

eu l'occasion d'examiner, il y a quelques semaines, dans une période marquée de fréquents orages, un cas de cette espèce ; le sujet, après une perte de connaissance qui avait duré trois quarts d'heure, présentait, du côté où la foudre l'avait approché, une perte complète de la vision et de l'odorat, de la diminution de l'ouïe et une anesthésie complète ; il était, en outre, tourmenté par une insomnie très tenace ; le sommeil revint grâce à des hypnotisations répétées, l'hémianesthésie disparut à la suite de l'application du pinceau faradique et du courant constant, et les troubles sensoriels rentrèrent dans l'ordre au bout de 4 semaines de traitement ; on ne constata chez lui aucun trouble de motilité. On trouvera, dans le travail de Schmitz (*Deutsche Med. Zeitg.* 1887, 73, 74), une étude approfondie des lésions anatomo-pathologiques produites par la foudre.

L'affection désignée sous le nom de « *railway-spine*, » présente une richesse et une variabilité de symptômes comparables à celles de l'hystérie ; des troubles moteurs, sorte de parésie de tout le corps, se joignent à des anomalies dans le domaine sensible, à des douleurs, surtout dans la tête, à de la paresthésie, de l'hypéresthésie et de l'anesthésie, pouvant intéresser également les nerfs des sens ; du côté de l'appareil de la vision, on peut constater du rétrécissement du champ visuel, de la faiblesse de la vue, de la photophobie, un trouble du sens chromatique ; on a également signalé de l'hypéresthésie de l'acoustique, de l'olfactif et des nerfs du goût. L'anesthésie de la peau s'observe surtout à la région dorsale, où elle occupe des plaques irrégulières, ou bien encore sous forme d'hémianesthésie hystérique nettement limitée ; enfin, elle peut occuper la tête, le cou et les parties supérieures du thorax (anesthésie en tête de poupée) ; souvent on peut remarquer qu'à chaque examen, les résultats varient, que les troubles sensibles paraissent pouvoir se déplacer et varier sous le rapport de l'étendue. Les réflexes cutanés et tendineux se comportent d'une façon variable, absolument comme dans l'hystérie ; la miction est parfois normale, parfois troublée. Lors de la marche, ou de tout autre mouvement corporel, le patient redoute surtout d'imprimer la moindre secousse à la colonne vertébrale ; il fixe le tronc et se porte en avant tout d'une pièce, le dos raide ; s'il doit changer de position, il ne le fait qu'en se soutenant sur les mains. Bien qu'il puisse n'exister aucun trouble psychique, il faut avouer que c'est là l'exception ; d'ordinaire, l'humeur est altérée, le patient est singulièrement excitable, anxieux, porté aux idées hypochondriaques, parfois

même au suicide ; on constate souvent chez lui de ces frayeurs particulières telle que l'agoraphobie, peur des espaces.

Dans toute névrose traumatique, il existe, sinon une complète simulation, du moins une exagération plus ou moins grande des symptômes, et l'on devra en tenir compte dans son examen. En tous cas, on devra faire preuve ici d'une extrême prudence ; on ne doit jamais considérer, *a priori*, les souffrances du patient comme imaginaires ou mensongères. Les dédommagements, auxquels le malade peut avoir légalement droit en cas d'accident, font un devoir au médecin de se livrer à un examen aussi exact que possible, libre de tout préjugé. Pour arriver à ce desideratum, on ne doit pas se contenter d'un premier examen, on doit observer attentivement chaque cas et ne pas se presser de juger.

Remarquons, en passant, que la profession peut être pour quelque chose dans l'écllosion des manifestations hystériques ; on a surtout incriminé les manipulations de certains poisons, particulièrement du mercure et du sulfure de carbone ; c'est ainsi que les auteurs français parlent d'une hystérie mercurielle et sulfo-carbonée. Nous y reviendrons dans la suite.

Le **traitement** de l'hystérie est toujours long ; il constitue, dans certains cas, la tâche la plus pénible et la plus ingrate que le médecin ait à remplir. Pour l'entreprendre, il faut nécessairement posséder toute la confiance de son malade — pour autant que cela soit possible chez un hystérique. Cette confiance est indispensable, car le traitement principal de l'affection consiste, non pas dans l'administration exclusive des substances réputées anti-hystériques, asa foetida, valériane, castoreum, nervins, mais bien dans l'influence psychique qui doit tendre à diminuer l'hypersensibilité du malade vis-à-vis des excitations internes et externes, à remonter son énergie et à retremper sa volonté. Ceci est assurément plus facile à dire qu'à faire, et l'on constatera plus d'une fois que, malgré les longues exhortations qu'on lui a prodiguées pendant des heures, le malade n'a en rien modifié sa façon d'être ; son irritabilité, ses caprices, ses fréquents changements d'humeur, tout son état, en un mot, est resté le même : on ne devra pas s'en étonner ni non plus se décourager, mais lutter encore et toujours pour atteindre son but.

Si les résultats sont absolument nuls et si l'on acquiert la certitude que la famille, au lieu de seconder le médecin, entrave plutôt ses efforts — le fait n'est malheureusement que trop fréquent — on fera bien de proposer d'éloigner le malade, de conseiller un séjour dans un établissement spécial. Les

Français attachent une grande importance à cet isolement ; d'après eux, les résultats favorables datent surtout du jour où on peut l'obtenir ; en Allemagne, on ne se décide pas aussi facilement à ce moyen, qu'on ne le fait, par exemple, à Paris où, dans la ville même ou dans les faubourgs, il existe différents établissements fort bien dirigés qui ne reçoivent que les hystériques ; chez nous, on cherche plus souvent à faire le traitement dans la famille. Naturellement, cela dépend du degré de l'affection ; si l'on a affaire à de l'hystéro-épilepsie avec grandes attaques, on devra se résoudre rapidement à envoyer, si possible, le malade dans un établissement.

Le traitement corporel comprend un traitement général qui a pour but de modifier favorablement la nutrition, l'état du sang et la résistance du malade, et un traitement symptomatique, dirigé contre les symptômes particuliers de la maladie. Dans le but d'améliorer la nutrition, *Weir Mitchell* et *Playfair* recommandèrent les premiers de donner au malade une nourriture riche et abondante, de lui prescrire, en même temps, un séjour fréquent et prolongé au lit (« engraissement ») ; le patient devait, d'après cette méthode, consommer une quantité considérable de lait, de viande, de pain, etc. ; au fur à mesure que le malade augmentait en poids, les symptômes et les accès hystériques allaient en s'affaiblissant. Dans ces derniers temps, *Binswanger* (*Allgem. Zeitschr. f. Psych.* 1883, XL, 4) dit avoir obtenu de bons résultats de cette méthode, et les perfectionnements qu'y ont apportés *Leyden* (*Berlin. klin. Woch.* 1886, XXIII, 16) et *Burkart* (*ibid.* 1886, 16) encouragent certainement à faire de nouvelles recherches dans cette voie — cependant, je dois avouer que les résultats que m'a procurés ce moyen n'ont pas toujours été fort brillants ; les cas ne sont pas rares où ces quantités énormes d'aliments ne sont pas supportées et provoquent du catarrhe d'estomac ou autres désagréments. Au contraire, lorsque l'assimilation des ingesta se fait, les effets bienfaisants se produisent.

Quoi qu'il en soit, la nutrition devra toujours être particulièrement soignée, et l'augmentation en poids du corps sera interprétée comme un signe favorable. Pour y arriver, le repos corporel absolu n'est pas une condition indispensable ; au contraire, un exercice musculaire réglé, systématique, semble y conduire plus facilement. La gymnastique de chambre, exécutée d'après des principes déterminés (*Schreber*, *Angerstein* et *Eckler*), réalise parfaitement ces conditions ; elle offre, en outre, l'avantage de combattre l'insomnie.

Dans certains cas, qu'il n'est possible de déterminer qu'après un examen attentif du malade, la faradisation générale de *Beard*

et *Rockwell* rend d'excellents services ; elle s'exécute de la façon suivante : le malade, presque complètement déshabillé, est assis sur un tabouret, les pieds nus posés sur une électrode en plateau, humectée et reliée à la cathode ; l'anode, qui consiste en une large électrode recouverte d'une éponge, est promenée successivement sur tout le corps. Cette dernière électrode peut encore être remplacée par une électrode sèche, en forme de pinceau mou ; cette pratique est parfois très douloureuse, surtout si l'on se sert de courants assez forts, mais ses avantages sont incontestables, spécialement dans les douleurs névralgiformes articulaires de l'hystérie.

Nous manquons encore d'expérience au sujet de l'efficacité de l'électricité statique ; il est d'ailleurs difficile d'apprécier cet agent thérapeutique à sa juste valeur ; on l'emploie rarement seul et l'on doit, par conséquent, faire la part des autres moyens auxquels on recourt en même temps. Il nous est impossible de décider jusqu'à présent, si l'effet de l'électricité statique diffère essentiellement du courant constant et faradique et quelles sont les indications spéciales de chacun d'eux. Ajoutons que les difficultés d'application et le prix élevé des appareils ne sont pas faits pour amener sa prompte vulgarisation.

Il est rare que dans le cours du traitement d'une hystérie grave, on ne se voie pas obligé de recourir au massage. Outre l'avantage d'apporter ainsi un changement toujours désiré par le malade, ce moyen peut rendre des services incontestables. Nous ne pouvons nous y arrêter davantage ; on trouvera, dans les traités spéciaux de *Schreber*, *Reibmayr*, *Zabludowski*, etc., tous les renseignements désirables à ce sujet.

L'emploi de l'eau froide sous forme de cures à l'eau froide, est indiqué dans tous les cas où l'on vise à fortifier l'organisme contre les agents nuisibles extérieurs tels que la température, etc. ; on ne pourrait trop conseiller d'être prudent dans l'emploi des basses températures ; l'eau qui sert aux frictions ou aux demi-bains doit avoir, pour le moins, une température de 21° à 22° R. Les douches glacées, de 10°, 6° et même 5° R., auxquelles les français s'adressent de préférence, exigent des conditions spéciales ; l'eau doit agir sur le corps sous une pression très élevée et la durée de la douche doit être si courte (10 à 15") que le malade ne doit pas s'apercevoir que l'eau est froide. J'ai souvent assisté à l'application de ce moyen dans quelques établissements hydrothérapeutiques renommés de Paris, et j'ai pu constater qu'elle était suivie immédiatement des meilleurs effets. Le procédé donne, de l'avis de

Charcot lui-même, des résultats durables tellement remarquables, qu'à Paris on considère les douches d'eau froide comme indispensables dans le traitement de l'hystérie. Il est à désirer que l'on puisse trouver, dans nos établissements hydrothérapiques, des installations de ce genre; la douche simple, en pluie, ne peut naturellement suffire, la pression élevée, dont il a été question, étant absolument nécessaire.

Le traitement symptomatique s'adresse spécialement aux symptômes pénibles, aux paroxysmes, dont la gravité peut être telle que le séjour de l'hystérique dans sa famille devient complètement impossible. On parvient parfois à mitiger l'attaque à l'aide d'une pression régulière exercée, pendant un temps assez long, au niveau des ovaires; la chloroformisation légère est encore plus certaine. Nous ne possédons aucun moyen sûr pour prévenir le retour des attaques, cependant, on peut recourir, avec une certaine confiance, aux bains frais prolongés, accompagnés d'aspersions plus froides, et longtemps continués. Si ce moyen ne donne aucun résultat, et si le patient accuse, avant le début des attaques, des douleurs dans la région ovarienne, et si la pression, exercée à ce niveau, a pour effet de rappeler plus souvent l'attaque, on devra se demander si l'ablation des ovaires (castration) n'est pas indiquée. On devra tenir compte des conséquences fatales de cette opération, de la stérilité entre autres, et ne pas perdre de vue que la castration ne donne pas toujours les résultats espérés; cependant, on ne peut nier qu'elle n'ait rendu des services incontestables (*Hegar, Schröder*). La question importante, c'est de pouvoir décider si, oui ou non, les ovaires sont réellement malades; nous avons vu plus haut que l'apparition des douleurs ovariennes avant ou immédiatement après l'attaque, pouvait renseigner à cet égard. On ne se résoudra à la cautérisation profonde du clitoris, proposée par *Friedreich*, que dans les cas extrêmement urgents. On devra toujours se livrer à un examen minutieux des organes sexuels et, s'il y a lieu, recourir sans tarder à de petites opérations telles que l'incision du canal cervical, le redressement des flexions ou courbures anormales de l'utérus; on aura souvent à traiter le vaginisme.

Les troubles moteurs et sensibles sont passibles du traitement indiqué plus haut. Si l'on soupçonne la simulation ou simplement de l'exagération, on s'adressera de préférence aux moyens douloureux, bains froids, pinceau faradique, moxas, pointes de feu. Le tact personnel du médecin, son expérience de chaque cas particulier, suffiront pour le guider et décider son choix parmi tous ces détails du traitement de l'hystérie.

Quant aux médicaments internes, nous ne pouvons que répéter ici ce que nous en avons dit à la page 69; en général, on doit se défier des hypnotiques, de la morphine principalement, dont on ne peut continuer l'emploi dans une affection d'aussi longue durée, sans faire de son malade un morphinomane.

Bibliographie.

I. Générale.

- Hasse, Krankheiten des Nervensystems. In Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Erlangen 1869.
 Briquet, Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie. Paris 1859.
 Charcot, Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux.
 Freud, Beiträge zur Casuistik der Hysterie. Wien med. Wochenschr. 1886, 49, 50.
 Möbius, Ueber den Begriff der Hysterie. Centralbl. f. Nervenheilk. 1888, XI, 3.
 Thermes, Traité élémentaire d'Hygiène et de Thérapie de l'Hystérie. Paris 1889.
 Charcot, Leçons du Mardi à la Salpêtrière. Paris 1889. (Poli-clinique 1887-88).

II. Spéciale.

a) Symptômes.

- Parinaud, Ann. d'Oculiste. XCVI, 1885, 1, 2. (Anesthésie de la rétine).
 Bock, Hysterische Stummheit. Deutsche Med. Ztg. 1886, VII, 103, 104.
 Cartaz, Du mutisme hystérique. Prog. méd. 1886, 2. S., III, 7, 9.
 Brissaud et Marie, Progr. méd. 1886, XV, 5, 7. (Déviation faciale dans l'hémipl. hyst.).
 Charcot, Prog. méd. 1886, XIV, 46. (Mutisme hystérique chez un homme).
 Guinon, Revue de Méd. 1887, VII, 6. (Tic convulsif).
 Huet, Hysterische Facialisparesse. Nederl. Weekbl. 1887, II, 22.
 Borel, Ann. d'Oculist. 1887, XCVIII, 5, 6. (Affection hystér. des muscles de l'œil).
 Schlesinger, Wien. med. Bl. 1888, XI, 3. (Névrose stomacale).
 Natier, Contribution à l'étude du mutisme hystérique. Revue mens. de Laryngol. etc. 1888, IX, 5. Mai.
 Huysman, Mutismus hystericus. Nederl. Tijdschr. voor Genesk-Fest. Donders' Jubelf. 1888, pag. 394.
 Savill, Lancet, II, 7. Aug. 1888. (Aphonie hystérique chez une femme de 71 ans).
 Borel, Ann. d'Oculiste. 1887, XCIII, 5, 6. (Affection hystér. des muscles de l'œil).
 Peck, New-York med. Rec. 1888, XXXIII, March. (Coma hystérique).
 Robinson, Hysterical Dysphonia. Philad. med. and. surg. Rep. Nov. 1888, LIX.
- Babinski, Arch. de Neurol. Juillet 1886, XII. (Atrophie dans les paralysies hystériques).

- Chauffard, Gaz. hebd. 2. Sér. 1886, XXIII, 21. (Atrophie de l'extrémité supérieure gauche, monoplégie hyst. à la suite de trauma chez un jeune homme).
- Massalongo, L'atrofia muscolare nelle paralisi isteriche. Napoli, Detken, 1886.
- Debove, De l'apoplexie hystérique. Arch. gén. de méd. 1886, Nr. 34.
- Voisin, Arch. de Neurol. 1886, XII, pag. 202. (Monoplégie hystérique du bras droit, datant de six mois, cédant immédiatement à la suggestion).
- Oserezkowski, Zur Diagnose der hyster. Hemiplegie. Centralbl. f. Nervenheilk. 1887, X, 6.
- Martinencq, Cas d'apoplexie hyst. avec autopsie. Ann. méd.-psych. 7 mars 1887.
- Brissaud, Arch. de Phys. norm. et pathol. 1887, 3, (Hémiplégie hystérique avec atrophie).
- Achard, De l'apoplexie hystérique. Arch. gén. de méd. Janv. 1887.
- Moravsk, Centralbl. f. Nervenheilk. 1888, XI, 20. (Symptômes hystér. dans la syphilis du cerveau).
- Sonques, Hémiplégie hystérique (chez un saturnin). Gaz. de Paris, 1889, 2.
- Kershaw, Lancet. 1887, II, 9. (Spasmes hystériques rappelant la tétanie).
- Pitres, Gaz. de Paris. 1889, 17—26. (Spasmes rythmiques).
- Thijssen, Spasme glosso-labial hystérique. Nederl. Weekbl. 1888, I, 24.
- Foster, New-York med. Rec. July 1888, XXXIV. (Spasme de l'œsophage chez un enfant).
- Duret, Déformation de la région lombaire de nature neuro-musculaire (Kypho-scoliose hystérique). Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. 1888, 5.
- Audry, Du pseudo-mal de Pott hystérique. Lyon méd. 1888, LVI, pag. 235.
- Hirt, Bresl. ärztl. Zeitschr. 1888, X, 4.
- Dutil, Contribution à l'étude clinique des tremblements hystériques. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 3^e année, 1890, pag. 27.

Paramyoclonus multiplex.

- Friedreich, Virchow's Archiv. 1881, Bd. 86, pag. 421.
- Loewenfeld, Bayer. ärztl. Intell.-Blatt. 1883, XXIX, 15.
- Marie, P. Progrès méd. 1886, XIV, 8, 12.
- Seeligmüller, Deutsche med. Wochenschr. 1886, XII, 24.
- Francotte, Observations neuropathologiques. Liège 1887.
- Homén, Finska läkaresällsk. Handl. 1887, XXIX, 1.
- Bechterew, Arch. f. Psych. und Nervenkrankh. 1887, XIX, 1.
- Vanlair, Des myoclonies rythmiques. Revue de Méd. 1889, 1, 2.
- Kowalewski, Archivio italiano per le mal. nerv. 1887, XXIV, pag. 288.
- Venturi, Giornale di Neurop. 1887, V, Fasc. 2.
- Starr, Allen, Param. mult. with a report of a case. Journ. of nerv. and ment. diseases. (Les convulsions apparurent pour la première fois immédiatement après que le sujet eut soulevé des objets lourds).
- Rybalkin, Analyse. Petersb. med. Wochenschr. 1887, 44, pag. 366.
- Marina, Ueber Param. mult. und idiopathische Muskelkrämpfe. Arch. f. Psych. und Nervenkr. 1888, XIX, 3, pag. 684.
- Ziehen, Ueber Myoclonus und Myoclonie. Ibid. 1888, XIX, 2, pag. 465.
- Zezas, Zur Differentialdiagnose der Gelenkneurosen. Chir. Centralbl. 1886, XIII, 16.
- Pitres, De l'analgésie chez les hystériques à l'état de veille et dans le sommeil hypnotique. Journ. de méd. de Bordeaux, 1886, 50.

- Müller, Mitth. d. Vereines d. Aerztein Steiermark, 1886, XXII, (Troubles remarquables de la sensibilité).
- Lichtwitz, Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens et les zones hystérogènes des muqueuses. Paris 1887.
- Falcone, Deutsche med. Wochenschr. 1886, XII, 41. (Chute spontanée des ongles).
- Ward, Philad. med. and. surg. Rep. 1887, LVII, 5. (Hémoptygies hystériques).

b) Etiologie et particularités de l'hystérie.

(Hystérie chez l'homme et l'enfant. Hystérie traumatique. Railway-spine).

- Debove, Gaz. des Hôp. 1886, 20. (Hyst. chez l'homme).
- Tuczek, Berl. klin. Wochenschr. 1886, XXIII, 31.—33.
- Freud, Wiener med. Blätter. 1886, IX. (Hystérie chez l'homme).
- Dreschfeld, Med. Chronicle. 1886, V, 3. (Hystérie chez l'homme, consécutive au traumatisme).
- Duponchel, L'hystérie dans l'armée. Revue de Méd. 6. Juni 1886, VI.
- Janssen, Nederl. Weekbl. 1887, II, 13. (Hystérie chez le soldat).
- Riesefeld, Hysterie bei Kindern. Inaug.-Diss. Kiel. 1887.
- Dubois, Schweizer Correspondenzbl. 1887, XVII, 13. (Hystér. chez l'homme et l'enfant).
- Coustan, Arch. de méd. et de pharm. mil. 1887, X, 5. (Hyst. chez l'homme).
- Handford, Brit. med. Journ. Oct. 1887, 22.
- Datil, Gaz. de Paris. 1887, 53. (Influence du plomb).
- Guinon, Ibid. 1887, 48. (Influence du mercure).
- Moricourt, Gaz. des Hôp. 1887, 6. (Hystérie chez l'homme).
- Engelsberg, Wiener med. Wochenschr. 1888, XXXVIII, 14. (Hystérie chez un garçon de 13 ans).
- Lees David, Lancet. 23. June 1888, I. (Hystérie chez deux jeunes garçons).
- Ray, Hysteria in the negro. New-York med. Rec. 2. July 1888, XXXIV.
- Clark, Journ. of ment. sc. Jan. 1888, XXXIII. (Hystérie chez l'homme).
- Guillemin, Ann. méd.-psychol. 7 Mars 1888 (Influence de l'alcool).

Charcot, Progrès méd. 1885, XIII, 18.

Oppenheim, Archiv. f. Psych. und Nervenkrankh. 1885, XVI, 3.

Troisier, Gaz. hebd. 1886, 2 Sér. XXIII, 18. (Paral. hyst. à la suite d'un traumatisme).

Charcot, Wiener med. Wochenschr. 1886, XXXVI, 20, 21. (Coxalgie hystérique à la suite d'un traumatisme chez l'homme).

Derselbe, Progr. méd. 1887, XV, 6. (Paralysie hystéro-traumatique).

Debove et Catrin, Remarques sur l'hystérie traumatique, Gaz. hebd. 1887, 2 Sér., XXIV, 43.

Oppenheim, Berl. ärztl. Correspondenzbl. 1887, 5.

Vibert, Ann. d'Hyg. publ. Déc. 1887, XVIII, 12. (Le railway-spine considéré au point de vue médico-légal).

Lyon, Encéphale. 1888, VIII, 1. (Hystérie à la suite d'un traumatisme grave).

Charcot, Arthralgie hystéro-traumatique du genou. Progr. méd. 1888, XVI, 4.

Bernhardt, Deutsche med. Wochenschr. 1888, 13.

Strümpell, Ueber die traumatischen Neurosen. Berl. Klinik. Fischer, 1888, 3. Heft.

Grasset, Hystéro-traumatisme. Leçons recueillies. Montpellier, 1888.

Opfer F., Beitrag zur Lehre von den traumat. Affectionen des Rückenmarks. Inaug.-Diss. Berlin, Schade, 1888.

- Oppenheim, Deutsche med. Wochenschr. 1888, 10, p. 194.
 Baginsky, Berl. klin. Wochenschr. 1888, 3.
 Wolff, Ueber Railway-spine. Deutsche med. Zeitg. 1888, 79, 80.
 Oppenheim, Die traumatischen Neurosen. Berlin 1889.
 Bernhardt, Von den allgem. u. traumat. Neurosen. Berl. klin. Wochenschr. 1889, 18.
 Stepp, Deutsche med. Wochenschr. 1889, 4.
 Grasset, Leçons sur l'hystéro-traumatisme. Paris, Lecrosnier, 1889.
 Meyer, Moriz, Berl. klin. Wochenschr. 1889, 5.
 Auerbach, Die traumatische Hysterie beim Manne. Inaug.-Diss. Strassburg 1889.
 Strümpell, Ueber traumatische Hysterie. Münchner med. Wochenschr. 1889, 11.
 Berbez, Hystérie et traumatisme. Paris, 1887.
 Thyssen, Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique. Paris, 1888.

c) Traitement.

- Stein, Die allgemeine Elektrisation des menschlichen Körpers. Halle 1883, 2. Aufl.
 Widmer, Schweizer Correspondenzbl. 1886, XVI, 9-11. (Guérison obtenue par la castration).
 Reibmayr, Die Technik der Massage. Wien 1886, 2. Aufl.
 Tait, Lawson, Lancet. 1887, II, 25. (Guérison obtenue par la suppression de pessairs).
 Pitres, Progr. méd. 1887, XV, 8. (Electricité statique).
 Greffier, De l'électricité statique et de ses applications à la thérapeutique. Paris 1887.
 Zabudowski, Zur Indication und Technik der Massage. Berl. klin. Wochenschr. 1887, 36.
 Burkart, Berl. klin. Wochenschr. 1888, XXIV, 45-47.
 Gittermann, Deutsche med. Zeitg. 1888, IX, 24. (Cure de massage).
 Didier, Sur l'électricité faradique dans l'Hystérie. Lyon méd. 1888, LVIII, pag. 356.
 Dutton, Lancet. 23. June 1888, I. (Massage, cure de massage, internement).
 Bielschowsky, Ueber Influenzelektricität etc. Therapeut. Monatsh. März 1889.

TROISIÈME CHAPITRE.

Epilepsie. Mal caduc. Morbus sacer. Mal comitial.

Pris dans son sens le plus restreint, le terme d'épilepsie sert à désigner une névrose fonctionnelle, dont le siège anatomique reste encore inconnu, et qui se caractérise surtout par l'existence de troubles divers, procédant par attaques; celles-ci consistent en une perte de connaissance avec ou sans convulsions. Le nom d'épilepsie est encore donné, dans un sens plus large, à certaines affections reposant sur des lésions anatomiques du cerveau, principalement de l'écorce; les troubles de connaissance sont alors beaucoup moins caractéristiques, mais

les convulsions le sont davantage; parmi ces affections, on range l'épilepsie *jacksonienne*, épilepsie partielle ou épilepsie corticale (v. p. 69). Il est de la plus grande importance, de déterminer exactement à quelle espèce d'épilepsie on a affaire dans un cas donné; on recherchera si les attaques appartiennent bien à la névrose, et si, en dehors de ces attaques, le malade ne présente rien de particulier — ce qui est caractéristique pour l'épilepsie proprement dite — ou si ces attaques ne doivent pas être considérées comme le symptôme d'une autre maladie. La solution de cette question décide si, oui ou non, la guérison peut être envisagée comme possible. Nous nous occuperons en premier lieu de l'épilepsie véritable.

La façon dont l'épileptique passe sa vie, la possibilité de se livrer à ses occupations, de fréquenter la société et d'y jouer un rôle plus ou moins actif, l'espoir de voir améliorer sa situation, même l'espoir de la guérison, tout cela dépend, en réalité, des attaques dont il souffre, de leur caractère, de leur durée, de leur fréquence et enfin, de la gravité de leurs suites. Aussi, lorsqu'il entreprend le traitement d'un épileptique, le premier soin du médecin consiste-t-il à en étudier l'attaque dans tous ses détails.

Symptômes. Attaque.

Chez certains épileptiques, l'attaque éclate tout-à-fait subitement et inopinément: le malade, chez qui, à ce moment, on ne soupçonnerait aucune affection, tombe tout-à-coup par terre, comme foudroyé. Chez d'autres, au contraire, et ce sont les plus nombreux, l'attaque est immédiatement précédée de l'un ou l'autre phénomène prémonitoire: on dit alors qu'il y a aura (souffle, courant), vieille expression qui date de *Gallien* et est encore usitée aujourd'hui. On peut se convaincre, en étudiant l'aura et l'attaque proprement dite, que bien peu de cas d'épilepsie se ressemblent, que presque tous ont une forme qui leur est propre; aussi est-il impossible d'en donner une description générale.

On distingue, en premier lieu, une aura psychique et une aura somatique. L'aura psychique consiste généralement dans un changement particulier de l'humeur: ou bien le malade devient extraordinairement apathique, taciturne, ou bien il accuse de l'excitation, arpente anxieusement son appartement, paraît égaré, etc. Le passage de l'aura épileptique au trouble de connaissance particulier nommé délire préépileptique (*Mendel, Eulenberg's Vierteljahrsschr.* N. F. 1885, Bd. 42, Heft 2), s'accomplit d'une façon insensible. L'aura psychique peut avoir une durée de plusieurs heures, parfois, cependant, elle ne