quatre heures a atteint le chiffre colossal de 13 687 attaques; la plus longue durée notée a été de trois mois; les accès se présentent en général par groupes formant des séries qui durent de douze à trente minutes, séparées par des intervalles de repos de durée à peu près égale, se répétant plus ou moins souvent dans la journée et les journées suivantes. On a observé des groupes d'attaques durant douze heures sans arrêt; le malade sent très bien que l'attaque n'est pas finie, mais profite de l'intervalle de deux groupes pour manger, uriner, etc.

Dans cet état de mal épileptoïde on observe toujours, à un moment donné, des phénomènes qui appartiennent à d'autres périodes de la grande attaque : ébauche d'attitudes passionnelles, pleurs, mouvements illogiques, et d'ailleurs il n'y a ni morsure de la langue, ni miction involontaire, ni abrutissement après le groupe d'attaques. Il n'y a pas d'escarres, pas d'élévation de la température, et la formule urinaire est parfaitement caractérisée, puisque le résidu fixe diminue au lieu d'augmenter. C'est l'analyse des urines qui seule permet de préciser la durée de l'état de mal hystérique; en effet, l'excrétion urinaire commence à se relever lorsque l'état de mal va cesser. Remarquons que, malgré la diminution des échanges nutritifs, l'amaigrissement se montre dans des proportions appréciables : 400 grammes par jour pendant vingt-deux jours chez une femme de 53 kilos ; mais la malade aussitôt réveillée se met à manger et augmente de poids aussi rapidement qu'elle avait diminué.

Épilepsie partielle. — Le paroxysme épileptoïde peut revêtir la forme de l'épilepsie bravais-jacksonienne. L'épilepsie partielle peut être sensitive ou motrice, souvent précédée de troubles vaso-moteurs. L'attaque d'hystérie revêt toutes les formes de l'attaque d'épilepsie partielle vraie, et le paroxysme peut se prolonger en série, constituant un véritable état de mal. Ballet et Crespin ont observé 21 708 accès en vingt-six jours. L'attaque peut être exclusivement épileptoïde, et la symptomatologie tellement semblable à celle de l'épilepsie vraie que l'erreur de diagnostic est pour ainsi dire fatale, surtout si l'on se souvient des cas d'association de l'hystérie avec les affections organiques du système nerveux. L'étude des échanges nutritifs peut seule permettre le diagnostic ferme, diagnostic de première importance, aujourd'hui que la trépanation occupe une place prépondérante dans le traitement curatif de l'épilepsie partielle symptomatique.

Attaque démoniaque. — La prédominance des phénomènes de la deuxième période (grands mouvements et contorsions) constitue la variété de l'attaque hystérique à laquelle Charcot a donné le nom de *démoniaque*. Tout ce qui prête à l'exagération dans les périodes normales est ici porté à son suprême degré. Les grands mouvements surtout s'exécutent avec une violence effrayante. Le malade pousse

de véritables hurlements, des aboiements, des cris aigus ou sourds; la figure convulsée respire la crainte et l'effroi; le démoniaque déchire ses vêtements, s'arrache les cheveux, cherche à s'enfuir, frappe ceux qui veulent le retenir, s'agite comme un véritable forcené. Cependant les contractures immobilisent plus ou moins les membres dans des attitudes invraisemblables; elles sont horriblement douloureuses et arrachent des cris affreux au malade. Ces attaques ont généralement une longue durée. Par l'impression irrésistible qu'elle cause aux assistants, on conçoit combien souvent l'attaque démoniaque peut sévir sous forme épidémique. C'est elle qui faisait fureur au moyen âge : les convulsionnaires de Saint-Médard en sont restés le type le plus connu; presque tous les peintres l'ont représentée, mais surtout Jordaëns et Rubens. C'est presque toujours l'homme qui est figuré dans ces représentations, que reproduit le remarquable ouvrage de Charcot : *les Démoniaques dans l'art*.

C'est également de cette seconde période de l'attaque qu'on peut faire dériver la chorée rythmée et les spasmes rythmiques, que nous avons déjà étudiés dans les troubles moteurs.

Ayant ainsi passé en revue les attaques avec prédominance de l'élément convulsif, nous abordons l'étude de ce que Gallien appelait du terme très compréhensif d' « attaques soporeuses », attaques dans lesquelles la résolution musculaire et l'anéantissement des puissances et facultés de l'âme occupent la première place.

Les morts apparentes et les résurrections miraculeuses sont rapportées en grand nombre par les auteurs, à cause même de leur singularité qui ne leur permet pas de passer inaperçues.

Le sommeil, l'évanouissement, l'apoplexie, la léthargie ne sont que des expressions variées pour caractériser des phénomènes très analogues.

Chez la femme, l'*attaque de sommeil*, entendue dans le sens le plus large, est rarement un accident initial. Les sujets ont presque toujours présenté auparavant les phénomènes convulsifs de la grande attaque, si bien que les antécédents vont, dans ce cas, donner un point d'appui solide au diagnostic et, partant, au pronostic. Mais, quand il s'agit des hommes, c'est tout autre chose; la forme apoplectique, en particulier, est fréquemment la première manifestation relevée, et l'on conçoit quel élément capital manque alors au diagnostic. D'une façon absolue, Briquet dit que les attaques de sommeil ne sont pas communes. Sur 420 malades, il a relevé 3 cas de sommeil vrai, 5 d'attaque comateuse et 8 de léthargie proprement dite. Mais Briquet ne connaissait que très mal l'hystérie masculine ; il passe sous silence un certain nombre de faits, ceux de Landouzy, par exemple, qu'il ne cite pas, peut-être parce que cet auteur les a étiquetés *syncope* ou *mort apparente*.

L'attaque de sommeil s'observe dans les deux sexes; elle est rare

chez l'enfant. Achard en a vu quelques cas chez les personnes âgées. Ses causes occasionnelles sont identiques à celles des autres manifestations hystériques ; les émotions morales, les grands traumatismes psycho-physiques jouent dans la circonstance le rôle prépondérant; on peut la provoquer et parfois la faire cesser par la pression d'une zone hystérogène.

Dans l'*attaque à forme syncopale*, le sujet tombe sans connaissance, pâle, inanimé et sans mouvement ; les membres restent flasques et le pouls très faible. L'attaque dure quelques minutes, quelquefois plus, et se termine par des sanglots et des pleurs, ou bien la connaissance revient sans trouble particulier. Si l'attaque est très courte, il y a seulement une sorte de lipothymie, un vertige qui simule très exactement le vertige épileptique ou petit mal.

L'attaque type de sommeil peut débuter subitement : le malade tombe de son haut, foudroyé comme un apoplectique (*forme apoplectique*), ou bien s'endort soudainement au beau milieu de ses occupations, comme sidéré par le sommeil (*forme narcoleptique* de Parmentier). Mais le plus souvent il existe des prodromes : changement d'humeur, tristesse, pleurs ou bien gaieté, rire sans motif et irrésistible, hallucinations de la vue, secousses dans les mains, incapacité absolue de parler, et surtout tendance très visible à dormir, tendance contre laquelle les malades luttent, mais en vain, par les moyens les plus variés.

Lorsque l'attaque proprement dite arrive, le sujet semble *endormi* profondément, dans l'acception rigoureuse du mot, cependant presque jamais il ne ronfle. La face se décolore à mesure que le sommeil poursuit son cours, mais l'aspect n'est pas cadavérique, bien que ces malades aient à plusieurs reprises été considérés comme morts et même enterrés. Les extrémités peuvent être froides et cyanosées. L'état du système musculaire est ici très important à considérer : dans le sommeil vrai, la résolution musculaire est complète; dans le sommeil hystérique, il existe souvent de la contracture de quelques muscles, malgré l'aspect « abandonné » du malade. On a même signalé des cas où la contracture était tellement généralisée, qu'on pouvait soulever le sujet tout d'une pièce au-dessus du plan du lit. Cela est fort rare. Ce sont surtout les muscles masticateurs qui sont le siège de la contracture ; les dents sont serrées au point qu'il devient parfois impossible d'ouvrir la mâchoire, et cela crée à l'alimentation artificielle un obstacle sérieux.

Nous placerons sur le même plan une sorte de contracture intermittente des muscles orbiculaires des paupières, produisant un battement rapide, un frémissement notés dans nombre d'observations, et sur lesquels il faut insister à cause de leur grande valeur diagnostique. Si l'on rompt cette contracture et qu'on écarte rapidement les paupières, on peut surprendre l'œil dans sa position ordi-

naire, les pupilles plus ou moins larges suivant le rêve poursuivi par le malade ; mais le léger traumatisme exercé par l'air sur la cornée suffit à faire entrer en contracture les muscles de l'œil, et les globes se portent alors en permanence en haut et en dedans, en strabisme convergent.

Les réflexes rotuliens et plantaires peuvent être conservés; la respiration est calme, parfois si légère qu'elle est difficile à constater, même par l'auscultation. On l'a vue ralentie à trois inspirations par minute, irrégulière avec le type de Cheyne-Stokes, ou précipitée jusqu'à trente-cinq inspirations par minute, sans doute sous l'influence du rêve.

Le pouls est également calme et régulier, malgré les observations où il est noté à 60 ou à 128. La température — et cela est très important — ne dépasse jamais 38°, à moins de complications indépendantes de l'hystérie.

L'abolition des divers modes de la sensibilité générale est la règle. Les malades sont des anesthésiques totaux. On peut les pincer, les brûler, traverser leurs membres avec de longues épingles, sans qu'aucun muscle de la face ne tressaille, d'où l'apparence grossière de la mort réelle. Même les zones hystérogènes peuvent avoir perdu toute excitabilité. Il n'en est pas toujours ainsi : leur pression peut faire que le malade se dresse sur son séant, esquisse des mouvements convulsifs, émette quelques grognements sourds, repousse la main qui comprime la zone sensible, sans cesser pour cela de continuer à dormir. Dans d'autres cas, surtout lorsque l'état de mal touche à sa fin, on peut provoquer l'apparition d'une grande attaque qui terminera le paroxysme en faisant cesser immédiatement le sommeil. Les sens spéciaux sont tout aussi anesthésiques ; le bruit le plus violent ne peut réveiller le malade, ni l'inhalation de vapeurs irritantes. Le goût, la vue paraissent absolument abolis.

D'autre part, si l'inconscience absolue est la règle, si les malades ne se souviennent nullement au réveil des divers excitants à l'action desquels on les a soumis pendant le sommeil, il est des cas que Gilles de la Tourette a étudiés sous le nom de *léthargie lucide*, où ce qui domine chez le dormeur c'est l'impossibilité de réagir volontairement malgré la conservation d'une certaine conscience morale ou physique. C'est ainsi que le sujet est susceptible d'accepter certaines suggestions, c'est-à-dire d'entendre ce qui se passe autour de lui, et rien n'est plus dramatique que cette observation de Pfendler, dont le jeune malade léthargique percevait nettement les préparatifs faits pour son ensevelissement sans pouvoir en aucune manière protester.

Pendant le sommeil l'hystérique poursuit son rêve, qu'il peut se rappeler parfois au réveil et qui se traduit au milieu du sommeil même par des mouvements automatiques : lutte, effort pour écarter, plaintes, cris d'appel, expression de terreur, etc. Parfois ce sont de

grands mouvements de salutation qui interrompent le sommeil un instant et lui laissent aussitôt reprendre son cours.

La durée de l'attaque et de l'état de mal de sommeil hystérique est très variable; elle s'étend de quelques minutes ou de quelques heures à plusieurs semaines, mois, années même, bien que ces derniers cas soient douteux. Les récidives sont fréquentes : l'hystérique, comme nous l'avons noté déjà, fait presque toujours ses attaques sous la même forme. C'est donc une manifestation grave et tenace de la névrose.

La terminaison se fait le plus souvent par une crise convulsive, de sorte que le sommeil semble intercalé dans les manifestations d'une même attaque hystérique. Quelquefois c'est le délire qui termine la scène : les malades sont étonnés, ne paraissent plus se souvenir du lieu où ils sont, se plaignent de courbature, refusent de parler, ou bien ce sont des cris, des rires, des pleurs sans cause. On a noté après le sommeil l'aboiement, le mutisme, les tremblements choréiformes, la paraplégie flasque, mais surtout l'hémiplégie sensitivo-sensorielle. On peut même se demander s'il n'est pas susceptible d'entraîner la mort : Louyer Villermay, Landouzy le disent expressément. Martinenq a cité un cas qui reste un peu douteux. Briquet nie cette terminaison fatale. Ce qui est certain, c'est que les longues attaques entraînent une dénutrition intense, car l'alimentation se fait toujours très difficilement dans l'état de mal de sommeil, où les intervalles interparoxystiques sont peu fréquents et peu prolongés. Les grands mouvements, les quelques attitudes passionnelles qui peuvent entrecouper son cours n'interrompent pas pour cela le sommeil proprement dit. Si nous nous rappelons la fréquence du trismus qui empêche d'introduire les aliments dans la bouche, où ils seraient alors déglutis automatiquement, nous voyons que l'alimentation est réduite à ce qu'on peut donner à l'aide de la sonde œsophagienne introduite par le nez ou à l'aide des lavements nutritifs. Les observations anciennes dans lesquelles ces moyens n'ont pas été employés mentionnent des faits de jeûnes vraiment extraordinaires : sept jours dans un cas de Pfendler, quarante jours dans une observation du *Dictionnaire des sciences médicales*. L'examen des urines permet de juger la question des échanges nutritifs. L'attaque de sommeil se comporte comme une attaque ordinaire, abaissant le taux de l'urine, du résidu fixe, de l'urée et des phosphates, mais ce qui prend ici une importance particulière, c'est le relèvement du taux des différents éléments urinaires au moment où va prendre fin l'état de mal. On voit pendant les deux ou trois derniers jours doubler et tripler le volume de l'urine et le taux des matériaux solides.

Le diagnostic de ces attaques est loin d'être toujours facile. On peut se trouver, en effet, en présence d'un malade ramassé dans la rue en état de coma, sans aucun renseignement sur son passé pathologique.

L'aspect est plutôt celui du sommeil paisible que celui de la stupeur qu'on voit chez l'apoplectique. Il n'y a pas de stertor; la température, signe objectif et par conséquent fidèle, est presque toujours normale. Nous savons que dans les lésions du cerveau (hémorragies, ramollissement, tumeurs), dans les attaques apoplectiformes de la paralysie générale ou de la sclérose en plaques, dans les états de mal épileptiques ou éclamptiques, la température s'élève à 39°, 40°, 41° et davantage encore. Dans les premiers moments de l'hémorragie cérébrale et de l'urémie comateuse, elle descend au-dessous de la normale. La présence de contractures, lesquelles s'observent également dans l'hystérie et dans l'inondation ventriculaire, est un moins bon signe que l'état thermique. La présence de sucre ou d'albumine dans les urines entraîne avec elle la notion du coma diabétique ou urémique.

Il est une affection encore mal connue décrite par Gélineau sous le nom de « narcolepsie » ou maladie du sommeil, qui consiste dans un besoin de dormir subit, irrésistible, ordinairement de courte durée, se reproduisant à des intervalles plus ou moins rapprochés. Pour Ballet et pour d'autres auteurs il n'y aurait là qu'un symptôme et non une entité morbide, et, de fait, plusieurs des cas rapportés par Gélineau sont évidemment des cas de sommeil hystérique. Il n'en est pas moins vrai qu'il est difficile de conclure à l'identité absolue de la narcolepsie pure et de l'attaque d'hystérie à forme narcoleptique. Plus intéressant est le diagnostic de la stupeur mélancolique à forme léthargique ou dépressive, catatonie de Kahlbaum. Cet auteur décrit la catatonie comme une maladie cérébrale à marche cyclique, avec un premier stade de mélancolie commune, un stade d'excitation assez court (angoisse, délire surtout pathétique et verbigérant), puis un stade catatonique revêtant tous les caractères de la mélancolie avec stupeur, pouvant durer des semaines et des mois, entrecoupé de convulsions, raideurs musculaires, états cataleptoïdes, rires subits, monotonie des actes, etc., pour se terminer par la démence. Pendant le stade catatonique, le malade peut parfaitement être pris pour un dormeur hystérique, avec contracture cataleptiforme, d'autant plus que l'hystérie peut s'associer à la maladie : tel est le cas de la dormeuse de Thénelle. Il faut donc se souvenir que la catatonie est précédée d'une période plus ou moins longue de troubles mentaux ressemblant à ceux de la mélancolie commune, tandis que l'attaque de sommeil débute presque toujours d'une façon brusque. En outre, on constate souvent dans ce dernier cas la présence de zones hystérogènes. Le stade catatonique peut durer onze ans et plus; il n'y a pas d'observations, offrant toutes garanties, de sommeil hystérique ayant duré plus de cinq à six semaines consécutives. L'hystérique après son état de mal n'est jamais un dément comme le devient le catatonique; celui-ci, du reste, meurt de son accès. L'examen des urines n'a pas été fait dans la catatonie, ce qui nous prive