

gide. Il semblerait qu'on opère sur un de ces mannequins articulés construits à l'usage des artistes, ou sur un corps qui aurait la flexibilité de la cire. L'articulation garde la position où on l'a placée, fixe, immobile, comme si elle était soutenue sur un point d'appui. On peut varier les situations à son gré, donner au membre les positions les moins tolérables, sans qu'un seul frémissement musculaire se produise, sans que le membre s'incline peu à peu et obéisse à la pesanteur.

On comprend que je n'entre pas dans le détail d'essais qu'il est si facile de varier et de multiplier. Comme il s'agit de mouvements passifs dont l'observateur est le maître et le juge, rien n'est plus aisé que de se mettre en garde contre la simulation en exagérant les difficultés.

C'est un spectacle singulier que celui d'une malade plongée dans une torpeur profonde, insensible à toutes les excitations, conservant, dans les poses auxquelles on l'assujettit, l'immobilité et la roideur d'une statue; restant assise, debout, inclinée en avant ou en arrière, la jambe suspendue hors du lit, ou fléchie à angle aigu sur le tronc, les bras et les doigts contournés, et maintenant la plus invariable et la plus absolue indifférence.

Dans ces conditions, il est impossible de méconnaître une tension durable, permanente des muscles, se produisant indépendamment de la volonté, n'entraînant pas la sensation de lassitude, et ne déterminant pas davantage une fatigue qui, à défaut de sensation, se traduirait par le relâchement musculaire.

La rigidité des membres varie, quant au degré, et il faut à l'observateur plus ou moins d'effort pour mouvoir l'articulation; mais chez le même individu, la résistance est presque toujours proportionnelle au volume des muscles destinés aux mouvements de la jointure. L'articulation de la cuisse, par exemple, a plus de rigidité que celle du poignet, et celle du coude que celle des phalanges.

La roideur cataleptique est générale ou partielle, complète ou incomplète, passagère ou durable. On peut dire qu'elle est proportionnée à la profondeur de la léthargie. Les hystériques dis-

posées à la catalepsie, et qu'on a seulement réussi à engourdir par l'occlusion des yeux, ont généralement beaucoup plus de rigidité dans les membres supérieurs que dans les membres inférieurs. Dans quelques cas plus rares, une seule moitié du corps est affectée. J'ai en ce moment dans mon service une hystérique qui a passé par les plus graves complications de la maladie, et qui, actuellement, n'est cataleptique que du côté gauche.

La catalepsie des membres est indépendante de l'ataxie qu'on rapporte à la perte du sens des actions musculaires, elle coïncide souvent avec elle, mais elle existe aussi bien chez des hystériques non ataxiques. Elle n'est pas davantage en relation positive avec l'anesthésie cutanée.

Dans tous les cas, elle cesse brusquement dès que la malade réveillée reprend le sens de la vue. Les muscles perdent leur rigidité, et les membres retombent dans la position qu'ils affectent quand l'appareil musculaire est en état de relâchement. Une des malades que j'observe dans mon service se prête, sous ce rapport, à une curieuse analyse. Elle a perdu la vue à la suite d'une crise d'une violence extrême, et d'une durée de plusieurs jours; néanmoins elle distingue encore le jour de la nuit, et par intervalle elle discerne quelques objets de couleurs éclatantes. Malgré cette cécité incomplète, la catalepsie des membres n'a lieu que quand, en fermant les paupières, on a provoqué la convulsion des globes oculaires et le sommeil cataleptique.

Une fois rentrées en possession d'elles-mêmes, les hystéro-cataleptiques n'accusent aucun sentiment de fatigue, quelque prolongée qu'ait été l'épreuve et quelques contorsions qu'on ait fait subir aux membres. Elles sortent sans transition de leur sommeil, se frottent les yeux, reprennent aussitôt l'exercice de leur volonté et de leur intelligence. A l'inverse des individus endormis par le chloroforme, elles savent qu'elles viennent de dormir, mais elles n'ont aucune conscience de ce qui s'est passé durant leur sommeil, et n'ont qu'une notion confuse du temps qui s'est écoulé.

pondaient à l'émaciation prolongée. Le cerveau paraissait normal.

Dans les premiers mois du séjour du malade, je m'étais borné à constater la persistance de la sensibilité et du mouvement, la paresse notable de la motilité, et la lenteur des perceptions tactiles. Un mois avant sa mort j'essayai de mesurer le degré de la tension et de la sensibilité musculaires. En appliquant les mains sur les yeux du malade on ne l'endormait pas, il acceptait cette épreuve avec l'indifférence qu'il apportait à toutes choses. Dès que la vision était ainsi suspendue, les membres demi-rigides conservaient indéfiniment la posture où il plaisait de les placer; les bras surtout restaient fixes, et, bien que les masses musculaires fussent réduites à leurs moindres dimensions, les postures les plus fatigantes étaient maintenues sans effort. Quand le malade rouvrait les yeux, il laissait lentement retomber ses membres et il était impossible d'obtenir de lui qu'il employât sa volonté à garder une posture. Les membres inférieurs étaient sensiblement moins rigides.

La catalepsie musculaire était cependant moins saisissante que chez les hystériques, les jointures n'avaient pas la même roideur, et la tonicité musculaire paraissait moindre à la pression du doigt.

L'autre homme, âgé de 40 ans, entré à l'hôpital Necker (salle Saint-Louis, n° 4) dans des conditions d'observation plus favorables. Il m'était recommandé par un de ses parents qui avait assisté aux premières phases de la maladie.

Cet homme, de grande taille, solidement musclé, avait été un ouvrier actif, intelligent, plein d'ardeur. Depuis plus d'une année, bien qu'il n'accusât aucune souffrance, ses forces avaient décliné graduellement: peu à peu il était devenu incapable de tout travail sans paraître s'en rendre compte, et, malgré l'intérêt que lui portait son patron, on avait dû le congédier de l'atelier.

Au commencement on avait attribué à quelques chagrins intimes cette trompeuse mélancolie qui marque le début de tant d'affections cérébrales. Cependant on n'avait pas tardé à s'aper-

cevoir que sa tristesse n'était que de la stupeur et de l'incapacité.

De la toux attribuée à un refroidissement était venue compliquer son état; pas de crises aiguës, pas de paralysie, mais une lenteur insouciant dans l'exercice de toutes les fonctions dont se compose la vie de relation.

A son entrée à l'hôpital, le malade présentait les signes d'une tuberculisation pulmonaire au second degré; deux dents cariées situées à gauche et à droite de la mâchoire avaient donné lieu à deux abcès ouverts au dehors et en pleine suppuration. Cet homme, né sur les frontières de l'Alsace, s'exprimait très difficilement en français, mais il parlait assez facilement la langue allemande.

Il serait hors de propos d'insister sur les lésions pulmonaires qui suivirent leur évolution habituelle et finirent par amener la mort. Au point de vue des fonctions cérébrales, l'intelligence était plutôt alanguie que pervertie, les questions recevaient toujours une courte réponse lentement articulée, mais jamais le malade ne manifesta ni un désir ni une répulsion ou ne hasarda une demande. Il se levait en même temps que son voisin et se couchait à la même heure que lui, l'accompagnant sans jamais lui adresser la parole; il acceptait la nourriture, mangeait avec appétit, mais n'eût pas demandé son repas. Les visites de sa famille n'émouvaient pas davantage sa passivité.

L'autopsie, en dehors des altérations tuberculeuses, ne donna pas à reconnaître de lésion cérébrale apparente. J'ajouterai, comme pour le cas précédent, que la nécropsie se borna à l'examen de l'amphithéâtre.

Chez cet homme, l'occlusion des yeux déterminait un excès de somnolence sans sommeil proprement dit, mais la catalepsie musculaire s'élevait à ses proportions extrêmes. Je n'ai jamais vu une rigidité plus absolue, et la comparaison avec le mannequin trouvait ici sa complète application. Je n'en citerai qu'un exemple, pour ne pas abuser des redites. Il était possible de placer le malade sur son lit de manière qu'il portât exclusivement

sur le bassin, les membres inférieurs étant relevés à angle aigu, les membres supérieurs élevés au-dessus de la tête, et le corps prenant ainsi la forme d'un V qui reposerait sur sa pointe. Cette posture pouvait être conservée pendant plus de dix minutes par un homme qui mettait un quart d'heure à descendre péniblement deux étages. Toutes les articulations avaient une égale roideur et donnaient au même degré, lorsqu'on essayait de les ployer, la sensation d'un bâton de cire ramollie.

Un peu plus tard, en juillet 1865, j'avais l'occasion d'observer les mêmes phénomènes dans des conditions beaucoup plus rares et sous une forme aiguë, chez un jeune homme couché salle Saint-André, n° 22. Le fait peut être exposé avec plus de détails parce qu'il a été de courte durée.

Ce garçon, ouvrier chaudronnier, d'une bonne constitution, de stature moyenne et robuste, n'avait jamais été malade ou même incommodé. Depuis un mois seulement il éprouvait, de temps en temps, des malaises vagues et comme des défaillances. Huit jours avant son entrée, les crises étaient devenues plus fréquentes et s'étaient répétées jusqu'à deux et trois fois par jour. Le dimanche 2 juillet, après avoir travaillé la matinée comme d'habitude, le malade fut pris, vers midi, en rentrant dans son domicile, d'un étourdissement avec perte de connaissance : il tomba à terre sans mouvement. Quand il revint à lui il fut fort surpris de se trouver couché, d'apprendre qu'il venait d'avoir une attaque et que la perte de connaissance avait duré plus de vingt minutes.

Le même jour, deux heures plus tard, une vive douleur se déclara dans les parois thoraciques sous le mamelon gauche, occupant un petit espace et s'exagérant par les mouvements. C'est uniquement pour être délivré de cette douleur que le malade réclame son admission.

Le 5 juillet la douleur persiste sans aucun signe d'une affection pleurale, cardiaque ou pulmonaire. Le malade est inquiet, égaré, il répond aux questions avec volubilité ou avec indifférence et ne se rend qu'un compte imparfait de ce qui se passe autour de lui.

Je constate, à l'aide d'un examen répété, une hyperesthésie très notable de tout le côté gauche, de la tête aux pieds ; la moitié gauche de la langue est elle-même hyperesthésique. Il existe du même côté un affaiblissement musculaire sensible surtout dans le membre inférieur, le malade ne peut serrer la main, allonger le bras et le maintenir étendu ou même fléchir le genou et rester au delà de quelques secondes dans cette position sans que le membre retombe de lui-même.

Du côté droit, au contraire, les mouvements s'exécutent avec autant d'énergie que de facilité, mais toute cette moitié du corps, la langue comprise, est insensible, à quelques épreuves douloureuses qu'on la soumette.

Le contraste entre ces deux états inverses et extrêmes est à la fois si frappant et si singulier qu'on ne l'accepte qu'après de nombreux essais.

Malgré l'anesthésie profonde, le jeune homme n'est pas ataxique, il a la notion exacte des mouvements qu'on imprime au bras et à la jambe du côté droit ou qu'il exécute volontairement.

Lorsqu'on applique la main sur les yeux, le malade s'endort presque aussitôt, ses yeux se convulsent, la respiration s'accompagne d'un léger ronflement, et les membres du côté anesthésié deviennent complètement cataleptiques, conservant sans variation la posture quelconque dans laquelle ils sont placés.

Malgré l'absence de la fièvre, la vivacité des douleurs, l'agitation, l'anxiété de la respiration qui est haute, précipitée, presque convulsive, m'engagent à prescrire une saignée d'une palette et demie.

Le lendemain la dyspnée a presque disparu, le pouls est plus vif. L'état cataleptique persiste au même siège et sans variations.

Le surlendemain la sensibilité s'améliore du côté droit, l'hyperesthésie gauche est moindre, la catalepsie beaucoup moins marquée. Huit jours plus tard, après avoir traversé une série d'incidents sans intérêt, le malade n'éprouve plus qu'un léger affaiblissement musculaire du bras gauche. Il quitte l'hôpital trois semaines après son entrée, complètement guéri.

Je n'ai pas à ajouter d'épiscrise au récit de ce fait curieux, qui rentre dans la catégorie des affections cérébrales non déterminées, et que j'ai cité seulement comme l'exemple de la catalepsie la plus limitée, la plus passagère que j'aie rencontrée.

Je ne crois pas davantage qu'il soit utile de résumer la description que j'ai donnée des états cataleptiques, ayant eu seulement en vue d'exposer le peu que je sais et d'appeler sur ce point de nouvelles recherches.

(Archives générales de médecine, octobre 1865.)

## HYSTÉRO-ÉPILEPSIE.

(Leçon recueillie et rédigée par M. Queyrat, externe du service.)

MESSIEURS,

Le mot hystéro-épilepsie fut introduit dans le vocabulaire médical il y a une dizaine d'années, il est aujourd'hui très employé. C'est là, à mon avis, une terminologie vicieuse : nosologiquement parlant il n'existe pas une maladie : hystéro-épilepsie, mais une maladie *hystérie épileptoïde*. Autrement dit, entre deux entités morbides, l'hystérie d'une part, l'épilepsie de l'autre, il n'existe pas de combinaison, il n'existe pas de mélange : l'hystéro-épilepsie n'est pas un liquide moitié vin, moitié eau, c'est un vin clair qui ne rappelle l'eau que par sa coloration.

Pour pouvoir préciser la frontière qui sépare l'épilepsie de l'état épileptoïde, je n'aurai garde de prendre comme type les malades ayant subi sous l'influence du milieu une véritable culture ; ce sera au contraire aux malades les plus simples que je m'adresserai.

Comment est constituée une attaque d'épilepsie ?

L'épilepsie a un caractère absolu : *l'invasion se fait sans que quoi que ce soit puisse la provoquer ou l'empêcher.*

Les attaques peuvent être périodiques ; elles sont *matinales* ; c'est qu'en effet le sommeil est épileptique, mais cette aptitude à l'attaque épileptique que constitue le sommeil n'existe *qu'à l'heure du réveil, jamais à l'heure de l'endormissement*. Ceci tient à ce que l'état cérébral au moment de s'endormir est tout différent de l'état cérébral au moment du réveil.

Toutes les hystériques du tempérament nerveux indolent que j'ai indiqué, toutes celles qui subissent l'influence stupéfiante de la privation momentanée de la vue ne sont pas, pour cela, affectées de la rigidité caractéristique des membres. Un petit nombre n'a de la catalepsie que l'état comateux, si tant est qu'on puisse employer cette dénomination. Lorsqu'il en est ainsi, la somnolence est presque toujours précédée d'une lutte qui rappelle l'excitation provoquée par les inhalations du chloroforme. Les malades s'agitent, leur respiration est saccadée, presque convulsive, elles parlent ou elles gémissent jusqu'à ce que l'anesthésie générale ait pris le dessus.

Après avoir poursuivi ces recherches, répété les essais, diversifié les épreuves, j'étais resté convaincu que la catalepsie, spontanée ou survenant dans les conditions d'une expérimentation clinique, devait être exclusivement rattachée à l'hystérie. J'avais cherché vainement des phénomènes analogues chez des femmes atteintes de troubles nerveux d'une autre nature. Il m'était en outre démontré que l'état cataleptique ne se rencontrait que dans une des variétés de ce genre si compréhensif qu'on désigne du nom d'*hystérie*.

Cependant je ne pouvais me défendre d'une certaine hésitation. Toutes les manifestations hystériques, depuis l'attaque convulsive jusqu'à l'ataxie, se retrouvent à quelque degré dans la symptomatologie des affections cérébrales : anesthésie, hyperesthésie, contractures, paraplégie, hémiplegie, spasmes splanchniques, troubles de l'intelligence, etc. Fallait-il admettre ici une exception qui vint contredire une loi si absolue, et si bien en rapport à la fois avec la théorie et avec les faits ?

Deux cas qui se présentèrent presque en même temps dans mon service ont levé tous mes doutes.

Je voyais de temps à autre, à la consultation de l'hôpital, un homme de 50 ans qui semblait, en me consultant, céder plutôt à une sorte d'habitude qu'au besoin de se soigner. Il était pâle, amaigri, se sentait fatigué, et, après avoir donné laborieusement les renseignements qu'on lui demandait, il se retirait aussi indif-

fèrent qu'il était venu, et n'attachant nulle attention aux conseils qu'on jugeait utile de lui donner. Aucune des grandes fonctions n'était troublée, et cependant à chaque visite l'amaigrissement et la faiblesse générale étaient plus marqués. Son aspect hébété, sa conversation, sa démarche, traduisaient évidemment l'existence d'une affection cérébrale difficile à dénommer et à classer, en l'absence de tous renseignements.

Au bout de plusieurs mois cet homme, étant probablement à bout de ressources, demanda son admission dans l'hôpital (salle Saint-André, n° 9). L'observation la plus persévérante ne me fournit pas des données plus précises. Le malade insouciant, étranger à toutes les influences, vivait passivement avec une invariable monotonie. Il se promenait dans la journée, portant sous le bras un livre qu'il ne lisait jamais ; le matin, il tenait le même livre ouvert sur son lit, et ne causait avec personne. La sensibilité cutanée était indistincte, sans être abolie ; pas de douleurs, pas de malaises subjectifs dont il se plaignît ; les membres étaient débiles, sans paralysie ; les mouvements s'exécutaient lentement, mais, autant qu'on pouvait en juger, dans la mesure de ses intentions. L'appétit était nul, bien que la digestion parût s'exécuter régulièrement ; la température du corps en général abaissée, les battements du cœur normaux. A deux reprises, le malade fut pris d'accidents cérébraux subaigus : agitation, délire, insomnie, loquacité incohérente, mais ces crises furent peu durables, se dissipèrent d'elles-mêmes, et firent place à la passivité accoutumée.

Cependant l'appétit diminuait graduellement, malgré des incitations de tout ordre, l'émaciation faisait des progrès rapides, et le malade finit, malgré les soins assidus que d'ailleurs il ne sollicitait pas, par succomber dans le marasme.

Je résume les faits très succinctement ; des observations qui embrassent une période de près d'une année ne se racontent pas en détail. L'autopsie, faite attentivement, mais suivant les procédés applicables à l'amphithéâtre, n'apprit absolument rien. On ne trouva d'autres lésions que celles du tube digestif qui ré-