

seurs des doigts par exemple; puis on rééduque les muscles du bras, ceux de l'épaule, le tout en une même séance. Le plus souvent à la fin d'une séance de 20 minutes le malade qui, au début, ne pouvait faire aucun mouvement, peut porter la main à sa bouche ou la mettre sur la tête. On procédera suivant les mêmes principes pour une paralysie des membres inférieurs; on fera d'abord la rééducation du quadriceps crural et en quelques instants le malade arrivera à fléchir la cuisse sur le bassin; on passera ensuite aux extenseurs des pieds, etc. Il faut alors réapprendre au malade à marcher.... Dans les hémiplegies récentes on peut guérir le malade en trois ou quatre séances; les résultats sont plus longs à obtenir dans les cas anciens.

Les hyperesthésies (clou hystérique, rachialgie, etc.) sont également justiciables de l'électricité statique, mais surtout de la *faradisation* qui substitue une douleur plus intense à la douleur ressentie par le malade. En diminuant l'intensité du courant, on fera remarquer au malade la disparition progressive de la douleur.

Alors que les contractures provoquées disparaissent très facilement, les contractures spontanées sont souvent difficiles à guérir, surtout si elles ont été abandonnées longtemps à elles-mêmes; aussi ne faut-il pas « laisser traîner les contractures » (Charcot).

L'un des meilleurs moyens à employer contre les contractures récentes est le *massage* (effleurage) pratiqué avec légèreté et précaution, par une main exercée, sur les muscles antagonistes. On peut encore employer l'électricité *faradique* (pinceau) des antagonistes, l'aimant, la suggestion hypnotique; mais cette dernière échoue fort souvent, car la contracture appartient souvent à l'hystérie monosymptomatique et les sujets qui en sont atteints ne sont pas hypnotisables.

L'intervention chirurgicale n'est indiquée que quand la contracture spasmodique se complique de rétractions fibro-tendineuses; la nécessité de l'intervention dans ce cas avait été indiquée dès 1851 par William Cowson.

Pour combattre les tics on utilisera, outre les moyens généraux, la *gymnastique des mouvements respiratoires* qui est fort utile pour combattre la toux, le hoquet, le soupir, qui sont des tics de la respiration.

Parmi les troubles trophiques, l'œdème bleu, qui d'ailleurs se superpose souvent à la contracture ou à la paralysie, est surtout justiciable du pinceau faradique.

Le même traitement est applicable à l'atrophie musculaire.

Contre les troubles sensoriels on peut employer, comme pour tous les autres accidents, la méthode de rééducation. Ainsi pour faire disparaître le rétrécissement du champ visuel on faradise avec les tampons le globe oculaire à travers les paupières fermées et on force ensuite le patient à concentrer toute son attention à percevoir le papier indicateur du campimètre (Delherm). Rapidement le champ visuel s'élargit pour devenir ensuite normal.

La dyspepsie banale peut, chez les hystériques, être le point de départ d'accidents locaux d'hystérie; mais ces accidents peuvent également se manifester sans l'intervention de cette cause occasionnelle, sans viciation préalable du chimisme stomacal, en vertu de la seule prédisposition névropathique.

Les conditions dans lesquelles se produisent les déterminations digestives de l'hy-

stérie sont suffisamment caractéristiques pour permettre de les rattacher sans hésitation à la névrose: en effet, si ces manifestations, considérées isolément, telles que le spasme œsophagien, le vomissement, ne sont pas particulières à l'hystérie, elles ont, dans cette névrose, des caractères cliniques qui leur donnent un cachet tout spécial. La brusquerie du début, à la suite d'une grande commotion physique ou morale, d'un traumatisme, d'une crise convulsive est un fait, sinon constant, du moins habituel; plus rarement le syndrome hystérique se constitue progressivement.

Un autre grand caractère de ces manifestations hystériques est la « tolérance » des malades, leur indifférence pour des accidents qui chez les malades ordinaires sont une cause de préoccupations vives; l'hystérique vit avec sécurité au milieu de son mal et son impassibilité contraste singulièrement avec la gravité, parfois fort grande, de l'atteinte physique, la persistance anormale des accidents.

Ces particularités mettront sur la voie du diagnostic, à supposer que l'on n'ait pas constaté les stigmates permanents habituels de la névrose, c'est-à-dire l'anesthésie, le rétrécissement du champ visuel, les zones hystérogènes.

Ajoutons qu'il est fréquent de constater au creux épigastrique, soit une plaque d'anesthésie, soit au contraire une plaque d'hyperesthésie cutanée.

Enfin l'évolution, le mode de terminaison des accidents gastro-intestinaux, contribuent encore à leur donner une empreinte caractéristique. Ces accidents, si fréquemment rebelles aux moyens ordinaires, guérissent spontanément et brusquement sous l'influence de causes analogues à celles qui leur avaient donné naissance ou bien encore lorsque la suggestion intervient, soit directement, soit d'une façon déguisée (emploi d'un moyen banal auquel le médecin feint d'accorder une importance exceptionnelle); l'isolement surtout constitue la pierre de touche et peut être considéré comme le mode de traitement par excellence des accidents hystériques rebelles.

Ces accidents peuvent revêtir des formes multiples:

Les déterminations œsophagiennes sont fréquentes; on distingue un **spasme œsophagien** passager, fixe ou mobile (boule hystérique) et un spasme permanent qui peut en imposer temporairement pour un rétrécissement organique. Cependant le spasme permanent a des allures anormales qui, indépendamment des stigmates hystériques concomitants, permet de le rattacher à sa cause; bien que permanent, il peut varier d'un moment à l'autre, dans son intensité; le cathétérisme est possible à un moment, alors qu'un instant auparavant le rétrécissement était infranchissable; de même on observe ce fait paradoxal de la possibilité pour les malades de déglutir des aliments solides, alors que les liquides peuvent être arrêtés au passage.

Parfois le contact de la sonde sur le point contracturé éveille une vive douleur (point hystérogène) ou même une crise convulsive franche. Enfin le spasme peut céder brusquement pour faire place à d'autres manifestations hystériques: vomissements, etc.

Le spasme permanent peut entraîner, quand il se prolonge, des accidents graves qui résultent de l' inanition.

La sialorrhée est fréquente chez les hystériques; la salive déglutie s'accumule dans l'œsophage dont l'orifice inférieur est contracturé, son rejet constitue le **vomissement pituiteux œsophagien**. Dans certains cas, le liquide salivaire vomi est teinté de sang (hémossalémèse; Josserand, de Lyon); le malade rejette le matin au réveil une certaine quantité (60 à 150 grammes) de liquide filant coloré en rouge ou rouge brun, dont l'aspect est celui du sirop de groseille ou du sirop de ratanhia dilué. Il est probable, mais non absolument démontré, que le sang provient des glandes salivaires.

Il a déjà été question de l'**aérophagie**, dans un chapitre précédent (Voir Gastro-névroses) et nous ne pouvons que renvoyer à ce chapitre.

L'**anorexie**, dont Lasèque a tracé un tableau auquel on ne saurait apporter de retouches, est l'un des accidents de l'hystérie les plus rebelles, surtout lorsqu'elle sur-