

terrain particulier peuvent y revêtir une allure anormale. Mais il importe au clinicien, de ne pas s'en laisser imposer par des apparences, de ne pas se laisser entraîner au diagnostic évidemment facile, qui consisterait à mettre tout symptôme sur le compte de la névrose. Son devoir, en présence de l'un ou l'autre des phénomènes précédents est au contraire de lutter contre cette tendance commode et fâcheuse, de dépister la simulation, et celle-ci étant sûrement écartée, de rechercher la lésion organique, en ne perdant jamais de vue les caractères essentiels des phénomènes hystériques : d'être entièrement sous la dépendance de la volonté, de pouvoir être reproduits par suggestion et de disparaître par persuasion. Ce n'est pas un des moindres mérites de M. Babinski, d'avoir posé les règles d'une méthode aussi rigoureuse comme base de l'étude des maladies nerveuses.

## II. — PHÉNOMÈNES APPARTENANT A L'HYSTÉRIE

### LES ATTAQUES

Les attaques sont un des accidents les plus connus et aussi les plus fréquents du pithiatisme ; cependant elles peuvent faire complètement défaut. Briquet avait noté que la moitié de ses malades étaient sans attaques. Il négligeait sans doute certaines formes alors inconnues, mais aujourd'hui bien étudiées, de la crise hystérique. Le chiffre indiqué par M. Pitres, qui compte 65 hystériques pour 100 ayant des attaques, est assurément plus juste.

a) *Grande attaque (hysteria major)*. — La grande attaque d'hystérie, telle que l'ont décrite et figurée Charcot et Richer, a été l'objet de beaucoup de controverses. On a dit qu'elle était une forme artificielle produite par le dressage ou l'imitation. Que dans certains cas, des attaques aient pu être artificiellement modelées d'après ce type, cela est incontestable. Mais il n'en est pas moins certain qu'on peut observer des attaques survenues naturellement et qui répondent exactement à la description de ces auteurs. M. Pierre Janet en a rapporté deux exemples ; nous en avons observé un cas typique ; deux médecins de l'armée allemande en ont publié naguère une observation très complète<sup>(1)</sup>. Bien qu'elle soit relativement rare, elle n'en est pas moins fort intéressante au point de vue nosographique, puisqu'elle résume en les associant les principales variétés de l'attaque hystérique.

*Prodromes*. — En général, la grande attaque est précédée de prodromes éloignés ou prochains. Certains malades deviennent tristes, maussades, recherchent la solitude ; d'autres deviennent excitables, querelleurs, sont pris d'un besoin irrésistible de marcher, de gesticuler, de parler. Ils ont parfois des hallucinations visuelles (visions d'animaux, de fantômes, etc.) ou auditives, qui se manifestent presque toujours du côté hémianesthésique. A côté de ces phénomènes d'ordre psychique ils présentent habituellement des troubles somatiques intéressant les divers appareils : des palpitations, de la rougeur ou de la pâleur des extrémités, du hoquet, de l'oppression, des nausées, de la polyurie, des tremblements, des secousses, des spasmes musculaires. Puis

<sup>(1)</sup> ANDRÉE et KNOBLAUCH. *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 10, 11 mars 1889.

survient l'*aura*, qui sert de prélude immédiat à l'attaque. L'*aura* commence ordinairement par une douleur sourde ou lancinante occupant l'une des régions ovariennes ou l'un des flancs (le gauche le plus souvent) ; bientôt le sujet accuse dans l'abdomen une sensation de corps arrondi qui se déplace et remonte vers l'épigastre, s'accompagne de palpitations, d'oppression ou d'enivres de vomir, puis la « boule hystérique » s'élève jusqu'à la région antérieure du cou, et tandis que la strangulation, le sentiment de suffocation s'accroissent et que la face se congestionne, le malade perçoit des sifflements d'oreilles, des battements précipités dans les tempes ; sa vue s'obscurcit, il est pris de vertige, tombe sans connaissance, et l'attaque commence. Cependant la crise convulsive ne succède pas nécessairement aux phénomènes de l'*aura* ; ceux-ci peuvent se dissiper momentanément, puis reparaitre avant d'aboutir à l'attaque confirmée. L'*aura* part quelquefois d'une zone douloureuse autre que la zone ovarienne.

1° *Période épileptoïde*. — Cette période présente à peu près tous les caractères de l'accès d'épilepsie. Comme ce dernier elle se subdivise en trois phases dites tonique, clonique et de résolution ; elle s'accompagne, quelquefois aussi, soit de miction involontaire, soit de morsure de la langue.

La phase de résolution est souvent traversée par des spasmes, des contractions passagères, des secousses généralisées, qui soulèvent les malades et les ramassent en boule. Les paupières sont souvent animées de vibrations rapides.

2° La deuxième période est celle des *contorsions* et des *grands mouvements*. — On la désigne encore du nom de période de *clownisme*. Pendant la phase des contorsions, le sujet grimace et prend les attitudes les plus invraisemblables, les plus imprévues. L'une d'elles cependant est particulièrement fréquente et caractéristique, c'est l'attitude dite en *arc de cercle*. A cette phase succède celle des *grands mouvements* ; ce sont des mouvements alternatifs de flexion et d'extension du tronc (salutations) ou des membres, des mouvements de rotation de la tête, etc....

Durant la deuxième période, les sujets poussent d'ordinaire des cris aigus et répétés, déchirent leurs vêtements ; ils prennent parfois des attitudes de terreur ou de colère et, poursuivis évidemment par des hallucinations effrayantes, grimacent d'une manière horrible et déploient dans leur agitation, leur défense ou leur colère, une énergie surprenante. Puis, insensiblement, le malade passe à la troisième période.

3° *Période des attitudes passionnelles*. — A ce moment, le sujet, tout à son rêve, rêve se rapportant le plus souvent à des scènes, à des événements qu'il a vécus, traduit par des jeux de physionomie, des gestes, des poses on ne peut plus expressifs et aussi par des paroles les sentiments que font naître en lui les tableaux des hallucinations qui se déroulent automatiquement sous ses yeux. Il agit en un mot comme si son rêve était une réalité. Ses visions sont alternativement ou bien exclusivement tristes ou gaies. Il exprime tour à tour la joie ou la colère, la terreur ou l'extase. En général, c'est toujours la même série qui se développe pour chaque malade, à chacune de ses attaques et dans un ordre toujours le même.

4° La quatrième période ou *période de délire* n'est pas toujours bien distincte de la précédente, dont elle n'est, pour ainsi dire, que la continuation. Le rêve se poursuit ; il est surtout parlé, mais le délire de paroles auquel on assiste est

fréquemment interrompu par des poses plastiques, des attitudes passionnelles semblables à celles qui remplissent le stade pénultième.

*Terminaison.* — Peu à peu ou bien subitement, après quelques instants de silence et d'immobilité, le malade se réveille, un peu fatigué, mais ayant recouvré toute sa connaissance. Parfois la fin de la crise est marquée par quelque phénomène critique, de la polyurie, des pleurs, des rires, du hoquet. Elle peut laisser après elle des paralysies, des contractures partielles..., etc. La durée moyenne de la grande attaque d'hystéro-épilepsie est de 15 à 30 minutes. Mais la troisième et la quatrième période se prolongent quelquefois pendant des heures et même des jours entiers.

Il est généralement possible d'interrompre l'attaque, au moyen d'une excitation quelconque un peu vive ou par des appels réitérés, des sollicitations verbales, etc.

Ces grands paroxysmes se montrent rarement isolés. Comme les formes communes de l'attaque hystérique, ils se répètent à des intervalles plus ou moins éloignés, tantôt réguliers, tantôt très inégaux. Parfois les crises se succèdent sans interruption durant une ou plusieurs journées consécutives (*état de mal*). D'une manière générale, les crises tendent à se régler, à apparaître à jours et à heures fixes, plus particulièrement vers le soir, à moins qu'une contrariété, une émotion ou quelque incident capable de provoquer l'attaque n'intervienne accidentellement.

b) *Petite attaque d'hystérie* (attaque vulgaire). — C'est la forme la plus commune de l'attaque hystérique. Avec M. Pitres, qui en a donné une description très fidèle, on peut scinder son évolution en trois périodes :

1° *Période préconvulsive.* — Elle est représentée par les mêmes troubles prodromiques qui précèdent les grandes attaques et qui aboutissent à l'aura. Celle-ci ne diffère pas de l'aura de la grande attaque, mais part le plus souvent de l'épigastre. Elle parcourt plus ou moins rapidement ses étapes et la malade tombe privée de connaissance, en convulsions. Dans les cas légers, la perte de connaissance n'est pas complète.

2° *La période convulsive* se compose de deux phases : l'une tonique, l'autre clonique. Dans la phase tonique, la respiration est interrompue, le cou se gonfle, la face se congestionne, la malade suffoque. Bientôt la phase clonique commence. Le sujet pousse des cris, contracte violemment ses membres en des mouvements rapides, larges et désordonnés, esquisse l'arc de cercle ou les salutations. La respiration est bruyante, les mâchoires serrées, la bouche écumante, et après une courte pause pendant laquelle on surprend quelquefois un geste expressif ou quelque jeu de physionomie, ébauche des attitudes passionnelles, la crise entre dans son troisième stade, à moins qu'une nouvelle reprise des convulsions ne se produise.

3° *Période post-convulsive.* — La malade est en résolution. Elle rêve et parle son rêve sans gestes, sans mimique, tantôt avec des intonations, des inflexions de voix parfaitement appropriées aux scènes qu'elle dépeint, aux idées qu'elle exprime, tantôt d'une voix basse et monotone. Souvent ce délire terminal fait défaut et la fin de la crise est marquée seulement par des pleurs ou des éclats de rire. Après quoi, elle s'éveille, frotte ses paupières, jette autour d'elle un regard étonné et tout est fini.

Telle est l'attaque vulgaire d'hystérie. Elle dure de dix à trente minutes environ. Il s'agit là bien évidemment d'une simple atténuation de la grande

attaque. Comme celle-ci elle offre de très nombreuses variantes caractérisées, soit par la prédominance ou l'extension d'une de ses périodes, soit par l'atténuation ou l'effacement de tel ou tel de ses éléments constitutifs.

*Formes irrégulières de l'attaque hystérique.* — Nous ne pouvons signaler ici que les plus importantes des formes frustes de la crise hystérique, celles qui, dans la pratique, soulèvent parfois de sérieuses difficultés de diagnostic.

*Vertige hystérique.* — Cette modalité peu connue n'est cependant pas très rare. Le sujet éprouve tout à coup un vague malaise et immédiatement sa vue s'obscurcit ; il a des tintements d'oreilles, est pris de vertige ; tout étourdi, la conscience obnubilée, il s'affaisse ou menace de tomber. — Cela dure quelques secondes et brusquement le trouble se dissipe et le malade reprend pleine possession de lui-même. Si ce vertige alterne avec les attaques bien caractérisées chez un hystérique avéré, s'il est précédé par les sensations subjectives qui caractérisent l'aura hystérique, on le diagnostiquera aisément. Mais s'il se manifeste avant que la maladie soit bien confirmée, si l'aura est assez rapide ou assez mal accusée pour qu'elle passe inaperçue du sujet, on pourra confondre cette modalité de la crise hystérique avec le vertige de Ménière<sup>(1)</sup>, le vertige épileptique, etc.

*Attaques épileptoïdes.* — Parfois la crise semble être représentée uniquement par la première période ou période épileptoïde de la grande attaque, après les manifestations de l'aura les convulsions éclatent généralisées. Souvent même au milieu de la phase résolutive, un nouvel accès convulsif apparaît ; les accès vont ainsi se succédant dans de certains cas durant des heures, des jours, de manière à simuler un véritable état de mal épileptique.

L'attaque hystérique, qu'elle soit isolée ou qu'elle évolue par séries, peut donc sous cette forme être confondue avec l'accès d'épilepsie vraie, d'autant plus que le récit de la crise fait par les malades ou les personnes de leur entourage est souvent très imparfait. D'une part l'aura hystérique peut être si rapide, si atténuée qu'elle passe inaperçue ; d'autre part, l'accès comitial est précédé quelquefois d'une série de sensations subjectives identiques à celles de l'aura hystérique, de telle sorte que celle-ci ne constitue pas un élément de diagnostic différentiel absolument sûr.

D'une manière générale, les accès d'épilepsie surviennent plutôt dans la seconde moitié de la nuit, ou le matin. Ils s'accompagnent fréquemment d'incontinence d'urine, de morsures de la langue et sont suivis d'une longue période de stertor. Ces accidents n'appartiennent pas en général à l'attaque d'hystérie épileptoïde, mais ils peuvent en être les attributs éventuels et c'est pourquoi, dans ces cas exceptionnels, ils ne sauraient en être un élément de diagnostic. La recherche des stigmates si souvent conseillée peut être négative ; ces stigmates nous le verrons sont rien moins que permanents, ils font souvent défaut, surtout dans les premières périodes de la maladie. Un caractère important c'est que presque toujours la première crise hystérique est provoquée par une émotion, tandis que l'accès d'épilepsie éclate d'ordinaire sans cause provocatrice apparente ; mais il n'est pas impossible, nous le savons, que l'attaque comitiale se développe à la suite d'une impression de terreur, d'un mouvement de colère, etc. Il existe enfin deux signes qui, sans être constants, sont communs dans l'accès épileptique et qui sont d'un plus grand intérêt que les précé-

(1) Dans le vertige de Ménière, il existe toujours des modifications du vertige voltaïque.

dents, parce qu'on ne les observe jamais dans les attaques d'hystérie et qu'ils ne peuvent être l'œuvre de la simulation; c'est d'une part le phénomène des orteils, et d'autre part un trouble d'ordre circulatoire, la lividité de la figure et plus particulièrement celle des lèvres<sup>(1)</sup>: celles-ci ne sont pas seulement congestionnées (ce qui peut résulter d'un simple effort volontaire et pourrait se voir dans la crise hystérique), mais bien plombées, livides. La constatation de ces deux signes ou de l'un d'entre eux, permettra d'affirmer la nature épileptique de l'attaque. Ajoutons que dans la crise hystérique on observe toujours l'intégrité des réflexes (tendineux, cutanés, oculaires).

Malgré leurs aspects cliniques tout à fait semblables, l'hystérie et l'épilepsie n'en constituent pas moins deux névroses distinctes. Dans l'attaque hystéro-épileptique, comme dans les formes épileptoïdes auxquelles nous venons de faire allusion, l'épilepsie ne figure qu'en apparence. Cependant il ne faut pas oublier que l'hystérie et l'épilepsie peuvent, le fait n'est pas rare, coexister chez le même malade. (Hystéro-épilepsie à crises distinctes.)

Dans un certain nombre de cas, on a vu des convulsions hystériques se localiser soit dans un membre, soit dans un seul côté du corps, de manière à simuler l'épilepsie partielle. Des faits de cet ordre ont été relevés par MM. Ballet et Crespin, Ghilarducci, Bardol<sup>(2)</sup>.

*Attaque démoniaque.* — Dans le classement des formes de la crise hystérique qui a été adopté par M. J. Richer, l'attaque démoniaque est caractérisée comme l'attaque de clownisme par une exagération des mouvements qui caractérisent la deuxième période de la grande crise hystéro-épileptique. « Supposez, dit cet auteur, une seconde période dans laquelle tous les phénomènes les plus étranges se multiplient comme à plaisir; joignez-y la fureur, les cris, la rage, les mouvements désordonnés; prenez en outre tout ce qui, dans les autres périodes, présente un dehors extraordinaire, ou est marqué par la prédominance de l'élément douloureux comme les contractures généralisées de la fin ou quelques hallucinations horribles de la troisième période... » Telle sera l'attaque démoniaque.

*Attaque de clownisme.* — Elle est surtout fréquente dans l'enfance. Le petit malade court, franchit des obstacles et montre dans ses culbutes et dans ses grimpadés une agilité parfois surprenante, tout en conservant un certain degré de conscience; tandis qu'il exécute ses contorsions, ses jongleries, il sait reconnaître les personnes qui l'approchent, il se meut comme dans un rêve, on dirait qu'il joue un rôle. Cette variété de la crise hystérique doit être différenciée d'avec certaines formes procursives de l'accès comitial.

*Attaque d'extase.* — Après avoir éprouvé les symptômes de l'aura ou sans préliminaires bien appréciables, le sujet cesse tout à coup de parler et demeure immobile; les yeux fixes, le plus souvent ouverts ou mi-clos, quelquefois fermés, il ne semble pas entendre et ne réagit pas quand on le pince: le visage reste coloré; la physionomie exprime l'étonnement, l'admiration ou la stupeur. Parfois le malade parle, et esquisse un geste, une attitude, en rapport avec l'idée ou l'hallucination dont il subit l'empire. Ces crises ne se prolongent

<sup>(1)</sup> BABINSKI. *Gaz. des hôp.*, 11 octobre 1904, p. 1129.

<sup>(2)</sup> BALLET et CRESPIN. Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle. *Arch. de neurol.*, 1884. — BALLET. Attaques d'hystérie à forme d'épilepsie (monospasme facial). *Gaz. des hôp.*, 1891. — GHILARDUCCI. Contribution au diagnostic différentiel entre l'hystérie et les maladies organiques du cerveau. *Arch. de neurol.*, 1892 et 1895. — BARDOL. Thèse de Paris, 1895.

guère plus de quelques minutes à un quart d'heure. Ou bien le sujet se réveille brusquement, ou bien il ne sort de cet état que lentement et comme en faisant un effort sur lui-même. Ces sortes de crises précèdent ou suivent les attaques convulsives ou bien se produisent dans l'intervalle de ces dernières et en quelque sorte indépendamment. Chez quelques hystériques, ces états d'immobilité sont les seules attaques que l'on constate.

*Attaque syncopale*<sup>(1)</sup>. — Après une aura de courte durée, les malades se sentent faiblir et s'évanouissent; ils n'ont pas de convulsions, ils s'affaissent inertes, la tête ballante, les yeux à demi clos. Cependant les mains restent généralement fermées; on y distingue parfois de légères contractions et ces petits mouvements, quand ils existent, facilitent le diagnostic; la face est d'ordinaire pâle, la respiration ralentie, mais les battements du cœur restent normaux. Si cet état se prolonge, il prend les apparences d'un véritable sommeil.

*Attaque de sommeil.* — L'attaque de sommeil, qui est une modalité assez commune de la crise hystérique, apparaît tantôt sous forme d'un assoupissement progressif précédé par les manifestations habituelles de l'aura, tantôt brusquement, le malade tombant comme frappé d'apoplexie. Dans cet état, il présente à peu près les apparences du sommeil naturel; le visage est pâle ou légèrement coloré, les paupières sont animées de petits mouvements vibratoires; elles résistent notablement au doigt qui les soulève; les globes oculaires sont convulsés; les pupilles sensibles; les mâchoires sont serrées l'une contre l'autre; les membres légèrement raidis, ou franchement contracturés, conservent les attitudes cataleptiques qu'on leur imprime; la respiration est souvent normale, mais superficielle; elle est ralentie ou bien accélérée; elle peut revêtir le type de Cheyne-Stokes (Achar). Le pouls est rarement modifié dans son rythme, la sensibilité générale et les sensibilités spéciales semblent complètement abolies, du moins les malades ne réagissent pas quand on les excite; mais les sensations sont en réalité perçues et conservées; les malades peuvent recevoir des suggestions; et, au sortir de la crise, ils peuvent se rappeler ce qui a été fait et dit autour d'eux pendant leur sommeil. Rien n'est plus variable que la durée de ces attaques; elles se prolongent exceptionnellement pendant plusieurs mois; en général elles ne durent que quelques heures ou quelques jours, et, leur aspect et leur évolution justifient la dénomination d'apoplexie hystérique sous laquelle elles ont été décrites par MM. Debove et Achar. Il peut arriver que le sujet se réveille avec une hémiplegie motrice et sensitivo-sensorielle; mais, dans la majorité des cas, l'attaque de sommeil hystérique se termine par une crise convulsive, ou bien par des rires, des larmes, quelque délire de paroles significatif.

Il est intéressant et il importe, en raison du pronostic relativement favorable qu'elle comporte, de diagnostiquer l'apoplexie hystérique pendant l'ictus même. Elle peut en imposer pour un coma d'origine organique, déterminé par une lésion en foyer de l'encéphale, pour une intoxication, et en particulier pour le coma urémique, qui s'accompagne parfois d'attitudes cataleptoïdes (Brisaud). D'une manière générale, ces sommeils hystériques, à défaut de commémoratifs, se font reconnaître par quelques particularités étrangères aux comas d'origine organique: le frémissement des paupières, les mouvements de salu-

<sup>(1)</sup> PITRES, *op. cit.*, I, 215.

tation à apparition intermittente, une esquisse d'attitude passionnelle, etc., autant d'indices qui pourront, le cas échéant, éclairer le diagnostic. En outre, l'apoplexie hystérique ne détermine pas d'élévation ou d'abaissement de la température et n'offre jamais les signes objectifs qui traduisent une perturbation du faisceau pyramidal, en particulier le signe des orteils que l'on constate assez souvent dans les quelques minutes qui suivent le début du coma apoplectique vrai. Si, au sortir de la crise, le sujet reste hémiplégique ou hémi-anesthésique, on s'appuiera sur des particularités que nous mettrons plus loin en lumière.

La narcolepsie ou maladie du sommeil, décrite par MM. Gélineau, Landouzy, Ballet, est caractérisée par un besoin soudain et invincible de dormir, mais ce n'est là selon toute vraisemblance qu'une variété du sommeil hystérique. MM. Armaingaud, H. Legrand, Bouchard, Parmentier, ont relaté des observations très démonstratives à cet égard. La catatonie (stupeur mélancolique à forme dépressive) peut prêter à l'erreur. Cette affection évolue en trois périodes, une 1<sup>re</sup> de mélancolie, une 2<sup>e</sup> d'excitation avec délire, une 3<sup>e</sup> enfin catatonique qui présente les caractères de la mélancolie avec stupeur; c'est cette période qui peut être prise pour du sommeil hystérique. Le diagnostic se fera par la notion des troubles mentaux antérieurs.

*Automatisme ambulatoire.* — Quelques hystériques sont sujets à des impulsions intermittentes qui les poussent à accomplir des fugues plus ou moins longues. Ces paroxysmes précèdent ou suivent les attaques convulsives ou bien en sont indépendantes. Comme dans l'automatisme comitial, le sujet quitte tout à coup ses occupations pour accomplir quelquefois de véritables voyages; il obéit ainsi à la suggestion, au rêve qui le captive. La crise terminée, il est fort surpris de se trouver loin de son domicile, et ignore tout ce qui lui est advenu. Dans certains cas, le malade n'est pas inconscient, il sait où il va, mais il est dominé par le désir impérieux, par l'idée fixe qui le pousse. Cette forme est difficile à distinguer de l'automatisme comitial. Comme le vigilambulisme, comme l'attaque de délire, ou attaque somnambulo-déirante (Charcot), modalité dans laquelle le délire de la quatrième période, isolé de toute manifestation convulsive, constitue la crise tout entière, elle doit être rattachée au groupe des somnambulismes hystériques.

#### PARALYSIES ET CONTRACTURES

**Caractères généraux.** — Tous les muscles soumis à l'influence de la volonté peuvent être atteints de paralysie ou de contracture hystériques et il est facile de concevoir *a priori* les variétés innombrables de paralysie et de contracture hystériques. Ce sont des monoplégies brachiale, crurale, des paralysies limitées à un segment de membre, des hémiplégies, des paraplégies. Mais ce qu'il faut bien savoir, et cela résulte du reste de ce que nous avons dit plus haut, c'est que l'hystérie n'est pas en mesure de frapper exclusivement un territoire musculaire dépendant d'un nerf périphérique.

Les paralysies hystériques sont aussi très variées au point de vue de leur mode de début, de leur durée, et de leur mode de disparition. Pour donner une idée de leur diversité, il nous suffira de dire qu'elles peuvent ne durer que quelques minutes ou persister des années. Elles apparaissent parfois brusque-

ment, généralement à la suite d'une violente émotion; parfois, au contraire, elles se développent lentement ou n'acquièrent leur maximum d'intensité qu'au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Dans certains cas la motilité volontaire paraît complètement abolie; dans d'autres cas elle n'est qu'affaiblie. Mais ce qu'il y a de commun à toutes les paralysies et à toutes les contractures hystériques, c'est qu'elles ne s'accompagnent d'aucun des troubles objectifs qui donnent leur cachet aux manifestations organiques. Jamais, comme dans les paralysies névritiques, on n'observera d'abolition des réflexes tendineux ou d'atrophie musculaire avec réactions de dégénérescence; jamais on ne constatera, comme dans les paralysies et contractures liées à des altérations du système pyramidal, l'exagération des réflexes tendineux, le signe des orteils, et les autres caractères que nous allons étudier en comparant en particulier l'hémiplégie organique et l'hémiplégie hystérique.

**Hémiplégie hystérique.** — Cet accident débute le plus souvent d'une manière soudaine, quelquefois à la suite d'un ictus apoplectique. L'hémiplégie siège plus fréquemment du côté gauche; elle est souvent incomplète; le bras pend le long du corps et le malade traîne après lui son membre inférieur paralysé, « comme s'il s'agissait, dit Todd, d'une pièce de matière inanimée »; il ne se sert d'aucun acte de circumduction, ne « fauche » pas, comme l'hémiplégique organique, ne fait aucun effort pour le détacher du sol; pendant qu'il marche, le pied balaye le sol. Cette allure générale est assez caractéristique. De plus, l'hémiplégie hystérique est presque toujours accompagnée d'autres manifestations pithiatiques; elle respecte ordinairement la face et lorsque celle-ci est touchée, c'est presque toujours un hémispasme glosso-labié que l'on constate.

Babinski (<sup>1</sup>), fidèle à sa méthode de reconnaître la nature hystérique d'un accident en se fondant sur ses caractères intrinsèques à l'exclusion de tout autre élément, a montré qu'il était parfaitement possible, dans ces conditions, de reconnaître si l'hémiplégie dépend du pithiatisme ou si elle est liée à une affection organique du système nerveux central. Nous reproduisons ci-dessous le tableau qui résume les signes permettant d'après lui de différencier ces deux affections (<sup>2</sup>).

#### *Hémiplégie organique* (<sup>3</sup>).

1° La paralysie est limitée à un côté du corps.

2° La paralysie n'est pas systématique. Si, par exemple, à la face les mouvements unilatéraux sont très affaiblis, l'impotence apparaît aussi avec netteté du côté de l'hémiplégie pendant l'exécution des mouvements bilatéraux synergiques.

#### *Hémiplégie hystérique* (<sup>3</sup>).

1° La paralysie n'est pas toujours limitée à un côté du corps. Cette remarque s'applique particulièrement à la paralysie de la face, où les troubles sont généralement bilatéraux.

2° La paralysie est parfois systématique; il en est presque toujours ainsi à la face. Par exemple, les mouvements unilatéraux de la face peuvent être complètement abolis tandis que les muscles du côté de l'hémiplégie fonctionnent normalement pendant l'exécution des mouvements bilatéraux synergiques.

(<sup>1</sup>) Voir BABINSKI. Des diff. de l'hémiplégie org. et de l'hémiplégie hyst. *Gaz. des hôp.*, 5 et 8 mai 1900. — Pour la façon de rechercher les signes énoncés dans le tableau, voir l'article HÉMIPLÉGIE.

(<sup>2</sup>) Pour la façon de rechercher en clinique les symptômes énoncés dans ce tableau, voir l'article HÉMIPLÉGIE ORGANIQUE.

(<sup>3</sup>) M. BABINSKI. Diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique. *Gaz. des hôp.*, 5 et 8 mai 1900.