

sont liés d'une façon très étroite à l'un de ces accidents et lui sont subordonnés. Ce sont les *troubles secondaires*, auxquels appartiennent entr'autres l'atrophie musculaire et les rétractions fibrotendineuses. La suggestion ne peut les faire naître. Ils n'apparaissent jamais primitivement. Ils sont toujours liés à un accident primitif qu'ils ne précèdent jamais, dont ils sont la conséquence. Ils ne tardent pas à disparaître quand l'accident primitif qui leur a donné naissance n'existe plus.

En résumé, cette définition fait de l'hystérie une maladie mentale, sous la dépendance de phénomènes psychiques, suggestion, auto-suggestion et persuasion. Le développement que nous lui avons donné indique assez que nous l'acceptons dans son intégralité et que nous en développerons les conséquences. Nous ne faisons d'ailleurs que suivre l'exemple des neurologistes auxquels elle est soumise depuis plus de trois ans, et qui, en ne formulant aucune objection fondamentale, lui accordent un consentement tacite. Dès lors, il nous faudra, à l'exemple de M. Babinski, restreindre le cadre de l'hystérie, que faute d'un critérium suffisant, on agrandissait à plaisir, et en distraire certains accidents qui n'ont rien à faire avec elle. Il y a ainsi tout un travail de revision à entreprendre, qui entraîne à la vérité des conclusions négatives, mais sur lequel nous désirons fixer l'attention. Aussi le mettrons-nous en évidence, non seulement en le rattachant à l'étude des symptômes, mais encore en lui donnant la première place.

**Symptômes.** — L'hystérique, d'après la définition de M. Babinski, présente et ne peut présenter que des phénomènes capables d'être réalisés par la volonté et l'imagination. Charcot a dit : « L'hystérie est la grande simulatrice. » Mais il est indispensable d'ajouter que c'est une simulatrice grossière, susceptible de tromper qui n'y regarde point de près, ne donnant jamais qu'une reproduction infidèle. Tous les symptômes objectifs que la volonté ne peut reproduire, ne sauraient donc lui appartenir : et cependant tous lui ont été attribués. Cette extension fâcheuse est due à l'ignorance trop fréquente des affections associées à l'hystérie.

Au nombre de celles-ci il faut compter, non seulement les troubles organiques du système nerveux, mais encore les autres névroses et même les autres états psychiques. Cette notion, qui constitue même une loi dans la séméiotique nerveuse, nous explique qu'on a pu décrire, comme appartenant à l'hystérie, des symptômes qui relèvent d'affections concomitantes.

C'est donc sur ces signes objectifs indépendants de la volonté, que portera notre travail de revision et de discussion. Cliniquement, en effet, l'absence de ces signes, permet de penser à la nature hystérique d'une manifestation morbide; leur présence éveille au contraire l'idée d'une autre affection du système nerveux : d'où l'importance diagnostique de leur étude.

#### I. — PHÉNOMÈNES QUE L'HYSTÉRIE NE PEUT REPRODUIRE

Ce groupe de symptômes négatifs comprend des phénomènes nerveux d'ordre réflexe, moteur sensitif, trophique et vaso-moteurs, des phénomènes viscéraux et certains troubles généraux comme la fièvre.

**État des réflexes tendineux.** — Avant d'apporter une conclusion ferme aux

différentes opinions relatives à l'état des réflexes dans l'hystérie, nous rappellerons que la recherche de ce symptôme exige un examen délicat et difficile, un long apprentissage et la nécessité de se soumettre à deux règles fondamentales. La première consiste à percuter le tendon directement, sans l'interposition de vêtements, à examiner le membre complètement nu afin de se rendre compte, non seulement de son déplacement, mais encore de l'intensité de la contraction du muscle correspondant au tendon percuté. La seconde est d'obtenir un relâchement musculaire complet : toute contraction préalable, même légère, du muscle, modifierait d'autant l'intensité du réflexe.

Ceci posé, faut-il admettre que les réflexes peuvent être modifiés dans l'hystérie comme le prétendaient Charcot et Richer? Faut-il dire avec de nombreux auteurs que si l'abolition des réflexes ne s'observe jamais, il est possible de noter une légère exagération? A ces multiples opinions, nous répondrons en nous appuyant sur l'autorité de M. Babinski, et en invoquant les raisons qu'il fournit à l'appui de son opinion, que l'hystérie ne fait pas subir de modifications aux réflexes.

*Ils ne sont jamais abolis*, car cette modification uni ou bilatérale, absolument indépendante de la volonté, et ne pouvant être reproduite par suggestion, ne saurait appartenir à une maladie dont les symptômes par définition ont des caractères absolument opposés.

D'autre part, *ils ne sont jamais exagérés*. Mais avant d'établir cette proposition, il est indispensable de comprendre ce que signifie l'expression de réflexes exagérés. Ce ne sont pas des réflexes simplement forts, c'est-à-dire qui se traduisent par une contraction musculaire, plus considérable que celle constatée habituellement. « A l'état normal, dit M. Babinski, il y a, comme on le sait, de grandes différences individuelles dans l'intensité des réflexes tendineux, qui, faibles chez certains sujets, sont tellement forts chez d'autres qu'ils peuvent sembler anormaux, exagérés. Il n'y a même pas de critérium absolument certain permettant de séparer à ce point de vue le domaine de la physiologie de celui de la pathologie.

« Néanmoins, on admet généralement qu'il y a véritable exagération des réflexes tendineux des membres inférieurs quand on constate de la trépidation épileptoïde du pied. J'estime aussi que c'est là un des meilleurs caractères distinctifs, pourvu que l'épilepsie spinale soit facile à provoquer, qu'on puisse la faire apparaître en soulevant simplement le pied et en lui imprimant une petite secousse, sans autre préparation.

« Cette condition me paraît essentielle, car autrement il s'agit d'un phénomène banal qu'on peut produire chez un grand nombre de personnes dont il y a tout lieu de considérer le système nerveux comme absolument sain. Pour s'en convaincre il suffit de choisir quelques individus ne présentant aucun signe d'affection nerveuse, ayant simplement des réflexes tendineux forts et chez lesquels le soulèvement du pied, sans aucun artifice préalable, n'a pas provoqué de trépidation; qu'on invite alors les sujets en expérience à étendre le pied sur la jambe et à résister un peu au mouvement de flexion que l'expérimentateur cherche à imprimer au pied pour faire apparaître l'épilepsie spinale; en même temps, qu'un aide pratique sur le tendon d'Achille une série de percussions; en procédant ainsi on obtiendra dans un assez grand nombre de cas une trépidation réflexe du pied identique dans sa forme à celle qui dépend d'un état pathologique.



« Ce qui distingue cette épilepsie spinale, qu'on peut appeler fruste, c'est que, pour la faire naître, il faut employer des manœuvres plus compliquées que dans le cas d'épilepsie spinale parfaite, que l'intervention de la volonté du sujet est nécessaire, enfin, et c'est là une conséquence de caractères précédents, que le phénomène n'a pas la même constance, la même fixité que quand il s'agit d'une trépidation liée à une perturbation du système nerveux.

« L'épilepsie spinale fruste, qui peut être considérée comme physiologique si elle est bilatérale, me semble pourtant un phénomène pathologique lorsqu'elle est exclusivement localisée dans un côté ou bien plus marquée d'un côté que de l'autre. Je l'ai observée du côté de la paralysie dans plusieurs cas d'hémiplégie organique, où elle faisait défaut si, pour la faire apparaître, on se servait du procédé habituel.

Il y a des degrés dans l'épilepsie spinale fruste; parfois il faut beaucoup de patience pour l'obtenir, elle consiste seulement en quelques mouvements successifs de flexion et d'extension, et elle s'épuise rapidement; dans d'autres cas, on arrive facilement à la produire, elle dure longtemps et, après avoir été provoquée une première fois par les procédés que j'ai indiqués, on peut ensuite, pendant quelque temps, la faire reparaitre comme l'épilepsie parfaite.

Il existe toute une série d'intermédiaires entre la trépidation physiologique et la trépidation pathologique<sup>(1)</sup>. »

Il faut encore distinguer de la trépidation épileptoïde vraie une fausse trépidation que l'on peut rencontrer chez les hystériques; et dont le principal caractère consiste en ce que les oscillations sont irrégulières, au point de vue de la rapidité et de l'étendue. En réalité, cette fausse trépidation doit être considérée comme un tremblement.

Ces notions étant connues et admises, on conçoit que les réflexes ne sont jamais exagérés dans l'hystérie, puisque la trépidation épileptoïde vraie, qui est la seule traduction du symptôme, ne peut être reproduite par suggestion. Ajoutons que l'exagération des réflexes, telle que nous la concevons avec M. Babinski, ne se retrouve jamais à l'état normal.

Les réflexes forts (sans trépidation épileptoïde vraie, avec ou sans épileptoïde fausse), n'ont au contraire aucune importance diagnostique. Le mouvement d'un segment de membre qui résulte de la percussion d'un tendon, et qui donne la mesure de l'intensité apparente d'un réflexe, peut être exagéré par la volonté. On peut donc constater des réflexes forts chez des sujets parfaitement normaux. Il est tout naturel qu'il en soit de même chez des hystériques. Il arrive même qu'en soumettant fréquemment les malades à cet examen, l'auto-suggestion intervienne. Dès lors les réflexes deviennent si forts qu'il est possible de les décomposer en deux mouvements, l'un ayant une amplitude égale, uniforme et identique à celle d'un réflexe normal (réflexe tendineux, légitime), l'autre bien plus étendu, d'origine psychique (réflexe tendineux illégitime, ou pseudo-réflexe tendineux, Babinski). Cependant la constatation de réflexes forts d'un seul côté a une certaine valeur diagnostique, et ne se rencontre pas dans le pithiatisme.

L'exagération des réflexes étant un signe d'affection organique, et n'ayant pas les caractères du phénomène primitif hystérique, peut-elle être un phéno-

<sup>(1)</sup> BABINSKI. De l'épilepsie spinale (procédés pour la faire apparaître quand elle est latente). *Soc. de neurol.*, 15 janvier 1905.

mène secondaire, c'est-à-dire étroitement subordonné à des troubles primitifs? En faveur d'une réponse affirmative plaideraient certaines observations de réflexes exagérés au cours des paralysies hystériques. Mais de tels faits méritent discussion et doivent être interprétés, soit comme des erreurs de diagnostic, soit comme des associations hystéro-organiques. Si, en effet, on arrive, dans ces cas, à faire disparaître par suggestion la paralysie, il est impossible, par le même procédé, de faire disparaître la trépidation épileptoïde. Depuis l'époque déjà éloignée où M. Babinski a formulé cette objection capitale, aucune observation probante d'hystérique avec exagération des réflexes n'a été fournie à la Société de Neurologie. Les malades présentés comme tels, étudiés et suivis avec soin, étaient tous porteurs de lésions organiques.

Il est donc logique d'admettre que l'opinion défendue par Babinski, et que nous présentons comme un fait définitivement établi soit acceptée par la plupart des neurologistes. D'ailleurs, M. Brissaud<sup>(1)</sup> s'y rattache en grande partie, en reconnaissant avec M. Babinski que le véritable clonus du pied n'appartient pas à l'hystérie.

**État des réflexes cutanés.** — De l'étude des réflexes cutanés nous tirons deux groupes d'indications intéressantes que nous fournissons leur intensité et leur forme.

Leur intensité est, en effet, soumise à la volonté: ainsi la contraction volontaire des muscles abdominaux rend le réflexe abdominal moins apparent. Cependant l'abolition unilatérale de ce dernier, l'abolition en général de tout réflexe cutané, et en particulier du réflexe crémastérien, est un signe de présomption en faveur d'une lésion organique; ce n'est point un signe de certitude, car le réflexe abdominal peut paraître aboli chez des hystériques hémianesthésiques. On admet généralement que le réflexe pharyngien est aboli dans l'hystérie; en réalité, il est simplement modifié dans son intensité: la titillation du pharynx ne provoque pas de nausées, mais la contraction des muscles peut être parfaitement saisie.

La forme des réflexes est plus utile à connaître pour le diagnostic. Le phénomène des orteils (signe de Babinski)<sup>(2)</sup>, caractérisé, comme l'on sait, par l'extension du gros orteil à la suite d'une excitation de la plante du pied, ne se voit que dans les affections organiques. Constaté chez un hystérique, il impose la notion d'une association morbide organique; constaté pendant une crise convulsive, il permet d'éliminer l'attaque hystérique et de faire le diagnostic de crise d'épilepsie. Un autre signe que M. Babinski a décrit<sup>(3)</sup> plus récemment a peut-être moins de valeur que le précédent, mais n'en établit pas moins des présomptions en faveur du diagnostic de lésion organique: c'est l'abduction des orteils provoquée par l'excitation de la plante du pied. L'importance de ce symptôme augmente avec son intensité, car il faut reconnaître qu'il existe faiblement prononcé chez des sujets normaux. Mais il est beaucoup plus net dans les cas pathologiques et s'observe non seulement à la suite d'excitations plantaires, mais encore à l'occasion de mouvements associés. Qu'un malade

<sup>(1)</sup> BRISSAUD. *Arch. de neurol.*, 50 décembre 1904. Voir encore à ce sujet BABINSKI. *Revue de neurol.*, 1900, p. 771; 1901, p. 456; 1905, p. 255.

<sup>(2)</sup> BABINSKI. Du phénomène des orteils et de sa valeur séméiologique. *Semaine médicale*, 1898, p. 521 et suivantes.

<sup>(3)</sup> BABINSKI. *Soc. de neurol.*, 2 juillet 1905 et 5 décembre 1905.



couché, atteint de lésions organiques, fasse un effort pour s'asseoir, il présentera une abduction des orteils, abduction associée, qui, elle aussi, n'appartient pas au pithiatisme.

**Paralysies.** — La volonté est impuissante à réaliser des paralysies identiques à celles qui sont sous la dépendance d'une altération des nerfs; il y aura donc dans les paralysies organiques des signes que le pithiatisme sera incapable de reproduire : ce seront eux qui, par leur existence, permettront d'écarter la nature hystérique de l'affection.

Ainsi, dans la paralysie du nerf radial, le long supinateur, qui se contracte normalement dans les mouvements énergiques de flexion de l'avant-bras sur le bras, reste nettement immobile. Il y a là une dissociation entre la contraction des muscles de la région antérieure du bras et celle du long supinateur, qui échappe à la volonté et qui n'existe pas dans les paralysies hystériques.

La paralysie complète de la 5<sup>e</sup> paire détermine de la mydriase et de l'immobilité pupillaires, et ces phénomènes ne sauraient être observés que dans les paralysies organiques.

Dans la paralysie complète ou incomplète de la 5<sup>e</sup> paire, et dans celle de la 6<sup>e</sup>, « il y a du strabisme, qui apparaît à l'état de repos et s'accroît lorsque le malade cherche à regarder un objet situé du côté du muscle paralysé, parce que le globe oculaire du côté normal se met seul en mouvement; or, ce strabisme ne peut être réalisé par une influence psychique, car la volonté n'a aucune action sur la tonicité musculaire et qu'elle est incapable de dissocier les mouvements binoculaires<sup>(1)</sup> ». C'est donc encore là un signe intéressant pour poser, au sujet d'une paralysie, un diagnostic de nature.

Enfin, dans la paralysie faciale, on recherchera le signe de Ch. Bell : quand le malade fait un effort pour abaisser sa paupière supérieure paralysée celle-ci reste immobile, mais involontairement le globe oculaire se porte fortement en haut et en dehors. Ce symptôme indique nettement une lésion de la 7<sup>e</sup> paire et non une affection pithiatique.

**Symptômes sensoriels.** — L'hystérie est incapable de modifier les réflexes oculaires bien que certains auteurs pensent qu'elle peut abolir les réflexes pupillaires. Il est difficile de s'en rendre compte au milieu des crises, pendant lesquelles on n'arrive à ouvrir qu'à grand-peine les yeux du malade. Mais dans les périodes de repos on constate toujours que les réflexes à la lumière, à l'accommodation, à la convergence, à la douleur (même avec coexistence d'hémi-anesthésie), ne sont jamais abolis. Toute modification permanente de leur régime implique la notion d'une perturbation non pithiatique.

L'inégalité pupillaire, en tant que symptôme isolé, ne semble pas avoir de valeur clinique, car il n'est pas rare de la trouver chez des sujets normaux. Mais si cette inégalité pupillaire (l'une des pupilles étant normale, l'autre rétrécie) s'accompagne de rétrécissement de la fente interpalpebrale, et d'exophtalmie du côté de la pupille la plus petite, il s'agit d'une triade symptomatique caractéristique d'une lésion du sympathique cervical (Cl. Bernard, Hutchinson), syndrome que l'imagination, la suggestion, ou la simulation ne sauraient développer et que l'hystérie ne peut reproduire.

Dans la paralysie de l'accommodation, on aura soin de ne pas s'en tenir aux

<sup>(1)</sup> BABINSKI. Introduction à la séméiologie des maladies du système nerveux. *Gaz. des hôp.*, 11 octobre 1904, n° 116, p. 1126.

diagnostics du malade, mais de vérifier les troubles fonctionnels à l'aide de verres spéciaux. En procédant ainsi, on arrive à reconnaître que l'hystérie est incapable de reproduire une paralysie de l'accommodation bien caractérisée.

Aussi, sans insister sur les lésions papillaires dont la constatation enlève tous les doutes, la séméiologie oculaire, tant par l'étude des principaux réflexes, que par les particularités faciles à rechercher de certaines paralysies, donne au point de vue diagnostique de précieuses indications. On les trouve moins nombreuses dans l'examen des autres organes des sens. Néanmoins, M. Babinski par ses travaux sur le vertige voltaïque, son mécanisme, ses modifications au cours de lésions auriculaires, et plus particulièrement labyrinthique, son intégrité dans les cas de surdité hystérique, a montré qu'il était possible d'étendre à l'ouïe le champ des remarques intéressantes et fécondes qu'il avait établies à propos du sens de la vue.

**Liquide céphalo-rachidien.** — La haute signification des phénomènes nerveux négatifs que nous venons d'énumérer trouve une confirmation définitive dans l'examen du liquide céphalo-rachidien, qui doit prendre ici la place prépondérante que lui ont assignée les travaux de Widal et de ses élèves. Il constitue, en effet, une véritable biopsie des méninges cérébro-spinales.

Modifié soit dans ses caractères physiques : aspect, couleur, densité, concentration; soit dans ses caractères chimiques : présence d'albumine et de fibrine; soit surtout dans ses caractères cytologiques : présence d'hématies ou de leucocytes, lymphocytes ou polynucléaires, il implique toujours une réaction méningée, aiguë ou chronique, primitive ou consécutive à des lésions de l'axe cérébro-spinal. Il permet ainsi d'éliminer une pseudo-méningite hystérique, ou de reconnaître une association organique évoluant parallèlement à des manifestations hystériques d'autre nature.

**Phénomènes trophiques et vaso-moteurs.** — L'existence de troubles trophiques et vaso-moteurs dans l'hystérie a été si longtemps admise par tous les auteurs et est encore si complaisamment acceptée par certains d'entre eux, qu'avant de la discuter, avant de donner les raisons qui nous font rejeter ces symptômes dans notre chapitre des phénomènes négatifs, il importe de les énumérer avec quelque détail.

*Du côté de la peau,* on a signalé des éruptions érythémateuses, vésiculeuses, vésiculo-ulcéreuses symétriques des avant-bras<sup>(1)</sup>, la gangrène, le pemphigus cutané (Vulpian, Leloir, Singer)<sup>(2)</sup>, des cas de zona gangreneux (Kaposi), de rupia<sup>(3)</sup>, des phénomènes de dermatographie et d'asphyxie locale des extrémités. On a décrit surtout toute une série d'hémorragies cutanées apparaissant sous forme d'ecchymoses, de sueurs de sang, siégeant, en général, sur un membre anesthésié, tantôt insidieuses, tantôt consécutives à des douleurs localisées aux régions envahies. Ce sont ces hémorragies qui, affectant une disposition spéciale, étaient désignées au moyen âge sous le nom de *stigmata*.

*Du côté des muqueuses* on a signalé les larmes sanguinolentes, le suintement mammaire, les hémorragies buccale, nasale, auriculaire, etc.<sup>(4)</sup>.

Enfin, *du côté du tissu cellulaire* sous-cutané pouvaient se manifester des œdèmes, auxquels les descriptions de Sydenham et de Charcot reprises dans des

<sup>(1)</sup> VEILLON. *Nouvelle Iconographie*, 1892.

<sup>(2)</sup> FRANCESCHI. Thèse de Paris, 1885. — *Indicat. bibl.* — BALZER. *Soc. méd.*

<sup>(3)</sup> WEISMITCHEL. *American Journal of medical sciences*, mars 1895.

<sup>(4)</sup> LERMOYEZ. Un cas de menstruation par l'oreille droite, *Soc. méd. des hôp.*, 7 juillet 1899.



travaux récents (Follet, David, Ward, Trintignan) assignent les caractères suivants : Il siège sur un segment de membre ou un membre paralysé, contracturé ou anesthésique, ou se montre à titre d'accident isolé. Chez les grands hystériques, la région atteinte est doublée ou triplée de volume. L'aspect des téguments est variable, tantôt blanc, comme chez les hydropiques vrais, tantôt rose ou rouge, le plus souvent bleu (œdème bleu de Sydenham). Sa consistance est dure, le doigt ne laissant à sa surface que peu d'empreinte; les piqûres ne laissent pas sourdre de sérosité, et les incisions ne font écouler que du sang. La température locale peut être normale, ou nettement augmentée (œdème rouge), ou diminuée (œdème bleu). Enfin, sa marche en est variable, disparaissant brusquement comme il est apparu à la suite d'une attaque, persistant des mois et des années avec état éléphantiasique de la peau.

De même ordre est le sein hystérique caractérisé par le gonflement rapide uni ou bilatéral avec picotements et tiraillements douloureux. La peau conserve sa coloration normale ou bien devient rouge, tendue et luisante : le mamelon est turgescent. Cette tuméfaction, de consistance ferme, ne garde pas l'empreinte du doigt, s'accompagne d'hyperesthésie extrême, et d'une légère sécrétion de la glande. Elle dure peu et se résout progressivement.

Tous ces troubles posséderaient ce caractère commun de survenir sous l'influence d'émotions violentes, dans l'intervalle ou à l'occasion d'attaques chez des hystériques, de se superposer souvent à des manifestations pithiatiques non douteuses. Mais ces caractères sont-ils suffisants pour justifier leur nature hystérique? Nous pensons qu'il est difficile de se prononcer pour l'affirmative, et nous donnons de notre opinion les raisons suivantes : Il est tout d'abord possible d'invoquer une simple coïncidence, et cette relation est surtout vraisemblable en ce qui concerne les éruptions cutanées érythémateuses ou vésiculeuses : elles peuvent survenir à la suite d'une cause morale quelconque chez des sujets prédisposés, sans tare hystérique, et se reproduire ensuite sous la moindre influence. C'est donc là un phénomène banal qui se voit chez les sujets hystériques, au même titre qu'ailleurs. De plus, et ceci est commun à tous les accidents que nous venons de citer, ils peuvent être le fait de la simulation. Une surveillance attentive exercée sur les malades qui en sont atteints, permet souvent d'obtenir la preuve qu'ils se sont eux-mêmes créés leurs lésions par les procédés les plus divers et les plus bizarres (applications de substances vésicantes, liens placés à la racine d'un membre, position déclive d'un membre, etc.).

Il est vrai que des expériences anciennes sembleraient prouver la possibilité de provoquer ou de guérir ces troubles par suggestion, et c'est là, on s'en souvient, le caractère des accidents pithiatiques. Mais ces expériences n'ont peut-être pas été conduites avec toute la rigueur désirable. En effet, elles ont été reprises récemment par M. Babinski sur de grandes hystériques hypnotisables, dont l'une, en particulier, avait été autrefois l'objet de recherches identiques, couronnées de succès remarquables. Or il lui a été impossible de reproduire par suggestion des troubles de ce genre, lorsque les sujets étaient soumis à une surveillance rigoureuse et mis à l'abri de toute action physique pouvant déterminer des altérations cutanées.

Ces raisons nous paraissent suffisantes pour que nous renoncions à ranger les

troubles trophiques dans les manifestations pithiatiques primitives. Comme ils ne sont jamais liés à des phénomènes hystériques primitifs, ils ne peuvent rentrer davantage dans les troubles secondaires.

Nous avons réservé à dessein une place à part aux troubles trophiques musculaires, car s'il en est parmi eux, au sujet desquels l'interprétation précédente conserve toute sa valeur, il en est d'autres, au contraire, pour lesquels elle ne saurait être admise : nous voulons parler de l'atrophie musculaire. L'impossibilité de la reproduire par suggestion ne permet pas, il est vrai, de la considérer comme un accident primitif; et d'ailleurs, elle ne survient jamais à l'état monosymptomatique, et jamais primitivement. Mais, liée à la paralysie ou à la contracture hystérique qu'elle ne précède pas, dont elle est la conséquence, elle disparaît en général quand la fonction musculaire a recouvré son intégrité. Elle présente ainsi les caractères typiques des troubles secondaires d'après la définition que nous en avons donnée.

Cette atrophie musculaire décrite, en 1886, par MM. Charcot et Babinski (1) se cantonne habituellement à un membre ou un segment de membre qui est ou a été frappé de contracture ou de paralysie hystérique. Elle s'installe rapidement, réduisant dans une faible mesure le volume normal des groupes musculaires qu'elle touche. Elle offre tous les caractères de l'atrophie simple : l'excitabilité idiomusculaire est normale; la contractilité électrique est diminuée proportionnellement au degré de l'atrophie, mais la réaction de dégénérescence fait défaut.

Les rétractions fibro-tendineuses peuvent se développer dans les membres qui sont depuis longtemps en état de contracture hystérique (Charcot). Celle-ci guérit, mais la rétraction maintient le membre dans une attitude vicieuse. En pareil cas, il est indispensable de s'assurer, sous le chloroforme, que la déviation est due aux rétractions tendineuses ou périarticulaires et non à la contracture. Tant que celle-ci subsiste il est impossible d'agir chirurgicalement, de pratiquer la section des tendons rétractés et de rompre les adhérences, fibreuses : on renforcerait ainsi une contracture en voie de résolution.

En rangeant ces rétractions fibro-tendineuses, associées à des troubles hystériques auxquels ils paraissent subordonnés, parmi les manifestations pithiatiques secondaires, nous devons cependant faire remarquer qu'elles sont rares, même dans les cas de paralysie ou de contracture hystérique de longue durée, et qu'il est permis de se demander si elles ne reconnaissent pas pour cause quelques troubles inflammatoires articulaires ou péri-articulaires associés aux troubles pithiatiques.

En ce qui concerne l'atrophie musculaire, avec réaction de dégénérescence, on peut affirmer qu'elle est indépendante de l'hystérie, et liée à une lésion organique du système nerveux.

**Troubles des sphincters.** — L'incontinence des matières et l'incontinence vraie d'urine n'appartiennent pas à l'hystérie. On conçoit pourtant que certains hystériques urinent dans leur lit ou dans leurs vêtements et donnent ainsi l'illusion d'une incontinence, qui en réalité, n'existe pas. « Il ne suffit pas, en effet, dans ces cas de se fier à la seule déclaration de l'intéressé, ou même à la constatation de vêtements souillés par l'urine, car rien ne démontre alors que l'émission a été involontaire. Pour affirmer, il est indispensable de constater,

(1) BABINSKI. De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques. *Arch. de neurol.*, 1886.