

Bibliothèque numérique

medic@

**Briffaut, Jean-Baptiste Lodoïs. -
Rapports de l'hystérie et de l'épilepsie**

1851.

Paris : Imp. Rignoux

Cote : Paris 1851 n° 146

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 18 juillet 1851,

Par J.-B.-Lodoïs BRIFFAUT,

né à Sainte-Livrade (Lot-et-Garonne),

ancien Interne des Hôpitaux et Hospices civils de Paris.

RAPPORTS

DE L'HYSTÉRIE ET DE L'ÉPILEPSIE.

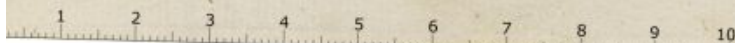
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1851

1851. — Briffaut.



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. BÉRARD, DOYEN.	MM.
Anatomie.....	DENONVILLIERS.
Physiologie.....	BÉRARD.
Chimie médicale.....	ORFILA.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale.....	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique.....	DUMAS.
Hygiène.....	DUMÉRIL.
Pathologie médicale.....	REQUIN.
Pathologie chirurgicale.....	GERDY.
Anatomie pathologique.....	J. CLOQUET.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUVEILHIER.
Opérations et appareils.....	ANDRAL, Examinateur.
Thérapeutique et matière médicale.....	MALGAIGNE.
Médecine légale.....	TROUSSEAU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés...	ADELON.
Clinique médicale.....	MOREAU.
	CHOMEL.
	BOUILLAUD, Président.
	ROSTAN.
	PIORRY.
	ROUX.
Clinique chirurgicale.....	VELPEAU.
	LAUGIER.
	NÉLATON.
Clinique d'accouchements.....	P. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU, Examinateur.	MM. GUENEAU DE MUSSY.
BÉCLARD.	HARDY.
BECQUEREL.	JARJAVAY.
BURGUIÈRES.	REGNAULD.
CAZEAUX.	RICHET, Examinateur.
DEPAUL.	ROBIN.
DUMÉRIL fils.	ROGER.
FAVRE.	SAPPEY.
FLEURY.	TARDIEU.
GIRALDÈS.	VIGLA.
GOSSELIN.	VOILLEMIER.
GRISOLLE.	WURTZ.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE
DE MON EXCELLENT FRÈRE.

Son premier et son meilleur ami.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Amour et reconnaissance.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

Amitié.

DE MON EXCELLENT FRÈRE
A LA MÉMOIRE
Son premier et son meilleur ami.
Je remercie infiniment MM. BOUILLAUD, NATALIS GUILLOT,
MICHON, LÉLUT, GIRALDÈS, CAZEAUX, mes maîtres dans les
hôpitaux, et les prie d'agréer l'expression de ma vive reconnaissance.

A MES PARENTS.
A MES FRÈRES.

RAPPORTS

DE

L'HYSTÉRIE ET DE L'ÉPILEPSIE.

INTRODUCTION.

Se décider à écrire sur l'*hystérie* et l'*épilepsie*, c'est s'enlever tout d'abord la prétention d'être neuf. Des monographies nombreuses, des matériaux immenses, ont, en effet, été rassemblés sur ces sujets, et cependant, pourquoi ne le dirai-je pas? pourquoi ne traduirai-je pas la pensée intime de tous? que de points encore obscurs au milieu de ces lumières! combien l'esprit sort triste et peu satisfait de la lecture de ces volumineux documents, qui témoignent tous des efforts de leurs auteurs pour sortir du cadre d'une simple description symptomatique! Mais y sont-ils toujours parvenus? Assemblage bizarre de symptômes désordonnés, parfois terribles, toujours extraordinaires, ces affections, bien faites pour frapper l'imagination, dans des temps d'ignorance et de superstition, ne reçurent qu'une explication de leur essence : elle devait, elle ne pouvait qu'être surnaturelle; ce fut Dieu, ce fut le diable.

Mais la science a marché, le voile épais qui la couvrait s'éclaircit peu à peu; la lumière pénètre de plus en plus dans ses ténèbres. Tous aujourd'hui entrevoient la réalité au delà du symptôme; tous devinent la cause productrice de l'effet, mais nul encore ne la démontre; un pas encore, et la vérité sera sans doute conquise! En

attendant, tous ces laborieux chercheurs s'arrêtent indécis devant cette *entité*, cette *inconnue*, sorte de protéé pathologique, qui, sous le scalpel de l'anatomiste physiologiste, ou l'œil observateur du médecin psychologue, semble revêtir les formes les plus variées, et dérouter les données les mieux établies.

J'aurai expliqué la difficulté des recherches, l'incertitude qui règne encore sur ces parties de la science, quand j'aurai dit que ces affections sont des névroses.

Si l'essence intime des névroses est encore inconnue, si ce *fluide nerveux* échappe à nos investigations, il n'importe que peu, après tout; que la force nerveuse soit identique à l'électricité, qu'elle résulte de vibrations moléculaires de la substance nerveuse, ou des vibrations de l'éther répandu entre les molécules de cette substance, qu'elle soit enfin une force *sui generis*; les faits en seraient-ils mieux expliqués? La connaissance intime de la lumière ou de l'électricité changerait-elle en quelque chose l'explication de leurs effets?

L'excès ou la diminution de cette *force nerveuse*, telle est la source des névroses, dites *actives* dans le premier cas, *passives* dans le second; mais, en dernière analyse, ne différant entre elles que par une question de plus ou de moins, absolument comme le chaud du froid, la lumière de l'obscurité.

Les auteurs se sont beaucoup tourmentés pour trouver le mode de production de cette exaltation de la force nerveuse, les conditions contraires donnant naturellement raison de son affaiblissement. On a parlé de l'excitation, de l'irritation de la substance nerveuse, soit que l'excitation vint du dehors, soit qu'elle vint de l'individu lui-même. Nous savons, en effet, que les idées, les pensées, ont la faculté d'impressionner le *sensorium*, de se faire sensation à elles-mêmes, tout comme les excitants extérieurs, et nous savons que M. Roche a trouvé dans ce fait une explication de l'intermittence des névroses, en l'absence de la cause productrice primitive. Ce mot d'*irritation* a fait beaucoup crier, et cependant, à l'exemple de M. le professeur Bouillaud, il nous paraît utile de le conserver jusqu'à

création d'un meilleur. Mais il faut bien savoir que, par irritation, nous n'entendons qu'excitation, exaltation des fonctions nerveuses, sans altération appréciable de la substance nerveuse; tandis que l'inflammation se lie toujours à une altération matérielle appréciable.

Ce qui frappe, de prime abord, dans l'étude théorique des névroses, c'est l'esprit d'analyse que les auteurs y ont apporté. Les genres, les espèces, les variétés, se sont multipliés sous leur sagacité analytique, comme les fibres musculaires sous le scalpel de l'anatomiste. Mais cette méthode d'observation, si souveraine pour les résultats, ne peut-elle pas quelquefois entraîner à des excès? et plus spécialement, dans l'étude des névroses, n'a-t-on pas quelquefois trop divisé, scindé même, coupé, au lieu de séparer naturellement? Cet excès, s'il est vrai qu'il existe, a un grand inconvénient : c'est de faire oublier le genre pour l'individu, et de rendre impossibles ces vues synthétiques, ces rapports d'analogie si féconds en résultats pratiques.

Quoi qu'il en soit, il est évident, d'après le titre même de ma thèse, qu'il m'a semblé que l'étude des analogies avait quelques droits à réclamer dans les affections nerveuses.

Placé, en effet, comme interne à l'hospice de la Salpêtrière, dans le service des affections nerveuses, hystériques, épileptiques, folles, choréiques, paralytiques, etc., ayant tous les jours 400 de ces malheureuses soumises à mon observation, je n'ai pas été peu surpris de voir les caractères diagnostiques, si nettement tracés dans les ouvrages, si difficiles à saisir dans une foule de cas. C'était souvent un mélange incroyable de toutes les espèces nerveuses, se combinant, se compliquant, s'effaçant l'une l'autre. De la vue de ces faits à la notion de corrélation, de rapports, d'analogie entre eux, il n'y avait qu'un pas; j'ai cru pouvoir le faire. Ce n'est peut-être que de la présomption; j'ose espérer cependant qu'on y verra de la bonne volonté, et le désir ardent de voir résoudre ces problèmes thérapeutiques, qui importent à tant de malheureux, auxquels on s'intéresse d'autant plus qu'on a été plus longtemps témoin de l'horreur de leurs

souffrances. N'est-il pas vrai, en effet, qu'une liaison étroite existe entre la nature des maladies et leur thérapeutique? Bien plus, s'il est encore vrai l'aphorisme d'Hippocrate, placé comme épigraphe en tête d'un traité de thérapeutique si justement estimé : *Naturam morborum ostendunt curationes*, en voyant le traitement des affections nerveuses, instinctivement, expérimentalement calquées sur le même modèle, j'ai bon espoir de croire les analogies que je poursuis justement fondées.

DIVISION DU SUJET.

Deux affections surtout ont fait l'objet de mes recherches et de mes méditations : c'est l'hystérie, d'une part ; l'épilepsie, de l'autre. J'y étais d'autant plus intéressé, que ces affections ont toujours été violemment et presque systématiquement différenciées. Quel rapprochement probable, présumable, rationnel, en effet, entre deux affections, dont l'une règne dans l'utérus, et l'autre dans l'encéphale? D'audacieux novateurs avaient bien cependant, à diverses époques, osé s'élever contre la doctrine qui, à l'abri du nom d'Hippocrate, avait traversé tant de siècles. Mais, vains efforts! De nos jours encore, si l'utérus n'a plus son privilège de parcours dans les diverses parties du corps, il n'en est pas moins regardé, par beaucoup d'auteurs, comme le siège essentiel de l'hystérie; sans lui, pas d'hystérie possible; c'est dire que l'homme en est déshérité; c'est prouver *a fortiori* qu'elle n'a rien de commun avec l'épilepsie. Cette opinion préconçue, que j'avais moi-même en abordant la clinique, je dois l'avouer, l'étude des faits l'a fortement ébranlée, peut-être même suis-je arrivé à un avis contraire.

Cette nouvelle opinion sur l'hystérie et l'épilepsie, partagée encore par assez peu de praticiens; ces rapports entre deux affections regardées presque comme un caractère distinctif de sexe; je dois chercher à les démontrer et à les justifier. C'est à cela que je vais immédiatement m'appliquer.

Une première question, qui se présente tout d'abord, qui est même la clef de la discussion, est celle-ci : L'utérus est-il le siège de l'hystérie? Je réponds non. L'hystérie est-elle propre à la femme? Encore non. Siége-t-elle dans l'encéphale? Oui. Le rapprochement étant dès lors permis entre deux affections, siégeant dans le même organe, je tâcherai de la compléter en m'appuyant sur des faits puisés dans les causes, les symptômes, la terminaison, les complications, l'anatomie pathologique, etc. Enfin, comme conséquence pratique, si je suis arrivé à quelque vérité, je tâcherai d'en déduire quelques données de traitement rationnel.

Tout en parcourant ce cadre déjà si vaste, je m'arrêterai surtout sur les faits qui m'ont frappé et qui se relient plus spécialement à mon sujet; car je n'oublie pas que je n'ai nullement la prétention d'écrire l'histoire complète, classique, de l'hystérie et de l'épilepsie.

L'utérus est-il le siège de l'hystérie?

Contrairement à l'opinion hippocratique plus ou moins modifiée ultérieurement, mais qui, en dernière analyse, place toujours le siège essentiel de l'hystérie dans l'utérus, Georget, à l'exemple de Lepois et Willis, puis un certain nombre de pathologistes, entre autres MM. Rostan, Andral, Forget, Bouillaud, Sandras, etc., n'hésitent pas à placer le siège de l'hystérie dans le cerveau. Ces opinions se fortifient encore de celles d'un grand nombre de physiologistes, et entre les meilleurs, MM. Muller et Longet. Tous les auteurs, chacun de leur côté, trouvent d'excellents arguments pour saper une vieille doctrine qui, ne pouvant plus s'appuyer sur l'isolement et l'indépendance du système nerveux ganglionnaire de Bichat, doit tomber avec celle du célèbre anatomo-physiologiste, et rentrer sous la loi commune, l'influence directe des centres nerveux céphalo-rachidiens, pour le jeu de tous les appareils. J'aurai à revenir plus loin sur ce point d'anatomie et de physiologie. Je veux maintenant citer, entre autres opinions, celle de M. le professeur Bouillaud :

« Quel que soit, dit-il, le cas que je fasse de l'opinion de M. Fo-

1851. — Briffaut.

2

ville, je suis obligé de déclarer que les arguments de Georget me paraissent démontrer, de la manière la plus victorieuse, que l'utérus n'est en aucune manière le point de départ direct et véritable des phénomènes dont l'ensemble constitue l'hystérie. Et en supposant que le cerveau, lui-même, ne fût pas, comme le pense Georget, ce point de départ, c'est dans les organes génitaux de la femme autres que l'utérus qu'il faudrait le placer. Remarquons d'ailleurs que l'utérus n'est pas, à proprement parler, un des éléments essentiels de l'appareil génital, puisqu'il manque chez l'homme, qui possède cependant un appareil génital complet. L'utérus est un organe spécial, l'organe de la gestation en un mot, et rien, *absolument rien*, ne porte à croire qu'il joue le moindre rôle dans les phénomènes dont le sens génital est le siège, phénomènes que régit le système nerveux cérébro-spinal..... » (*Nosographie médicale*, t. 3, p. 620.) J'espère que la pensée du savant professeur n'a pas besoin de commentaires. Je pourrais citer encore les autres auteurs qui ne sont pas moins explicites, M. Sandras, surtout; mais ces citations m'entraîneraient trop loin.

Je veux m'arrêter à une objection; bien qu'elle trouve déjà sa réponse dans l'article cité plus haut. Mais, dit-on, l'utérus, que l'on veut détrôner de sa royauté, est cependant bien le siège du sens génital; c'est en lui que réside l'orgasme vénérien; et n'est-ce pas à l'époque où son développement a lieu que se manifestent surtout les phénomènes de l'hystérie? quelle influence ses dérangements, ses perturbations, n'ont-ils pas sur le développement de la maladie? Sans lui, probablement, puis-je ajouter, pas d'hystérie. La réponse à ces objections, toutes tirées du rôle important de l'utérus, me paraît assez facile. Toute l'erreur me paraît consister en ce que les auteurs, peu disposés à la centralisation de l'action nerveuse, peu croyants aux localisations dans les centres nerveux des diverses fonctions, ont constamment confondu la fonction avec l'appareil destiné à la traduire, le moteur avec la machine. Encore imbus des idées de Bichat sur le mode d'action des fonctions organiques, imbus de ses erreurs sur l'indépendance du système nerveux ganglionnaire,

ils ont cru à une indépendance totale des centres nerveux des fonctions auxquelles il semble présider, et ils ont placé toute la fonction dans l'appareil. Pour nous, appuyé sur les faits des physiologistes modernes, qui témoignent des rapports intimes du sympathique avec les centres nerveux céphalo-rachidiens, nous ne pouvons plus rationnellement, physiologiquement, admettre cette indépendance du système ganglionnaire; il ne nous est plus permis de localiser la fonction dans l'appareil et de la placer autre part que dans les centres nerveux. Je me permets de transcrire l'opinion de M. Longet sur ce point de physiologie, on me le pardonnera, vu son importance capitale.

« A l'exemple, dit-il, de Winslow, de Bichat, on a regardé longtemps le grand sympathique comme indépendant du système nerveux de la vie de relation, et les centres nerveux ganglionnaires comme de petits cerveaux, capables de développer la force nerveuse et de la communiquer aux viscères sans le concours de l'axe cérébro-spinal. Aujourd'hui, au contraire, les physiologistes, à l'exemple de Scarpa, Legallois, etc., regardent ce concours comme indispensable, et ne voient dans le grand sympathique qu'un *appareil nerveux*, qui, à l'aide d'innombrables racines, tire surtout son influence de l'axe cérébro-spinal. » Suivent les récits d'expériences qui prouvent le fait.

Plus loin : « Les ganglions n'ont nulle puissance réflexe, l'action se passe toute dans l'axe cérébro-spinal.... Les prétendues sympathies entre les organes par irradiation nerveuse exigent toutes que l'excitation se propage à un centre nerveux, l'axe cérébro-spinal, apte à la réfléchir sur l'organe qui est le terme de l'irradiation sympathique... De quelque côté qu'on envisage la question, il y a donc connexion intime, entre le grand sympathique et le système nerveux céphalo-rachidien. Aussi voit-on tout changement brusque survenu dans les organes de la vie de relation réagir sur le grand sympathique et amener des désordres dans les organes auxquels il se distribue. Ainsi les émotions morales vives amènent souvent l'ictère, la diarrhée, des idées érotiques, l'éréthisme vénérien, etc. » (Longet, *Physiolog.*, t. 2, p. 118 et 376.) Muller partage également »

peu près ces opinions. Ces vérités nouvelles, qui sont une si belle conquête de la physiologie moderne, sont la base sur laquelle il faut désormais raisonner. Il en ressort qu'un seul organe, l'axe céphalo-rachidien, est le centre de toute sensation, le promoteur de tout mouvement; admirable unité, qui permet enfin de nous affranchir de ce singulier spectacle de passions se promenant dans divers organes, et d'appareils présidant à leurs fonctions!

Je n'aurai que peu de chose à ajouter maintenant pour en finir avec l'utérus.

Les dérangements de l'utérus, disons-nous avec tous les auteurs, exercent une influence très-marquée sur l'apparition de l'hystérie, et j'ajoute de toutes les névroses en général; elle se développe encore, surtout quand les fonctions de l'utérus sont en activité. Ces faits, nous sommes les premiers à les constater, mais ils sont loin d'ébranler la théorie de la localisation cérébrale, ils la fortifient au contraire. L'utérus, en effet, par ses dérangements, agit comme agent de perturbation sur l'axe nerveux central: ses dérangements fonctionnels y retentissent douloureusement, y amènent une excitation anormale, qui produit une perturbation dans la régularité avec laquelle il préside aux diverses fonctions, d'où ces désordres divers qui peuvent se manifester dans les divers appareils. A preuve que l'utérus n'agit que comme organe perturbateur, c'est qu'une perturbation produite dans un autre appareil, ou une émotion morale même, développent également très-fréquemment l'hystérie et les autres névroses.

Si l'utérus agit surtout dans la période menstruelle, disons, avec M. Sandras, que c'est à cette époque que la fonction génératrice occupe le plus le système nerveux; qu'en vertu de l'équilibre fonctionnel qui doit exister à l'état normal, l'exaltation de celle-ci absorbe en quelque sorte toute la puissance de l'économie, et diminue l'activité des autres; aussi ses perturbations doivent-elles agir puissamment sur les centres nerveux déjà surexcités, et amener des désordres faciles dans les autres fonctions affaiblies. Ajoutons encore que cette même époque est l'âge des passions, c'est-à-dire une

époque où existe une exaltation fonctionnelle générale du système nerveux, qui le rend plus impressionnable qu'en tout autre temps aux agents perturbateurs, aux effets de la menstruation par suite, et aux excitations des fonctions génitales. Grande vérité, bien mise en relief par ces mots de Tissot : « Si votre fille lit des romans à dix ans, à vingt elle aura des vapeurs. » Mais l'hystérie ne se manifeste pas seulement dans la période menstruelle, elle se manifeste avant, elle se manifeste après, cela devait être rationnellement ; mais nous voyons, physiologiquement, comment ces faits doivent être plus rares, et sont exceptionnels en effet. Comme dernier coup porté à l'essentialité de l'utérus pour le développement de l'hystérie, voici une observation de M. Grisolle qui montre l'hystérie chez une femme dépourvue de matrice.

« Une femme qui pendant la vie était tourmentée d'accidents hystériques des plus violents mourut dans le service en 1850. A l'autopsie, faite par plusieurs hommes compétents, elle ne présentait ni vagin, ni utérus, ni ovaires : on a cru pouvoir les rapporter à deux corps durs qui se sentaient sur les parties latérales de l'excavation pelvienne. La vulve était bien conformée, les mamelles aussi. » (Grisolle, *Élém. de path. int.*, 4^e édit., article *Hystérie*.)

Après une aussi longue discussion, et quand surtout nous aurons prouvé que l'hystérie n'est pas propre à la femme, qu'elle se trouve encore chez l'homme, on ne nous accusera pas, je l'espère, de localiser à la légère cette affection dans le cerveau. Il est inutile, après cela, de faire remarquer combien le mot hystérie nous paraît impropre et peu en rapport avec les faits. Pourquoi faut-il que le mot d'*encéphalie spasmodique* de Georget (Dict. en 30 vol., art. *Hystérie*) soit si peu précis ?

L'hystérie n'est pas propre à la femme.

Cette opinion a déjà été soutenue par un assez grand nombre d'auteurs, et beaucoup d'autres personnes, qui ont vu certainement, sous l'empire d'un religieux respect au mot malheureux d'hystérie,

ne croyant pas à une assimilation possible entre des symptômes qui se présentaient chez l'homme et la femme, n'ont pas déduit la conséquence logique de leurs observations. Sydenham, déjà, commence à s'affranchir de ce servilisme à l'utérus « Les anciens, dit-il, ont attribué les symptômes de l'affection hystérique au vice de la matrice; néanmoins, si l'on compare cette affection avec celle que l'on appelle communément chez l'homme affection hypochondriaque, vapeurs hypochondriaques, et que l'on attribue à des obstructions de la rate ou des autres viscères du bas-ventre, on trouvera une grande ressemblance entre ces deux maladies... Entre les hommes, beaucoup de ceux qui s'attachent à l'étude et mènent une vie sédentaire, sont sujets à la même maladie... En examinant la totalité des symptômes que nous avons décrits, il me paraît donc que ce qu'on nomme dans les femmes affection hystérique, et dans les hommes affection hypochondriaque, et en général vapeurs, provient du désordre ou mouvement irrégulier des esprits animaux, lesquels se portent impétueusement et en trop grande quantité sur telle ou telle partie, y causent les spasmes, la douleur, les convulsions... » (Sydenham, *Médecine pratique*, page 392 et suivantes.) Cet extrait du profond observateur Anglais montre combien il se rapprochait de la vérité. Quelques données physiologiques sur les fonctions du système nerveux, inconnues à son époque, eussent substitué à son moteur général les esprits animaux, le véritable moteur, le système nerveux cérébro-spinal, et nous aurions évité les débats sans fin des localisations viscérales.

Il appartenait à Georget (*Phys. du syst. nerv.*, t. 2, p. 325, ou Dict. en 30 vol., t. 16) de rectifier ce qui avait été confondu par Sydenham lui-même, l'hystérie et l'hypochondrie. Il analysa profondément l'hypochondrie et la manie hypochondriaque, confusion faite depuis Galien, et les humoristes ses successeurs. Il donna à la lésion cérébrale le nom de *cérébropathie*, laissant le nom d'hypochondrie à la simple lésion viscérale. Dès lors, partant de ce nouveau progrès, si bien établi par M. Leuret (*Fragm. psychol. sur la folie*, p. 369),

il resta chez l'homme ces phénomènes nerveux généraux, signalés par Sydenham, mais rapportés à tort par lui à l'hypochondrie, et qui ne peuvent se rapprocher que de ceux de l'hystérie chez la femme.

Comme M. Musset (dans son *Traité des maladies nerveuses*, page 296) prétend que l'hystérie est propre à la femme, que jamais on ne l'a vue chez l'homme, « que Georget, dit-il, a cherché toute sa vie un homme hystérique, et est mort sans le rencontrer, » je me permettrai de lui opposer, tout d'abord, l'opinion d'un observateur qui doit faire autorité. Voici comment s'exprime M. Sandras : « D'accord avec Georget, Willis, MM. Rostan, Andral, Forget, etc., et il eût pu ajouter M. Bouillaud, je regarde l'hystérie comme siégeant dans le cerveau. Elle n'est pas propre à la femme, car F. Hoffmann, M. Forget, ont vu des hommes avec des accidents hystériques. Je prétends aussi qu'elle existe chez l'homme, et je suis sûr, pour mon compte, de l'y avoir observée avec tous ses symptômes, *sans aucune exception, boule, étouffements, convulsions, etc.* » (Sandras, *Traité pratiq. des mal. nerv.*, tom. 1, pag. 172.) Le savant médecin s'exprime, il me semble, sans ambiguïté. Plus loin il ajoute : « Les femmes nerveuses sentent, dit-on, une boule hystérique remonter de la matrice, et s'élevant jusqu'à la gorge, jusqu'au cerveau, qui se trouve ainsi consécutivement, *sympathiquement ébranlé*. Or, dit-il, cette sensation n'est pas constante, et de plus, quand elle existe, elle part bien plus souvent de l'épigastre que de la région utérine, qui souvent même n'est nullement douloureuse. » Cette dernière observation me paraît parfaitement exacte et en rapport avec les faits. J'aurai occasion d'y revenir en parlant de la forme des attaques d'hystérie, dites attaques internes. Enfin, pour en finir avec l'hystérie chez l'homme, je dirai que notre excellent maître, M. Moreau, de Bicêtre, prétend qu'elle existe bien certainement. Si, après tant d'autorités, il m'est permis de me prononcer à mon tour, j'ajouterai que j'ai recueilli quelques cas, quelques observations, dont les symptômes ne peuvent se rapporter qu'aux symptômes analogues de l'hystérie chez la femme. Et quand je parle d'affections convulsives chez des hommes de vingt ans, tenant chez quelques-uns de l'hérédité, revenant d'une manière périodique,

sous l'influence des émotions morales, etc., ou sans excitation préalable, précédées de prodromes, avec spasmes de la gorge, spasmes généraux, convulsions, attaques multiples, avec pleurs et ris à la fin, je pense qu'on nous fera grâce de nous opposer encore le mot d'hypochondrie ; voir là une manie hypochondriaque, ce serait rendre à jamais impossible une classification des névroses. C'est alors de l'épilepsie, ajoutera-t-on peut-être. Eh bien, non ! c'est bien de l'hystérie, de l'hystérie chez l'homme. J'en suis fâché pour le mot, qui est plus que déplacé ; mais devant les faits, il n'y a qu'à s'incliner. Que les personnes qui n'ont pas été encore assez heureuses pour les rencontrer ne se drapent pas dans une négation absolue et systématique, car je crois pouvoir leur dire : *Quærite et invenietis*.

Sans doute, l'hystérie est rare chez l'homme, très-rare même ; mais qu'est-ce que cela prouve ? Depuis quand des faits négatifs infirment-ils les faits positifs ? Ce fait ne trouve-t-il pas une explication satisfaisante dans la constitution même de l'homme, ses habitudes, etc., qui le mettent plus à l'abri que la femme de *cet état nerveux*, que des conditions contraires y développent si facilement, et qui devient une véritable *imminence morbide* pour le développement des névroses ? J'aurai au reste, en parlant des causes et du traitement, occasion de revenir sur les conditions de développement de ces maladies, et nous verrons combien se vérifie cliniquement le vieil adage : *Sanguis moderator nervorum*.

Maintenant qu'il me paraît suffisamment prouvé que l'hystérie est une névrose des centres nerveux, qu'elle se trouve dans les deux sexes, voyons un peu s'il en est de même pour l'épilepsie.

L'épilepsie siège dans les centres nerveux.

Depuis Hippocrate, on a admis l'épilepsie idiopathique et l'épilepsie sympathique, c'est-à-dire ayant son siège hors du cerveau, qui n'est influencé que sympathiquement : d'où l'épilepsie gastrique, hépatique, pulmonaire, utérine, nerveuse, etc. Parmi les auteurs, M. Maisonneuve (*Traité de l'épilepsie*) a multiplié énormément les divisions, en

faisant presque autant de formes distinctes que de causes productrices de la maladie. Georget (Dict. en 30 vol.) n'admet pas la forme sympathique, Lepois non plus. « Le plus souvent, en effet, dit ce dernier auteur, il n'existe pas d'altérations dans les parties où semble commencer l'état convulsif, et il n'est pas très-logique de faire dépendre l'affection de la tête de l'influence des parties saines. » Les auteurs modernes, pour la plupart, et entre autres ceux du *Compendium de médecine*, rejettent, avec juste raison, cette forme sympathique, et vraiment on ne voit pas comment ces auteurs n'ont pas été logiquement conduits à faire pour l'hystérie ce qu'ils ont fait pour l'épilepsie. Ils admettent la forme symptomatique, je n'y vois pas d'objection sérieuse. Il est évident, en effet, que pour l'épilepsie, comme pour l'hystérie, des causes extérieures au cerveau peuvent en amener l'excitation, et, par suite, le développement de la névrose. Mais j'avoue toutefois qu'au lieu d'admettre cette forme symptomatique, toujours d'ailleurs assez difficile à bien saisir et apprécier, j'aimerais mieux, ne conservant qu'une forme de l'épilepsie, signaler tout uniment, à l'article des causes déterminantes, ces causes spéciales, qui, dans un grand nombre de cas, paraissent plus actives que d'autres pour amener le développement de la maladie; on n'aurait pas ainsi l'air d'attribuer à certaines causes une faculté morbifique qu'elles sont heureusement bien loin d'avoir toujours. Inutile d'exposer ici les raisons qui me font complètement rejeter l'épilepsie viscérale, la forme sympathique de l'épilepsie. Je ne ferais que répéter, en effet, les mêmes motifs anatomico-physiologiques qui m'ont fait renoncer à l'hystérie viscérale, à la forme sympathique de l'hystérie.

Mais ici se place une question importante bien diversement traitée par les auteurs, ceux même qui ont nié l'épilepsie sympathique; ce qui me semble au moins une inconséquence de logique. Je veux parler de l'aura épileptique.

L'aura epileptica existe-t-elle?

Un grand nombre d'auteurs, les anciens surtout, frappés de ce

1851. — Briffaut.

3

fait, que, dans la grande majorité des cas, l'épilepsie ne se révèle dans le cerveau par aucune altération anatomique appréciable; voyant, d'un autre côté, des attaques d'épilepsie survenir, précédées d'une douleur extérieure au cerveau, et qui, par son irradiation vers cet organe, semble y déterminer sympathiquement le développement de l'accès; ces auteurs, dis-je, ont regardé ces *aura* comme la cause le plus ordinairement déterminante des accès; quelques-uns même, M. le professeur Piorry surtout, veulent la voir dans tous les cas, et pour lui, quand il ne peut la saisir ailleurs, il la trouve toujours dans le nerf optique. Tous ces auteurs donc, qui voyaient surtout dans l'épilepsie une névralgie, névropathie ascendante, l'*aura* enfin, se sont attachés à la rechercher minutieusement dans tous les cas, bien persuadés de guérir l'épilepsie sympathique en guérissant la cause: *sublata causa, tollitur effectus*. C'était logique, c'était consolant; mais malheureusement la théorie des sympathistes est erronée. L'*aura*, qui existe bien réellement, et que j'ai pu constater dans quelques cas, bien rares à la vérité, a reçu sa fortune, sa célébrité, d'un fait mal interprété, d'une illusion en un mot, que la physiologie vient expliquer et rectifier. Aussi, avec Muller, Longuet, etc., je suis persuadé que cette prétendue névralgie ascendante est tout uniment une névralgie descendante, ayant bien réellement son siège dans le cerveau, et fruit de ce travail cérébral prodromique de l'attaque d'épilepsie.

On démontre, en effet, en physiologie, que toute irritation dans un point du trajet ou de l'origine d'un nerf de sentiment amène une sensation dans la partie à laquelle se distribue le nerf irrité, et bien plus, dans celle même à laquelle il se distribuait autrefois, si par suite de maladie, de contusion, de section, etc., une partie du nerf a été détruite ou interrompue dans sa continuité. Ainsi tout le monde connaît cette sensation ressentie quelquefois par les amputés dans leur moignon, et qui souvent, plusieurs années encore après l'opération, leur fait ressentir la douleur dans toute la continuité du membre. Ces vérités physiologiques, acquises à la science, ont conduit à ceci, que dans les névralgies douloureuses du sentiment, il était le plus

souvent inutile d'opérer la section du nerf, parce qu'on n'atteint pas son origine par cette section ; à cette autre conclusion, non moins importante, que dans une paralysie périphérique du sentiment, et cependant douloureuse, les parties périphériques sont seules frappées de paralysie, mais que le tronc et les origines cérébrales ou rachidiennes du nerf sont sains ; point de diagnostic, dont on comprend l'immense valeur au sujet de l'étiologie et du pronostic de la paralysie.

On a saisi tout de suite l'application rationnelle qu'on doit faire de ces faits à l'explication de l'*aura epileptica*. Ainsi, chez certains individus, les attaques d'épilepsie sont précédées d'une sensation spéciale, le plus ordinairement de douleur, vers un point périphérique, sensation qui, dit le malade, remonte vers le cerveau, et l'attaque arrive. La première pensée qui doit frapper, c'est que c'est bien là la cause de l'accès ; mais nous devons, nous, tenir compte des notions physiologiques précédentes, et, contrairement aux apparences, nous affirmerons que cette sensation a sa source dans les centres nerveux, qu'elle tient au travail pathologique central commençant, qui se traduit par une irradiation vers les parties extérieures. Pourquoi maintenant cette irradiation-ci plutôt que celle-là, ce point frappé plutôt que cet autre ? Ce sont là des faits dont nous ne pouvons avoir, à cette heure, une explication certaine, si peu avancés que nous sommes dans la question des localisations cérébrales.

La question traitée au point de vue physiologique, nous allons la traiter au point de vue clinique, et nous allons y voir, je l'espère, des preuves à l'appui de la subordination de l'*aura* à l'épilepsie centrale.

Puisque, d'après les sympathistes, l'*aura* amenait l'épilepsie, la suppression de la cause enlevait l'effet, guérissait la maladie. Voyons donc si, après tant de rudes et nombreuses campagnes entreprises contre les *aura*, nous sommes arrivés à la démonstration par les faits. Or, ici les faits, et les faits bruts, témoignent en foule du contraire. Qu'on recherche, en effet, parmi ces nombreuses vic-

times d'un zèle malheureux ; mettez en regard ceux qui n'ont eu qu'à noter une mutilation de plus ajoutée à leur maladie, et ceux plus heureux qui y ont trouvé une guérison radicale : la statistique est ici écrasante ! Mais il y a, dit-on, quelques cas de guérison ; je les admetts volontiers, je crois seulement que les bienheureux opérateurs ou leurs disciples en ont tiré de mauvaises conclusions.

Qu'est-ce, en effet, superficiellement, sans préjuger en rien sur ce que nous avons à dire ultérieurement, qu'est-ce qu'une névrose des centres nerveux, hystérie, épilepsie, manie, etc. ? C'est une perturbation dans la direction et l'action de la force nerveuse, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause occasionnelle. Or, quand on prétend arrêter le développement d'un accès d'épilepsie par une forte ligature autour du membre, siège de l'aura, ou en tentant une opération ; croit-on agir en barrant bravement le passage à une névralgie qui siège héréditairement dans une partie du corps sans lésion apparente (car l'épilepsie est héréditaire), qui sommeille pendant un temps qui peut s'évaluer par des mois et des années, qui se ravive souvent périodiquement, et qui, contrairement à toutes les névrites, vient donner lieu à des accidents cérébraux toujours les mêmes, épileptiques enfin ? Non, je ne crois pas que cette question puisse se soutenir rationnellement ! A moins qu'on ne veuille rétrograder jusqu'aux esprits vitaux ou aux doctrines humorales, qui s'accommodaient volontiers de ces voyages *de l'inconnu* à travers le corps. Nous avons, ce me semble, des explications physiologiques bien plus satisfaisantes, bien moins nébuleuses.

D'accord avec les physiologistes, il me paraît incontestable que la constriction ici, la mutilation là, n'ont agi, n'ont guéri que comme agents perturbateurs, en imprimant, soit par l'opération même, soit par son effet moral, au système nerveux déjà perturbé, un ébranlement qui a pu rétablir l'équilibre. L'influence des causes perturbatrices de l'encéphale, telles que émotions morales, douleur, etc., sur la production des névroses, n'est-elle pas une preuve bien puissante à l'appui de cette théorie ? Eh quoi ! une perturba-

tion nerveuse a pu produire un névrose, et une nouvelle n'aurait pas la propriété d'imprimer au système nerveux un ébranlement qui rétablirait précisément l'équilibre ? Mais ces faits se voient journellement et sont depuis longtemps du domaine de la clinique ! Telle personne devenue folle à la suite d'une émotion morale n'a-t-elle pas été guérie par une autre ? etc. Des faits semblables sont connus de tous, des médecins et même du vulgaire ; des procédés thérapeutiques ont été basés sur eux, et on n'est pas surpris de voir Esquirol lui-même parmi les promoteurs. Je n'insisterai pas davantage sur ces faits. J'ajouterai seulement que plus la maladie sera ancienne, plus elle sera rebelle à ce genre de traitement, comme d'ailleurs à tous les traitements ; car, on l'a dit avec vérité, l'habitude est une seconde nature, et c'est vrai surtout pour les fonctions cérébrales.

Après les études précédentes, je crois en être arrivé à pouvoir admettre la localisation pure et simple de l'hystérie et de l'épilepsie dans l'encéphale. Une nouvelle question se présente maintenant : quel est leur siège et leur mode de production ?

MODE DE PRODUCTION, ET SIÈGE DE L'HYSTÉRIE ET DE L'ÉPILEPSIE.

C'est là, je ne me le dissimule pas, la partie la plus difficile et la plus ardue du sujet. C'est qu'en effet ces questions touchent au mode de production des névroses cérébrales en général, et à leur localisation ; questions immenses et d'une importance si vitale, que de tout temps les auteurs se sont évertués à leur chercher une solution. Aujourd'hui même, nous serions bien heureux de pouvoir affirmer qu'à toutes ces opinions, fruit le plus souvent d'une imagination en travail, a succédé une vérité fortement élaborée et désormais inattaquable.

Le fluide nerveux, la force nerveuse, quel qu'en soit le mode de production, prend certainement son origine dans la substance nerveuse ; quelques-uns ont dit, par un travail moléculaire, qu'il n'est pas irrationnel de supposer présentant quelque analogie avec celui

que subissent les corps pour la formation de l'électricité. Et en effet, le fluide nerveux présente beaucoup de rapports avec l'électricité, mais n'est pas de l'électricité; les excitants, les irritants de la substance nerveuse, en activent la formation. Si ces excitants sont généraux et d'une énergie modérée, ils ne produisent qu'une excitation générale avec exaltation fonctionnelle, compatible encore toutefois avec l'équilibre fonctionnel: l'harmonie est conservée; mais qu'un appareil fonctionnel soit, par suite de prédispositions ou d'autres causes, plus spécialement affecté, plus directement excité; dès lors vers lui se dirige, se concentre la puissance nerveuse; et si l'excitation est trop énergique, l'harmonie de la fonction elle-même est troublée, il y survient une perturbation, dont les symptômes caractérisent une névrose qui pourra recevoir des noms spéciaux et divers, suivant la fonction troublée.

Cette névrose sera de courte durée, si la cause perturbatrice légère permet à l'équilibre troublé de se rétablir promptement; elle pourra devenir longue et tenace, si l'action nerveuse s'est portée vers un appareil déjà bien disposé constitutionnellement ou pathologiquement à en recevoir l'influence. On lui verra parfois revêtir le type intermittent sous l'influence d'une excitation intermittente, ou d'autres conditions souvent inappréciables et inconnues. D'autres fois elle deviendra continue, si l'exagération de l'excitation y a développé une excitabilité et une irritabilité excessive, voisine sans nul doute de l'inflammation à laquelle ces cas arrivent souvent; ou bien si l'excitation plus faible, mais incessante, y a amené une excitabilité extrême qui agit alors en développant et en attirant, comme un centre d'attraction, la force nerveuse. Si l'inflammation, en effet, attire le sang dans les tissus, l'irritation de la substance nerveuse doit y attirer le fluide nerveux, car la fonction est excitée, et la puissance doit être en rapport avec la fonction.

Est-il utile de rappeler qu'une fonction sera d'autant plus facilement troublée par l'excitation cérébrale, qu'elle sera elle-même dans une activité plus grande, c'est-à-dire plus excitée et plus excitable?

Aussi voyons-nous l'hystérie ou les autres névroses se manifester, chez la femme, surtout pendant la période menstruelle, qui la met dans une surexcitation cérébrale remarquable, et plus ou moins marquée d'ailleurs suivant les individus. Un autre exemple entre mille : la manie ne se développe-t-elle pas surtout chez les personnes qui font un abus des travaux intellectuels ? Bien plus, n'arrive-t-il pas assez souvent, si l'excitation est trop vive ou trop prolongée, que la substance cérébrale ne soit plus seulement qu'irritée, mais qu'elle s'enflamme : il y a délire aigu, encéphalite. Faits remarquables qui démontrent clairement que les excitants de la puissance nerveuse agissent en irritant ; que cette simple irritation de la substance nerveuse, qui le plus ordinairement n'est pas franchie, n'est qu'un degré conduisant à l'inflammation, atteinte dans quelques cas ; comme pour convaincre, par cette transition se passant sous les yeux, ceux qui doutent encore.

Des faits précédents, il en ressort encore naturellement l'influence immense que doivent avoir sur la production des névroses les constitutions héréditaires ou acquises, et qui font prédominer l'excitabilité du système nerveux en général ou de tel ou tel appareil en particulier, ce qui explique l'hérédité des espèces de névroses.

J'ai déjà eu occasion de le dire, de l'étude clinique des maladies nerveuses il semble en résulter qu'elles sont toutes solidaires, se succédant, se compliquant, se transformant les unes en les autres. Ces faits, il est vrai, ne sont pas généralement admis, il est plus classique d'admettre les divisions bien tranchées ; mais, comme les métamorphoses se passent sous les yeux, il est impossible de ne pas se rendre à l'évidence. Les observateurs qui nient le doivent sans doute à ce qu'ils n'ont eu l'occasion d'observer les malades qu'au début, sans les poursuivre dans ces asiles spéciaux où ils vont s'ensevelir, et aussi, le plus ordinairement, achever de compléter, sous l'influence du milieu, une métamorphose qui n'aurait peut-être jamais eu lieu sans cela. A l'hospice de la Salpêtrière, ces observations sont loin d'être rares, et on peut, chez plusieurs malades, les constater

de la manière la plus convaincante. Là, il est donné de voir l'hystérique devenant épileptique, restant l'une et l'autre, ce qui constitue l'hystéro-épilepsie, ou bien l'épilepsie dominant de plus en plus, et anéantissant, en quelque sorte, l'hystérie primitive. A ces deux affections, se joint souvent la manie. Dans l'intervalle des attaques, les *névroses actives*, sous toutes leurs formes, chorées, névralgies, gastralgies, enteralgies, etc., viennent bien souvent tenir lieu d'intermédiaires, et contribuer à empoisonner des existences déjà si chèrement achetées. Elles dénotent, par leur mobilité, le trouble profond apporté à l'équilibre cérébral; cette mobilité de l'excitation nerveuse, venant faire prédominer tel ou tel appareil, abandonnant aujourd'hui celui qu'elle excitait la veille, pour reparaître, peut-être bientôt après, sous une forme nouvelle. Il ne faut pas toutefois se le dissimuler, quand un dérangement fonctionnel existe depuis longtemps, c'est en lui que réside la forme la plus stable de la maladie, c'est lui aussi qui lui donne son nom. L'excitabilité cérébrale, en effet, a beau faire une diversion vers un autre appareil; ce sera en lui, en dernière analyse, qu'elle viendra toujours se concentrer; car c'est lui qui, excité depuis plus longtemps, est devenu, par cela même, plus excitable, et exerce une sorte de droit de préséance sur les autres appareils affaiblis, qui, privés depuis longtemps d'une partie de leur stimulus, sont devenus, par cela même, moins excitables : d'où donc, d'une manière générale, la stabilité des formes graves des névroses.

Mais, s'il survient une violente surexcitation cérébrale, si la puissance nerveuse, subitement, violemment développée, vient à agir sur tous les appareils avec cette énergie qu'elle déploie trop souvent, et qui, faisant de l'organisme un vrai jouet de cette puissance occulte et déréglée, laisse le spectateur en suspens entre l'horreur du spectacle et la crainte de voir le lien de la vie se briser, oh ! alors, il pourra se faire que l'excitation, primitivement localisée, cède le pas à une nouvelle, ou qu'elle la laisse s'élever rivale; il pourra se faire encore que des parties, privées longtemps de leur moteur,

paralysées enfin depuis des années même, retrouvent leur excitant et la vie; alors se développeront sous les yeux, chez une hystérique, l'épilepsie, et elles marcheront désormais ensemble, formant l'hystéro-épilepsie, ou bien l'hystérie aura disparu à jamais, et on n'aura plus qu'une épileptique; alors on verra à l'attaque succéder une manie, une folie aiguë, d'une durée plus ou moins longue, désormais liée au développement régulier des accès; alors enfin on verra s'opérer ces sortes de miracles dont j'ai eu un exemple sous les yeux, et qui, en vingt-quatre heures, rendent le mouvement à des paraplégiques depuis quatre ans. Rien d'impossible avec ces terribles ébranlements cérébraux: quand on en a été témoin, on ne peut plus s'étonner, et la seule chose qui doive surprendre, c'est un rétablissement, même partiel, après des désordres aussi profonds.

Mais, hors ces cas, le changement ne s'opère que lentement, lorsque l'encéphale, à force d'ébranlements, d'excitations successives, en est arrivé à une irritabilité qui rend les perturbations fonctionnelles en quelque sorte constitutionnelles, et a rompu tout lien d'harmonie dans la distribution de la force nerveuse. Ces cas, il faut bien le dire, sont malheureusement les plus graves, et d'une curation qu'on peut regarder comme impossible: alors, comme terminaison de ces graves et longues névroses, on voit survenir la *paralysie générale*, rangée par M. le D^r Calmeil dans la classe des inflammations subaiguës, et aussi plus souvent la *démence*, traduction trop vraie de l'épuisement de la puissance nerveuse.

La névrose cérébrale, amenant d'autres *névroses actives*, détermine aussi l'apparition de *névroses passives*, c'est-à-dire qu'elle amène l'affaiblissement ou même la suspension momentanée de certaines fonctions, par la diminution de leur stimulus absorbé par les fonctions excitées. C'est ainsi que, chez les hystériques, se manifeste une anesthésie plus ou moins étendue, signalée par M. Gendrin, et qu'on a eu le tort de contester. Il m'a été donné de la constater sur un grand nombre de malades, s'étendant quelquefois à toute la surface

cutanée, et même aux muqueuses. Il paraîtrait qu'il y a un certain rapport entre la stabilité de cette anesthésie, son étendue, et la gravité et l'ancienneté de l'hystérie; dans les cas même où elle est très-généralisée, on a le plus souvent affaire, non plus à l'hystérie simple, mais à l'hystéro-épilepsie.

C'est chez les épileptiques surtout que les névroses passives prennent le caractère de vraies paralysies plus ou moins étendues. J'ai vu, quant à moi, comme suite d'attaques d'épilepsie, des paralysies partielles, des paraplégies, des hémip légies presque complètes; j'ai vu des malades paralytiques dans quelques parties, hyperesthésiques, et même, en quelque sorte, choréiques en d'autres. Ces accidents, pour se dissiper, exigent que le stimulus soit rendu à la partie; ils succèdent ordinairement à l'attaque, qui, dans ce déploiement désordonné de force, absorbe tant de puissance nerveuse; ils se passent quelque temps après que le calme s'est rétabli, que la force s'est réparée. Les malades, instruits par l'expérience, ne s'inquiètent pas beaucoup de ces paralysies temporaires; le médecin, pour le pronostic, doit également connaître ces faits.

Quelquefois cependant, quand les attaques se répètent violentes et à de courts intervalles, l'équilibre ne peut se rétablir, et la paralysie reste continue. Il ne faut pas encore désespérer de ces cas; car il n'y a nulle lésion matérielle, mais simplement absence de stimulus; aussi, très-souvent une violente attaque, en y ramenant le fluide nerveux, y rétablit-elle la fonction. J'en ai déjà cité un exemple remarquable, je vais en transcrire l'observation sommaire, vu l'importance du cas.

OBSERVATION. — La nommée A..., âgée de vingt-huit ans, entrée dans le service depuis quinze mois, épileptique de naissance, était devenue paraplégique depuis quatre ans, à la suite d'attaques qui se reproduisaient plusieurs fois par jour, avec les formes les plus effrayantes. On remarquait, pendant l'attaque, une distorsion atroce des membres paralytiques, ce qui arrive, au reste, toujours dans ce

genre de paralysie; après elle, ils retombaient dans leur résolution. Enfin un jour (24 avril 1850), à la suite d'attaques violentes, elle a senti de vives douleurs dans les reins; c'était, dit-elle, des élancements, des coups comme des coups de marteaux, ou bien parfois la sensation d'eau bouillante coulant le long du rachis. En même temps elle éprouvait des douleurs, des fourmillements dans les jambes, et, dit-elle, elles sautaient toutes seules; voyant cela, l'idée lui vint de les frictionner et d'essayer de les remuer volontairement dans son lit; elle y parvint ainsi qu'à les soulever un peu toutes tremblantes. Le lendemain, à la visite, on constate cette amélioration, et M. Lélut l'engage à essayer de se lever et se maintenir sur ses jambes: elle essaye effectivement, et, appuyée sur deux de ses compagnes émerveillées, elle parvient à se soutenir et à faire quelques pas sur ses jambes toutes tremblantes et encore très-faibles. Cependant, après bien des reprises et des repos, elle fit tout le tour d'un très-long dortoir; une heure après, elle s'essaye toute seule, et, en s'appuyant seulement aux lits, elle fait le même trajet. Un peu plus tard, elle le refait encore; crainte de fatigue, on la fait coucher. La malade n'a eu, ce jour-là, que deux petits accès, qui ont donné des forces à ses jambes. Mais, chose singulière, elle s'est sentie un moment comme anéantie de ses bras, et cet état a duré cinq heures. Alors, dit-elle, la peur l'a prise de voir le mal guérissant dans les jambes se porter sur ses bras. Il faut savoir, en effet, qu'à une époque antérieure de sa vie (vingt ans), la malade, toujours par suite de ses attaques, avait été prise pendant six mois d'affaiblissement considérable des membres inférieurs, rendant la marche pénible et très-difficile: or, quand la force lui revint dans les jambes, les bras se paralysèrent presque complètement, et le restèrent trois mois. Pour en finir enfin avec cette observation, le lendemain, elle descend toute seule dans la cour, et s'y promène tout le jour; le surlendemain et les jours suivants, l'amélioration se continue et va croissant; elle ne s'est pas démentie depuis. Ce qui a frappé le plus la malade, les premiers jours, c'est la sensation de fourmillement et de liquide bouillant cou-

lant dans les jambes. La sensibilité n'a pas reparu dans ces membres pas plus que dans les autres parties du corps, également frappées d'anesthésie; la marche de l'épilepsie n'a pas paru notablement amendée.

Cette observation, déjà bien curieuse, n'est pas cependant unique, même dans les souvenirs du service; elle est, dans tous les cas, bien intéressante au point de vue du pronostic et du traitement de ces affections; elle est surtout un encouragement bien puissant pour les praticiens qui, pour des cas analogues, ou des paralysies essentiellement nerveuses, emploient l'excitation artificielle, provoquée à l'aide de la strychnine ou de l'électricité. Mais on comprend avec quelle prudence et quelle habileté il faut manier ces remèdes, qui, s'ils sont utiles quelquefois, peuvent aussi exercer souvent une influence fâcheuse sur la marche de la maladie primitive, de la névrose.

Si l'hystérie est une cause des plus puissantes pour déterminer l'apparition de l'épilepsie, je crois qu'il est très-important d'être persuadé que l'épilepsie survenant n'est pas de l'hystérie à un degré plus avancé. Non, je crois ces deux affections distinctes comme siège. Ce qui tend à le prouver, c'est la marche isolée que ces affections peuvent suivre, et suivent en effet le plus souvent; que d'hystériques qui ne sont pas épileptiques, que d'épileptiques qui n'ont jamais été hystériques! La manie survient également fort souvent; pourrait-on dire que c'est encore là une forme de l'hystérie? Ces affections doivent donc avoir, sans nul doute, une localisation spéciale.

A propos de ces localisations spéciales des fonctions, je dirai que j'y crois sincèrement, en mettant de côté toutefois ces tours de force de diagnostic qui présentent toujours un cachet de charlatanisme, et qui, depuis Gall et ses disciples, ont si vivement occupé les physiologistes. Les matériaux résultant de ces recherches, pour et contre la doctrine, se trouvent dans de nombreux traités, et M. le

professeur Bouillaud, dans le tome 4 de sa *Nosographie*, en a donné une analyse et une appréciation des plus remarquables, qui devra ramener bien des gens entraînés en arrière par l'exagération même imprimée aux systèmes primitifs.

Voici maintenant l'opinion du savant professeur sur la localisation spéciale des deux maladies dont nous nous occupons :

« L'ordre de maladies dans lequel nous avons placé l'épilepsie (névroses actives, ou irritations de la masse encéphalique, premier groupe ; névroses actives ou irritations du bulbe rachidien, du mésocéphale, des tubercules quadrijumeaux et du cervelet) apprend assez au lecteur quelle est notre opinion sur le fond même de cette maladie. Nous avons cru pouvoir la localiser dans les centres nerveux de la masse encéphalique (protubérance annulaire, cervelet, etc.) Mais nous laissons indécis encore la question de toute localisation plus spéciale et plus précise.... » (T. 3, p. 639.) Même localisation et mêmes réserves pour l'hystérie.

Comme conclusion dernière sur ce point scientifique, de nouvelles recherches sont nécessaires : l'anatomie pathologique, en montrant les lésions les plus disparates, a conduit aussi aux conclusions les plus étranges, et on peut dire qu'il n'est pas de partie de la masse encéphalique qui n'ait été, à son tour, regardée comme le siège de l'épilepsie. De nos jours, les pathologistes semblent avoir une certaine prédilection pour la corne d'Ammon. En lisant le récit des autopsies, en voyant les résultats de celles que j'ai eu occasion de faire, je reste convaincu qu'on ne peut rien conclure. Je crois encore qu'on a certainement fait jouer un rôle trop important à l'*altération organique appréciable* dans la production de ces maladies, partageant en partie l'opinion de M. Foville, opinion qu'il n'a malheureusement appliquée qu'à l'épilepsie. « Concluons, dit ce profond physiologiste, que la cause matérielle de l'épilepsie simple est encore à fixer, qu'elle est vraisemblablement aussi passagère que la durée des attaques, qu'elle consiste vraisemblablement dans une altération du mécanisme de l'innervation que nous avons bien de la peine à saisir, ignorant

que nous sommes de ce mécanisme à l'état normal... » (art. *Épilepsie* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, t. 7).

MM. Bouchet et Cazauvieilh, dans leur mémoire, ont regardé comme cause productrice l'inflammation chronique de la substance blanche: M. Bouillaud, dans son remarquable rapport, a repoussé ces conclusions.

Je vais maintenant passer à une autre partie de mon sujet, et étudier les rapports de l'hystérie et de l'épilepsie, dans leurs causes et dans leurs symptômes.

CAUSES DE L'HYSTÉRIE ET DE L'ÉPILEPSIE.

Ces causes sont celles des affections nerveuses en général, celles capables de développer dans l'organisme cet état spécial que M. Sandras appelle *état nerveux* (loc. cit.), et M. le D^r Cerise *névropathie protéiforme*; état nerveux, qui n'est pas encore une maladie spéciale, mais l'imminence morbide: une excitation de plus, et l'équilibre cérébral est rompu; une espèce particulière de névrose surgit.

Les causes peuvent se classer en *prédisposantes* et *déterminantes*.

En tête des prédisposantes, se place l'hérédité, hérédité qui n'est pas seulement constatée pour l'hystérie et l'épilepsie, mais pour la plupart des grandes névroses; et, en effet, rien de plus naturel par suite de la similitude de constitution que l'enfant doit emprunter à ses parents, et qui doit se traduire, à moins de modifications thérapeutiques, par des lésions et des troubles fonctionnels identiques.

Une autre cause prédisposante est la constitution nerveuse héréditaire ou acquise, et qui amène l'état nerveux si favorable au développement des névroses. Tout le monde sait que les tempéraments faibles et chétifs y sont surtout sujets, et Sydenham l'avait déjà fait remarquer (loc. cit.). Un grand nombre d'auteurs ont dit que les troubles nerveux amenaient comme complication la chloro-anémie (*Compendium de médecine*). C'est surtout la proposition inverse que l'on aurait dû admettre. Je veux m'arrêter sur ce point important.

Influence de la chlorose. Depuis que les études de M. le professeur Bouillaud ont attiré l'attention sur cette question, si inconnue avant, de la chloro-anémie, et dont l'ignorance a occasionné tant de traitements homicides pour de prétendues affections de cœur; depuis encore que les analyses de MM. les professeurs Andral et Gavarret ont jeté un jour si vif sur la cause anatomique de cette affection, les observateurs se sont emparés de la question avec un zèle louable, et en ont fait une des parties les plus importantes de l'étiologie des maladies. Mon excellent maître en l'art des accouchements, M. le Dr Cazeaux, en a fait le premier une application des plus remarquables à la pathogénie de la femme enceinte, qui ne sera plus désormais vouée aussi impitoyablement à la saignée préventive; les affections nerveuses, enfin, devaient y trouver une de leurs causes productrices les plus fréquentes et les plus puissantes; point d'étiologie destiné à révolutionner complètement leur thérapeutique, à la baser désormais sur des données certaines, et à remplacer la polypharmacie par les modificateurs généraux surtout, par l'hygiène enfin.

Nous savons aujourd'hui cliniquement que la plupart de ces désordres, rangés par les anciens auteurs sous le titre générique de *vapeurs*, se rapportent à la chlorose ou à la chloro-anémie. Elle est fréquente chez la femme, mais se voit aussi assez souvent chez l'homme. Les causes qui la produisent sont toutes ces causes débilitantes, physiques ou morales, qui jouent un si grand rôle dans la vie des femmes, de celles surtout qui, asservies au régime sédentaire et émouvant des grandes villes, excitent leur système nerveux, et laissent s'affaiblir les diverses fonctions organiques ou de relation dont le jeu régulier entretient l'équilibre cérébral. Aussi combien de personnes nerveuses dans les villes, et combien peu au contraire dans les campagnes, parmi ces personnes occupées aux rudes travaux des champs, et qui, négligeant toute excitation intellectuelle, soumettent au contraire à un travail continu leurs fonctions organiques ou de relation. D'un côté la santé, de l'autre la maladie! Car ces personnes

nerveuses sont bien réellement malades, trop malades même, leur sensibilité anormale, leur irritabilité excessive, les rendant insupportables à elles-mêmes et aux autres. Ces personnes sont dans l'état nerveux, elles sont aux portes des névroses; aussi on peut dire que c'est parmi ces malheureuses que les névroses font leurs plus nombreuses victimes, et au besoin la statistique de la clientèle privée, et celle des hôpitaux, fourniraient des chiffres plus que probants.

Pourquoi, maintenant, cette modification dans la composition du sang, qui constitue la chlorose, détermine-t-elle des désordres nerveux, les vapeurs des anciens? La question n'est pas résolue; toutefois on peut dire ceci: le sang joue évidemment un rôle important dans la production du fluide nerveux par la substance cérébrale. Ainsi la diminution dans l'arrivée du sang au cerveau entraîne la syncope; si elle est trop forte, la mort! Une certaine composition du sang amène le travail cérébral régulier qui se traduit par l'équilibre des fonctions, par la santé générale. Quoi donc d'étonnant à ce qu'une modification survenue dans la quantité, et surtout la qualité de ce modificateur, amène une perturbation dans la fonction à la production de laquelle il contribue. Or, dans la chlorose, la modification est profonde: diminution des globules, qui de 127 vont à 37, diminution du fer, etc. Si on prend quelques points d'analogie dans la pathologie, qu'observe-t-on? Un homme est empoisonné par une substance vireuse, toxique, etc., il se manifeste des désordres nerveux, puis la mort! Que s'est-il donc passé? Le voici probablement: c'est que le sang, qui, il y a un instant, était un agent propre à l'accomplissement de la fonction nerveuse, mêlé maintenant avec un agent étranger, a vu se neutraliser, s'altérer ou s'abolir, cette propriété. Le cerveau excité d'une manière anormale a fonctionné anormalement d'abord, puis plus du tout. Si l'agent toxique est moins énergique, après un désordre plus ou moins profond et prolongé apporté dans les centres nerveux, le calme se rétablit; et, s'il est permis d'invoquer des phénomènes physiques ou chimiques à propos de phénomènes organiques, ne voit-on pas une multitude de

réactions, de combinaisons, empêchées par l'intervention d'agents étrangers, même en très-faible quantité? Eh bien! ces faits-là peuvent jusqu'à un certain point, je le crois du moins, éclairer le mécanisme de la chlorose : aussi, quand on a rendu au sang ses qualités normales, les accidents nerveux disparaissent, le calme se rétablit. Ainsi reste toujours vrai le vieil adage : *Sanguis moderator nervorum*.

Comme appendice à l'article précédent, j'ajouterai comme propres à l'épilepsie quelques autres causes. Ainsi Esquirol (*Dict. des sciences méd.*) signale les scrofules; Lallemand, de Montpellier, le virus vénérien; enfin toutes les affections diathésiques ont été accusées, ce qui n'a rien de surprenant, car elles sont essentiellement débilitantes. MM. Foville et Georget ont ajouté l'idiotie et l'imbécillité. Une autre cause spéciale bien étudiée par M. Tanquerel des Planches, dans ces derniers temps, c'est l'action du plomb et de ses préparations, enfin toute la série des causes liées à des lésions organiques.

Influence des émotions morales. — J'arrive à une autre cause, et la plus active de toutes les déterminantes, si j'en crois mon observation personnelle, qui vient pleinement confirmer l'opinion d'Esquirol et de M. le D^r Beau, qui tous les deux l'ont placée en première ligne; je veux parler des émotions morales. Inutile d'exposer de nouveau ici le mode d'action de ces causes; et les discussions auxquelles je me suis déjà livré me dispenseront d'expliquer comment ces actions agiront avec d'autant plus d'intensité et de sûreté, quelles rencontreront une nature mieux disposée, mieux préparée par une constitution héréditaire ou acquise. Je passe à une nouvelle cause bien importante aussi, la menstruation.

Influence de la menstruation. — La menstruation, dont j'ai déjà parlé sommairement ailleurs, a de tout temps joué un rôle important dans les maladies des femmes, et c'est justice, si on songe à l'importance même de la fonction qui prime, domine, asservit, en

quelque sorte, toutes les autres, pendant la période menstruelle, qui agit puissamment sur le cerveau et ses fonctions, et le rend irritable, excitable : irritabilité qui arrive assez souvent jusqu'à des accidents nerveux. On comprend, dès lors, comment tout trouble dans la marche régulière de cette fonction retentit douloureusement sur l'encéphale, et y occasionne une perturbation et des troubles fonctionnels ; comment aussi les troubles des autres fonctions y retentissent et entravent la régularité de la menstruation ; que dans ces conditions spéciales, développées par la période menstruelle, une cause excitante, perturbatrice, vienne à agir, elle augmentera l'excitation, l'irritation cérébrale, et amènera l'apparition de névroses quelle eût souvent été impuissante à produire hors la période menstruelle ; alors, le plus souvent, l'écoulement menstruel est troublé pour plus ou moins longtemps, d'ordinaire jusqu'à ce que l'organisme ait repris son calme premier. Ici les perturbations menstruelles ne sont que secondaires, que la traduction de phénomènes qui se passent dans les centres nerveux. Ces faits amènent à conclure combien il est important d'éviter, surtout chez les personnes d'un tempérament nerveux, les émotions vives pendant la période menstruelles. On ne saurait croire combien de femmes attribuent le développement de leur mal, hystérie, épilepsie ou folie, etc., à des émotions vives pendant l'écoulement des règles ; à des révolutions, pour parler comme elles. On voit encore combien, dans ces cas, l'état local de l'utérus étant secondaire à l'état général, il est important d'agir par des calmants généraux plutôt que de s'en tenir à des traitements locaux, que je suis certes bien loin, d'ailleurs, de conseiller de négliger.

Connaissant le changement, si remarquable, qui se passe dans l'organisme de la jeune fille à la puberté, les parents, les médecins souvent aussi, comptent beaucoup sur cette époque, comme pouvant amener une perturbation curative de certaines névroses soit héréditaires, soit datant seulement de l'enfance. Malheureusement des relevés statistiques nombreux ne permettent pas de compter beau-

coup sur cette action, et quant à moi, la plupart des malades que j'ai interrogées m'ont dit n'en avoir ressenti aucune influence.

Je vais aborder maintenant l'étude des symptômes de l'hystérie et de l'épilepsie.

SYMPTÔMES DE L'HYSTÉRIE ET DE L'ÉPILEPSIE.

Si le diagnostic de ces affections est le plus ordinairement facile, il est cependant un bien grand nombre de cas où toute assertion absolue est impossible, vu la parité des symptômes. C'est pour ces cas embarrassants que les auteurs ont été obligés de créer une forme nouvelle de ces maladies, forme spéciale à aucune d'elles, mais tenant de l'une et de l'autre, et qui a reçu pour cela le nom d'*hystéro-épilepsie*. Ils ont, en effet, été forcés, par l'évidence des faits, de saisir la transition si fréquente entre ces deux affections, transition que nous nous efforçons de montrer; mais, au moment de conclure logiquement au passage de l'un à l'autre, ils se sont arrêtés, et n'ont pas voulu aller au delà de la forme mixte hystéro-épilepsie.

Ce n'est que dans la *forme grave* de l'hystérie que le diagnostic présente cette obscurité; dans la *forme simple*, il ne saurait en être ainsi, et nous croyons bien que les auteurs qui, avec M. Maisonneuve (loc. cit.), basent leur diagnostic sur la perte de connaissance arrivant toujours dans l'épilepsie, jamais dans l'hystérie, n'aient eu en vue que la forme simple, ou bien ils se sont singulièrement abusés.

Je crois devoir rappeler ici l'opinion de M. Dubois (d'Amiens), qui me paraît incliner vers celle de M. Maisonneuve; les raisons d'un observateur aussi distingué doivent d'ailleurs être appréciées :

« Lésions de sensibilité, lésions de contractilité, altérations légères des sécrétions, voilà toute l'hystérie... Il y admet deux degrés, un premier, dans lequel, d'accord avec Georget, la douleur

est modérée, les convulsions peu intenses, commandées par les douleurs, et déterminées par la volonté. Dans le deuxième degré, il y a intensité des douleurs, et le principe déterminant des contractions musculaires n'est plus le même; celui qui succède est incomparablement plus énergique, plus déréglé et plus difficile à maîtriser, que le premier. Le premier était dans l'encéphale; l'esprit ne faisait alors que céder à l'influence d'une douleur qui se faisait sentir ailleurs; mais le point de départ des grands mouvements de réaction existait là, et n'était autre que la volonté. Nous ne chercherons pas ici à déterminer quels nouveaux agents viennent tout à coup mouvoir si violemment les muscles locomoteurs, lorsque les opérations de leur régulateur naturel, de l'entendement, sont en partie suspendues, et que la volonté est paralysée; il nous suffira d'en apprécier les effets.

« Bien que, dans le deuxième degré, les malades ne dirigent plus l'action des muscles soumis auparavant à leur volonté, la perte de connaissance n'a pas ordinairement lieu.... » (*Traité sur l'hystérie et l'hypochondrie*).

D'après cette simple citation, il est évident que nos idées ne peuvent concorder avec celles de l'auteur; nous ne sommes pas certain que tout le monde s'arrange mieux que nous de ces deux puissances, qu'il invoque pour expliquer deux degrés de la même maladie, et dont la dernière est toute occulte. Nous ne comprenons pas non plus qu'il n'admette pas franchement la perte de connaissance, dans ces cas pour lesquels il invoque une théorie nouvelle; mais, on le voit, l'auteur a voulu se ménager le seul moyen de diagnostic certain entre l'hystérie et l'épilepsie; il l'a fait même aux dépens de nombreuses erreurs; car il fallait à tout prix que l'hystérie ne pût devenir de l'épilepsie, il fallait à tout prix la localiser dans l'utérus!

Forme simple de l'hystérie. — Le plus ordinairement, l'apparition de la maladie convulsive elle-même a été précédée de prodromes,

qui se rapportent à cet état nerveux sur lequel nous avons déjà tant insisté, à l'exemple de M. Sandras, et qui, nous le savons, se trouve le plus souvent lié à des conditions d'âge, de sexe, de tempérament, d'habitude, et surtout de chloro-anémie. Ainsi, on voit les femmes tristes, préoccupées, ou bien agacées et irritables, ayant quelquefois des malaises, des vertiges, pesanteurs de tête, troubles de la vue, tintements d'oreille, sueurs subites, palpitations; elles pleurent sans motif ou ont un rire irrésistible et comme convulsif; d'autres ont des névralgies variées et essentiellement mobiles, gastralgies avec des éructations et souvent vomissements opiniâtres, j'en ai vu durer des mois entiers; des dyspepsies, des dépravations du goût et de l'appétit, pica, malacia; d'autres, des entéralgies amenant des tympanites incommodes, des constipations rebelles; chez quelques-unes, il y a déjà un sentiment d'oppression, de serrement de la poitrine, des pandiculations, des bâillements; chez d'autres, enfin, le sentiment même de la boule hystérique. Je pourrais multiplier encore cette énumération, mais ce serait sans fruit. A ce degré, qui ne voit l'imminence morbide? Mais un traitement convenablement dirigé peut en éviter le développement, peut même amener la guérison complète.

Enfin, sous l'influence de la marche de la maladie elle-même, ou par suite d'une cause occasionnelle, qu'il n'est même pas nécessaire de supposer très-énergique, à ce point d'excitation cérébrale, la maladie éclate avec sa forme convulsive. C'est alors qu'on voit les malades pousser des cris aigus, agiter violemment leurs membres de mouvements larges, irréguliers, de flexion, d'extension, d'adduction, d'abduction, et imprimer enfin à leur tronc les mouvements les plus désordonnés. Dans certains de ces mouvements du tronc, des auteurs ont voulu voir *une action libidineuse*, qu'ils appuyaient d'une excitation très-marquée, disent-ils, des organes génitaux, etc. Je ne puis que croire ces cas fort rares, et ces mouvements, que j'ai retrouvés dans des attaques chez l'homme, ne m'ont paru nullement liés à une excitation génitale. Au milieu de cette agitation, le cou se

tuméfiée, la face devient ordinairement vultueuse, grimaçante, mais non *en distorsion tonique*; la poitrine est oppressée, la respiration bruyante, anxieuse, les malades se plaignent d'une constriction à la gorge, et y portant la main, comme pour arracher le poids qui les oppresse, se frappent, se déchirent cruellement. La respiration, dans le larynx, ne se fait plus que d'une manière intermittente, saccadée, en rapport avec les très-courts intervalles d'intermittence qu'affecte la constriction spasmodique. Pendant ce temps, les sensations sont plus au moins altérées, l'œil est fixe, et non tourné en haut, comme dans l'épilepsie, les paupières frémissantes, l'ouïe conservée, l'intelligence de la malade aussi, et elle la traduit par des gestes ou des cris confus, rarement intelligibles. Après un temps qui peut être assez long, un quart d'heure, une demi-heure, une heure, le calme revient; les convulsions cessent, la respiration redevient libre, et, comme un reste de cette perturbation cérébrale, comme une oscillation entre l'équilibre fonctionnel qui se rétablit et la perturbation d'avant, il survient quelques légers désordres fonctionnels. La malade pleure ou rit convulsivement, involontairement, sans motifs, répond bizarrement aux questions, tient des conversations sans suite, et enfin, après quelques minutes, elle revient parfaitement calme, fatiguée seulement. Telle est la forme la plus ordinaire de l'hystérie simple, celle que l'on constate partout au début de la maladie. Voyons maintenant une forme plus grave.

Forme grave de l'hystérie. — Dans la forme précédente, nous avons vu que la perturbation cérébrale n'allait pas jusqu'à l'abolition complète de l'intelligence; les attaques sont assez éloignées, de manière à permettre à la malade de retrouver le calme pendant d'assez longs repos, leur intensité même est relativement assez modérée. Dans cette forme-ci, au contraire, qui survient après une durée plus ou moins longue de la première, durée qui peut varier de quelques mois à plusieurs années, pouvant être éloignée par les soins ou abrégée par une constitution prédisposante et par des émotions vives

intercurrentes; qui peut survenir d'emblée avec ses caractères, si la cause déterminante a agi avec une énergie suffisante, on observe les symptômes suivants : Après quelques prodromes, quelquefois très-marqués, d'autres fois très-courts, ou assez peu marqués pour n'être saisis que par la malade, qui juge qu'elle va avoir ses attaques, elle est prise subitement de convulsions cloniques des membres et du corps, avec cris, étouffements, et perte complète de l'intelligence. Les convulsions présentent une violence extrême, elles se succèdent avec une rapidité excessive; la face est congestionnée et le cou turgide; on voit que la malade fait des efforts pour ne pas étouffer. C'est dans ces attaques violentes que l'on voit survenir des luxations des membres, comme j'ai eu occasion de l'observer pour l'articulation scapulo-humérale, dans le service de M. Gillette. Les intervalles des attaques, qui sont toujours compliquées, ne présentent pas ce retour complet à l'intelligence, que nous avons noté dans la forme simple; la malade reste dans le coma, et agitée de temps à autre de convulsions légères, qui semblent lui parcourir le corps comme un frisson ou un courant électrique; puis, quelques minutes après, l'accès reparaît. Dans les paroxysmes, on voit fréquemment la forme *clonique* des convulsions se rapprocher de la forme *tonique*, la malade semble se roidir. C'est là un point qu'il est important de noter, car voilà de l'hystéro-épilepsie commençante, et qui va aller désormais en croissant. Après l'attaque, qui dure quelquefois plusieurs heures, des jours entiers même, avec de légères rémissions et des retours à une intelligence encore obtuse, le calme reparaît, mais la malade reste abattue, prostrée, souvent elle dort. Dans cette forme, il n'est pas rare de voir la malade avoir des hallucinations, et se remémorer avec effroi l'objet qui lui a occasionné l'émotion morale, cause déterminante de son mal : j'ai plusieurs exemples de faits semblables. En décrivant l'hystérie, il peut paraître étrange que je le fasse comme pour une affection propre à la femme; on sait bien qu'il n'en est rien, je m'en suis assez expliqué; mais, comme, en définitive, cette affection très-commune chez

la femme est très-rare chez l'homme, j'ai pris le type de ma description dans le sexe qui y avait le plus de droits.

Un point bien remarquable de ces affections dites hystériques, et sur lequel je m'arrête un instant, c'est la boule et l'étouffement hystériques.

Boule et étouffement hystériques. — Le plus ordinairement, dans la forme simple de l'hystérie, apparaît, comme prodrome, et comme symptôme principal de l'attaque, la boule hystérique, qui de l'épigastre s'élève non au cerveau, mais à la gorge. Chez quelques malades, celles surtout anciennes dans la maladie, le plus souvent hystéro-épileptiques, ces phénomènes prennent un cachet tout particulier.

Tout à coup la malade se sent prise d'oppression violente à l'épigastre et dans toute la poitrine; elle s'enlève précipitamment, ou bien déchire les vêtements qui la gênent; son cou devient turgide, la respiration anxieuse, saccadée, le visage injecté, la parole impossible; la malade dit des mots confus ou fait signe qu'elle étouffe, son intelligence est parfaite. C'est alors qu'elle se déchire le cou pour en arracher ce quelque chose qui l'étouffe, qu'elle se frappe la poitrine pour en enlever le poids qui l'opprime; le thorax est immobile, et ses muscles comme en contraction tétanique; il se dilate cependant par saccades, d'une manière intermittente, à assez longs intervalles; la respiration se fait alors pénible, bruyante, et la malade laisse échapper quelques cris rauques ou quelques mots plaintifs; puis elle retombe dans la même anxiété, et présente l'affreux spectacle d'une personne se débattant contre l'asphyxie. Aucun mouvement convulsif ne se remarque dans le reste du corps, tous les désordres paraissent siéger dans l'appareil respirateur; ce serait avec juste raison, à mon avis, qu'on ferait jouer un rôle important au pneumo-gastrique dans la production de ces phénomènes. Quelquefois aussi le nerf diaphragmatique se prend, et imprime au diaphragme un mouvement convulsif saccadé, qui produit un petit cri monosyllabé, irrésistiblement continu même pendant des heures entières. J'ai eu occasion

d'observer ce singulier phénomène sur deux malades ; elles étaient habituellement reprises des mêmes accidents pendant la période de leurs attaques. La malade, avons-nous dit, a tous les autres appareils intacts ; les membres sont parfaitement souples, la sensibilité parfaite, à moins d'anesthésie ordinaire ; mais cet état sub asphyxique la met dans une inquiétude et une agitation extrême ; la sueur ruisselle de son corps, elle se presse les mains comme une suppliante, ou, prenant un point d'appui sur les objets voisins, elle s'en sert pour tâcher de favoriser l'inspiration qui lui manque. D'autres fois, irritée, tourmentée, elle saisit, déchire ou jette tout ce qui lui tombe sous la main. Parfois toute l'attaque se borne là, et le calme revient. C'est à cet ensemble de phénomènes que les malades donnent judicieusement le nom d'*attaques internes*. Il est rare, toutefois, que l'accès se borne là ; le plus ordinairement, après une attente plus ou moins longue, de quelques minutes à plusieurs heures, le tout mêlé de paroxysmes et de rémissions, on voit tout à coup la malade s'agiter convulsivement de tous ses membres, la respiration devient plus libre ; elle pousse des cris aigus, précipités, ou prononce des mots incohérents ; la connaissance, la sensibilité, sont abolies ; au réveil, la malade ne se rappellera plus rien. C'est là la grande attaque d'hystérie qui vient d'arriver ; comme si l'excitation cérébrale avait eu besoin d'un certain temps pour arriver au degré nécessaire pour produire les convulsions généralisées. Parfois, après la grande attaque, le calme revient, tout rentre dans l'ordre ; mais, d'autres fois, après le grand paroxysme, revient l'étouffement, puis l'attaque, puis l'étouffement, qui se succèdent ainsi plusieurs fois de suite. Interrogée, après les attaques, sur les souffrances qu'elles ont éprouvées, les malades disent souffrir cruellement pendant l'étouffement, où elles ont toute leur connaissance ; aussi elles appellent de tous leurs vœux l'attaque convulsive ; au moins alors, disent ces malheureuses, nous ne souffrons pas ! Il est évident, d'après ces faits, qu'il y a perte de connaissance, au moins en tant que suspension de tous rapports avec

le monde extérieur, la malade n'a pas conscience de la douleur, elle n'a pas la conscience de son mal. Quelques facultés internes paraissent, il est vrai, encore en éveil, nous les verrons encore plus abolies dans l'hystéro-épilepsie; d'ailleurs, la perte de connaissance, du sentiment, en un mot, ne peut consister dans l'abolition complète des facultés, car ce serait la mort, mais bien dans la suspension de la perception par le sensorium.

Dans aucun cas, la douleur utérine ne m'a paru attirer bien spécialement l'attention des malades; et cela doit être, d'après les symptômes mêmes, qui révèlent le rôle secondaire de l'utérus dans la névrose, si improprement appelée *hystérie*.

Je ne fais que mentionner une forme décrite par M. Foville, la forme syncopale; le nom seul donne une idée de la description. C'est, je l'avoue, une des formes les plus effrayantes pour le praticien et les assistants; je la crois rare; je n'ai eu occasion de l'observer que deux fois. J'arrive à la forme si importante appelée *hystéro-épilepsie*.

Hystéro-épilepsie. — Dans quelques cas, l'hystérie, après être passée par les phases énumérées plus haut, se présente avec un degré de gravité de plus, il s'y mêle des symptômes d'épilepsie. Ainsi on voit une malade prise d'étouffements hystériques, puis de convulsions hystériques; mais voilà qu'elle cesse de se débattre violemment, de crier; elle est en proie à une *convulsion tétanique* de tout le corps; la tête se contorsionne violemment, le visage aussi, il devient vultueux; le globe de l'œil fortement tourné en haut; au bout de quelques secondes, quelques *convulsions cloniques* dans les membres annoncent la fin de l'attaque; il sort de la bouche une écume souvent sanguinolente; évidemment c'est là de l'épilepsie. Mais, le plus ordinairement, à peine la rémission semble-t-elle arriver, que voilà les convulsions générales cloniques, hystériques, qui reprennent, puis nouveau paroxysme épileptique, et les mêmes phénomènes se répètent un plus ou moins grand nombre de fois. Souvent encore cet appareil convulsif formidable se calme tout à coup, la

connaissance revient à la malade, mais elle reste en proie à ce que nous avons appelé l'*attaque interne*, l'étouffement hystérique. Enfin, après toutes ces péripéties, le calme normal arrive. Ce que je viens de décrire est pris au lit de la malade, c'est l'observation clinique même que je transcris, et ces observations ne sont malheureusement pas rares à la Salpêtrière. Évidemment il ressort clairement, de la description, qu'il y a ici mélange d'hystérie et d'épilepsie; de plus, si on songe que la plupart de ces malades n'ont d'abord été que simplement hystériques, il faut bien admettre que, dans un certain nombre de cas, l'épilepsie est consécutive à l'hystérie.

M. le D^r Beau, qui s'est occupé avec tant de talent de la question que j'agite, frappé de ce fait du mélange de l'hystérie et de l'épilepsie, a décrit cette forme hystéro-épileptique. Mais M. Beau est allé plus loin, et il a cherché à établir les bases du diagnostic entre l'hystérie et l'épilepsie. Voici ses conclusions :

1° Presque toutes les attaques hystériques *n'arrivent jamais* ou *presque jamais* sans prodromes éloignés; les épileptiques, au contraire, sont annoncées par des prodromes prochains.

2° Les attaques épileptiques sont *ordinairement simples*, les hystériques, *ordinairement composées*.

3° Les attaques épileptiques arrivent *plus souvent* la nuit; les hystériques le jour.

4° L'épilepsie est ordinairement congénitale et apparaît ordinairement dans l'enfance; l'hystérie, à l'âge adulte.

5° Les causes immédiates agissent plus pour la détermination de l'épilepsie que de l'hystérie (mémoire statistique, etc.).

Il faut savoir gré à M. Beau d'avoir eu le courage de tenter un diagnostic, bien obscur quelquefois. Mais, malgré la sagacité de son esprit si distingué, nous craignons bien que l'auteur n'ait pas atteint son but. Sans doute, dans les cas extrêmes, le diagnostic sera facile, une grande habitude n'est même pas nécessaire, et les propositions qu'il a établies pourront certainement trouver une heureuse application; mais, dans les cas plus embrouillés, dans l'hystéro-

épilepsie par exemple, quelle est celle de ces cinq propositions qui pourra donner la certitude ? L'auteur lui-même, d'ailleurs, y compte peu dans ces cas extrêmes ; et ses propositions, toutes mêlées de *probablement* et d'*ordinairement*, témoignent assez de l'usage prudent qu'il veut qu'on en fasse ; imitons en cela sa sage réserve. C'est à cette réserve aussi que m'a conduit l'étude clinique.

Esquirol (*Dict. des sc. méd.*) se base sur la perte de connaissance et la suspension de toute sensibilité qui existerait dans l'épilepsie, non dans l'hystérie. Nous avons déjà dit notre opinion à ce sujet. La forme plus tétanique de la convulsion épileptique, l'abolition plus complète des facultés, en rapport sans doute avec un travail cérébral plus énergique, nous paraissent la seule manière de différencier, dans bien des cas, l'épilepsie de l'hystérie, et encore !...

Je passe maintenant à l'étude symptomatique de l'épilepsie.

SYMPTÔMES DE L'ÉPILEPSIE.

J'insisterai peu sur ces symptômes, qui sont connus de tout le monde, admis et décrits classiquement partout.

Les attaques débutent souvent par des prodromes, que M. Beau, dans son travail, basé sur l'analyse de 1272 faits, a montrés plus fréquents que ne l'avait admis Georget. Il les a divisés en *éloignés* et *prochains*. Je ne m'y arrêterai pas, je dirai seulement qu'ils m'ont toujours paru se rapporter à des désordres généraux, tels que malaises, vertiges, hallucinations, altérations des fonctions et des sensations, etc., bien exceptionnellement à ces désordres locaux décorés du nom d'*aura epileptica*.

Le début de l'attaque elle-même est brusque, le malade pousse un cri et tombe privé de sentiment avec des convulsions toniques, tétaniques, de tout le corps. C'est ici que la face est vultueuse, contorsionnée, horrible ! L'œil insensible, fortement tourné en haut. Le plus ordinairement, les attaques ne se présentent pas avec cet appareil formidable de convulsions larges et désordonnées que dé-

ploie l'hystérie. Mais, comme on comprend qu'il faut ici plus de force nerveuse pour maintenir le malade, là, seul sur son lit, se roidissant tétaniquement de tout son corps, avec ces intermittences insaisissables dans l'action de la puissance nerveuse ! Le malade se maintient donc ordinairement sans un grand appareil de résistance ; une surveillance intelligente, voilà tout le devoir des assistants. Dans d'autres cas, au contraire, la convulsion n'a plus ce caractère de quiétude apparente ; elle devient violente, tout en conservant le caractère tétanique ; et c'est alors qu'on assiste à ces scènes atroces dans lesquelles le corps subit les contorsions les plus incroyables. Ici évidemment le malade doit être contenu, mais que ce soit toujours sans force, sans violences. Je dirai, enfin, qu'il n'est guère d'épileptique qui ne présente quelque particularité, à lui propre dans ses attaques, une sorte de cachet individuel. Après quelques secondes de durée, survient le calme. C'est là l'attaque simple, que M. Beau dit la plus fréquente ; il m'a paru que les attaques très-fortes étaient généralement compliquées. La fin des attaques s'annonce par un mouvement clonique dans le système musculaire ; c'est une sorte de détente générale ; aussi alors de l'air peut être un peu expulsé, et, rencontrant dans la bouche de la salive, souvent sanguinolente par la morsure de la langue, produit cette *écume*, qui a tant contribué, dans un temps, à faire redouter l'approche des épileptiques. Cette écume, d'ailleurs, n'est pas constante et on la voit aussi chez des hystériques.

Au début de l'attaque, le plus grand nombre des épileptiques poussent un *cri* ; M. Beau l'attribue à une expression de surprise et d'horreur ; il me paraît bien plus facilement expliqué en admettant avec M. Billod, qu'il est produit par la convulsion subite et spasmodique des organes de la voix et du thorax, qui force l'air de la poitrine à sortir, en partie, par un orifice rétréci.

Après l'attaque, les malades ont quelques instants d'incertitude, d'hébétéude, et puis reviennent complètement à eux. Le coma est bien plus rare qu'on ne l'avait prétendu, et ne se voit pas, le plus souvent,

avec les attaques les plus violentes ; c'est encore après les attaques violentes d'épilepsies, attaques compliquées, qui ne durent que quelques accès, ou bien tiennent le malade 24-48 heures dans l'état de mal, que l'on voit survenir une manie qui ne se dissipe qu'au bout de quelques jours. Alors, également, surviennent ces névroses passives, et ces paralysies sur lesquelles je me suis déjà expliqué.

Vertige épileptique. Une autre forme d'épilepsie, étudiée par Esquirol, par Georget, est celle décrite par M. Calmeil sous le nom d'*absences*, et par M. Beau sous celui de *vertige simple* ; elle est assez rare ; elle peut compliquer la forme précédente. M. Calmeil a soutenu, dans sa thèse, que cette forme surtout prédisposait à l'aliénation mentale.

Quelle que soit sa violence, l'épilepsie est très-rarement mortelle ; mon savant maître, M. Lélut, dit : pas une fois sur mille par l'apoplexie cérébrale ; mais elle peut arriver plus souvent par l'asphyxie et la congestion pulmonaire. Alors le coma, le carus, deviennent profonds et se prolongent jusqu'à la mort. D'après l'idée même que je me fais de la nature de l'épilepsie, je ne serais pas éloigné de voir, en même temps, que ces accidents incontestables dont j'ai parlé, un épuisement de l'innervation ; et en effet, la mort n'est pas subite le plus souvent ; elle est lente et graduelle ; on assiste, en quelque sorte, aux derniers efforts que fait l'encéphale épuisé pour se relever ; mais inutilement ! il a été, d'une part, trop vivement ébranlé, trop épuisé, et n'est plus surexcité maintenant que par un sang presque asphyxique. J'y croirais d'autant plus que la saignée qu'on pratique toujours alors ne remédie que rarement aux accidents.

TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE ET DE L'ÉPILEPSIE.

Nous diviserons cette étude en deux, celle de l'épilepsie, puis celle de l'hystérie, que nous subdiviserons même suivant ses degrés.

1° *Traitement de l'épilepsie.* — Peu de maladies ont autant exercé

la sagacité des médecins que l'épilepsie, et, sans exagération, on peut dire qu'on a tout tenté contre elle ; les remèdes anodins, comme les plus actifs ; et enfin, guérit-on les épileptiques ? Des médecins le disent et l'impriment ; mais M. Lélut, dont la vaste expérience doit certes faire autorité en cette matière, comme en tant d'autres d'ailleurs, m'a souvent dit, qu'il ne croyait pas avoir un seul cas de guérison certaine. Ce n'est pas, on le voit, très-encourageant ; et cependant, hors ces cas où l'épilepsie est héréditaire, ou bien liée à des altérations organiques, alors qu'elle n'est pas trop ancienne, alors surtout qu'elle provient de l'hystérie, il ne me semble pas irrationnel de croire à une guérison possible. La thèse contraire est si décourageante, que je conçois que chacun cherche à se faire une conviction personnelle. M. Moreau, de Bicêtre, qui s'occupe avec tant d'activité et d'intérêt du traitement de l'épilepsie, bien que n'étant arrivé encore à rien, ne désespère pas cependant. C'est dans un modificateur, perturbateur de l'action nerveuse, qu'il cherche le spécifique ; la strychnine, m'a-t-il-dit, lui paraît peut-être appelée à jouer ici un rôle important. Le vénérable médecin de Charenton, M. Esquirol, utilisait les commotions morales vives, ou bien celles produites par une douleur extrême, telle que celle du cautère actuel : moyen employé aussi, dit-on, avec succès par Dupuytren dans un cas d'hystérie rebelle. Le vulgaire lui-même ne néglige pas ces moyens, auxquels il rapporte quelques cas de guérison ; le médecin lui-même ne devrait pas les négliger, bien que d'une efficacité douteuse. Plus que tout autre, en effet, il est à portée d'en calculer l'opportunité et les effets, et capable de les entourer de ces soins généraux et adjuvants qui assurent bien souvent le succès d'une médication.

Je ne m'arrêterai pas au traitement de l'accès lui-même ; c'est au médecin à juger lorsque son intervention est nécessaire. Je mets de côté tous ces traitements anodins, pharmaceutiques, antispasmodiques et autres, plutôt faits pour agir sur le moral des malades, ou sur quelques accidents nerveux intercurrents, que sur le fond même de

la maladie. On peut d'ailleurs, pour tous ces traitements, consulter le remarquable mémoire de M. Delasiauve.

Le médecin peut avoir encore un rôle actif dans le traitement des complications, telles que les paralysies. Le cas de guérison que j'ai rapporté est un encouragement bien puissant, même pour les paralysies très-anciennes. C'est alors surtout qu'il faudra se rappeler la strychnine et l'électricité, deux agents qui, dans ces derniers temps, ont pris une extension, qu'ils ont déjà justifiée par de nombreux succès. J'arrive au traitement de l'hystérie.

Traitement de l'hystérie. — On peut le diviser en traitement préventif, traitement de l'accès, et traitement de la maladie.

1° *Traitement préventif.* Il consiste à combattre surtout le développement de cet *état nerveux* qui est l'imminence morbide pour l'hystérie. J'ai déjà dit quelles étaient les causes qui l'amenaient, je n'y reviendrai pas. Ces causes, il faut les éviter, et insister principalement sur une éducation physique et morale aussi forte que possible; mais les conditions nécessaires pour cela sont bien difficiles à obtenir dans les grandes villes. Éviter aussi, chez les personnes d'un tempérament nerveux, à cerveau très-excitables, des travaux intellectuels obstinés, des émotions trop répétées : il faut bien savoir, en effet, que ces personnes s'impressionnent de tout, même de ce qui passe inaperçu pour la plupart de celles douées d'une excitabilité, d'une sensibilité moins exquise; l'excitation passagère chez les autres prend de suite chez elles des proportions énormes, et arrive rapidement à la convulsion. Or l'état convulsif devient bientôt l'hystérie véritable. C'est contre cet état nerveux déclaré que l'hygiène devra déployer toutes ses ressources, exercices, travaux, distractions, etc. Nous savons tous le rôle important que les anciens médecins surtout faisaient jouer aux affections morales; bien que plus instruits sur l'étiologie, les praticiens modernes ne devront pas négliger ce côté de la question; et peut-être trouveront-ils quelques

cures désespérées dans l'application intelligente de ce traitement, si habilement conseillé par nos pères dans l'art, et le plus souvent si facilement accepté par les malades : c'est nommer le mariage. Que dirons-nous de tous ces traitements pharmaceutiques, de tous ces prétendus antispasmodiques ? Je ne les crois utiles le plus souvent qu'à faire perdre un temps précieux. Tous les médecins sont d'accord aujourd'hui que c'est à la constitution générale qu'il faut s'attaquer, que c'est elle qu'il faut profondément modifier, et l'hygiène surtout nous en fournit les éléments ; l'état chlorotique ne sera pas méconnu, il fournit des indications qu'on devra s'efforcer de remplir.

2° *Traitement de l'accès.* Je n'ai pas grand'chose à en dire ; les soins en première ligne, et puis tous les médicaments dits antispasmodiques, pourront trouver ici une application utile. Que la vue d'une forte attaque d'hystérie, cet état turgide du cou, l'oppression qui menace la malade d'asphyxie, l'aspect vultueux de la face, cette apparence de pléthore et de force momentanée, ne vous en imposent pas. N'allez pas pratiquer une saignée ; le plus souvent, le danger n'existe pas en réalité, la saignée ne modifiera l'accès que peu ou pas, et la malade aura plus tard vivement à se repentir de cette perte de sang. Le plus ordinairement, en effet, cette femme est chlorotique ; il fallait pour la guérir lui enrichir le sang, et vous le lui enlevez. Il est, je le sais, des exceptions : la sagacité du médecin saura les discerner.

3° *Traitement de la maladie.* C'est encore ici que les traitements les plus variés, que la polypharmacie, se sont donné rendez-vous. Mais a-t-on guéri ? Sans doute quelquefois, lorsque la maladie est au début, et dans cette forme que nous avons appelée la forme simple, l'hystérie est très-curable. Mais ici, encore une fois, comme pour l'état nerveux, c'est à l'hygiène surtout qu'il faut s'adresser ;

et très-souvent elle guérira, avec ou malgré les doses énormes d'opium et d'éther, ce qui concilie les vaillants champions de ces deux thèses opposées. Mais, si la maladie est arrivée au degré le plus grand, à l'hystéro-épilepsie; oh! alors la guérison sera l'exception, et il ne restera guère pour ressources dernières que celles, hélas! si douteuses dont nous avons parlé en traitant la thérapeutique de l'épilepsie.

Maintenant, un dernier mot. Si j'ai réussi à montrer la filiation de l'hystérie et de l'épilepsie, s'il ressort clairement que l'état nerveux amène l'hystérie, et celle-ci l'épilepsie, le médecin ne sera plus pardonnable de négliger dans leur début des affections qui ont une marche si funeste; il ne sera plus excusable de prononcer dédaigneusement le nom de *vapeurs*, et de laisser marcher vers l'incurabilité, et une existence pire mille fois que la mort, des malheureuses qu'il eût souvent été en son pouvoir de sauver!

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De la composition de la pesanteur avec une force de projection ; application à la marche et au saut.

Chimie. — Des caractères distinctifs du cuivre.

Pharmacie. — De la nature des différents principes mucilagineux contenus dans les plantes. Par quels procédés prépare-t-on les mucilages ? Des végétaux qui les fournissent le plus habituellement. Comparer entre eux les mucilages les plus employés.

Histoire naturelle. — De la structure de l'épiderme dans les végétaux ; la comparer avec celle de l'épiderme dans les animaux.

Anatomie. — Des substances qui entrent dans la composition du cerveau. Des rapports de quantité entre la substance grise et la substance blanche dans la texture des circonvolutions cérébrales.

Physiologie. — Le mouvement du sang offre-t-il la même rapidité dans les différents points de son cours ?

Pathologie interne. — Des principales altérations physiques et chimiques de l'urine.

Pathologie externe. — De la pustule maligne et du charbon.

Pathologie générale. — Du rôle joué par les altérations du sang dans la production des maladies.

Anatomie pathologique. — Des rétrécissements des orifices du cœur, et de leur effet.

Accouchements. — De la grossesse multiple.

Thérapeutique. — De l'influence de l'aimant sur l'homme malade.

Médecine opératoire. — Du pansement des plaies.

Médecine légale. — Des hermaphrodismes, sous le point de vue de la médecine légale.

Hygiène. — Des premiers soins que réclame l'enfant nouveau-né.

Vu, bon à imprimer.

BOUILLAUD, Président.

Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de la Seine,

CAYX.

Paris, le 26 juin 1851.