

de fatigue, quelques douleurs vagues. En auscultant la poitrine, on ne constate la présence d'aucun râle, les battements du cœur sont réguliers, les bruits normaux; ni constipation ni diarrhée.

Cet état persiste sans modification; la toux est aussi fréquente, aussi rebelle, malgré diverses tentatives thérapeutiques, pendant trois mois. Le 6 février, on applique deux moxas le long de la colonne vertébrale; une heure après, attaque hystérique violente.

A partir du 9, on entame le traitement par la belladone, qui est portée en une semaine à 0,45 cent. d'extrait par jour, sans accidents généraux, et avec un peu de soulagement. Le 20, on suspend le médicament. Ses effets se prononcent brusquement et d'une manière caractéristique. La malade ressent un engourdissement général, des nausées, de la céphalalgie; la cécité est presque complète. En même temps que se développent des symptômes d'intoxication, la toux cesse entièrement.

Les jours suivants, la guérison se soutient.

Le 8 mars, la malade, qui a passé la journée hors de l'hôpital, éprouve le soir une rechute complète; la toux a repris sa fréquence et tous ses caractères.

Le 17 mars, on prescrit l'extrait de belladone à la dose de 0,50 centigr. Le 19, on suspend le médicament; le soir du même jour, la malade tombe dans un coma presque complet; sa respiration est laborieuse, entrecoupée; vomissements, délire. Ces symptômes persistent pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, le délire se transforme en un état intellectuel qu'elle se refuse à définir et où dominant les idées érotiques. La toux a cessé complètement, et depuis lors, la guérison s'est maintenue.

(*Archives générales de médecine*, 1854.)

## ANESTHÉSIE ET ATAXIE HYSTÉRIQUES.

---

J'ai en ce moment dans mon service (Necker, salle Sainte-Thérèse, n° 24) une malade atteinte de catalepsie et qui, en dehors des accès, se prête à des recherches expérimentales sur les rapports des mouvements musculaires avec la volonté.

L'histoire de cette jeune fille peut se résumer en peu de mots.

Réglée à l'âge de 12 à 13 ans, elle l'a été depuis lors régulièrement. C'est seulement à partir de l'année dernière qu'elle a eu des retards d'un mois à six semaines. D'une constitution nerveuse, sujette à des spasmes, à des pleurs, à des tremblements nerveux, elle commença, vers l'âge de 18 ans et à la suite de vives contrariétés qu'elle raconte, comme presque toutes les hystériques, d'une manière confuse et incomplète, à éprouver de vraies attaques d'hystérie qui se reproduisirent assez fréquemment pendant deux années.

Le premier accès de catalepsie eut lieu en février 1863, après une de ces attaques; il dura un quart d'heure environ. La malade fut admise successivement dans deux hôpitaux, où les crises se répétèrent, d'abord précédées de convulsions hystériques, puis survenant d'emblée, à la façon d'un sommeil invincible, depuis quatre à cinq mois.

La malade est petite, grêle, chétive d'aspect, sans être notablement amaigrie. Toutes les fonctions splanchniques s'exécutent, et il n'y a sous le rapport de sa santé générale rien qui mérite d'être noté.

Entrée à l'hôpital Necker, le 22 janvier 1864, elle a été, depuis son admission, sujette à des attaques de catalepsie revenant tous les deux ou trois jours, sans cause déterminante appréciable, à des heures variées et d'une durée moyenne de deux à trois heures.

L'accès ne s'annonce que par des signes prémonitoires fort incertains : un peu d'excitation ou de fatigue, une sensation de malaise indéfinie. Il débute en réalité subitement ; la malade s'endort dans une posture toujours la même, couchée sur le dos et les membres étendus sans roideur. Dans cette position, il serait impossible, si on n'était averti, de distinguer l'état cataleptique du sommeil vrai. La respiration est régulière, lente, normale par l'intensité et par le rythme ; les battements du cœur ne sont ni accélérés ni ralentis ; la physionomie est placide. Pendant toute la durée de l'attaque, on ne perçoit pas de mouvement volontaire ou spasmodique des muscles soumis à la volonté. Lorsqu'on soulève les paupières, on constate que les yeux sont convulsés en haut et immobiles ; la bouche est fortement serrée, et il est impossible d'entr'ouvrir les mâchoires, quelque effort que l'on emploie.

La sensibilité cutanée est nulle, excepté à la face, et encore faut-il pour la réveiller employer un stimulant énergique. La piqure avec une épingle, le pincement ou le chatouillement, la pression exercée avec le doigt sur les plans osseux, n'y déterminent pas de mouvements appréciables ; l'aspersion de l'eau froide produit d'abord quelques spasmes qui ne se répètent pas quand on renouvelle l'expérience. L'application de l'électricité provoque au contraire des contractions manifestes et à peu près aussi étendues que chez un individu sain. La malade non-seulement subit l'action locale du conducteur, mais elle réagit par quelques mouvements du cou, à la façon d'une personne troublée dans son sommeil par une démangeaison de la face, sans cependant être réveillée. Si on prolonge l'application de l'éponge ; si l'expérience a lieu à une période assez avancée, il se peut qu'on termine ainsi la crise.

En dehors du visage, les mêmes essais ne donnent pas de résultats ; les membres restent complètement insensibles. L'abdomen, qui a conservé une portion de sensibilité pendant l'état de veille, ne se contracte pas, qu'on y projette de l'eau froide, qu'on en excite les parois à l'aide de l'électricité, ou qu'on agisse par un pincement vif et brusque.

L'état du système musculaire durant la catalepsie est de tous points conforme à la description classique. Quelque situation qu'on impose aux membres, au tronc, au cou, les parties conservent indéfiniment la position impossible où on les a placées. Le tronc peut être incliné en arrière, la malade étant couchée les jambes demi-soulevées de manière que l'équilibre soit à peine assuré ; les bras peuvent être fléchis ou étendus, la tête renversée ou inclinée en avant ; la malade peut être assise ou maintenue debout, sans qu'elle ait conscience des mouvements qu'on exécute et sans que la fatigue intervienne.

Cependant les membres ne subissent pas tous au même degré l'influence cataleptique ; les membres inférieurs sont moins fixement rigides, et surtout la jambe droite, qui tend au bout de quelques minutes à retomber, lorsqu'on l'a tenue suspendue au-dessus du lit.

Il faut pour fléchir les articulations un léger effort, et on a à vaincre une résistance analogue à celle qu'opposent les mannequins articulés dont se servent les peintres. Cette résistance est toujours égale, que la flexion se fasse à angle plus ou moins aigu ou qu'on ramène le membre infléchi à sa position primitive. Une observation plus singulière, c'est qu'il faut employer la même pression pour ployer une des phalanges des doigts de la main que pour renverser la cuisse sur l'abdomen, malgré la différence de volume et de puissance des masses musculaires qu'il s'agit de mouvoir.

Quelque active que soit la gymnastique qu'on exécute avec les membres ou avec le tronc, quelque rapides que soient les mouvements qu'on imprime, la circulation n'est pas accélérée, la respiration n'est pas plus profonde, et le visage reste également pâle.

Les muscles de la face font, comme je l'ai dit, exception à tous égards. Outre que les dents sont serrées et les mâchoires immobiles, les autres muscles ne gardent pas la position où on les a placés, même quand on s'est appliqué à les maintenir pendant quelques instants dans cette position. Les paupières qu'on a soulevées retombent; les lèvres qu'on a déviées reprennent leur situation normale. Lorsqu'on vient à intercepter la respiration en fermant momentanément les narines, la bouche s'entr'ouvre à peine, par un mouvement automatique, pour assurer la respiration, sans qu'il soit possible de profiter de ce moment de détente pour écarter momentanément les mâchoires.

Pendant les premiers jours, les crises semblaient affecter une façon de périodicité; elles se répétaient de préférence le matin entre six et huit heures; mais depuis elles sont revenues à toutes les heures de la journée indistinctement. Il ne paraît pas qu'il y ait jamais eu de crises nocturnes. La malade dort peu, d'un sommeil habituellement très léger et, en s'éveillant, elle sait parfaitement qu'elle vient de traverser une attaque. Il est plus que probable qu'elle a perdu, avec la conscience de ce qui se passe pendant l'accès, la notion du temps; mais, en reprenant ses souvenirs, elle se rend un compte exact de la durée de l'attaque. C'est qu'en effet le réveil est aussi brusque et aussi tranché que l'invasion: qu'on ait laissé la crise cataleptique se terminer d'elle-même, ou qu'on en ait hâté, à l'aide de l'électricité par exemple, la solution, la malade, après quelques pandiculations, reprend immédiatement possession d'elle-même; elle répond à toutes les questions; et autant le début ressemblait à un sommeil naturel, autant la terminaison rappelle le réveil normal.

J'ai cru devoir donner ces indications sommaires sur la forme de la catalepsie; mais c'est sur les phénomènes qu'on est à même de constater en dehors des crises que je veux uniquement fixer l'attention.

L'anesthésie cutanée n'est ni plus ni moins intense que celle qu'on observe chez un certain nombre d'hystériques. La peau des membres supérieurs et inférieurs est complètement dépourvue

de sensibilité: ni la piqure avec une épingle qui traverse la peau, ni le pincement, ni le chatouillement, ni la présence d'un corps à température extrême, n'est perçue; la plus grande partie du tronc est également insensible; la sensibilité de la face, du crâne, d'une partie plus ou moins étendue du cou, est diminuée sans être abolie. Les sensations excessives sont seules perçues; et la malade est incapable de distinguer la nature ou la forme du corps qu'on a mis en contact avec son visage. Si on lui tire les cheveux, elle croit tout aussi bien avoir été pincée ou piquée.

Cette anesthésie cutanée, si bien observée chez les hystériques, présente des particularités sur lesquelles on n'a peut-être pas insisté suffisamment. N'est-ce pas tout d'abord une chose étrange qu'un phénomène de cette nature soit resté pendant si longtemps inaperçu, alors qu'il devait entraîner de telles incommodités que les malades ne pouvaient manquer de le signaler elles-mêmes au même titre que la douleur, le fourmillement, la sensation gravative de fatigue ou la paralysie incomplète. Il semble que le fait d'être privé des notions que fournit le contact apporte un obstacle aux actes les plus nécessaires de la vie. Si heureusement que la vue supplée au toucher, elle ne peut suffire à tout, et si elle donne la notion, elle ne saurait créer la sensation même du contact. Il suffit d'arrêter un instant sa pensée sur la série des petites misères qui résulteraient de la suspension accidentelle de la sensibilité de la peau, pour qu'on se représente l'étrange impression qu'éprouverait chacun de nous si appuyant le coude sur la table, si tenant sa plume entre les doigts, si en s'asseyant sur un siège, il n'était pas averti par une sensation tactile.

Et cependant il est d'expérience que les hystériques non encore éclairées par les investigations d'un médecin ne font pas mention de l'anesthésie. J'ai examiné, à ce point de vue, un grand nombre de filles affectées d'hystérie, d'une intelligence plus que moyenne; je les ai sollicitées avec de vives instances de ne rien omettre des incommodités qu'elles éprouvaient, et je n'en ai pas encore rencontré une qui fit spontanément figurer

l'anesthésie parmi les accidents dont elle avait à se plaindre.

Il en est tout autrement des malades dont on a dirigé l'attention sur cet ordre de phénomènes. Elles apprennent à se rendre compte; mais, lors même qu'elles ont été ainsi renseignées, combien en rencontre-t-on qui souffrent réellement et qui se plaignent des désagréments que l'insensibilité leur occasionne. Pour mesurer le degré de l'indifférence, il suffit d'une expérience bien simple : chez une hystérique affectée d'anesthésie partielle du tronc, et qui n'a encore été soumise à aucun examen direct, frictionnez la totalité du tronc avec la chemise même de la malade, et demandez à la malade si elle a ressenti également sur tous les points le frottement du linge, elle sera presque toujours incapable de délimiter spontanément les points anesthésiques. Lors même qu'elle a été associée à la notion de l'anesthésie, l'hystérique n'arrive qu'à la longue à renseigner le médecin sur l'étendue et le siège de l'insensibilité. Couchée sur le dos, elle ne sait pas ou elle sait mal quelle portion du dos est insensible. Les essais méthodiques que vous faites avec une épingle ou avec le chatouillement semblent aussi nécessaires pour l'instruire que pour vous renseigner vous-même.

C'est une coutume traditionnelle d'interroger les paraplégiques sur le plus ou moins de conscience qu'ils ont de la résistance et de la solidité du sol sur lequel ils posent les pieds. S'il arrive que le paralytique déclare qu'il lui semble marcher sur un terrain élastique ou piétiner sur du coton, on s'explique ainsi la difficulté de la marche, et il paraît naturel que le défaut de sensibilité nuise à la progression : les hystériques, et il est facile de s'en assurer tant les occasions sont fréquentes, alors même que toute sensation de la plante des pieds est abolie, sautent en bas de leur lit, courent même la nuit et, dans le jour, se livrent à tous les exercices sans tenir compte de l'anesthésie.

Il y a certainement une grande distinction à établir entre l'anesthésie cutanée des hystériques et celle des individus atteints d'affections cérébrales ou spinales; ceux-ci se plaignent de l'amoindrissement et encore plus de la perte de la sensibilité au

contact. Et cependant beaucoup d'entre eux sont encore en état de percevoir la sensation de la température.

J'avais, il y a peu de temps, par un de ces hasards qui fournissent si souvent les meilleurs termes de comparaison, à examiner deux malades qui peuvent servir de type. L'une, fille hystérique, était profondément anesthésiée de la presque totalité du corps et en particulier de la portion supérieure des cuisses et de la moitié inférieure du bas-ventre. L'insensibilité, dont elle n'avait nulle conscience, avait envahi et occupait les organes externes de la génération. L'autre, militaire, âgé d'une quarantaine d'années, m'était adressé par un de mes confrères, et venait me consulter exclusivement pour une anesthésie dont il avait exactement déterminé le siège et qui s'était fixée sur la même région. Le pubis, le pénis, le pli de l'aîne et le périnée étaient insensibles, et le malade racontait lui-même par quelle pénible émotion il avait passé en découvrant cette singulière maladie, bien que l'aptitude à l'érection fût conservée. La première avait l'anesthésie hystérique; le second, sujet à des accidents d'origine encéphalique sur lesquels il serait hors de propos d'insister, avait l'anesthésie encéphalique.

Que l'on prenne le soin de comparer l'anesthésie qui accompagne l'ataxie avec celle qui résulte de l'hystérie, on verra que si l'examen local donne des résultats identiques, les malades ne se ressemblent en rien au point de vue de la conscience qu'ils ont de la maladie.

C'est qu'en effet toute sensation implique un acte complexe; d'une part, l'impression produite sur l'organe; de l'autre, la perception tout intellectuelle de cette impression. Un individu distrait par une vive préoccupation ne perçoit pas des sensations que, dans une autre situation d'esprit, il eût à peine tolérées. Les aliénés, qui représentent le plus haut degré de la distraction, demeurent étrangers à certaines impressions produites sur les sens lorsqu'elles ne rentrent pas dans la sphère de leur activité délirante.

Il est probable que les hystériques, dont l'état normal offre

tant d'autres singularités, acquièrent également, par le fait de la maladie, une sorte de paresse qui les rend moins aptes à percevoir certaines modalités sensitives.

On peut affirmer que l'ataxique n'a aucune analogie intellectuelle avec l'hystérique; il doit à la genèse spinale de l'affection une immunité souvent complète de l'entendement, il est moralement l'égal de ce qu'il était avant d'avoir été si gravement frappé, et le progrès de la maladie ne trouble pas davantage sa raison. L'hystérique, au contraire, même avant toute manifestation convulsive, est déjà transformée; dans la sphère des sentiments elle a des exaltations et des défaillances de sensibilité physique. Personne ne songe à s'étonner de l'insouciance du paralytique général qui non seulement n'a pas conscience de l'anesthésie, mais ne consent même pas à la reconnaître quand on lui en fournit la preuve expérimentale, et on n'hésite pas à attribuer à un insouciant optimisme son ignorance obstinée. J'inclinerais volontiers à croire que l'hystérique est sous une autre forme et à un autre degré dans une condition mentale qui explique également son indifférence.

J'ai tenu à noter en passant le caractère de l'insensibilité cutanée de l'hystérique, et parce qu'il n'est pas sans intérêt, et parce que nous allons en retrouver l'équivalent en étudiant l'activité musculaire. Je reprends où je l'ai laissée interrompue par cette digression l'observation de la malade.

Non seulement la peau est insensible, mais les parties les plus profondes sont également anesthésiques dans tous les points où on constate l'insensibilité superficielle. Si on prend la main de la malade et qu'on la frappe assez vivement sur le marbre de sa table de nuit, elle n'en a aucune conscience et serait tout au plus avertie par le bruit si elle y portait son attention. Une aiguille profondément enfoncée dans le bras n'éveille pas davantage de sensation douloureuse. Des phénomènes de ce genre ont été tant de fois observés chez les hystériques qu'il serait au moins inutile d'insister sur la diversité des expériences par lesquelles il est possible de s'assurer de la réalité et de la profondeur de

l'anesthésie. Au ventre qui est dans quelques zones beaucoup moins insensible, au visage qui a conservé sa sensibilité presque intacte, la malade ressent également le chatouillement et la douleur.

Il était désirable de profiter d'un cas où les troubles nerveux sont si profonds et si bien définis pour étudier leur influence sur l'activité musculaire; d'un côté, la malade était sous le coup d'une anesthésie extrême et facile à mesurer; de l'autre, elle était, pendant le sommeil cataleptique, hors d'état d'intervenir dans les mouvements qu'on imposait à ses muscles demi-rigides. Comment les choses se passaient-elles dans l'intervalle des accès?

On sait que les observateurs qui ont rapporté à l'analyse des mouvements une remarquable sagacité ont conclu à l'existence d'un sens ou d'une conscience de l'activité musculaire, comme élément distinct parmi les forces multiples qui concourent au mouvement volontaire; leurs recherches sont assez récentes et ont été assez remarquées, à juste titre, pour qu'il suffise de les rappeler. Toute l'histoire de l'ataxie locomotrice se rattache à ces investigations.

Chez l'homme qui jouit de l'intégrité de ses fonctions, le sens de l'activité des muscles reste à l'état instinctif et peut passer inaperçu, mais il n'avait pas échappé à l'observation des philosophes qui envisagèrent et devaient envisager la question par le côté intellectuel sans se préoccuper du problème physiologique.

Tout mouvement volontaire se compose de deux termes: la volonté qui commande et le muscle ou l'ensemble de muscles synergiques qui obéissent par l'intermédiaire du système nerveux. Lorsqu'il s'agit d'accomplir un mouvement défini auquel on n'est pas préparé par une suffisante habitude, on a à la fois la conscience de l'impulsion de la volonté et le sens de l'effort musculaire qui répond au but qu'on se propose d'atteindre. Lorsque le mouvement quel qu'il soit est devenu familier, l'intervention de la volonté échappe à la conscience; c'est le cas

des exercices manuels, et l'agilité des ouvriers et des joueurs d'instruments dépend pour une partie du degré de l'accoutumance.

Tous les éléments qui peuvent assurer le mouvement que l'individu a résolu d'exécuter sont appelés à prêter leur concours ; la vue et le toucher fournissent des renseignements précieux sans être indispensables.

Il est certain que le toucher sert à reconnaître jusqu'à quel point le mouvement répond au but qu'on s'était proposé. Dans toutes les œuvres délicates il sert de contrôle et de mesure. L'individu qui cherche un objet dans l'obscurité se rend compte des hésitations par lesquelles il passe et acquiert ainsi une conscience exacte de mouvements qu'il eût accomplis instinctivement s'il avait été guidé par la vue ; il fait alors intervenir comme éléments intellectuels l'enchaînement de ses souvenirs et les probabilités qui dirigent ses tâtonnements. Bien loin d'être amoindri, le sens musculaire est exalté parce qu'il procède en vertu d'une hypothèse et par conséquent d'une théorie.

Il n'est pas moins certain que l'anesthésie, c'est-à-dire la suppression des sensations tactiles, n'abolit pas les perceptions du sens musculaire. On voit des hystériques insensibles mouvoir leurs membres dans la direction qu'on leur indique les yeux fermés, et le seul défaut de leur mobilité est la maladresse.

Chez notre malade, l'anesthésie périphérique paraît néanmoins jouer un rôle important. Tous les appareils musculaires sous-jacents à des portions sensibles se meuvent, bien que cette jeune fille ait les yeux bandés, et on pourrait presque mesurer le degré et l'étendue de l'anesthésie par le degré et l'étendue des mouvements.

La face, la tête, le cou, ont conservé leur sensibilité tactile : tous les muscles de la face, de la tête et du cou, exécutent régulièrement les mouvements sans le concours de la vue ; elle soulève les paupières, sourit, place la tête dans la situation qu'on lui indique, sans incertitude, absolument comme si la vue n'était pas momentanément suspendue : la peau du tronc est en presque

totalité sensible au contact, les muscles du tronc obéissent à l'impulsion de la volonté. Il n'en est plus de même pour les membres et en particulier pour les membres supérieurs, qui sont, comme je l'ai dit, complètement anesthésiques et aussi insensibles au contact qu'à la douleur et au froid.

Lorsqu'on ferme les yeux de la malade et qu'on lui demande d'exécuter un mouvement déterminé avec un des deux bras, elle agite le tronc en témoignage de l'effort qu'elle a tenté ; mais le bras reste immobile.

Si on place le membre, bras, avant-bras, doigts, dans une situation quelconque, elle n'a aucune perception du déplacement ; l'expérience a été répétée tant de fois et sous des formes si variées qu'elle n'admet pas de doutes.

Un premier fait est ainsi acquis à l'analyse. En l'absence de la vision, en l'absence du tact qui est aboli, le sens de la tension musculaire est nul.

Et cependant non seulement la loi souffre des contradictions, mais elle ne peut être admise qu'avec des réserves singulières et après une investigation plus minutieuse.

La conscience du mouvement n'est pas seule éteinte, mais la malade n'a pas la sensation de la fatigue, et ce n'est pas sans raison que j'ai admis que le sens de la *tension* musculaire était annulé.

Lorsqu'on place le bras, la malade ayant, comme dans toutes les expériences, les yeux sûrement fermés, dans une position impossible à maintenir au delà de quelques secondes, le bras garde la situation qu'on lui a imposée ; il se produit une sorte de catalepsie partielle, et l'expérimentateur se fatigue d'attendre avant que la malade soit fatiguée de l'immobilité ; le membre se maintient suspendu comme s'il était appuyé sur une table ou sur le lit.

Cette notion intime de la fatigue, déjà si étrange quand on l'étudie chez un individu parfaitement sain, perception aussi nette qu'elle est indescriptible, impérieuse et fugace à la fois, dominant notre volonté et dominée par elle à la suite d'un redou-