, on peut observer des spasmes, c'est-à-dire des contractions brusques et involontaires des muscles, survenant par paroxysmes et amenant des attitudes singulières, mouvements de flexion, d'extension, etc.

Paralysies et contractures des membres. — Elles peuvent affecter la forme d'hémiplégie, de monoplégie, de paraplégie, de quadriplégie, et, en dehors de ces types tranchés, on peut encore observer toutes les combinaisons topographiques. De plus, les associations, soit contemporaines, soit successives, de la paralysie et de la contracture sont choses assez fréquentes.

Hémiplégie. — L'hémiplégie hystérique est nettement signalée par Sydenham comme conséquence de l'attaque à forme apoplectique ; on en voit plusieurs exemples dans Carré (de Montgeron) et, pendant la période moderne, elle a inspiré de nombreux travaux.

C'est une forme fréquente de la paralysie hystérique, puisque sur 115 cas de paralysie de la statistique de Briquet, il y avait 14 cas d'hémiplégie droite et 46 — notons cette prédominance — d'hémiplégie gauche.

(1) Salomonson, dans un travail récent, analyse deux cas de scoliose hystérique due à l'asthénie musculaire. Janet a également publié une intéressante observation de paralysie des muscles du tronc s'accompagnant de paralysie du diaphragme.

L'hémiplégie hystérique se montre à tous les âges, depuis dix et onze ans jusqu'à soixante-sept ans, mais c'est en général d'adultes hommes ou femmes qu'il s'agit.

Les causes sont toujours l'attaque et en particulier la forme apoplectique du paroxysme, les émotions morales violentes, etc. Le début est rapide plus souvent que ne l'indique Briquet. Il peut être instantané ou s'annoncer par de l'hyperesthésie, de la chorée, du tremblement ; enfin il peut être si lent qu'il reste inaperçu.

La *paralysie* porte sur tous les muscles des membres, bien que Charcot l'ait vue une fois prédominer sur les extenseurs du membre inférieur. Elle existe assez fréquemment sur la face, soit sous forme de spasme glosso-labié, soit sous forme beaucoup plus rare de paralysie vraie avec ou sans spasmes associés. Le spasme facial peut siéger du côté opposé à l'hémiplégie.

Dans la très grande majorité des cas, l'hémianesthésie sous forme sensitivo-sensorielle avec perte du sens musculaire se superpose à la paralysie.

Il existe divers degrés qui vont de l'hémiparésie à la paralysie complète des deux membres. Dans la forme moyenne on note, à l'inverse de l'hémiplégie organique, que le membre inférieur est toujours plus complètement envahi que le membre supérieur. Son extrême flaccidité entraîne une démarche spéciale que Todd a remarquablement décrite. « 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. »

Gilles de la Tourette fait observer que cette démarche n'est, après tout, caractéristique que de l'hémiplégie flasque et qu'on la retrouve dans la première période de l'hémiplégie organique.

Marinesco (1) montre, à l'aide de la chronophotographie, que la démarche de Todd est assez compliquée : la patiente ne traîne pas simplement la jambe paralysée, mais le transport de ce membre se fait péniblement et se trouve secondé par les inclinaisons du tronc en avant et latéralement. En outre, dans l'appui sur l'extrémité malade, la jambe saine accomplit très rapidement la seconde phase de son oscillation.

Les réflexes sont conservés sans exagération ni affaiblissement. Cependant, le côté paralysé est quelquefois atteint de tremblement à grandes oscillations, susceptible de simuler grossièrement la trépidation spinale.

L'hémiplégie constitue une infirmité très gênante ; elle peut durer de quelques semaines à plusieurs mois ou années, mais elle guérit

(1) Marinesco, *Acad. des sciences*, 4 décembre 1899.

presque toujours et est toujours susceptible de disparaître subitement. Il ne faut pas oublier enfin qu'elle est sujette aux récidives.

Le diagnostic entre l'hémiplégie hystérique et l'hémiplégie organique ne laisse pas d'offrir parfois certaines difficultés, tout particulièrement lorsque l'affection qu'on soupçonne d'être d'origine organique sera accompagnée d'hémianesthésie. Celle-ci, en effet, peut se superposer à une hémiplégie par lésion cérébrale. Son existence n'en est pas moins une présomption très importante en faveur de la névrose. La paralysie faciale, si rare dans l'hystérie, où elle est souvent systématique, c'est-à-dire disparaissant pendant l'exécution des mouvements bilatéraux synergiques et ne se montrant que pour certains mouvements unilatéraux, où elle s'accompagne presque toujours de spasme, est au contraire de règle dans l'hémiplégie organique. Dans cette dernière, les réflexes tendineux s'exagèrent jusqu'à la trépidation épileptoïde ; de plus Babinski (1) fait remarquer que si l'on ordonne au malade d'ouvrir la bouche toute grande, les fibres du peaucier deviennent apparentes seulement du côté sain et, à part certains cas de spasme, ne se montrent pas du côté paralysé, à l'inverse de ce qui se passe chez les hystériques. De même, le mouvement simultané de flexion de la cuisse avec soulèvement du talon, lorsque, étendu sur un plan horizontal, le sujet, les bras croisés sur la poitrine, fait un effort pour se mettre sur son séant, caractérise l'hémiplégie organique ; l'hystérique hémiplégique ne présente pas cette « flexion combinée de la cuisse et du tronc ». Enfin Babinski attache la plus grande importance au phénomène des orteils caractérisé par l'extension des orteils et en particulier du gros orteil sous l'influence de l'excitation de la plante du pied. Ce signe s'observe dans l'hémiplégie organique et non dans l'hémiplégie hystérique. La paralysie organique amène ou une hypotonicité musculaire qui permet la « flexion exagérée de l'avant-bras » ou une contracture élastique différente, comme on le verra, de la contracture hystérique, laquelle ressemble plus à une contraction volontaire, énergique, invincible. Enfin l'évolution est régulière dans l'hémiplégie par lésion cérébrale, elle est capricieuse dans l'hystérie, où nous l'avons vue rester flasque indéfiniment ou, au contraire, débuter par être spasmodique, associer les deux ordres de phénomènes, disparaître enfin et reparaître d'une façon irrégulière.

Il faut bien dire que, de tous ces signes, il n'y en a pas qui soit pathognomonique, mais ils apportent les plus grandes probabilités au diagnostic.

L'*hémicontracture* est beaucoup plus rare; il en a été publié cependant un certain nombre de cas, parmi lesquels on peut distinguer un type de flexion, — le bras en adduction est appliqué sur la partie

(1) Babinski, Diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique (*Gaz. des hôp.*, 5 et 8 mai 1900).

latérale et un peu antérieure du thorax ; l'avant-bras en supination est fléchi à angle droit sur le bras ; la main est fortement fléchie à angle droit sur l'avant-bras ; les doigts sont aussi énergiquement fléchis sur la paume de la main, le pouce dans l'adduction recouvert par les autres doigts ; — et un type très rare d'extension dans lequel tous les segments du membre sont étendus.

Quant au membre inférieur, il est dans l'extension simple ou dans l'extension avec rotation en dedans : la hanche, le genou, le pied en attitude de varus équin sont rigides.

Il y a presque toujours de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, mais, plus souvent que dans l'hémiplégie paralytique, on note de l'hyperesthésie.

L'hémicontracture est généralement moins tenace que l'hémiplégie ; elle a de la tendance à se déplacer et est très influencée par les attaques. Son diagnostic est facile. En effet, elle atteint d'emblée son maximum, siège également sur les deux membres, est beaucoup plus irréductible que la contracture organique qui se laisse toujours vaincre à la façon d'un élastique plus ou moins serré ; elle est enfin presque toujours accompagnée de manifestations nettement hystériques.

Monoplégies. — Les monoplégies hystériques n'ont guère été étudiées que depuis les travaux de Charcot et de ses élèves sur le traumatisme, qui joue un rôle prépondérant dans leur production.

Les paralysies isolées du membre supérieur sont bien plus fréquentes que celles du membre inférieur. Sur 31 cas de Miura, 23 se rapportent à des hommes et 8 seulement à des femmes ; le maximum de fréquence est de vingt à trente ans. Dans quinze cas on note un choc léger ou grave sur le membre atteint. Nous avons dit déjà comment Charcot admet que la sensation réelle d'impuissance et d'engourdissement causée par le choc fait naître l'idée d'impotence complète du membre, et que cette idée, fixée dans l'esprit et y régnant seule sans contrôle, s'y développe assez fortement pour se réaliser objectivement sous forme de paralysie.

Il existe ainsi une période de préparation ou de méditation de la paralysie, qui dure vingt-quatre, quarante-huit heures, quelquefois plus, pendant lesquelles le sommeil est mauvais, l'humeur irritable et le sujet en proie à un sentiment de malaise général.

Les monoplégies brachiales sont complètes ou incomplètes (parésies), limitées à un segment du membre ou généralisées au membre entier.

Lorsque la monoplégie est complète et généralisée, le membre supérieur pend inerte le long du corps ; si la paralysie est limitée à l'avant-bras, à la main, le segment supérieur est encore capable d'imprimer des mouvements passifs au segment inférieur.

D'une façon générale, on note du côté du membre atteint des troubles de sensibilité qui affectent un mode tout particulier de dis-