

2 à 3 fois par jour en y allant progressivement), sont surtout à recommander. Si la déglutition est gênée, on pourra donner le chloral en lavement. Parmi les autres remèdes, le *bromure de potassium* (au moins 10 à 15 grm. par jour) et la *fève de Calabar* (des poudres de 0,01 d'extrait de fève de Calabar, 3 à 5 par jour) doivent aussi être mentionnés. Pendant que par ces remèdes nous abattons l'excitabilité des centres nerveux, nous possédons dans le *curare* une substance qui a la propriété reconnue d'abaisser l'excitabilité des *expansions terminales des nerfs moteurs dans l'épaisseur des muscles*. Aussi bien on a institué avec le *curare* de nombreuses recherches thérapeutiques dont quelques-unes seulement ont eu du succès. Le dosage du remède n'est pas facile, parce que ces diverses préparations n'ont pas une composition de tout point identique. Il est à conseiller, par conséquent, d'essayer au préalable sur un animal l'activité de la solution qu'on emploie. On prend d'ordinaire un soluté de 0,1 de curare sur 10,0 d'eau, on commence par $\frac{1}{4}$ de seringue de Pravaz, et on augmente graduellement la dose, tout en notant exactement l'effet produit.

Il importe beaucoup, si l'on peut, d'isoler les tétaniques dans une chambre obscure et tranquille. On ne permettra qu'une alimentation liquide, pas trop chaude et on donnera dès le début des excitants (vin, camphre). On pourra avec prudence employer des *bains chauds* prolongés. Nous savons d'expérience personnelle que les malades y éprouvent subjectivement un soulagement parfois marqué.

Il est évident que dans le tétanos traumatique il faut porter son attention sur l'état de la plaie récente. Comme, d'après les recherches récentes, les bacilles du tétanos, en pullulant, ne se propagent pas au delà de la plaie, il semblerait indiqué, au début de la maladie, d'amputer, si possible, la partie blessée ou d'exciser la plaie. Cependant une semblable pratique n'a pas, s'il faut en croire les expériences actuelles, donné de résultat certain.

CHAPITRE SEPTIÈME.

MYOTONIE CONGÉNITALE.

(*Maladie de Thomsen.*)

En 1876 un médecin du Schleswig, THOMSEN, décrit une maladie particulière, inconnue jusqu'alors, qu'il avait observée sur lui-même et sur plusieurs membres de sa famille. A la désignation correcte, mais trop longue, « *de crampes toniques dans les muscles du mouvement volontaire* », désignation

que THOMSEN avait choisie lui-même, nous avons substitué le nom plus bref de « *myotonie congénitale* ». Cette maladie semble être très insolite ; cependant on en connaît aujourd'hui déjà un grand nombre de cas recueillis en Allemagne, en France et en Italie.

Cette affection est selon toute probabilité toujours congénitale ; il est de fait que les symptômes en remontent constamment à la toute première enfance. Il arrive très souvent que la myotonie est héréditaire, et la partie mâle de la famille en est plus fréquemment et plus fortement atteinte que les femmes. Le *symptôme essentiel de la myotonie* consiste à ce que tout muscle qui se met en mouvement par l'action de la volonté, après avoir été quelque temps en repos, entre, à l'instant où il commence à se mouvoir, dans un état de contracture plus ou moins persistante, dans un léger tétanisme, d'où résulte que la propriété indispensable à toute motricité coordonnée de pouvoir en tout temps relâcher immédiatement le muscle tendu, est supprimée. On comprend sans peine que cet état doive entraver considérablement tous les mouvements volontaires. Les malades ne sont pas paralysés, mais ils ont un sentiment de grande pesanteur et d'effort à chaque mouvement musculaire. Les mouvements rapides et précis sont parfois complètement inexécutables, au point de rendre les malades tout à fait inaptes au service militaire. Il est digne de remarque que la rigidité se dissipe passagèrement quand les muscles ont fonctionné pendant quelque temps. Quand ils montent un escalier, les premiers pas des malades sont raides et pénibles, mais après, les mouvements sont de plus en plus faciles et dégagés. Les émotions morales ont constamment une influence défavorable ; la raideur alors devient plus prononcée qu'auparavant.

En examinant objectivement les malades, on s'aperçoit immédiatement du développement insolite de leur système musculaire. Les muscles, surtout ceux des extrémités, sont si volumineux, qu'on peut les considérer comme atteints d'hypertrophie véritable, sans que pour cela celle-ci soit toujours accompagnée d'une augmentation corrélative de force musculaire. Un fait très intéressant et très digne de remarque, ce sont certaines déviations dans l'*excitabilité électrique des nerfs* et des muscles. Ces dernières ont été étudiées intimement par ERB en premier lieu et qualifiées par lui du nom de « *réaction myotonique* ». Les *nerfs moteurs* présentent quantitativement une excitabilité faradique et galvanique normale. Toutes les excitations isolées donnent de petites contractions. Mais sous l'action d'excitations continues (courants faradiques, courants stables galvaniques) se produit après la cessation de l'excitation une très caractéristique *répétition des contractions*. Les muscles sont *faradiquement* très facilement excitables et manifestent toujours sous l'influence de courants un peu plus forts la répétition dont nous venons

de parler. L'influence des courants persistants provoqué des contractions musculaires ondulantes proprement dites, oscillantes. L'*excitation galvanique des muscles* produit une légère augmentation de l'excitabilité. Alors les courants en prenant un peu plus de force donnent lieu à des contractions manifestement *lentes, toniques* et également *traînantes*. Elles ne se produisent qu'à l'occasion de la fermeture et pas à l'ouverture du courant. Enfin on constate encore presque toujours un très remarquable phénomène, découvert par ERB ; sous l'action du courant stable sur les muscles, il se déclare dans ceux-ci des *contractions rythmiques* sous forme d'ondulations qui partent de la cathode et se rendent à l'anode. — « L'*excitabilité mécanique* des muscles sous la percussion est le plus souvent *augmentée* ; cependant cette loi ne s'applique pas aux contractions idiomusculaires. » Les *réflexes* d'ailleurs, la *sensibilité*, et toutes les autres fonctions nerveuses ne présentent rien d'anormal.

D'après tout cela, ce qu'il y a de plus probable, c'est que la cause de la maladie doit se trouver dans le *muscle* même, et que conséquemment la myotonie consiste en une *anomalie congénitale du système musculaire*. Cette hypothèse a d'ailleurs trouvé sa confirmation dans les découvertes histologiques intéressantes constatées par ERB sur des fragments musculaires excisés. Il a des fibres musculaires manifestement *augmentées de volume*, une fine et indéniable striation transversale chez plusieurs d'entre elles, des vacuoles quelquefois, une abondante *formation de noyaux* et une considérable augmentation de tissu interstitiel. — Les recherches anatomiques pratiquées sur le système nerveux n'ont rien appris jusqu'ici.

La maladie dure autant que la vie. Les malades s'y accoutument à la longue et apprennent à la dissimuler. L'état général, à part une certaine dépression mentale, peut rester en dehors de toute atteinte. Jusqu'ici on n'est pas parvenu dans la myotonie à obtenir de *résultats thérapeutiques réels*. Dans quelques cas on préconisera de préférence les ablutions froides, un léger massage des muscles et des exercices musculaires méthodiques.

CHAPITRE HUITIÈME.

CATALEPSIE.

Si autrefois la catalepsie était considérée comme une maladie à part, on est à peu près d'accord aujourd'hui pour ne lui assigner que la valeur d'un *symptôme* spécial qui peut se présenter dans différents états morbides. Comme nous l'avons fait entendre plus haut (p. 65), on comprend par

« *rigidité cataleptique* » cette manière d'être particulière des muscles, qui fait que les membres restent involontairement fixés dans la position qui leur est passivement donnée. Vient-on à changer la situation des membres atteints de catalepsie, par exemple en mettant les extrémités et les doigts dans des positions insolites et à peine tenables, les malades ne font pas le moindre effort pour se dégager de l'attitude souverainement incommode qu'on leur a imprimée. Vu que, dans ces conditions, les membres se laissent plier comme de la cire et que, pour ce faire, on n'a qu'une *faible* résistance à surmonter, ce phénomène a reçu le nom de « *flexibilité cireuse* ».

Jusqu'à cette heure on n'a pas donné la vraie *explication* de l'état cataleptique. On n'a étudié que les circonstances qui favorisent sa production et les points de détail qui s'y rattachent. Nous avons dit que la contraction tonique des muscles n'atteint jamais, dans la catalepsie, un haut degré : son intensité ne va pas beaucoup au delà de ce qu'il faut de force pour vaincre l'influence de la pesanteur et pour maintenir le membre dans la position factice qu'on lui a donnée. Il est clair dès lors qu'il doit coexister toujours un rapport déterminé avec l'énergie contractile des antagonistes, rapport qui varie nécessairement d'après l'attitude à garder par les parties du corps en expérience; mais nous ignorons complètement en vertu de quelles influences (réflexes) s'opère cette répartition incessante des forces d'innervation. Une autre remarque digne d'être signalée, c'est que les changements de position provoqués par l'excitation électrique des nerfs et des muscles, *ne persistent pas*. Du moment que l'excitation cesse, le membre revient à sa situation première.

Quant aux circonstances dans lesquelles la catalepsie se montre, c'est comme élément constituant des *attaques d'hystérie* grave qu'on l'observe le plus souvent. Elle s'associe alors à d'autres troubles fonctionnels, en particulier à des *anomalies du sensorium* et à des *anesthésies*. Ces dernières affectent de préférence *les muscles*. C'est ainsi que les malades sont capables de rester plus d'une heure le bras étendu, sans éprouver le moindre sentiment de fatigue. Ce n'est qu'après un temps considérable que le bras s'abaisse lentement. — La catalepsie hystérique est dans une étroite affinité avec la *catalepsie hypnotique* qu'on peut artificiellement provoquer en tout temps chez beaucoup d'hystériques, à l'aide de manœuvres appropriées (v. chap. suiv.). CHARCOT a donné la description de malades plongés dans la léthargie hypnotique, qu'on faisait passer à l'état cataleptique rien qu'en leur ouvrant les yeux fermés jusque-là. En ces cas la catalepsie était en outre associée au phénomène si remarquable de la *suggestion*. En donnant artificiellement aux malades des attitudes en rapport intime avec un ordre d'idées déterminées (comme l'attitude de la prière, de la crucifixion, de la

frayeur, de l'aversion, etc.), immédiatement l'idée suggérée, semblable à une hallucination, subjuguait l'esprit du malade avec toute la puissance d'une vivante réalité, comme on pouvait le lire dans l'expression de sa face et dans tout son habitus ! — Pour faire pendant à ce que nous venons de dire, citons les observations de DUCHENNE, de LASÈGUE et de nous-même, dans lesquelles des hystériques peuvent être placés dans l'état cataleptique par l'occlusion artificielle des yeux (v. l'anesthésie hystérique, dans le chap. suiv.).

Outre l'hystérie, beaucoup de *psychoses* peuvent aussi se compliquer de catalepsie, surtout certaines formes graves de la mélancolie (*melancholia attonita*, *katatonie*), et parfois la paralysie progressive. L'étude détaillée de ces divers états doit être réservée à la psychiatrie. Toutefois des états cataleptiques se présentent encore dans d'autres *affections cérébrales* graves de nature organique, dans la méningite, les tumeurs cérébrales, le coma apoplectique, etc. Pour finir, disons incidemment qu'on a observé chez des enfants d'un à deux ans, souffrant d'une maladie quelconque, un état cataleptique assez prononcé qui, le plus souvent, était sous la dépendance d'une certaine obtusion du sensorium et parfois d'une hypnotisation engendrée par un milieu non accoutumé.

On a considéré la catalepsie comme une *entité morbide autonome*, quand elle se rencontre sous forme d'« *attaques cataleptiques* » chez des personnes saines sous tous les autres rapports. Les malades en question tombent d'une manière subite et sans motif apparent dans un accès de catalepsie qui se dissipe de lui-même après un temps plus ou moins long. Il est à penser que les faits de cette catégorie, en tout cas très rares, si tant est qu'ils ne sont pas de nature hystérique, doivent être envisagés comme des états *épileptoïdes* et classés par conséquent dans le cadre de l'*épilepsie* essentielle.

En présence de la multiplicité des processus morbides susceptibles de provoquer la catalepsie, il n'y a pas moyen de tracer de règles générales en ce qui concerne son *pronostic* et son *traitement*. Il suffira de s'en rapporter au chapitre suivant.

CHAPITRE NEUVIÈME.

HYSTÉRIE.

Étiologie et définition. Il est impossible de donner de l'hystérie une définition à la fois concise et adéquate. Le tableau symptomatique sous lequel elle se présente est si mouvant, qu'il n'y a pas un seul de ses traits

morbides qui puisse être considéré comme caractéristique ou pathognomonique pour tous les cas donnés. Dès lors, l'hystérie, considérée au point de vue symptomatologique, n'est pas une entité morbide renfermée dans des limites rigoureuses. En revanche le *caractère propre* de tous les états pathologiques auxquels nous attachons la qualification d'hystériques, permet facilement de les classer dans une même catégorie. Conséquemment l'hystérie possède ses modalités fondamentales et ses règles, comme toute autre maladie, et c'est uniquement parce qu'autrefois on en recherchait les lois partout ailleurs que là où elles se trouvaient effectivement, qu'on concluait erronément que les manifestations hystériques n'étaient soumises à aucun principe général.

La condition première pour acquérir la véritable notion de l'hystérie, nous paraît consister à s'affranchir de l'hypothèse surannée et insoutenable d'après laquelle l'hystérie serait une « maladie fonctionnelle généralisée de l'ensemble du système nerveux, d'où résulterait que tantôt l'une et tantôt l'autre partie de ce système est troublée dans son fonctionnement ». Pour nous, l'hystérie est une *affection qui se rattache exclusivement à l'activité cérébrale dans ses rapports immédiats avec les processus psychiques*. C'est, si l'on veut, une *psychose*, mais dans l'acception la plus large du mot, en ce sens que le trouble ne porte pas seulement sur la marche normale des processus psychiques eux-mêmes, mais principalement sur le *lien qui les unit aux processus d'innervation purement corporels*. Nous appelons par conséquent *hystérique* toute manifestation morbide qui dépend d'un trouble des rapports normaux existant entre les processus de notre sensorium et notre individualité physique. Entre les propositions de notre volonté et les agissements de notre système musculaire, entre les incitations des nerfs sensoriaux et notre conscience il existe, dans les conditions normales, des liens parfaitement déterminés et un enchaînement nettement réglé. Si dans cette liaison il se fait un relâchement, une désharmonie, s'il se glisse un vice de mesure, à l'instant surgit un trouble « nerveux » du mouvement ou de la sensation, un système morbide hystérique. Disons qu'en même temps le point de départ du désordre se trouve toujours en *dernière* analyse dans le domaine *psychique*. Si par exemple la proposition *émagée de la volonté* subit une modification morbide en ce sens qu'elle ne peut plus provoquer d'excitation motrice corporelle dans un domaine musculaire quelconque, alors se manifeste une paralysie hystérique. Si le sensorium se détourne constamment des influences sensorielles déterminées qui affluent vers lui, on a affaire en ce cas à une anesthésie *hystérique*. Les explications qui suivent rendront plus explicitement compte encore de l'*origine psychogénétique* caractéristique de tous les phénomènes morbides de l'hystérie.