

est facile, celle des actes exigeant un effort voulu semble impossible. L'aboulie est *limitée* à certains actes ou *généralisée*; en ce cas est réalisé le tableau de la mélancolie avec stupeur.

Idées fixes. — L'*idée fixe*, due à la faiblesse de l'attention et de la volonté, concerne en général un événement antérieur ayant causé une émotion extrême; autour d'elle viennent se grouper des *idées émotionnelles secondaires*. La nature des idées fixes varie avec l'âge et la condition des sujets. L'idée fixe primaire peut rester *sub-consciente*, ignorée du malade et est souvent difficile à dégager. Le rôle des idées fixes peut être considérable dans les accidents hystériques.

Délires hystériques. — Le délire hystérique, maniaque ou mélancolique, est surtout hallucinatoire et affecte un caractère nettement paroxystique; il constitue, s'il dure, un état de mal véritable (*états seconds, automatisme ambulatoire*). Accompagné d'anesthésie totale et des réactions urinaires propres aux attaques hystériques, il peut être interrompu par une crise convulsive ou par l'hypnose.

Des hallucinations presque toujours visuelles dominent constamment le délire hystérique; il arrive que le sujet ait conscience de leur caractère subjectif.

Troubles du caractère. — Ces troubles ressortent souvent d'un premier examen. La volonté est aisément paralysée par la suggestion du médecin; la malade omet des faits importants de son passé pathologique; suggestible et impressionnable, elle atténue, exagère ou dénature de bonne foi les faits, par inattention ou amnésie. Chez elle le mensonge est l'expression sincère d'une hallucination ou d'une idée délirante; de même, la simulation est passive et inconsciente; Le besoin d'attirer l'attention, de jouer un rôle est, chez l'hystérique, le résultat d'une extrême suggestibilité. Quant au sens génital, il ne paraît pas chez elle, particulièrement développé, au contraire (anesthésie ou hyperesthésie).

La suggestibilité, la variabilité, la tendance au romanesque sont également propres à l'*hystérie masculine* (traumatique ou toxique), mais la neurasthénie lui imprime souvent un cachet spécial; ces malades, tristes dyspeptiques, incapables d'aucun travail, perdent le sommeil et présentent une dépression mentale, que, chez la femme, on n'observe pas avant la ménopause.

Nutrition chez les hystériques. — Les *urines des paroxysmes* sont abondantes, claires, peu denses, pauvres en principes fixes (urée, acide urique); les *urines intercalaires* sont rarement normales. Pour apprécier l'état de la nutrition, on pèse d'abord le sujet et on établit sa *formule urinaire normale*, en analysant l'urine des 24 heures, en l'absence de paroxysmes; puis, quand survient une attaque, on analyse les urines rendues immédiatement après et dans les 24 heures suivantes, ce qui, par comparaison avec la formule normale, donne la *formule de l'attaque*. Durant ces recherches, le malade doit suivre le régime lacté.

Les urines rendues aussitôt après l'attaque sont très abondantes (700 gr.),

claires, peu denses (1004 à 1010), inodores; celles rendues plus tard sont colorées, plus denses (1025 à 1026), d'odeur urineuse.

Le résidu fixe est pour l'urine interparoxystique de 46^{gr},86 pour 1000, et pour l'urine des crises de 53^{gr},58 pour 1000 en moyenne. Il y a donc réduction d'un tiers.

Après l'attaque, l'*urée* tombe à 15^{gr},27 par litre (normale 20^{gr},78), l'*acide phosphorique* à 1^{gr},24 (normale 2^{gr},19) se décomposant en 0,45 de *phosphates terreux* et 0,42 de *phosphates alcalins* (normale 0,60 de *phosphates terreux* et 1^{gr},40 de *phosphates alcalins*). Les *phosphates terreux* égalent donc après l'attaque les *phosphates alcalins*, au lieu d'être avec eux comme 1 est à 5. C'est l'*inversion de la formule des phosphates* (Gilles de la Tourette et Cathelineau).

Commençant avant l'attaque, ces modifications continuent environ 24 heures après; on les constate dans les divers équivalents paroxystiques et dans l'état de mal; elles permettent le diagnostic avec l'*accès épileptique* qui accroît toujours le résidu fixe (urée et phosphates) et laisse aux phosphates leurs rapports normaux. Chez les *hystéro-épileptiques*, les attaques d'hystérie et d'épilepsie, toujours distinctes, conservent chacune leur formule urinaire propre.

Au cours des crises de contracture, le taux de l'acide carbonique expiré est très abaissé.

Attaques. — L'attaque est le phénomène typique de la névrose, dont elle peut résumer les signes en un raccourci rapide.

Très active, la cause de la première crise consiste presque toujours en une émotion violente et subite (réelle ou rêvée). Les causes des crises suivantes, très variables, sont généralement des incidents de la vie journalière. Les attaques sont rarement nocturnes, quelquefois périodiques quand elles résultent d'une cause périodique (règles).

On constate presque toujours des prodromes, précédant l'*aura* qui fait déjà partie de l'attaque.

Prodromes. — Très variés, ils consistent, soit peu de temps, soit plusieurs jours avant l'attaque, en tristesse ou irritabilité, suractivité ou apathie, rêves et cauchemars. En même temps, l'appétit est capricieux ou perverti; des vomissements ou de la diarrhée surviennent souvent.

Aura — Les genres en sont très divers. L'aura peut consister dans l'*exaltation de l'un des stigmates*, telle par exemple que : douleurs spontanées au niveau des zones hyperesthésiques, perversions du goût, salivation, odeurs suaves ou repoussantes, vue trouble, bruits d'oreilles, battements douloureux des tempes, palpitations; congestion du front, des joues ou des oreilles, pâleur ou cyanose des mains; lourdeur, tremblements ou rigidité des membres. L'aura est bien plus habituellement *abdominale* ou *ovarienne*, caractérisée par des élancements angoissants prenant naissance dans le côté du bas-ventre pour remonter vers l'épigastre et obligeant les sujets à se délayer. L'attaque éclate soit aussitôt, soit seulement quand la boule, remontant plus haut, a atteint le cou, provoquant l'impression de strangulation imminente que tra-

duisent : des cris, de l'agitation, des efforts de déglutition ou d'inspiration ; la face pâlit, puis se congestionne, le sujet roule les yeux et tombe. L'aura est courte.

Attaque classique. — A la chute succède une perte de connaissance absolue, l'abolition de toutes les sensibilités, comme le prouve l'amnésie au réveil ; elle ne s'accompagne pas de cri strident, mais parfois d'un son rauque. Ici, comme dans l'épilepsie, on retrouve les phases *tonique*, *clonique* et de *résolution*.

Phase tonique. — La tête se renverse en arrière, le cou est gonflé et saillant, les yeux roulent dans l'orbite, la pupille est dilatée ou resserée, tous les muscles se contractent ; la bouche, la langue sont animées de contorsions,



FIG. 109. — Attaque hystéro-épileptique, phase tonique. (D'après P. Richer.)

les mâchoires se serrent, les dents grincent, la respiration est suspendue, se traduisant seulement, par moments, par de longues et profondes inspirations ; les membres offrent des mouvements variés : les poignets, les mains sont fléchis en pronation, le pouce recouvert par les autres doigts ; les coudes sont fléchis, les bras élevés présentent des mouvements de circumduction, les jambes et même le tronc s'étendent et se fléchissent alternativement. Tous ces mouvements, lents, à prédominance unilatérale, sont répétés trois ou quatre fois ; puis après quelques secondes, une ou deux minutes, la *tétanisation* fixe le sujet en extension forcée, suspendant la respiration.

Phase clonique. — Elle se traduit par des mouvements rapides et désordonnés des membres, du tronc, du cou, de la face, durant de 30 à 40 secondes ; la respiration se rétablit péniblement et le calme revient peu à peu jusqu'à résolution complète.

Résolution. — Le sujet, dans le décubitus dorsal, a les paupières fermées et agitées d'oscillations rapides ; des lèvres entr'ouvertes, la salive s'échappe chassée par le stertor. La durée de cette phase est variable.

Grande attaque. — La phase clonique se compose ici de grandes convulsions rappelant les tours de force des clowns ; on les divise en *attitudes illogiques* et *grands mouvements*.

Attitudes illogiques. — Le corps du sujet fait l'*arc de cercle*, tantôt en *opisthotonos*, appuyé sur la tête et les talons, plus rarement en *emprosthotonos* ou *pleurosthotonos* ; on peut le soulever d'une seule pièce ; cet état peut se prolonger jusqu'à 10 minutes, il n'altère pas la respiration ni les traits du visage.

Grands mouvements. — Très étendus et très violents, bouleversant tout, accompagnés de hurlements rauques inarticulés, ces mouvements sont régis par un rêve ou une conception délirante (lutte contre des ennemis imaginaires).

Attitudes passionnelles. — A la phase clonique succède celle des *attitudes passionnelles* ; ces dernières obéissent à des hallucinations sensitives, sensorielles ou psychiques ayant généralement trait à l'émotion originelle de la première crise et aussi aux préoccupations journalières. Les attitudes observées sont ou érotiques, ou plus souvent terrifiantes, suivant un type toujours identique pour un même malade. Les hallucinations visuelles ont toujours leur point de départ du côté anesthésié. Les excitations provoquées (piqûres, verres colorés), par les hallucinations qu'elles éveillent, peuvent changer le cours du délire. Cette période s'accompagne d'une exaltation psychique intense (mémoire, opérations cérébrales extraordinaires).

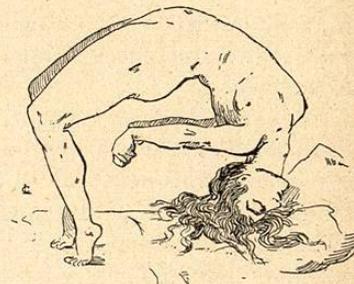


FIG. 110. — Attaque hystéro-épileptique, phase clonique. (D'après P. Richer.)

Phase délirante. — Les attitudes passionnelles font place au délire, le sujet assailli par des souvenirs, en général pénibles, finit par éclater en sanglots ; cette phase dure quelques minutes, plus longtemps en cas d'état de mal.

Fin de l'attaque. — La connaissance et la sensibilité reviennent, les stigmates reparaisent tels qu'ils étaient avant, ou plus ou moins modifiés dans leur topographie et leur nature.

Durée totale de l'attaque. — L'attaque dure en moyenne de 15 à 30 minutes, souvent davantage, ou bien, plusieurs attaques se succèdent. L'hystérique n'éprouve pas, au sortir de l'attaque, la prostration de l'épileptique ; souvent même, il se sent soulagé, quelquefois un peu courbaturé, la tête lourde.

Diagnostic. — La confusion est surtout permise avec l'*attaque épileptique*. L'épilepsie débute dès l'enfance chez des sujets de caractère difficile, ayant un sommeil lourd et sans rêves ; les crises se répètent périodiquement et sont rebelles au traitement ; au contraire la première attaque d'hystérie, plus tardive, frappe des enfants ayant le sommeil léger, entrecoupé de rêves ou de somnambulisme naturel. L'attaque d'épilepsie est souvent nocturne ou matinale, l'attaque d'hystérie exclusivement diurne. L'épileptique tombe n'importe où, comme une masse ; l'hystérique, averti par la boule ou l'aura, sent venir son attaque. La morsure de la langue, la miction involontaire, la cyanose franche de la face sont plus propres à l'épilepsie. Les convulsions sont bien plus désordonnées, les cris plus perçants dans l'hystérie. Le stertor est profond après l'attaque comitiale, l'abrutissement et l'amnésie sont complètes au réveil ; au sortir d'une attaque, même violente, l'hystérique garde l'esprit libre. La *formule urinaire* diffère dans les deux névroses.

Chaque sujet imprimant à la crise son cachet individuel, le nombre des variétés est infini. Les attaques irrégulières sont bien plus communes que la grande attaque.

Attaques anormales. — L'*attaque rudimentaire* se réduit : aux pro-

dromes psychiques seuls; à une crise de tristesse, de pleurs, de rire ou de mutisme.

L'*aura est supprimée* dans l'attaque apoplectique, de sommeil ou de coma.

L'*aura prédomine* dans les formes de vertige auriculaire, de névralgie faciale, de pseudo-méningite ou de pseudo-angine de poitrine.

Dans l'*attaque de spasme*, l'étouffement, la suffocation sont au premier plan, aboutissant soit à des sanglots, soit à la contracture durable d'une corde vocale, soit au spasme glottique qui simule le croup au point d'exiger la trachéotomie.

L'*attaque épileptoïde* rappelle de très près (sauf la formule urinaire) celle d'épilepsie. Les accès se répètent souvent en séries (100 et plus), pouvant durer jusqu'à trois mois; ils se présentent par groupes durant chacun 12 à 30 minutes, séparés par des intervalles de repos de même durée à peu près; on a vu aussi ces groupes se prolonger 12 heures sans trêve. Cet *état de mal épileptoïde* trahit toujours sa nature par des lambeaux d'accidents hystériques: attitudes passionnelles, pleurs, mouvements illogiques; par l'absence de morsure linguale, de miction involontaire, de torpeur, d'escarres, d'élévation thermique. Le relèvement de l'excrétion urinaire annonce la cessation de l'état de mal. Celui-ci laisse après lui un amaigrissement notable, vite réparé.

L'hystérie peut simuler à s'y méprendre l'*épilepsie jacksonienne* sous toutes ses formes, en attaques isolées ou sériées. La confusion, surtout facile en cas d'association hystéro-organique, sera évitée grâce à la *formule urinaire*.

L'*attaque démoniaque* est caractérisée par la prédominance des grands mouvements et des contorsions. D'une violence inouïe, accompagnée de hurlements, d'aboiements, elle occasionne des tentatives de fuite; la physionomie est terrifiée, les membres sont immobilisés, dans des attitudes invraisemblables, par des contractures atrocement douloureuses arrachant des cris. Ces attaques sont longues et offrent souvent un caractère épidémique.

L'*attaque de sommeil*, provoquée par les émotions morales, les grands traumatismes, simule le sommeil, l'évanouissement, ou l'apoplexie; elle constitue souvent la première manifestation de l'hystérie masculine, plus rarement de l'hystérie féminine.

Dans la *forme syncopale*, le sujet tombe sans connaissance, la face pâle, le pouls très petit, les membres flasques; la crise se termine, après quelques minutes, par des sanglots et des pleurs; quand elle est très courte, elle simule le vertige épileptique.

Sommeil hystérique type. — Le sujet tantôt tombe foudroyé (*apoplexie hystérique*), tantôt s'endort brusquement au milieu de ses occupations (*forme narcoleptique*). La crise est plus souvent précédée de prodromes: gaieté ou tristesse non motivées, hallucinations visuelles, incapacité de parler, somnolence. Le sujet endormi est pâle, ne ronfle presque jamais, a quelquefois les extrémités cyanosées; il présente souvent une contracture de quelques muscles (masticateurs surtout), exceptionnellement une contracture généralisée. Le battement rapide ou le frémissement des paupières est assez fréquent. Les *réflexes* (rotulien, plantaire) peuvent subsister; la *respiration* calme, superficielle, imperceptible, est tantôt ralentie (3 inspirations par minute),

tantôt irrégulière (rythme de Cheyne-Stokes) ou accélérée (55 inspirations par minute). Le *pouls* est calme et régulier. La température ne dépasse jamais 38°. L'*anesthésie*, sensitive et sensorielle, est complète; quelquefois, les zones hystérogènes restent sensibles, leur compression provoque: soit des convulsions ébauchées ou des mouvements de défense, soit, si l'état de mal touche à sa fin, une grande attaque qui dissipe le sommeil. L'inconscience est absolue et l'amnésie complète au réveil. On observe, rarement, la *léthargie lucide* dans laquelle le sujet entend, impuissant, ce qui se passe autour de lui.

Pendant le sommeil, le sujet poursuit son rêve qui se traduit par des mouvements de lutte, des plaintes, une expression de terreur.

Le sommeil hystérique peut durer de quelques minutes ou quelques heures à des semaines, des mois ou des années. Cette forme est tenace et les récurrences en sont fréquentes. La terminaison habituelle est une attaque convulsive. La crise peut laisser après elle: du mutisme, du tremblement, une paraplégie, ou, plus souvent, une hémiplégié sensitivo-sensorielle. Le trismus rend souvent difficile l'alimentation, assurée alors, mais imparfaitement, par la sonde introduite dans le nez, ou par les lavements nutritifs; aussi la dénutrition est-elle intense dans les grandes attaques, malgré une tolérance remarquable pour le jeûne (jusqu'à 40 jours). Le taux des résidus fixes de l'urine est abaissé: son relèvement indique la fin de l'état de mal.

Diagnostic. — Le diagnostic est souvent difficile; l'aspect est celui d'un sommeil paisible sans stertor, avec une *température presque toujours normale*. On constate au contraire: de l'*hyperthermie* dans l'état de mal épileptique ou éclamptique, dans l'attaque apoplectiforme de la paralysie générale et de la sclérose en plaques; de l'*hypothermie* dans l'hémorragie cérébrale. L'examen des urines éliminera les comas urémique et diabétique. La confusion est possible avec: la *narcolepsie*, qui appartient peut-être du reste à l'hystérie, et avec la *catatonie* (phase léthargique succédant à une période mélancolique). Le diagnostic de la *mort réelle* sera surtout basé sur l'abaissement progressif de la température du corps.

Attaque cataleptique. — La catalepsie, qui appartient plutôt à l'hypnotisme qu'à l'hystérie, peut quelquefois prédominer dans la grande attaque, accompagnée d'hallucinations intenses.

Attaque de délire. — La prédominance de la phase délirante donne lieu à l'attaque ou à l'état de mal de délire hystérique. Fréquente chez l'enfant, elle affecte le type maniaque ou somnambulique. Chez la femme, on peut constater des accès de manie aiguë menstruels. L'attaque présente la durée d'un paroxysme aigu et est souvent entremêlée de phénomènes convulsifs. Une *forme mélancolique*, caractérisée par du gâtisme et de la stupeur, se juge par une crise convulsive. Une *forme hallucinatoire*, plus fréquente, peut entraîner le changement de personnalité, les sujets se croyant parfois transformés en animaux.

Somnambulisme. — Le sujet dans l'hypnose semble exécuter, comme à l'état de veille, les actes de la vie ordinaire. L'hypnose est identique au som-

nambulisme naturel ou au *noctambulisme* qui est une forme larvée de l'hystérie, propre à l'enfance et pouvant, plus tard, faire place à la névrose. L'accès éclate, dans ces cas, au bout de quelques heures de sommeil; après une phase d'agitation et de paroles incohérentes, l'individu se lève et accomplit des actes variés. Ses yeux sont ouverts ou demi-fermés, le regard est fixe, la pupille immobile, l'anesthésie généralisée. L'activité psychique et sensorielle subsiste seulement en ce qui concerne le rêve (le sujet lit, cause et circule sans se heurter); à cet égard elle est très exaltée et les sens sont très éveillés (on a vu le malade courir sur les toits ou sur la crête d'un mur). En entrant dans ce rêve, on peut éveiller des suggestions. L'amnésie est complète au réveil, mais s'efface pendant les accès ultérieurs.

États seconds. — Les états somnambuliques sont tantôt passagers (attaques), tantôt prolongés (état de mal somnambulique); on les appelle alors *états seconds*, l'état normal représentant l'état *prime*. Il existe dans ces cas deux mémoires distinctes, une pour l'état prime, l'autre pour l'état second. L'état second, dans lequel le sujet ne semble pas en somnambulisme, débute le plus souvent par une crise convulsive ou délirante: l'anesthésie se généralise, le rétrécissement du champ visuel s'accroît; l'abasia ou la paralysie, si elles existaient, disparaissent; l'activité psychique s'exalte sur certains points. L'état second comporte quelquefois une amnésie complète (le sujet ne sait plus ni compter, ni parler, ni écrire). L'amnésie peut du reste s'observer sous d'autres influences: après les traumatismes cérébraux; dans l'éclampsie, l'épilepsie et l'alcoolisme.

Automatisme ambulatoire. — Durant ces états somnambuliques, le sujet peut subir des impulsions à la déambulation et à des *fugues*. La fugue consiste en une impulsion irrésistible à accomplir un acte quelconque (marcher, voyager, etc.); cet acte est accompli régulièrement, avec intelligence et sans violence; il ne laisse aucune trace dans la mémoire, une fois l'impulsion satisfaite.

Diagnostic. — La fugue est aisée à reconnaître chez les hystériques avérés porteurs de stigmates. Elle est précédée d'une *aura* surtout psychique; après un court sommeil, le sujet part pour un voyage qui est accompli dans l'état second; au réveil, il a oublié les actes exécutés dans cet état, mais un état second provoqué par l'hypnose peut les lui remémorer; ces accidents sont rebelles au bromure. Les *fugues des épileptiques* ont un début brusque sans aura; l'amnésie au réveil est également complète, mais les tentatives d'hypnose échouent; le bromure atténue et fait disparaître les accès. La *fugue des aliénés voyageurs* est plus consciente; ceux-ci savent ce qu'ils font, voient, entendent autour d'eux, mais sont incapables de résister à l'idée de voyage qui s'impose à eux.

IV. — NEURASTHÉNIE

La neurasthénie est un syndrome (d'origine souvent auto-toxique) dont les éléments essentiels, élevés au rang de stigmates, sont: la *céphalée*, l'*insomnie*,

un *état cérébral* spécial, l'*asthénie neuro-musculaire*, les *vertiges*, la *rachialgie* et la *dyspepsie gastro-intestinale*.

Stigmates. — **Céphalée.** — Presque constante, elle consiste en une douleur superficielle, constrictive et gravative, donnant l'impression d'un *casque* lourd et serré, quelquefois limitée à l'occiput. Plus pénible par sa ténacité que par sa violence, elle est habituellement diurne, exaspérée par l'émotion, l'effort intellectuel, soulagée, parfois, par l'ingestion des aliments.

Insomnie. — L'insomnie survient accidentellement chez les surmenés intellectuels, incapables de s'endormir. Parmi les neurasthéniques, les uns ne peuvent s'endormir, les autres s'éveillent après un somme de 2 ou 3 heures et ne se rendorment que le matin. En tout cas, le sujet se réveille fatigué et courbaturé. L'insomnie peut durer des mois et est diversement tolérée suivant les sujets.

État cérébral. — Le neurasthénique est incapable de fixer son *attention*, tantôt seulement en matière professionnelle, tantôt sur tout autre sujet.

La *mémoire* est atteinte, mais bien moins que dans la paralysie générale.

La *volonté* est plus ou moins affaiblie (aboulie), d'où incapacité plus ou moins complète de prendre une décision, de se livrer à aucun travail, à aucune occupation. Ces malades se font aussi remarquer par une *préoccupation* constante de leur état, un besoin perpétuel de décrire leurs sensations de vive voix ou par écrit, et de se présenter dans toutes les consultations spéciales.

Le *caractère* est plus ou moins changé; on note soit la tristesse, la tendance à l'isolement, soit l'irascibilité. Dans les cas graves, tantôt la dépression est absolue et confine à la mélancolie; tantôt l'émotivité est extrême.

Rachialgie. — Très tenace, la rachialgie est moins une douleur qu'une sensation pénible, tantôt diffuse, tantôt circonscrite, soit à la partie inférieure de la nuque (*plaque cervicale*), soit à la région sacrée (*plaque sacrée*). La rachialgie est pourtant susceptible de devenir une véritable douleur; elle s'accompagne souvent de craquements dans les mouvements du cou.

Asthénie musculaire. — Ces malades éprouvent une fatigue permanente, mais plus marquée au lever, exagérée par le moindre effort. On ne constate jamais de paralysie vraie, mais quelquefois, dans la marche, le dérochement des jambes.

Vertiges. — Le vertige se traduit par une sensation d'instabilité angoissante, intermittente ou continue, accompagnée ou non de bruits d'oreilles, mais n'allant jamais jusqu'à la chute ou au vomissement. On peut en rapprocher la peur des grands espaces (*agoraphobie*) ou de la solitude (*monophobie*).

Dyspepsie gastro-intestinale. — Les neurasthéniques présentent presque toujours une atonie gastro-intestinale légère ou grave. La *forme commune* se traduit par: une anorexie variable; des digestions lentes, pesantes, entraînant, soit aussitôt, soit deux ou trois heures après le repas, de la somnolence avec rougeur de la face, du gonflement, des éructations; plus tard, du météorisme et des coliques liées à la constipation. Dans la *forme grave*, plus commune