

vaso-moteur et précipitant les mouvements cardiaques, on serait mal venu de s'étonner qu'elle donnât naissance à l'épilepsie !

Il y a là une erreur de pathogénie et une faute de pathologie qu'il serait sans profit de relever, si elles n'étaient commises par d'autres médecins. L'épilepsie est encore, pour un petit nombre de praticiens, une névrose, et, pour un nombre encore plus restreint, l'idéal des névroses : or, du moment qu'on parle de névroses, il n'est pas de causalité fantaisiste qui semble hors de propos.

Pour ma part, je ne suis pas un statisticien, je ne me fie pas aux assertions des relevés hospitaliers, mais je déclare n'avoir jamais rencontré un cas d'épilepsie franche qui, après enquête personnelle et sérieuse, me paraisse avoir dû naissance ni à la peur ni à une émotion d'aucun genre.

(*Union médicale*, 1880.)

CATALEPSIES PARTIELLES ET PASSAGÈRES.

Il paraît accepté que les états nerveux se composent d'une succession confuse de symptômes protéiformes, insaisissables, et qui échappent à toute tentative de classement. Admettre qu'une maladie trompe à ce degré l'attente des médecins, c'est à la fois avouer et excuser son ignorance. On ne saurait trop s'élever contre ce parti pris résigné qui conduit à s'abstenir de l'étude en la déclarant impossible ; si peu productifs qu'ils soient, les efforts à l'aide desquels on cherchera à apporter de l'ordre dans ce désordre ne peuvent être sans quelque profit.

J'ai, dans un autre mémoire, essayé de circonscrire et d'exposer sous le nom d'*ataxie hystérique* toute une classe de faits déjà signalés, mais qui peut-être avaient été l'objet d'une analyse moins approfondie. Mon intention est de décrire aujourd'hui une autre catégorie de phénomènes qui ont encore moins éveillé l'attention des observateurs.

On désigne provisoirement sous le nom d'*hystérie* un ensemble de manifestations nerveuses se produisant de préférence chez les jeunes femmes, se rencontrant chez les jeunes gens par une rare exception et ne relevant pas d'une lésion connue des centres nerveux. Quelle que soit la valeur singulièrement contestable de la définition, elle sert à constituer un genre qu'on arrivera plus tard à décomposer en espèces.

Dans la multiplicité des troubles nerveux ainsi rattachés à la passion hystérique, plusieurs ont été soumis à une plus savante

analyse. Au lieu de décrire les crises où les accidents se succèdent avec une insaisissable rapidité, on a pris l'hystérique pendant ses périodes de rémission, alors qu'elle se prêtait à un examen régulier. C'est grâce à ce procédé qu'on est parvenu à la découverte d'un certain nombre d'altérations durables du système nerveux, et c'est en continuant à suivre la même voie qu'on réussira à compléter la recherche.

Au premier rang des faits acquis à la science, il convient de placer l'anesthésie qui avait échappé aux anciens observateurs. Nous savons actuellement, si peu renseignés que nous soyons sur sa raison physiologique, les variétés cliniques de l'anesthésie cutanée.

Au second rang vient l'hypéresthésie, dont la nature est encore toute confuse, phénomène moins fréquent, plus capricieux, et d'une plus difficile appréciation.

Les désordres du mouvement occupent la troisième place et se partagent, comme ceux de la sensibilité, en exagération ou en diminution de la motilité : d'une part, les convulsions et les contractures; de l'autre, les paralysies, les parésies, les simples affaiblissements musculaires.

Enfin dans un autre ordre d'investigations se présentent des perturbations qui intéressent la motilité volontaire, mais qui, ne consistant pas dans une simple interruption ou dans une surexcitation des mouvements, exigent une observation plus délicate et justifient les développements dans lesquels je crois nécessaire d'entrer.

Tout mouvement volontaire se compose, abstraction faite des organes, d'un certain nombre de termes ou de facteurs ; il suppose, en effet, un but à atteindre, un acte de volonté qui décide de l'effort, une série de sensations intermédiaires qui nous renseignent sur les résultats obtenus et une notion préalable plus ou moins vague des forces qu'il s'agit de mettre en action. Qu'on prenne le mouvement volontaire le plus simple, la préhension d'un objet situé près de nous, par exemple, et on retrouvera la trace de chacun de ces éléments reconnus et décrits par tous

les observateurs. L'individu qui jouit de la plénitude de la fonction accomplit presque à son insu ce travail multiple mi-intellectuel, mi-instrumental. Chez les malades dont le système nerveux est affecté, il manque par intervalles un des chaînons, et où le lien normal aurait volontiers échappé, on saisit aisément la lacune.

Les expériences cliniques ont sous ce rapport une valeur de détail que les expériences physiologiques sur les animaux ne sauraient jamais obtenir. La relation de la volonté avec le mouvement est, pour l'animal en expérimentation, réduite à son expression la plus grossière. L'animal remue le membre à la suite d'une irritation, ou reste incapable de le mouvoir ; mais l'expérimentateur ne sait pas dans quelle mesure l'acte répond à la décision. L'homme, au contraire, rend compte de son intention ; il ne se borne pas à fuir devant la douleur, mais il s'essaye à des exercices variés : il dispose de sa volonté sans être contraint ou par une action réflexe, ou par une impulsion fatale ; on peut ainsi mettre en présence la détermination et le fait accompli, la détermination qu'il énonce et le fait dont on juge par les mouvements réalisés. C'est justement parce que l'expérience est complète qu'elle est d'une analyse plus difficile ; on la simplifie en supprimant l'élément intellectuel, mais en même temps on abandonne une part de la vérité et on abaisse le niveau de l'expérimentation appliquée à l'espèce humaine. Les recherches cliniques sur la théorie des mouvements sont loin d'être aussi précises que les investigations des physiologistes : il ne s'agit d'établir entre les deux modes de recherches ni supériorité ni infériorité ; les sujets et les moyens n'étant pas les mêmes, on doit s'attendre à ce que les résultats soient différents.

L'individu qui a résolu d'exécuter un mouvement le veut avec plus ou moins d'énergie et de persévérance. L'affaiblissement de la volonté a pour corrélatif la diminution de l'activité musculaire ; sa surexcitation produit le fait inverse. Chez les malades atteints d'affections cérébrales qui intéressent les facultés intel-

lectuelles, chez ceux en particulier qu'on désigne sous le nom générique de *paralytiques généraux*, cette puissance cérébrale de la volonté est singulièrement manifeste. Les mêmes hommes qui marchent en titubant, dont les mains tremblotent quand ils les étendent, sont capables des pires violences sous l'influence d'une poussée de volonté. Dans une autre catégorie de maladies cérébrales, le sujet indifférent n'ayant pas de but qui le sollicite, meut ses membres lentement, cède à la moindre résistance et devient un demi-paralytique par inertie morale plutôt que par insuffisance musculaire.

Chez les hystériques, il est rare, comme on le sait, que l'équilibre intellectuel soit stable ; leur volonté capricieuse s'excite ou se lasse, et il est à peu près impossible de faire la juste part du bon et du mauvais vouloir. Les expériences instituées dans ce sens ont de telles chances d'erreur qu'il est sans profit de les entreprendre. Aussi n'est-ce pas aux hystériques qu'il faut s'adresser quand on cherche à mesurer l'intensité du mouvement en rapport avec l'intensité de la volonté, mais aux malades affectés de lésions organiques des centres nerveux, sans perversions concomitantes de l'intelligence ou du sentiment.

En dehors de l'intensité, telle qu'on peut l'apprécier par un dynamomètre, les mouvements volontaires ont d'autres conditions à remplir ; d'une part, c'est leur proportionnalité avec le but à atteindre ; de l'autre, c'est leur direction. A ce double point de vue, les hystériques fournissent la matière à de meilleures études.

Étant donné un exercice défini à exécuter qui nous soit familier, chacun de nous sait d'avance à quelle dépense de force il doit se préparer. L'adresse consiste à régler l'effort de telle sorte qu'il ne soit ni excessif ni insuffisant, on ne meut pas sa jambe avec la même vigueur pour écraser du pied une mouche ou pour briser une amande. Les paralytiques chez lesquels la motilité est incomplètement abolie, agissant sur des muscles indociles, perdent souvent à un haut degré ce sens de la proportion. Ils sont obligés de substituer à la conscience normale une notion indis-

tincte. Ce n'est pas de la faiblesse, car ils dépassent le but. Un paraplégique par lésion médullaire à qui on demande de ployer l'articulation du genou sous un angle déterminé n'y réussit que par tâtonnements, si même il réussit à placer exactement le membre dans la situation qu'on exige.

Je n'ai jamais observé dans l'hystérie cette indécision, et par conséquent, je la regarde comme un signe diagnostique de quelque importance dans les cas douteux. Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici de faiblesse, mais de désordre.

La direction du mouvement implique l'intervention d'éléments plus nombreux et plus complexes. La vue, le tact, tous les sens au besoin, y concourent. L'ouvrière qui coud dans l'obscurité est guidée par le toucher, celle qui travaille à la lumière est dirigée par ses yeux, et ne se préoccupe plus des sensations que le tact lui fournit.

Dans les mouvements plus étendus, la sensibilité cutanée nous sert de mesure. On apprécie, les yeux fermés, la force avec laquelle on a serré la main vide, d'après les sensations que fournit la pression des doigts sur la paume de la main.

Cependant lorsque la sensibilité de la peau est amoindrie, lorsque surtout elle est complètement éteinte, et que les yeux sont fermés, la malade ne perd pas forcément l'aptitude à diriger les mouvements conformément à sa volonté. Il faut donc supposer qu'il existe, en outre des moyens indirects de contrôle, une sorte de conscience à laquelle on a donné des noms différents, mais qui tous expriment la même idée : un sens de l'excitation ou de l'action musculaire.

J'ai longuement énuméré, dans le mémoire que je citais en commençant, les phénomènes variés qu'on observe chez les individus qui ont perdu la notion instinctive de la direction du mouvement. J'ai fait voir comment ils y suppléaient par la vue, et comment ils restaient capables, à la condition de voir, d'exécuter les travaux les plus délicats. Une des malades dont j'ai rapporté l'histoire est employée aujourd'hui dans un atelier de couture, où elle est l'égale de toutes les ouvrières, bien que, les

yeux fermés, elle soit hors d'état de continuer même un mouvement commencé.

Cette forme d'ataxie hystérique, bien différente par sa raison anatomique de l'ataxie avec atrophie spinale, s'en distingue par plus d'un côté. Tandis que l'ataxique proprement dit n'est pas le maître de proportionner ses mouvements, même avec l'aide de la vue, et par conséquent est toujours maladroit, l'hystérique ataxique, du moment où elle dirige ses mouvements par le regard, n'a rien perdu de son adresse ou de sa libre agilité.

Les deux modes de troubles de la motilité dont je viens de résumer les principaux caractères portent non pas sur le mouvement en lui-même qui reste possible, mais sur ce qu'on me permettra d'appeler l'*accommodation* ou l'adaptation du mouvement volontaire. De même que l'œil accomplit sa fonction en s'accommodant aux conditions variées dans lesquelles la vision doit s'exécuter, de même le mouvement volontaire ne répond à sa destination qu'en s'adaptant au but à atteindre; il ne lui suffit pas d'être ou de ne pas être, il faut encore qu'il se modifie suivant les destinations. L'ataxie, quelle qu'elle soit, consiste symptomatiquement dans un défaut d'accommodation, que la vue surtout corrige et dissimule en remplaçant une sensation par une notion.

J'ai cru nécessaire de résumer ces quelques indications générales, avant d'aborder l'étude de phénomènes sur lesquels mon désir est de fixer particulièrement l'attention. Les distinctions de la nature de celles que j'indique semblent toucher de si près aux subtilités, qu'on éprouve le besoin de les justifier en montrant le lien qui les rattache à l'ensemble de la fonction.

Les mouvements ont lieu en vertu de contractions et de relâchements musculaires qui se succèdent avec plus ou moins de rapidité. Le relâchement ou l'inertie musculaire peut se prolonger pendant une période de temps presque indéfinie, l'activité au contraire a des limites plus étroites. La contractilité s'épuise; mais, avant que les muscles soient devenus incapables de se contracter, nous sommes avertis par une sensation toute spéciale,

si distincte et d'une telle banalité qu'on n'a guère songé à lui consacrer un plus mûr examen. Je veux parler de la sensation de fatigue.

Lorsque les relâchements alternent avec les contractions, il en résulte une série de repos qui permettent de prolonger l'exercice. Lorsque la contraction est plus durable, la fatigue est plus hâtive. C'est là un fait vulgaire qu'il suffit d'énoncer.

Si la contraction musculaire n'a pour but que d'exécuter un mouvement de déplacement du membre, une fois le résultat obtenu, elle est remplacée par un repos; si, au contraire, on veut maintenir le membre dans la situation qu'on vient de lui imposer, la contraction reste fixe et s'appellerait plutôt du nom de tension musculaire.

Cette tension du muscle est soumise à la volonté, non seulement quant à sa durée, mais aussi quant à son intensité.

Nous pouvons en allongeant le bras lui conserver cette posture avec des degrés de tension très variables, dont nous avons l'exacte conscience, bien qu'ils se traduisent à peine par un peu plus de rigidité du muscle au toucher. La fatigue est en proportion de l'effort auquel nous nous sommes déterminés.

Le plus léger poids à l'extrémité du membre étendu, en exigeant une tension plus considérable, appelle aussi une lassitude plus rapide.

L'effort permanent, volontairement immobilisé, non seulement fatigue vite, mais il donne une sensation particulièrement pénible, et contre laquelle la résistance est bien plus difficile que celle qu'on peut opposer à la fatigue produite par des mouvements.

Pathologiquement, l'exagération des contractions répond aux convulsions cloniques; l'excès de la tension continue correspond aux convulsions toniques. Qu'on compare, au sortir de la crise, l'épileptique qui s'est roidi presque sans se mouvoir, avec l'hystérique qui s'est livrée aux jactations et aux évolutions musculaires les plus tumultueuses; l'une est à peine éprouvée, l'autre, indépendamment des phénomènes cérébraux, se plaint d'une

courbature profondément douloureuse des membres contracturés. Les choréiques qui se dépensent dans une incessante mobilité n'accusent pas de fatigues en proportion avec l'exercice auquel ils se livrent, et dans les cas de chorée partielle, la comparaison est facile entre le membre sain et le membre parallèle malade.

Lorsque nous avons dû garder pendant longtemps une position qui exige de la tension musculaire, nous sommes portés instinctivement à reposer le membre fatigué, en lui imprimant une série de contractions saccadées; nous ne nous reposons jamais du mouvement par une tension musculaire prolongée.

Le sommeil ne supprime pas les mouvements, mais il a pour effet de relâcher tout l'appareil musculaire: il n'est personne qui ne sache la flaccidité du bras et des jambes d'un individu profondément endormi. Le sommeil artificiel, provoqué par les anesthésiques, donne au plus haut degré le même résultat.

Il faut donc, parmi les éléments dont se compose la motilité, détacher dans l'analyse physiologique la durée comme phénomène objectif, et le phénomène subjectif correspondant de la sensation de fatigue. Tout homme dont la force musculaire s'épuise sans qu'il éprouve de la lassitude est hors de l'état normal, et considéré comme un malade. Il suffit de se représenter l'impression que chaque médecin éprouverait en entendant cette phrase: Je ne suis pas fatigué, mais je ne peux plus faire mouvoir mon bras.

Il se peut que, par une contradiction toute maladive, la tension musculaire soit persistante, et qu'en même temps la sensibilité à la fatigue soit annulée; c'est cette anomalie que je désigne sous le nom d'*état cataleptique*, et que je vais essayer de décrire.

Si le nom de catalepsie a pris place dans la science, il s'en aut de beaucoup que l'idée qu'il représente soit scientifiquement définie. Dans le récent procès du D^r Pritchard, qui a soulevé tant d'émotions en Angleterre, le D^r Gairdner, appelé à déposer pour avoir donné des soins à la femme de l'assassin, déclarait que la malade était, au dire du mari, atteinte d'accidents nerveux

cataleptiques, mais que ce renseignement n'avait eu à ses yeux aucune signification, parce qu'il en était encore à apprendre ce qu'on devait entendre par catalepsie. Quand un homme de la valeur du professeur Gairdner fait ainsi l'aveu public de son ignorance, c'est que l'ignorance est avouable.

La catalepsie est constituée dans sa plus haute expression par une sorte de coma ou d'insensibilité absolue, qui annule les fonctions de la vie de relation sans porter atteinte aux fonctions de la vie végétative et par l'aptitude qu'a le malade à conserver passivement les attitudes, quelles qu'elles soient, qu'on impose à ses membres. Non seulement le malade ne fait pas d'effort volontaire pour changer les positions les plus incommodes, mais le membre reste immobile et tendu sans fatigue. La vie se continue ainsi, comme chez les animaux hibernants, pendant un temps illimité. L'invasion est ordinairement subite, et cet étrange état cesse comme il est venu, soudainement, sans cause appréciable.

Les exemples de cette grande et durable catalepsie sont rares. Depuis le fait tant de fois invoqué, dont le professeur Skoda a rapporté l'observation, on en retrouverait bien peu de cas dans les recueils médicaux. Et cependant la maladie est d'un aspect à la fois si saisissant et si bizarre, qu'elle éveille au plus haut point la curiosité.

Il est acquis tout d'abord que la catalepsie, ainsi caractérisée, ne survient que chez les femmes en pleine évolution hystérique. Cette loi absolue, qui n'a jusqu'ici souffert aucune contradiction, a été signalée sans qu'on songeât à profiter des enseignements qu'elle renferme.

Je suis profondément convaincu que l'hystérie n'échappe pas plus à l'analyse pathologique que les autres maladies; que ses manifestations les plus désordonnées en apparence n'ont pas le caractère individuel qu'on leur suppose, et que, comme expressions d'un état morbide, elles doivent se reproduire assez fréquemment pour n'être pas d'inexplicables exceptions. Ou il faut se ranger à cette conviction, ou il faut renoncer à l'étude de

l'hystérie. Seulement, au lieu d'attendre les accidents, il convient de les chercher et de substituer pour ainsi dire l'expérimentation clinique aux hasards aventureux de l'expérience.

En procédant ainsi, j'ai cherché et je n'ai pas tardé à reconnaître que, parmi les hystériques que j'ai eu l'occasion d'observer en grand nombre, la catalepsie n'était pas une telle exception que je n'eusse les moyens de l'étudier à ses divers degrés, et sous ses principales formes.

Les hystériques, envisagées au point de vue de la prédisposition à la catalepsie, peuvent se diviser en deux classes : les unes excitables, mobiles, spasmodiques même, dans l'intervalle des accès, moralement irritables et impulsives ; les autres, calmes, somnolentes, demi-torpidés, réagissant peu, plus promptes à pleurer qu'à s'irriter. Les malades de cette seconde classe doivent être choisies pour cette recherche spéciale.

Lorsque, chez une hystérique du type que je viens d'indiquer, on applique la main sur les yeux, ou qu'on ferme les paupières, par n'importe quel procédé, la malade éprouve une sensation d'engourdissement toute particulière. Elle répond aux questions, elle exécute, quand elle n'est pas ataxique, les mouvements qu'on lui prescrit, mais avec une paresse croissante. Peu à peu la respiration se fait avec plus d'efforts, les parois de la poitrine se soulèvent davantage, les globes oculaires sont convulsés en haut, la malade cesse de répondre et elle s'endort d'un sommeil profond, identique au sommeil naturel, avec cette différence qu'elle reste plus insensible au bruit du dehors : on a beau l'appeler à haute voix, frapper vivement et près de son oreille sur un objet sonore, elle continue à dormir avec une placidité qui exclut toute possibilité de simulation. L'indifférence, la torpeur sont ainsi portées graduellement aux proportions extrêmes de la catalepsie spontanée ; la vie de relation s'est complètement suspendue. Seulement, cette léthargie presque artificielle, provoquée par l'observateur, a suivi chez la malade une progression graduelle qui permet d'en observer toutes les phases.

Si rapide qu'ait été le sommeil produit par la simple occlusion

des yeux, il n'a lieu qu'au bout de quelques minutes, plus ou moins vite, suivant la constitution nerveuse de la patiente. Chez certaines hystériques on réussit toujours à déterminer la torpeur complète ; chez certaines autres on n'arrive qu'à la somnolence ; chez d'autres, enfin, on ne dépasse pas un engourdissement qui cesse dès qu'on leur rend la vue, et qu'elles comparent à la fatigue qu'on éprouve dans la matinée qui succède à une nuit d'insomnie.

Qu'on ne croie pas que j'énonce ici un cas particulier que le hasard m'ait fait rencontrer, et dont le contrôle soit interdit aux médecins : je décris un état pathologique dont j'ai vu plus de dix exemples dans une seule année, que j'ai fait constater par mes élèves à de nombreuses reprises, et qui n'appartient pas aux *casus rarioris* de la clinique.

La définition classique de la catalepsie se compose de deux termes : d'une part, l'état léthargique avec intégrité de la respiration et de la circulation ; de l'autre, la passivité absolue des membres, l'absence de tout mouvement volontaire, et l'aptitude à conserver les positions dans lesquelles les membres sont placés.

L'état léthargique est, dans les cas auxquels je fais allusion, parfaitement caractérisé : la malade est hors d'état d'exécuter aucun mouvement volontaire lorsque la torpeur a atteint ses proportions extrêmes. Si on la pince dans des points où la sensibilité est conservée, l'excitation détermine un mouvement réflexe peu étendu ; si on introduit un liquide dans sa bouche, elle ne fait aucun effort de déglutition. La crise est d'une durée variable ; la malade se réveille d'elle-même à la longue, ou reprend ses sens à la suite d'une vive commotion, de l'aspersion d'eau froide sur la figure.

L'état des membres ne répond pas moins à la définition de la catalepsie. Les masses musculaires offrent à la pression une résistance qu'elles ne présentent pas durant le sommeil. Quand on prend un des membres, le bras, par exemple, et qu'on essaye de le ployer au niveau d'une articulation, la jointure est demi-ri-