

*Hémiplégie organique.*  
(Suite.)

5° La paralysie atteint les mouvements volontaires conscients, ainsi que les mouvements volontaires inconscients ou subconscients; de là résultent les deux phénomènes dont j'ai dénommé l'un le *signe du peucier*, l'autre la *flexion combinée de la cuisse et du tronc*.

4° La langue est en général légèrement déviée du côté de la paralysie.

5° Il y a, principalement au début, de l'*hypotonie musculaire*, qui peut se traduire à la face par de l'abaissement de la commissure, de l'abaissement du sourcil, etc., et au membre supérieur par le phénomène que j'ai appelé la *flexion exagérée de l'avant-bras*.

6° Les réflexes tendineux et les réflexes osseux sont souvent troublés dès le début; ils peuvent être à ce moment abolis, affaiblis ou exagérés. Plus tard, ils sont toujours exagérés et il existe dans bien des cas de la trépidation épileptoïde du pied.

7° Les réflexes cutanés sont généralement troublés.

Le réflexe abdominal et le réflexe crémastérien sont ordinairement, surtout au début, affaiblis ou abolis.

Le mouvement réflexe des orteils consécutif à l'excitation de la plante du pied subit ordinairement une inversion dans sa forme; les orteils, au lieu de se fléchir, s'étendent sur le métatarse. Ce signe, auquel j'ai donné la dénomination de *phénomène des orteils*, appartient à toutes les périodes de l'hémiplégie.

8° La forme de la contracture a un aspect particulier et ne peut être reproduite par une contraction volontaire des muscles.

9° L'évolution est régulière; la contracture succède à la flaccidité; l'amélioration est progressive; la paralysie n'est pas sujette à des alternatives en bien et en mal.

La paraplégie hystérique est complète ou incomplète, rigide ou flaccide; lorsqu'elle se complique d'amyotrophie, elle peut faire croire à une myélite

*Hémiplégie hystérique.*  
(Suite.)

5° Les mouvements volontaires inconscients ou subconscients ne sont pas troublés; de là résultent l'absence du signe du peucier, ainsi que l'absence de la flexion combinée de la cuisse et du tronc.

4° La langue est parfois légèrement déviée du côté de la paralysie, mais la déviation de la langue peut aussi être très prononcée, ou encore s'opérer du côté opposé à la paralysie.

5° Il n'y a pas d'hypotonie musculaire. Quand il existe de l'asymétrie faciale on peut reconnaître qu'elle est due, non à de l'hypotonie musculaire, mais à du spasme; le signe de la flexion exagérée de l'avant-bras fait défaut.

6° Les réflexes tendineux et les réflexes osseux ne subissent pas de modification et la trépidation épileptoïde du pied fait défaut.

7° Les réflexes cutanés ne paraissent pas troublés.

Le réflexe abdominal et le réflexe crémastérien sont ordinairement normaux.

Le mouvement réflexe consécutif à l'excitation de la plante du pied ne subit pas d'inversion dans sa forme. Le phénomène des orteils fait défaut.

8° La forme de la contracture peut être reproduite par une contraction volontaire des muscles.

9° L'évolution est capricieuse; la paralysie peut rester indéfiniment flasque, comme elle peut aussi être spasmodique dès le début; les phénomènes spasmodiques s'associent parfois, surtout à la face, aux phénomènes paralytiques. Les troubles sont susceptibles de s'atténuer et de s'aggraver alternativement à plusieurs reprises, de se modifier rapidement dans leur intensité ainsi que dans leur forme, de présenter des rémissions transitoires pouvant ne durer que quelques instants.

transverse, à une tumeur de la moelle, à un mal de Pott, etc. Le diagnostic se fera par l'intégrité des réflexes, l'absence de troubles sphinctériens, l'absence du signe des orteils, etc.

**Contractures des muscles de la face et des yeux.** — Associées ou non à des contractures des membres, les contractures des muscles de la face sont fréquentes. La contracture de l'orbiculaire des paupières ou *blépharospasme* (forme tonique), la peau des paupières est fortement plissée; elle s'accompagne fréquemment de fausses douleurs périorbitaires, de photophobie; la paupière résiste quand on cherche à la soulever et on arrive à grand-peine à découvrir le globe oculaire, qui est parfois dévié convulsivement en haut et en dedans. Dans la forme *pseudo-paralytique*, le malade présente un ptosis incomplet qui fait songer à une paralysie du releveur de la paupière. Si on l'invite à ouvrir l'œil, il rejette la tête en arrière et contracte énergiquement son muscle frontal, comme ferait un sujet atteint de ptosis paralytique. Outre certains caractères distinctifs du blépharospasme hystérique, qui appartiennent également à l'hémispasme facial et que nous énumérerons plus loin, la forme pseudo-paralytique se distingue de la paralysie du releveur à l'aide d'un signe objectif qui a été signalé par M. Charcot sous le nom de *signe du sourcil*: il consiste dans l'abaissement du sourcil du côté où siège le spasme; dans le ptosis paralytique, le sourcil est au contraire plus élevé du côté sain.

Les *paralysies des muscles des yeux* ne sont admises que par quelques auteurs et sous la forme de paralysies associées (Parinaud); par contre, les *contractures de ces muscles* sont incontestables; le strabisme convergent est assez rare. L'ophtalmoplégie ou plutôt l'immobilisation involontaire des globes oculaires s'observe quelquefois. En pareil cas, le malade ne peut volontairement regarder ni à droite ni à gauche, ni en haut ni en bas. Mais dans les mouvements automatiques, lorsqu'il n'est pas examiné, lorsqu'il regarde spontanément à droite ou à gauche, les mouvements des yeux qui semblaient abolis s'accomplissent bien. Tous ces troubles de la musculature des yeux sont la conséquence soit d'une idée fixe, soit d'un ou de plusieurs mouvements déterminés (ophtalmoplégie). Quoi qu'on en ait dit, le strabisme divergent, la paralysie comme la contracture isolée d'un des muscles droits, le myosis et la mydriase ne sont pas des accidents de nature hystérique.

L'*hémispasme facial hystérique* qui a été décrit par Charcot puis par Brissaud et Marie doit être distingué de l'hémispasme facial périphérique qui est lié à une excitation du nerf facial. Les caractères distinctifs, dont les uns ont été décrits par Brissaud et Marie, les autres par Babinski, sont les suivants: 1° l'hémispasme facial périphérique est rigoureusement unilatéral, tandis que dans le spasme hystérique les troubles ne sont pas exclusivement limités à un côté; 2° les secousses musculaires dans l'hémispasme périphérique, contrairement à celle de l'hémispasme hystérique, sont *parcellaires* ou *fasciculaires*; 3° les contractions de l'hémispasme périphérique sont déformantes, elles donnent lieu à une incurvation du nerf et à une fossette mentonnière qu'on n'observe pas dans le pithiatisme; 4° les contractions de l'hémispasme périphérique s'associent d'une manière paradoxale; c'est ainsi par exemple que la contraction de l'orbiculaire des paupières s'associe à un soulèvement du sourcil, or rien de pareil dans l'hémispasme hystérique; 5° enfin, pendant le sommeil, les con-

tractions persistent dans l'hémispasme périphérique, disparaissent dans l'hémispasme hystérique.

**Paralysie faciale hystérique.** — Longtemps niée par quelques auteurs, la paralysie faciale hystérique est aujourd'hui admise par tous; elle peut exister isolée ou associée à d'autres troubles paralytiques siégeant dans les membres; assez souvent elle coexiste avec l'hémispasme glosso-labié, qui siège alors du côté opposé; le plus souvent unilatérale, plus rarement bilatérale, elle frappe tout le domaine du facial inférieur ou quelques muscles seulement; peu apparente au repos, elle devient plus évidente lorsqu'on provoque des mouvements volontaires; c'est une particularité qui la fait ressembler à la paralysie faciale d'origine capsulaire. Il n'est pas démontré jusqu'ici qu'elle puisse dépasser les limites du facial inférieur, envahir toute la face, en un mot se présenter sous la forme d'une paralysie faciale totale analogue aux paralysies faciales périphériques.

Babinski <sup>(1)</sup> a relaté des faits tendant à montrer que cet accident a un aspect clinique tout particulier qui permet de le distinguer de la paralysie faciale liée à l'hémiplégie organique :

« On peut observer, dans cette espèce de paralysie faciale, un abaissement de la commissure, comme dans la paralysie organique; mais, contrairement à ce qui a lieu là, quand on saisit, entre les doigts, les lèvres et la joue et qu'on leur imprime des mouvements passifs, on constate ici une absence de relâchement musculaire et on reconnaît, soit que l'abaissement de la commissure n'est qu'une apparence qui résulte d'un soulèvement d'origine spasmodique de la commissure opposée, soit qu'il est dû à une contraction des fibres musculaires qui abaissent la lèvre et que, par suite, loin d'être la conséquence d'un affaiblissement de la tonicité des muscles, il est une manifestation de leur activité. Jamais on n'observe, dans la paralysie faciale hystérique, l'abaissement du sourcil ni l'effacement des plis du front qui dépendent, dans la paralysie organique, d'une diminution ou d'une abolition de la tonicité musculaire. L'absence de toute perturbation de ce mode d'activité des muscles donne à la paralysie faciale hystérique, comme du reste aux paralysies hystériques en général, quelle qu'en soit la localisation, un cachet spécial. C'est du moins l'opinion que j'ai émise et que je soutiens.

« La langue est parfois déviée du côté de la paralysie faciale et à un faible degré, comme dans la paralysie organique; mais, contrairement à ce qu'on observe dans celle-ci, la déviation peut être prononcée, et il est facile de s'assurer qu'il s'agit alors d'un spasme de la langue; elle peut aussi s'opérer du côté opposé à celui qu'occupe la paralysie de la face.

« Les troubles sont rarement limités d'une manière rigoureuse à un côté de la face, comme dans la paralysie organique.

« Contrairement encore à celle-ci, la paralysie faciale hystérique est ordinairement une paralysie *systématique*, c'est-à-dire qu'elle ne porte que sur un ou plusieurs systèmes de mouvements volontaires que les muscles de la face sont appelés à exécuter. Chez tel malade, par exemple, les deux côtés de la face fonctionnent à peu près de la même façon dans l'acte de parler ou celui de siffler, tandis que les mouvements unilatéraux sont abolis d'un côté, et que de ce côté le mouvement d'élévation de la commissure labiale est tout à fait impossible.

<sup>(1)</sup> *Bulletin de la Soc. méd. des hôp.*, 1892, p. 706, 758, 867.

« Enfin, l'évolution de la paralysie faciale hystérique est capricieuse et n'est pas soumise aux règles de la paralysie organique. Les phénomènes spasmodiques ne succèdent pas nécessairement, tant s'en faut, aux phénomènes paralytiques; ils peuvent les précéder et, dans bien des cas, ils sont associés les uns aux autres. De plus, les troubles sont susceptibles de s'atténuer, de s'aggraver à plusieurs reprises et de se modifier notablement dans leur intensité, ainsi que dans leur forme, non seulement du jour au lendemain, mais même d'un instant à l'autre <sup>(1)</sup>. »

**Torticolis.** — Le torticolis dit *paralytique* est très rare; dans cette forme, la tête est inclinée du côté opposé aux muscles qui semblent être le siège de la paralysie; c'est, en réalité, une attitude vicieuse et sans raideur qui est le résultat d'une auto-suggestion. Lorsqu'on prend la tête du sujet entre les mains, on constate qu'elle se laisse facilement déplacer, mais elle retombe dans sa position vicieuse dès qu'elle est abandonnée à elle-même. M. P. Richer a relaté une observation dans laquelle cette paralysie se montrait d'une manière transitoire. Ces faits peuvent être rapprochés des spasmes fonctionnels du cou, sortes de torticolis intermittents qui apparaissent ou disparaissent suivant que le sujet appuie ou non sa tête contre un plan résistant, suivant qu'il est debout ou en décubitus dorsal, qu'il maintient sa tête élevée ou la laisse reposer sur l'oreiller. Ces caractères singuliers, cette évolution intermittente, permettront de reconnaître aisément la nature de ces torticolis.

Le torticolis par *contracture* détermine une attitude vicieuse qui varie naturellement suivant les muscles atteints; il est particulièrement fréquent dans l'hystérie infantile; c'est encore, dans la majorité des cas, un torticolis à répétition qui disparaît brusquement de temps à autre pour se reproduire de même, ou bien graduellement. Lorsqu'il s'accompagne de points douloureux situés sur le trajet de la colonne cervicale, il peut être pris pour un torticolis symptomatique d'un mal de Pott en évolution.

**Coxalgie hystérique.** — Elle a souvent pour origine soit un traumatisme, soit l'imitation d'une coxalgie réelle, et se caractérise par un ensemble de symptômes qui rappellent plus ou moins exactement ceux de la coxalgie vraie: déformation de la hanche, ensellure lombaire, raccourcissement apparent du membre, lequel est maintenu dans la rotation en dedans par la contracture des muscles périarticulaires, douleurs vives, exagérées par les manœuvres de l'observateur, impotence fonctionnelle rapide et marquée, le malade se confinant au lit, ou ne pouvant marcher qu'à l'aide de béquilles. Pour établir le diagnostic, on s'appuiera sur le début et l'évolution rapide des accidents; les caractères de la douleur superficielle, cutanée et non articulaire; on peut percuter le grand trochanter, le genou, sans provoquer de douleurs; l'intégrité des réflexes du côté atteint; l'absence de chaleur, et de gonflement de la région, signes ordinaires de la tumeur blanche; enfin pendant le sommeil chloroformique tous les signes de la pseudo-coxalgie disparaissent, tandis que la lésion articulaire organique se révèle par des craquements, des subluxations, etc. Malgré tout, le diagnostic peut présenter, dans quelques cas, de grandes difficultés, car la coxalgie vraie, dans sa période de début, ne s'accompagne pas toujours de signes très manifestes; enfin, les deux affections peuvent coexister, le syndrome hystérique se superposant à la lésion tuberculeuse de la hanche. Charcot, Lannelongue et Joffroy ont rapporté des faits de cet ordre.

<sup>(1)</sup> M. BABINSKI. *Diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique.*

**Astasie-abasie.** — Entrevu par Jaccoud, ce syndrome a été étudié par Charcot et J. Richer en 1885, et par Blocq (1), qui en a tracé une description très complète et proposé, pour le désigner, le terme d'astasie-abasie. Il est caractérisé par la suppression ou le trouble des mouvements coordonnés pour la marche et la station debout. C'est une impotence fonctionnelle systématique; l'énergie musculaire des membres inférieurs est, en effet, conservée pour tous les autres mouvements. Le sujet atteint d'astasie-abasie ne sait plus se tenir debout ni marcher; par contre, assis ou couché, il peut étendre et fléchir ses membres inférieurs, leur imprimer tous les mouvements qu'on lui commande. L'abasie peut exister seule, mais le malade, incapable de marcher, pourra sans difficultés courir, sauter à pieds joints ou à cloche-pied, grimper, etc. Charcot a décrit du syndrome les variétés suivantes: 1° l'astasie-abasie paralytique, dans laquelle les membres fléchissent et demeurent inertes lorsque le malade veut se maintenir debout ou se mettre en marche; 2° l'astasie-abasie ataxique, laquelle est choréiforme ou trépidante, suivant que l'incoordination est produite par de grands mouvements de flexion des jambes et du corps d'apparence choréique, ou bien par une sorte de piétinement, de trépidation des membres inférieurs; Pitres a signalé encore une variété sautillante, M. P. Richer une variété par rigidité.

**Spasme saltatoire.** — Décrit par Bamberger en 1859, puis par Gowers, Jaccoud, Landouzy, le spasme saltatoire a été étudié par Brissaud (2) qui en fait un incident de la diathèse de contracture. Il consiste en une série de contractions successives et alternantes des fléchisseurs et des extenseurs de la jambe et quelquefois de la cuisse, survenant à l'occasion d'une excitation quelconque, d'une émotion légère, d'une secousse. Il en résulte que, dans la station debout, le sujet saute brusquement, exécutant une sorte de danse incoordonnée, grotesque et excessive au point qu'on ne peut s'empêcher tout d'abord de songer à la simulation; la marche est quelquefois fort difficile et même impossible. Les deux jambes ne sont pas toujours affectées simultanément. Dans le décubitus horizontal, il suffit d'un attouchement à la plante des pieds, de la flexion brusque du pied sur la jambe, de la percussion des tendons rotuliens ou du tibia pour provoquer le spasme. Ce syndrome est sujet à des rémissions quotidiennes et à des récurrences fréquentes.

**Chorées hystériques.** — On a décrit et l'on observe communément deux types de chorée hystérique :

1° *Chorée rythmique.* — C'est la forme la plus fréquente; elle affecte les membres, la face, le cou; elle se limite généralement aux membres d'un même côté du corps (hémichorée), ou bien à un seul membre; les mouvements involontaires qui la caractérisent se produisent d'une manière intermittente et sous forme d'accès, dont la durée varie de quelques minutes à un ou plusieurs jours. Il ne s'agit point de secousses et de mouvements désordonnés, mais bien de mouvements systématiques qui semblent être la reproduction des mouvements coordonnés pour l'accomplissement d'un acte déterminé; les saccades, d'un rythme régulier, reproduisant, par exemple, les mouvements de la danse (*chorée saltatoire*), les mouvements de la natation (*chorée natatoire*), ou bien les mouvements professionnels du forgeron (*chorée malléatoire*). En un mot,

(1) BLOCQ. Sur une affection caractérisée par l'astasie-abasie. *Arch. de neurol.*, 1888.

(2) BRISSAUD. *Arch. gén. de méd.*, 1890.

c'est la reproduction, plus ou moins fidèle, d'actes voulus, logiques et intentionnels. Parfois il existe, chez le sujet atteint de cette forme de chorée, des zones frénatrices ou excitatrices dont la pression fait cesser ou disparaître les accès.

2° *Chorée arythmique.* — Elle est caractérisée par des mouvements involontaires, irréguliers et contradictoires, identiques, en un mot, à ceux de la chorée vulgaire ou chorée de Sydenham. Signalée par Debove, en 1890, elle fut, l'année suivante, à l'occasion des observations présentées par Chantemesse, Joffroy et Séglas, l'objet d'intéressantes discussions à la Société médicale des hôpitaux. Les uns, s'appuyant sur les stigmates sensoriels mentionnés dans un certain nombre d'observations de chorée vulgaire, interprétèrent ces faits en disant que c'était là une véritable chorée hystérique. Certains, poussant cette interprétation jusqu'à l'in vraisemblance, allèrent jusqu'à rattacher à l'hystérie tous les cas de chorée de Sydenham. D'autres, enfin, avec Charcot, Joffroy, etc., estiment qu'il s'agit là d'une association chez un même sujet de deux névroses distinctes: la chorée de Sydenham et l'hystérie. En réalité, il y a beaucoup de cas de chorée de Sydenham qui sont indépendantes de la névrose hystérique; il en est qui prêtent à discussion, parce qu'on y voit juxtaposés les mouvements choréiques et des manifestations incontestablement hystériques; enfin, on peut rencontrer des cas de chorée arythmique, développés par imitation ou auto-suggestion, chez de jeunes sujets hystériques. Nous en avons observé quelques exemples, et il est incontestable que, dans les faits de cet ordre, la nature hystérique du phénomène ne saurait être discutée. Il existe un signe qui peut dans certains cas permettre de distinguer cette chorée arythmique hystérique de la chorée de Sydenham; c'est le mouvement combiné de flexion de la cuisse et du bassin que Babinski a observé dans un grand nombre de cas de chorée de Sydenham, qui existe du côté où les mouvements choréiques sont le plus prononcés et qui n'appartient pas à la chorée hystérique.

**Tremblements hystériques.** — Ils ont été étudiés et décrits par Charcot, Rendu, Pitres et Dutil. Généralisés ou partiels, et, dans ce cas, limités soit à un côté du corps, soit aux membres inférieurs, soit à un seul membre, ils sont essentiellement polymorphes, de rythme tantôt lent, tantôt rapide, légers ou bien très intenses, au point de troubler la marche et les actes de la vie quotidienne. Ils peuvent simuler la plupart des autres espèces de tremblements (alcoolisme, hydrargyrisme, paralysie agitante, sclérose en plaques, tremblements pré ou post-hémiplégiques). La notion de cet accident a permis de révoquer en doute la légitimité de certaines variétés de tremblements, tels que les tremblements émotifs, certains tremblements dits mercuriels, les tremblements consécutifs aux maladies infectieuses, qui, en raison de leurs allures, de leur brusque disparition sous l'influence de la persuasion, etc., peuvent être rattachés à la névrose hystérique.

**Physiologie pathologique des accidents d'ordre moteur.** — L'interprétation des paralysies et des contractures hystériques a donné lieu à un certain nombre de théories physiologiques qui semblent aujourd'hui devoir être abandonnées. Ce sont encore des troubles psychologiques qui jouent dans ces phénomènes le rôle essentiel. Si l'on réfléchit tant soit peu aux conditions dans lesquelles elles apparaissent, aux caractères qu'elles présentent, à la facilité avec laquelle on les reproduit, soit pendant le somnambulisme, soit à l'état de veille, ainsi que

Charcot l'a montré dans ses leçons de 1884 et 1885, à leur brusque disparition sous des influences morales, etc., on se convaincra aisément qu'elles ne sauraient dépendre que d'une perturbation purement mentale. Cependant elles ne sont pas toutes justiciables de la même interprétation psychologique. Celles qui sont électives ou systématiques comme l'astasié-abasié, l'ophtalmoplégie externe, s'expliquent, soit par une idée fixe subconsciente, soit par l'amnésie des mouvements spéciaux qui se trouvent supprimés. Les monoplégiés simples ou associées et les contractures locales sont presque constamment le résultat d'une idée fixe : l'idée d'impuissance motrice, d'engourdissement. C'est encore à des idées fixes, à des rêves subconscients que se rattachent la plupart des mouvements choréiques.

En résumé, les accidents moteurs, comme les autres manifestations hystériques, du reste, doivent être considérées comme une perturbation de ce que les psychologues appellent le moi. « En quoi consiste cette perturbation, ou, ce qui constitue la même question, en raison de quel état d'esprit un individu est-il atteint de paralysie hystérique? Deux interprétations paraissent soutenables. On peut supposer que le malade a perdu la faculté d'évoquer les images motrices correspondant aux mouvements qu'il est incapable d'accomplir, ou bien que sa volonté se refuse à exécuter certains mouvements. Il est possible que chacune de ces deux interprétations, qui ne s'excluent pas l'une à l'autre, soit applicable à un groupe de faits (1). »

#### TRoubles SENSITIFS

On a toujours considéré que les troubles sensitifs existaient fréquemment chez les hystériques, que leur recherche s'imposait toutes les fois qu'il s'agissait d'établir la nature hystérique d'une affection, et qu'ainsi leur constance en faisait de véritables stigmates de la maladie. Nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut penser de l'ancienne conception des stigmates hystériques et de leur valeur, mais dès maintenant nous tenons à nous élever contre une telle assimilation des troubles sensitifs. Leur caractère ne saurait différer de celui que nous avons assigné aux autres phénomènes pithiatiques. Comme eux, ils sont sous la dépendance de la suggestion. Loin d'exister, comme on l'a prétendu, avant les symptômes d'un autre ordre, de les dominer suffisamment pour en fixer la nature, ils sembleraient d'ordre plutôt secondaire, et n'apparaître qu'autant que l'attention du malade aurait été attirée sur leur manifestation. Or, très rarement, cette attention est attirée spontanément; quelquefois elle l'est à l'occasion d'une cause occasionnelle banale, choc violent, traumatisme, émotion. Le plus souvent, c'est l'exploration systématique d'un médecin à la recherche de prétendus stigmates, c'est l'interrogatoire tendancieux, c'est une intervention intempestive qui fait naître une altération de la sensibilité. Une fois installée, confirmée et renforcée par l'auto-suggestion, elle est prise ultérieurement pour une manifestation primitive, vraiment spécifique. Une telle interprétation s'accorde avec ce fait, qu'un hystérique vierge de tout examen médical ne présente pour un observateur prévenu, s'entourant de certaines précautions, et usant de certains artifices, aucun trouble sensitif ou sensoriel (Babinski) (2).

(1) BABINSKI. *D. diff. hémipl. org. et hyst. (loc. cit.)*.

(2) BABINSKI. Communication orale.

On est, dès lors, fixé sur l'importance toute relative que nous accorderons aux troubles sensitifs dans l'hystérie. Non seulement nous ne les décrirons pas avec ce luxe de détails que leur prodiguent tous les auteurs, mais encore nous ne nous laisserons entraîner par aucune des discussions pathogéniques qui se flattaient d'expliquer des phénomènes aussi polymorphes, conceptions anatomiques, incapacité mentale, rétrécissement du champ de conscience et qui toutes doivent être considérées comme des postulats insuffisants. Il est, au contraire, plus rationnel, au lieu d'édifier des théories incertaines et incomplètes sur des symptômes mal définis, d'avoir comme point de départ une définition nette, celle que M. Babinski a donnée et que nous avons acceptée, et d'y rapporter le symptôme sensitif aussi bien que le symptôme moteur. Celui-là comme celui-ci ressort de la suggestion ou de l'auto-suggestion; il est capable de guérir et de cesser par persuasion; et de ces deux caractères fondamentaux découlent forcément ceux que nous allons passer rapidement en revue en étudiant les anesthésies et les hyperesthésies, d'une façon générale et dans leurs manifestations particulières réputées les plus fréquentes.

**Les anesthésies. Caractères généraux.** — *Leur siège.* — Elles intéressent aussi bien la sensibilité générale que les sens spéciaux, sans qu'on puisse assigner de règle précise à leur coexistence ou leur apparition isolée.

*Leur intensité.* — En général elle est limitée, c'est-à-dire qu'elle n'atteint pas le degré qu'on observe dans les anesthésies de cause organique, celle des syringomyéliques, celle consécutive à la section d'un nerf, de la moelle, celle des paraplégiques. Dans la grande majorité des cas, il est possible d'éveiller des sensations douloureuses, à la faveur d'une manœuvre imprévue, l'action d'un fort courant faradique appliqué sur une région très sensible par exemple (Babinski).

On a prétendu que l'anesthésie de certains hystériques était tellement intense qu'il était possible de pratiquer sur ces sujets des opérations chirurgicales ou obstétricales comme pendant le sommeil chloroformé. Faisons remarquer, à cet égard, que certains individus supportent mieux la douleur que d'autres et qu'il y en a même — l'histoire nous en fournit de nombreux exemples — qui, par un effort de volonté, ont supporté la torture sans laisser manifester leur souffrance. Il n'y a donc aucune raison de contester la possibilité de ces insensibilités hystériques permettant des interventions opératoires. Mais ces faits sont certainement tout à fait exceptionnels, et dans la très grande majorité des cas, l'anesthésie hystérique disparaît devant une excitation intense.

*Leur allure paradoxale.* — Elles ne gênent pas le malade et Lasègue avait fait cette remarque que les anesthésies demandent à être cherchées.

Ainsi les hystériques écrivent, cousent, saisissent les objets les plus ténus et agissent librement comme si ces anesthésies n'existaient pas et il est manifeste qu'elles ne s'astreignent nullement à corriger l'insensibilité de leurs mains par une surveillance visuelle, incessante, de leurs mouvements. Que l'on compare sous ce rapport les anesthésies hystériques aux anesthésies des ataxiques : le contraste est frappant. Ceux-ci sont incommodés par leur insensibilité; ils s'en plaignent; elle les gêne pour la préhension des objets. Qu'on la compare à l'anesthésie des syringomyéliques : ils se brûlent ou se heurtent maladroitement aux objets environnants leurs mains anesthésiques : rien de pareil ne s'observe chez les hystériques. La même remarque est applicable aux anesthésies sensorielles, à l'amblyopie notamment.