
DE LA FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL
HYSTÉRIQUE (PSEUDO-NARCOLEPSIE HYSTÉRIQUE),

Par le Dr PARMENTIER,
Ancien interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux.

I

Au mois d'octobre dernier se présentait à la consultation de la Salpêtrière un malade se disant atteint de « maladie du sommeil » et, de fait, il ne tardait pas à s'endormir, sous nos yeux, d'un sommeil calme et tranquille en apparence; à peine était-il éveillé, qu'il s'endormait de nouveau. Il s'agissait, en réalité, d'un dormeur hystérique méritant d'être examiné de plus près. C'est son observation, rapprochée de quelques autres analogues, que nous allons exposer, désirant appeler l'attention sur une forme peu fréquente de sommeil hystérique et capable d'entraîner un diagnostic erroné.

Les observations qui ont fait le sujet des leçons de M. le professeur Charcot (1) ou qui sont contenues dans les ouvrages de MM. Bourneville et Regnard (2), de M. P. Richer (3), ainsi que dans les mémoires de M. Pitres (4), se rapportent soit à des cas exceptionnels, à des attaques de sommeil prolongé pendant des semaines, des mois et années, soit à de petits cas dont la durée ne dépasse pas trois, quatre, huit et douze jours. « Ces derniers sont infiniment moins rares, dit notre éminent

(1) Leçons recueillies par Millioti. — *Lezioni cliniche dell. anno scolastico, 1883-1884, sulle malattie dell. sistema nervoso.* Milan, 1885.

Leçon in *Bulletin médical*, 12 février 1888.

Leçons du mardi, 13 novembre 1888 et 5 février 1889.

(2) *Iconographie de la Salpêtrière (1877-1880)*, 3^e volume.

(3) *Étude descriptive de la grande attaque hystérique ou hystéro-épileptique et de ses principales variétés.* Th. Paris, 1879. — *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie*, 2^e édit., 1885.

(4) *Des zones hystérogènes et hypnogènes; des attaques de sommeil.* Bordeaux, 1885.

maître; c'est ainsi que dans le service, nous n'avons pas observé moins de cinq cas de cette catégorie dans le courant de ces deux dernières années. » A côté de la grande forme léthargique et de la forme commune dont nous venons de parler, il en existe une autre qui simule la maladie du sommeil et mérite d'être caractérisée du nom de forme narcoleptique. Elle est assez rare pour qu'il y a peu d'années encore, notre ami, Gilles de la Tourette (1), ait pu dire de la narcolepsie que « le sommeil n'est plus accompagné ou suivi d'attaques convulsives ou d'autres accidents hystériques ».

Qu'est-ce donc que la narcolepsie ?

Elle consiste dans un besoin de dormir subit, irrésistible, ordinairement de courte durée, se reproduisant à des intervalles plus ou moins rapprochés et assez impérieux d'ordinaire pour que le malade succombe, presque fatalement, dès que ce besoin se fait sentir. Bien que le sommeil puisse survenir spontanément, son apparition peut être provoquée par des influences diverses. Nous citerons à ce propos quelques fragments d'une intéressante observation de M. Gelineau, qui, mieux que toute autre description, permettront de comprendre ce qu'on entend par narcolepsie. « Ce n'est que depuis deux ans que le malade a ressenti, lorsqu'il riait aux éclats ou qu'il voyait une bonne opération à faire dans son métier (revendeur de barriques), une faiblesse soudaine dans ses jambes, qui se dérobaient sous lui. Plus tard, en jouant aux cartes, s'il se voyait un beau jeu, il était tout saisi et ne pouvait remuer les bras; sa tête se penchait, il dormait; une minute après il se réveillait. Bientôt, la moindre émotion, la vue seule de ses futailles

(1) *Des attaques de sommeil hystérique*, in *Arch. de neurologie*, n^{os} 43, 44, 1888:

Consulter également, au point de vue de l'étude du sommeil hystérique :

Debove. *De l'apoplexie hystérique*. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, août 1886, p. 370; et *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg.*, 20 août 1886, p. 154.

Achard. *De l'apoplexie hystérique*. Th. Paris, 1887.

suffirent pour amener le sommeil, et, depuis, ce besoin impérieux de dormir l'incommode à chaque instant. Mange-t-il, son repas est interrompu quatre ou cinq fois par l'envie de se reposer; ses paupières s'abaissent, ses mains laissent tomber sa fourchette, son couteau ou son verre; la phrase qu'il avait commencée à voix haute, il la finit avec peine, en balbutiant et à voix basse; sa tête se penche, il dort. C'est en vain qu'étant assis, pour écarter cette sensation, il se frotte les yeux; sa main retombe inerte, il est vaincu, se courbe et sommeille. Est-il debout et dans la rue, quand ce besoin le prend, il vacille, trébuche comme un homme ivre, entend les gens l'accuser d'avoir bu et se rallier de lui; il ne peut leur répondre; leurs moqueries l'accablent encore plus et il s'affaisse en se garant instinctivement, par un dernier effort, des voitures ou des chevaux qui passent. S'il a une émotion profonde, pénible ou joyeuse, le besoin de dormir est encore plus impérieux et soudain...

« Pendant son sommeil, son pouls, qui est de 66 à 68 à l'état ordinaire, descend immédiatement à 58 ou 60. Ses pupilles, très contractées à l'état de veille, le sont un peu moins quand il dort. Elles se contractent à nouveau quand on les soulève et qu'on en approche la lumière. Les accès durent de une à cinq minutes.

« Rien, du reste, ne révèle chez lui un état maladif; ses traits sont calmes, reposés, il mange bien; son sommeil de la nuit est excellent, il ne se réveille qu'une fois.....

« Jamais, pendant son sommeil morbide, il n'a laissé échapper d'urine ou de matières fécales.....

« Sa mémoire n'est pas affaiblie le moins du monde, il se rend compte de l'état de ses affaires et s'en occupe avec activité, mais en se faisant accompagner, ne pouvant sortir seul sans danger..... »

Telle est la maladie du sommeil à laquelle M. Gelineau a donné le nom de narcolepsie et dont MM. Camuset, Phipson, Ballet et Landouzy ont publié quelques exemples. Voici maintenant nos observations.

II

L'histoire clinique qui va suivre est celle d'un dégénéré au premier chef, d'un dégénéré atteint d'*infantilisme*, de *chlorose* et d'*hystérie*.

Infantilisme et chlorose ! Corrélation d'autant plus digne de remarque qu'il ne s'agit plus seulement ici de malformations congénitales du système artériel (Virchow), mais d'un vice profond de l'organisme tout entier. Et cette chlorose constitutionnelle est une chlorose héréditaire. S'il est, en effet, une maladie des parents qui puisse avoir quelque influence sur le développement de la chlorose, c'est bien la phthisie. M. Hanot ne manque jamais d'insister sur ce rapport dont l'exactitude est chaque jour démontrée par les faits ; nous rappelons d'autant plus volontiers l'opinion de notre excellent maître sur ce sujet, que M. Jolly (1) semble ne pas la connaître, bien qu'il ait recueilli plusieurs observations du même genre dans son propre service.

Fils d'une mère morte phthisique, notre malade a pour grand-père maternel un alcoolique invétéré de caractère violent. Il était donc voué, sinon à l'hystérie, du moins à quelque manifestation nerveuse. Il ne tarda pas, du reste, à ressentir les premiers effets de la grande névrose. A deux reprises, dès son jeune âge, il fut frappé de paraplégie momentanée, sans aucun doute hystérique ; plus tard, il eut des crises convulsives, des attaques de sommeil dont nous aurons à étudier les diverses particularités. Avant de les décrire, nous avons cru bon de rappeler la part qui revenait aux différents facteurs dans la genèse de la maladie constitutionnelle et névropathique.

Obs. I. — *Infantilisme, chlorose, hystérie. — Attaques de sommeil hystérique de forme narcoleptique, polyurie.*

Louis Demeu..., 26 ans, entré salle Bouvier, lit n° 1, service de M. le professeur Charcot.

Antécédents héréditaires. — Son père, aujourd'hui âgé de 66 ans,

(1) Jolly, Th. Paris, 1890.

est un ancien aiguilleur au chemin de fer de l'Ouest où il est resté pendant trente-quatre ans avec d'excellentes notes. C'est assez dire qu'il n'avait pas d'habitudes d'intempérance. Sa santé est bonne. Son grand-père maternel s'adonnait à la boisson et avait un caractère violent. Sa mère est morte à l'âge de 39 ans de phtisie pulmonaire. Des six enfants que comptait la famille, le second est mort peu de temps après la naissance. Le premier, âgé de 36 ans, est vigoureux, de taille moyenne ; c'est un alcoolique qui boit de préférence de l'absinthe. Le troisième est Louis, notre malade. Le quatrième vient de quitter le 22^e dragons où il était maréchal des logis : il est sobre et paraît être le mieux partagé de tous au point de vue physique et psychique. Après lui vient encore un jeune homme de 22 ans, qui a eu la fièvre typhoïde à 10 ans : il est absinthique, masturbateur, a des idées de suicide et des attaques d'hystéro-épilepsie. Enfin sa sœur, âgée de 20 ans, a déjà présenté depuis deux ans quelques crises d'hystérie.

Antécédents personnels. — Le malade ne peut fournir aucun renseignement sur sa première enfance. Il se rappelle avoir été soigné à l'âge de 9 ans à l'Enfant-Jésus pour des douleurs et une paralysie des membres inférieurs.

Il entra en apprentissage et devint brocheur. A l'âge de 13 ans, il traînait une voiture à bras lorsque subitement il se trouva dans l'impossibilité de faire un pas et bientôt de se tenir debout. Fort heureusement le fils de son patron vint à passer, le mit dans la voiture et le conduisit ainsi chez son père et de là à l'hôpital. Traitement : enveloppement ouaté des jambes. Guérison.

Un matin, en 1882, il avait été chargé de distribuer des brochures dans plusieurs maisons et d'attendre son patron, vers onze heures, quai des Grands Augustins, lorsqu'arrivé au rendez-vous il s'assit sur les brancards de la voiture et s'endormit. Vers une heure de l'après-midi, il se réveilla étendu sur un matelas au poste de police. On lui raconta qu'il avait été trouvé endormi par son patron et que, dès qu'on avait essayé de le réveiller, il avait commencé à se débattre violemment ; qu'il avait été alors conduit au poste par le patron, aidé des agents dont il avait déchiré les vêtements. De retour à l'atelier il fut pris d'une nouvelle crise de sommeil entremêlée d'accès convulsifs et délirants.

Peu de temps après il se fit peintre-doreur sur métaux, travaillant sous la surveillance de son frère aîné. Ses négligences, ses retards, ses attaques de sommeil lui attiraient à chaque instant des reproches

FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE. 533

et des amendes. Il devint alors garde-malade, métier qu'il exerce depuis 1886.

Il y a un an, en passant vers onze heures place des Invalides, il vit un terre-neuve renverser un jeune enfant et se précipiter sur lui. Dès qu'il sentit les pattes du chien qu'il croyait enragé, peser sur ses épaules, il tomba à la renverse sans connaissance et se débattit. Il se retrouva assis sur un banc, entouré de personnes que l'incident avait ameutées. On le rassura en lui affirmant que le chien avait voulu jouer, on le fit marcher un peu; mais très fatigué, il s'endormit de nouveau. Lorsqu'il rentra chez lui, il était plus d'une heure.

Depuis cette époque, les attaques de sommeil augmentèrent de fréquence et de durée; depuis trois mois elles reviennent plusieurs fois par jour et ne lui permettent plus de travailler. Il a ainsi mangé toutes ses économies.

État actuel. — Louis Dem... est de petite taille, imberbe; on lui donnerait 15 ans bien qu'il en ait 26. Sa face est pâle, à peine rosée; c'est un chlorotique mâle.

Son corps est grêle; ses oreilles sont mal ourlées, les seins très développés. Son bassin large appartient au type féminin; ses cuisses ont une forme arrondie. Il n'existe qu'une seule fossette lombaire comme chez la femme. Louis porte un bandage inguinal double; des deux hernies qu'il présente l'une est congénitale, l'autre a apparu vers 14 ans. Le pubis est peu garni de poils; le pénis n'est pas plus développé que celui d'un enfant de 9 ans; les testicules ont la grosseur d'une bille. Le conseil de revision le réforma pour atrophie congénitale des testicules. Enfant, il n'a jamais aimé les jeux bruyants; d'un naturel calme, timide, il lisait volontiers. Il n'a pour les femmes ni penchant ni aversion: c'est un être neutre avant tout.

Stigmates hystériques. — Il présente une hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche. Le contact et le chaud sont à peine perçus; la piqure ne détermine pas de douleur, le froid n'est pas senti. Les différentes odeurs, camphre, chloroforme, sulfure de carbone, sont peu ou pas perçus. Le goût est presque totalement aboli. Anesthésie pharyngienne.

Points hystérogènes: 1° temporo-maxillaire des deux côtés; 2° costal inférieur à gauche (8-10° espace) et flanc gauche; 3° testiculaire gauche; 4° iliaque des deux côtés.

Rétrécissement du champ visuel gauche à 60°. Micromégalopsie.

Comment il s'endort la nuit. — Presque chaque soir vers huit

heures, il ressent une douleur assez vive au niveau des derniers espaces intercostaux et du flanc du côté gauche, qu'il cherche à calmer en frictionnant la région sensible après s'être étendu sur un lit. Puis, il est pris de battements dans la tête et s'endort. Il ne rêve pas ou mieux il ne croit pas rêver. Ses voisins de lit assurent qu'il parle tout le temps : « Vous êtes un infâme ! retirez-vous... Vous n'êtes pas digne de porter le brassard..... aux armes, etc. »

Comment il se réveille le matin. — Il s'éveille rarement seul ; il lui est arrivé de rester couché jusque vers quatre heures de l'après-midi ou jusqu'au soir. Quand il a besoin de se lever de bonne heure, il affiche dans le couloir qui mène à sa chambre un papier invitant les personnes qui passent à le réveiller à l'heure indiquée, à frapper à sa porte, à entrer chez lui. Chaque soir en se mettant au lit il s'attache une corde au bras, corde qui traverse la porte et va tomber dans le couloir. Il est ainsi facile de l'avertir.

Somnambulisme nocturne. — Au réveil il n'a aucun souvenir des actes qu'il a accomplis durant son sommeil. Une première fois il s'est réveillé en chemin au premier étage (il habite le sixième étage) il venait de heurter la rampe d'escalier.

Une autre fois il a été réveillé par un locataire. Il lui est arrivé de descendre dans la loge du concierge, de s'asseoir et de remonter ensuite chez lui sans s'éveiller ; la concierge, qui l'avait trouvé « pâle comme un mort », lui aurait demandé ce qu'il faisait là et l'aurait invité à regagner sa chambre.

Le matin, il trouve son linge rangé, ses chaussures cirées, ses vêtements brossés. Il exécute même des actes qui exigent une certaine adresse ou une certaine lucidité d'esprit : il fait du brochage, exécute des calculs, etc.

Ces accès de somnambulisme se produisent généralement quand il se couche avec la préoccupation de la besogne du lendemain. « C'est rare quand je ne la fais pas la nuit. »

Au réveil, le matin, il est fatigué, il a mal à la tête, n'a pas d'appétit, éprouve le besoin de dormir. Quand il a fait la nuit quelque calcul, il ne peut en faire d'autre le lendemain, tant il est mal en train.

Attaques de sommeil. — Il s'endort partout et à n'importe quel moment de la journée, quelle que soit son occupation. Il s'endort en se promenant, en mangeant, en jouant, surtout lorsqu'il est assis. Qu'il écrive ou qu'il lise, il s'endort. Il ne peut regarder un objet brillant ou fixer un objet quelconque sans être pris de sommeil.

Aura. — La tête devient lourde; il se met à bâiller, sent des battements dans les tempes, des bourdonnements dans les oreilles, puis entend sonner un timbre ou résonner un tambour. Quelquefois les bourdonnements font défaut; alors les paupières battent, quoi qu'il fasse pour les arrêter. Sa face, d'ordinaire blanche et pâle, prend une teinte légèrement rosée. Les paupières s'abaissent et vibrent. Le front se plisse, les sourcils se contractent, la fossette du menton se creuse, la physionomie prend une expression chagrine; il porte la main au front et semble souffrir de la tête. Puis la tête tombe en avant: il est endormi.

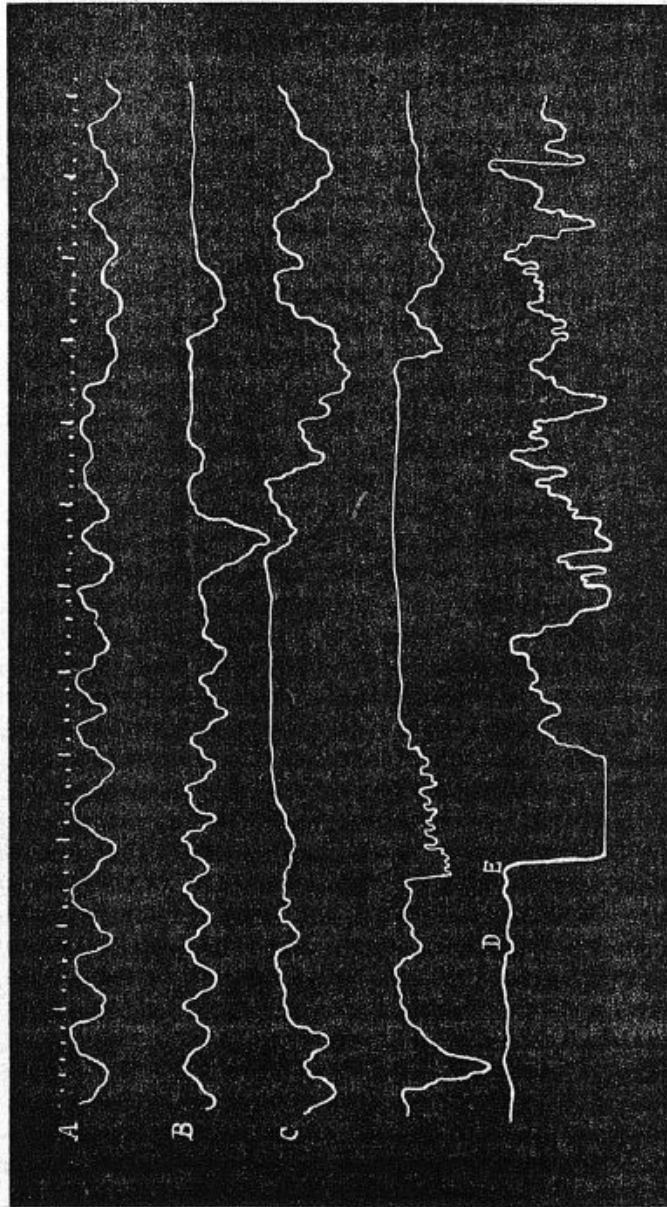
Il reste dans cet état un temps plus ou moins long, d'ordinaire immobile; souvent il a soin de prendre un point d'appui, de s'arc-bouter de façon à ne pas tomber pendant le sommeil, chute qu'il n'évite pas toujours.

Les membres ne sont ni souples ni rigides: ils ne gardent pas la position qu'on leur donne ou s'ils la conservent un instant c'est pour retomber bientôt. Dès qu'on cherche à les mobiliser, ils ont une tendance très accusée à se raidir et à entrer dans une rigidité complète: alors le corps dessine quelquefois l'arc de cercle. En malaxant les masses musculaires du bras on peut le mettre dans un état cataleptiforme pendant quelques minutes.

Des tracés ont été obtenus, le membre supérieur étant placé par ce procédé dans un état de rigidité complète. La ligne d'inscription est régulière sur une certaine étendue, puis devient légèrement tremblée. Or, à ce moment, le corps était agité d'un frémissement à peine perceptible et la physionomie prenait un air de souffrance. Il faut sans doute voir dans ces indications l'expression d'un délire intérieur triste ou d'une hallucination pénible.

La tête, entraînée par son propre poids, tombe d'ordinaire sur la poitrine; les paupières closes sont animées de vibrations rapides, presque imperceptibles; on n'arrive à les ouvrir qu'avec la plus grande difficulté et fort imparfaitement. Les globes oculaires convulsés en haut décrivent un léger mouvement de rotation ou un nystagmus incomplet; les pupilles sont moyennement dilatées. La bouche est fermée, les dents sont serrées.

La respiration, qui était superficielle et fréquente pendant la phase préparatoire, est irrégulière au suprême degré. Après de longues pauses de vingt à trente secondes, survient une respiration saccadée se fixant en deux ou trois temps et davantage; puis l'aspiration apparaît aussi irrégulière qu'elle, rendant inutile toute description:



Tracé de la respiration : A, normale.
 B, avant le sommeil hyst. spontané (resp. plus précipitée et moins profonde).
 C, pendant le sommeil hyst. spontané (arrêts respiratoires, inspirations profondes, resp. saccadée).
 D, pendant et après la compression d'une zone hystéro-gène, le sujet dormant d'un sommeil hystérique. (E, sujet en arc de cercle, mouvements respiratoires désordonnés.)

FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE. 537

c'est la variété dans l'irrégularité, comme on peut en juger d'après les tracés ci-joints.

Le pouls, qui ne dépasse guère 60° à l'état normal, se précipite un peu, atteint 70°,75 et présente aussi de légères irrégularités.

Parfois le malade semble poursuivre un rêve, voir un tableau et se met à parler. Il décrit ce qu'il voit ou converse avec des amis; souvent il s'agit dans ses discours d'ambulances, de postes de secours, de blessés qu'il a secourus: on sait qu'il est infirmier. Quelquefois en dormant il se raidit et un peu d'écume lui vient à la bouche.

La sensibilité cutanée est très obtuse. Une excitation un peu forte le fait entrer en rigidité complète. Il en est de même, à plus forte raison, lorsqu'on presse un des points hystérogènes. Les sourcils se contractent, le front se plisse, la physionomie prend une expression de souffrance; il prend sa tête entre les mains, il gémit, se raidit (v. tracé n° 2) et décrit un arc de cercle, en même temps les mâchoires se serrent violemment et sur les lèvres apparaît un peu d'écumé.

Les mêmes phénomènes se reproduisent parfois sous l'influence d'un bruit violent, de l'application devant les yeux d'un verre de couleur. On peut changer à volonté les images, les tableaux qu'il voit dans son rêve soit en lui parlant, soit en excitant le sens de la vue ou de l'ouïe.

Ouïe. — Il répond à l'appel de son nom, indique sa profession, se lève et marche si on lui en donne l'ordre, donne des renseignements sur les personnes qu'il fréquente. Il parle de son ami Corv..., demeurant 128, rue Montmartre. Il voit un incendie, l'arrivée de la pompe, le sauvetage qu'on organise, etc; on le fait assister à un enterrement, il est à l'église, dépeint les décorations, les illuminations, etc. Il entend l'heure de la ville si l'on percute un aimant et le bourdon de Notre-Dame si l'on frappe sur un gong. Il s'agit de l'enterrement d'un de ses clients, de Jules Baro..., nègre qu'on va enterrer dans le caveau de ses maîtres, ancien syphilitique qu'il a soigné pendant plus de six mois. En jouant sur la table une marche militaire, il entend le tambour, voit défiler le régiment caserné à la Pépinière, etc. Si on lui commande d'ouvrir les yeux, de se réveiller, il n'y parvient pas malgré tous ses efforts; il pleure, se frotte la tête inutilement.

Odorat. — Peu sensible aux odeurs, il reconnaît l'odeur du chloroforme, il croit aider le chirurgien qui opère, etc. Le camphre lui rappelle les pansements.

Vue. — Verre rouge. C'est un incendie ou du sang, un blessé. Il voit les pompiers qui arrivent. Le feu est à Saint-Ouen...

Verre bleu. Il se croit dans un jardin à la tombée du jour ; il est temps de rentrer.

Verre jaune. Il parle de jardin, d'arbres, d'oiseaux.

Réveil après une attaque de sommeil spontanée. On le réveille en le secouant violemment, c'est le moyen le plus rapide, ou en lui soufflant sur les yeux. La face se colore, les sourcils se contractent de nouveau ; il porte les mains à la tête et sort du sommeil généralement fatigué. La durée de chaque attaque de sommeil est fort variable ; elle varie d'un quart d'heure, d'une demi-heure, à deux ou trois heures et davantage. On l'abrège pour ainsi dire à volonté.

Attaques de sommeil provoquées par la fixation d'un objet quelconque, la pression d'un point hystérogène (région temporale, flanc gauche, testicule gauche). A la pression de la région temporale des deux côtés, le malade manifeste une sensation douloureuse : « Oh ! oh ! cela me fait mal ! » Puis, il se renverse en arrière, faisant l'arc de cercle ; les membres sont dans l'extension, légèrement raidis, les avant-bras en pronation, les mains fermées. Enfin, il reste assis, calme, les yeux fermés, les sourcils froncés, soutenant le front avec la main droite.

La légère raideur des membres augmente par la malaxation des muscles ; pas d'hyperexcitabilité neuro-musculaire ; pincement de la peau, souffle, frictions sur le ventre, sans effet. Pas de ronflement.

Froncement des sourcils, serrement des mâchoires, vibrations des paupières, convulsion des globes oculaires qui sont animés d'un léger mouvement circulaire. Les paupières fermées, légèrement contracturées, résistent lorsqu'on cherche à les ouvrir.

Respiration irrégulière, saccadée, avec arrêts plus ou moins longs.

Au bout de quelques minutes, le malade parle à voix basse :

« Ah ! oui, ah ! non — ce n'est pas étymologique. — Vous savez, s'il pleut, je n'irai pas. — A quelle heure prends-tu le train ?... — J'irai avec ma pirogue, les autres partiront avec les sous-brigadiers... — Adieu... — C'est terrible, pourvu qu'on n'ait pas des accidents à redouter... — Ce commissaire de police, avec sa garde de Paris, nous embête... — Il vaudrait mieux la faire partager en trois pelotons... — Heureusement que j'avais mon sac ! — Mais il a la mâchoire fracassée !... C'est M... de la Société des « sauveteurs qui m'a aidé. »

On frappe sur le gong.

FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE. 539

« Ah ! je l'avais dit, encore des accidents !... — Sous-brigadier, formez la brigade... Entendez-vous, il y a un malheur ! — Montez sur l'Hôtel de Ville ; faites des signaux avec les fanions... »

« Avez-vous une jumelle ?... Je vais voir où en est la brigade de Legrand..... Dépêchez-vous !... »

Bruit métallique avec un aimant.

« Ah ! Voilà les secours ! — N'épargnez rien ; sachez si vous êtes en danger, vous rappeler votre devise : Vaincre ou mourir, sauver ou périr. »

On essaye de remuer la tête, les membres ; aussitôt ils se raidissent.

Quand on presse la région temporale, le malade se renverse en arrière, les membres raidis, un peu d'écume aux lèvres. Puis il redevient calme, les membres plus souples.

En soufflant plusieurs fois sur les yeux du malade, on parvient à le réveiller.

Il se frotte les yeux, essue les larmes et remarque qu'il est en sueur.

On lui demande s'il a vu l'Hôtel de Ville, des fanions, etc. Il n'a aucun souvenir des images, des tableaux qu'il a décrits, des paroles qu'il a prononcées.

Il raconte qu'il a assisté aux anniversaires du Bourget, etc., en qualité de membre de la Société des sauveteurs bretons.

En résumé, les diverses excitations sensorielles que nous avons déterminées n'ont fait que provoquer des suggestions absolument indépendantes de notre volonté. Elles modifient le délire, elles ne le créent pas ; et le délire variable avec les hallucinations provoquées a toujours pour base un spectacle auquel le malade a assisté, un acte qu'il a commis, une conversation qu'il a tenue, un souvenir, en un mot. Nous n'insistons pas davantage sur ce sujet, ne voulant pas déflorer le travail de notre excellent ami, Georges Guinon, qui doit publier prochainement ses recherches sur l'influence des impressions sensibles et sensorielles dans le délire de la troisième période de l'attaque.

Nous avons étudié en détail les caractères des attaques de sommeil spontané et provoqué, des accès de somnambulisme nocturne et signalé les différents stigmates hystériques que présente notre malade.

Il est chlorotique, avons-nous dit ; la pâleur du visage, la décoloration des muqueuses, ce frémissement de la veine jugulaire droite, le léger souffle à l'orifice de l'artère pulmonaire, ne permettent pas d'en douter.

Il n'a guère d'appétit, et boit de l'eau de préférence au vin. S'il prend du vin, il se sent mal à l'aise et résiste plus difficilement au besoin de dormir, au sens hystérique du mot.

Il est, de plus, *polyurique* et urine en moyenne 6 litres chaque jour. Voici la quantité d'urine émise chaque jour pendant un mois :

Date	lit.	Date	lit.
Janvier 1.....	6.250	Janvier 16....	7.250
— 2.....	6.125	— 17.....	7 »
— 3.....	5.500	— 18.....	6.250
— 4.....	6.250	— 19.....	6.000
— 5.....	7. »	— 20.....	5.750
— 6.....	7. »	— 21.....	5.250
— 7.....	6.750	— 22.....	6 »
— 8.....	4.750	— 23.....	5 »
— 9.....	5.250	— 24.....	4.750
— 10.....	4.125	— 25.....	5.250
— 11.....	6 »	— 26.....	5.750
— 12.....	6.250	— 27.....	6.750
— 13.....	5.500	— 28.....	4 »
— 14.....	7 »	— 29.....	5.125
— 15.....	5.750	— 30.....	5 »
		— 31.....	5.250

Depuis plusieurs mois la polyurie n'a pas varié.

Depuis que les notes précédentes ont été rédigées, c'est-à-dire depuis plus de huit mois, l'état du malade ne s'est pas modifié.

Nous avons remarqué que lorsqu'il buvait du vin ou lorsqu'il était contrarié, il s'endormait subitement sur sa chaise, sur un banc et qu'il ne se réveillait plus en lui soufflant sur les yeux. Il devient raide, tombe sur le parquet, écume (période épileptoïde), puis fait l'arc de cercle (période de clownisme) et se met à délirer pendant un temps plus ou moins long et redevient calme. On peut alors, par le même moyen, c'est-à-dire en soufflant sur ses yeux, le faire sortir de son sommeil. A la fin de ces crises il est toujours abattu et souffre de la tête.

Il serait trop long de raconter toutes les mésaventures qui lui sont arrivées dans ses promenades à travers Paris. Il ne sort pas de la Salpêtrière sans s'endormir à plusieurs reprises sur la voie publique. La moindre émotion, une lumière vive, le plongent subitement dans le sommeil. C'est ainsi qu'il s'est endormi tout d'un coup place du

FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE. 541
Théâtre Français en voyant un omnibus se diriger vers lui. Les roues de la voiture le rasèrent de si près qu'il poussa un cri et après quelques pas s'arrêta net.

En traversant la place de l'Opéra, il s'est endormi subitement sous l'impression de la vive clarté jetée par un bec électrique qui venait de s'allumer. Il resta immobile sur place, comme dans le cas précédent, jusqu'au moment où des agents vinrent le réveiller. Il a déjà été victime de tant d'incidents qu'il ne quitte plus l'hôpital sans emporter un certificat attestant qu'il est malade, il attache du reste à l'intérieur de son pardessus une petite pancarte avisant les personnes qui le trouveraient endormi de vouloir bien le réveiller en soufflant sur ses yeux. Cette mesure de précaution lui a déjà rendu de grands services.

« Les assoupissements » de l'hystérie dont J. Moreau rapporte l'observation dans son livre de la « Folie névropathique » n'étaient vraisemblablement que des attaques de sommeil de forme narcoleptique. C'est sans doute aussi de ce phénomène qu'il est question dans les lignes suivantes écrites par sœur Jeanne des Anges (1) : « Peu de temps après, j'entrais dans un grand assoupissement avec de grandes inquiétudes; je sentois à toute heure comme si un animal eût couru dans mon lit et m'eust touchée en diverses parties du corps. Cela dura près d'une heure, sans que je pusse me retirer de cet assoupissement ».

L'observation la plus intéressante, sans contredit, est celle qui a été recueillie par notre ancien collègue et ami, H. Legend, dans le service de M. le professeur Dieulafoy. Ce cas fort bien analysé est surtout curieux par la très courte durée de l'attaque qui varie de vingt secondes à une ou deux minutes et par sa répétition extrêmement fréquente (17 à 21 attaques par heure, près de 200 par jour).

(1) Legué et Gilles de la Tourette. — Sœur Jeanne des Anges, *autobiographie d'une hystérique possédée (xvii^e siècle)*; préface de M. Charcot, Paris 1886.

Obs. II. — *Un cas de narcolepsie* (H. Legrand) (1).

Gustave B..., âgé de 16 ans, garçon marchand de vins, se présente le 15 juillet 1886, à la consultation de M. Dieulafoy, à l'hôpital Saint-Antoine. Il est conduit par sa mère et se plaint de « tomber de sommeil » à chaque instant depuis quelques jours. Il a toutes les apparences d'une santé excellente, l'air assez intelligent; il répond aux interrogations avec netteté et sans aucun trouble de la parole; mais tandis qu'on procède à un examen sommaire, il s'endort en effet plusieurs fois, debout, pendant quelques secondes. Il est admis à l'hôpital et occupe le lit n° 3, salle Bichat.

Les antécédents héréditaires ont été établis d'après les détails fournis par la mère. Le grand-père paternel était, paraît-il, asthmatique, le père est mort à 31 ans, diabétique, arrivé à un degré d'émaciation extrême; il n'était pas alcoolique. Pas d'épilepsie dans la famille.

Du côté de la mère, rien de spécial à noter; elle n'est pas nerveuse. Le malade a une sœur âgée de 17 ans qui, d'après les renseignements est nettement hystérique bien qu'elle ne présente pas une des grandes formes de la névrose; elle se plaint souvent d'étouffements, de sensations de boule œsophagienne; au couvent elle se faisait remarquer par son humeur bizarre.

Antécédents personnels. — La santé de B..., a toujours été excellente.

Il a été élevé aux environs de Saint-Cyr; n'a jamais eu de convulsions, de rhumatisme, de chorée; il n'y a pas trace chez lui d'impaludisme, ni de syphilis héréditaire ou acquise.

Depuis l'âge de 7 ou 8 ans jusqu'à cette année, il a toujours eu un tic, limité à la tête et au cou, et consistant en un mouvement brusque par lequel il relevait à chaque instant la tête en la tournant à droite en même temps que la bouche esquissait une légère grimace dans la même direction. Le tic n'a cessé, nous a dit la mère, que ces derniers temps, à l'époque où ont commencé les attaques de sommeil.

Il n'avait éprouvé ou manifesté aucun autre phénomène nerveux, son caractère est habituellement assez triste.

(1) H. Legrand. Communication à la Société clinique de Paris. *France médicale*, n° 4 et n° 5, 1888.

FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE. 543

Il a d'abord travaillé chez un imprimeur ; depuis deux ans il est garçon marchand de vin, profession fatigante ; il ne se couche qu'à deux heures du matin pour se relever à six ou sept. Il n'est pas alcoolique.

Il y'a un mois et demi, il a contracté la gale ; l'a gardée très peu de temps, limitée aux mains et aux avant-bras. A l'hôpital Saint-Louis où la maladie fut diagnostiquée, il subit par tout le corps le traitement classique, la frotte, le 25 juin. C'est le 28, trois jours après, que débutent brusquement les attaques de sommeil. Les premières attaques duraient de une à deux minutes ; elles étaient aussi fréquentes, mais plus longues que celles que nous avons observées.

Le réveil était plus pénible, s'accompagnait toujours d'effroi, et le malade ne reconnaissait les personnes qui l'entouraient qu'au bout de quelques secondes. Pendant huit jours on l'a constamment surveillé, les attaques revenaient à chaque instant. Il a d'abord été soigné par un médecin de la ville.

État du malade le 15 juillet et pendant son séjour à Saint-Antoine.

La description des attaques nous paraît devoir être rapportée avant toute autre chose, car elles sont le phénomène capital.

Tout à coup et sans aucun prodrome, sans aura d'aucune espèce, les yeux du malade se ferment, il incline la tête légèrement en deux ou trois saccades ; il dort. Ce sommeil dure vingt, quarante, soixante secondes, parfois davantage ; puis, subitement, la tête se relève, les yeux s'ouvrent un peu étonnés, mais le malade recouvre à l'instant toute sa puissance d'esprit et se remet à la conversation. Ordinairement pendant le sommeil, les yeux sont fermés ; plusieurs fois cependant, nous avons pu les observer entr'ouverts ; les pupilles sont alors plutôt contractées ; le globe de l'œil roule un peu en haut et en dedans ; l'œil est vague, sans regard, sans fixité. Le visage ne pâlit pas pendant les attaques et ne semble pas non plus congestionné.

Le réveil est spontané ; le malade ouvre les yeux, fait une inspiration peu profonde, se frotte les yeux et se remet à la conversation. On peut provoquer le réveil et hâter la fin du sommeil en frappant ou en touchant, même très légèrement, le malade. Il se réveille alors subitement, et dans ce cas sa physionomie exprime toujours un peu d'effroi et pâlit légèrement. Si l'on soulève un bras pendant le sommeil, il ne reste pas suspendu comme dans l'état de catalepsie, mais

retombe lourdement et le malade se réveille. La conscience est abolie pendant les attaques, le malade ne répond pas, ne perçoit pas, et ne se souvient pas au réveil.

Les attaques le surprennent à tout instant. S'il est assis, la tête s'incline simplement sur la poitrine ; s'il est debout, même l'in de tout appui, il reste en équilibre, oscillant un peu de côté et d'autre. S'il marche, il s'arrête tout à coup, la tête s'incline, il s'endort. Pendant le repas, nous l'avons vu tombant le nez dans son assiette ; la main portant la fourchette s'arrête et retombe, les mouvements de la mastication sont suspendus, la bouche est ouverte.

En conversation, à la fin d'une phrase ou bien au moment de parler à son tour, il s'endort ; mais je n'ai jamais observé l'attaque de sommeil coupant brusquement une phrase. Je liens de son patron le marchand de vin, qu'il lui est arrivé de s'endormir en servant les clients ; quand il se réveillait tout à coup, le litre qu'il tenait à la main était vide, ou bien il venait de rouler sur le comptoir.

Le nombre de ces attaques est considérable ; elles sont plus fréquentes dans l'après-midi et surtout après les repas. J'en ai compté 17 à 21 par heure : ce qui donne le chiffre de 200 et plus pour la journée. A plusieurs reprises, j'ai constaté 2, 3, 4 attaques par quart d'heure.

Les émotions, l'attention soutenue, la plupart des mouvements et des positions ne nous ont pas paru en augmenter la fréquence. Un seul moyen peut ramener l'attaque à volonté ; mais alors elle s'accompagne d'une brusque résolution musculaire et d'une chute subite en avant, fait que je n'ai retrouvé dans aucun des cas de narcolepsie publiés jusqu'à présent.

Il suffit au malade d'incliner la tête en avant, jusqu'à rendre le visage à peu près parallèle au plancher pour être aussitôt précipité violemment la face contre terre dans le cas de narcolepsie pendant trente à soixante secondes. J'ai plusieurs fois renouvelé l'expérience ; l'effet est d'autant plus brutal que le malade incline plus rapidement la tête. L'inclinaison de la tête en arrière ou de côté ne produit rien ; le malade reste dans le décubitus dorsal sans avoir des attaques plus fréquentes que d'habitude.

La nécessité de ne pas incliner la tête en avant sous peine de tomber en attaque lui a fait modifier les mouvements nécessités par divers actes journaliers. Ainsi pour monter dans son lit, au lieu de mettre le genou sur le matelas en étendant les bras en avant, il doit s'asseoir d'abord sur le bord du lit, se renverser ensuite sur l'oreiller et faire entrer enfin les jambes dans le lit.

FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE. 545

Veut-on lui faire ramasser un objet à terre ? S'il penche tout son corps en avant, l'effet ne manque jamais, il tombe lourdement sur le sol au risque de s'endommager le visage ; aussi se met-il prudemment à genoux près de l'objet qu'il veut saisir avec la main, mais en conservant la tête toute droite. C'est ainsi mais pour un tout autre motif, que procèdent, d'après la description de Pott, les malades atteints de mal vertébral.

Enfin, ces attaques provoquées ne durent pas plus que les autres le malade se relève vivement ; mais, dit-il, c'est fatigant.

La nuit, il dort bien, sans agitation, sans cauchemar, sans somnambulisme. Souvent le matin, au premier réveil, il est très fatigué, ses membres sont lourds ; il est beaucoup plus fatigué, dit-il, que lorsqu'il faisait des veillées prolongées ; presque toujours on était obligé de le secouer vivement pour l'éveiller.

Jamais il n'a uriné involontairement pendant le sommeil, soit normal, soit pathologique.

L'examen attentif du malade nous a fourni les constatations suivantes, outre les faits mentionnés ci-dessus :

L'intelligence est nette ; B... s'exprime bien, décrit avec assez de précision ce qu'il éprouve : le style et l'orthographe de ses lettres sont très corrects. Le patron chez lequel il travaille l'estime beaucoup et tient à le garder malgré sa maladie.

Son caractère est triste ; il est peu parleur, dit sa mère ; il n'a jamais d'emportements.

Pas de maux de tête. L'ouïe est normale, la vue excellente, le champ visuel ne nous a paru rétréci dans aucun sens lors du premier examen ; pas d'achromatopsie ; pupilles normales. Le pharynx est sensible, ses réflexes sont normaux. Le goût, exploré par l'application d'un peu de sel de cuisine et de sulfate de quinine sur la langue, nous a paru un peu affaibli à gauche. Jamais le malade n'a éprouvé d'étouffements ni de sensations de boule. Les testicules ne sont pas spécialement douloureux à la pression ; nulle part nous n'avons trouvé de zone hystérogène. Les réflexes tendineux du genou et du coude sont normaux.

L'examen de la sensibilité cutanée nous a montré un certain degré d'anesthésie limitée au côté gauche, au membre supérieur et dans la région pectorale. Les deux pointes sur la face antérieure du bras gauche ne sont perçues qu'avec un écartement d'au moins 6 centimètres. Du côté droit l'écartement minimum était de 3 centimètres.

L'auscultation du cœur a révélé lors du premier examen un souffle léger systolique, plus accentué vers la base et propagé dans les vaisseaux. Le pouls et le rythme cardiaque ne subissent à l'exploration aucune modification dans les attaques.

Les fonctions digestives sont excellentes.

Les urines rendues en quantité normale ont été examinées avec soin tous les jours pendant une quinzaine de jours; jamais elles n'ont renfermé traces d'albumine ni de sucre.

Traitement : 2 grammes de bromure de potassium et douches froides quotidiennes.

Jusqu'au 1^{er} avril nous n'avons pas constaté d'amélioration bien notable ; à cette époque, le malade, s'ennuyant à l'hôpital, est retourné chez lui, continuant son traitement.

Bientôt l'amélioration s'est produite ; les attaques de sommeil ont diminué progressivement de nombre ; à la fin d'août il n'en avait plus que quatre à six par jour. Dans les premiers jours de septembre il a pu reprendre son travail.

Nous avons revu le malade dans les premiers jours d'octobre ; les chutes en avant se produisaient toujours quand il s'inclinait mais elles ne s'accompagnaient plus de perte de connaissance absolue ; le malade n'avait plus qu'un étourdissement.

En novembre, décembre et janvier, les mêmes phénomènes persistent ; le malade prend toujours 2 gr. de bromure par jour, il a cessé l'usage des douches depuis le mois de février, car les attaques avaient tendance à reparaitre.

Le 23 février 1887. Depuis quelques jours il éprouve des nausées en prenant le bromure et demande à en suspendre l'emploi. Depuis le 1^{er} février, sous l'influence des douches qu'il a reprises son état s'est d'ailleurs notablement amélioré, sa mère a constaté l'heureuse influence du traitement. En effet, malgré son régime de vie très fatigant (coucher à 2 heures, lever à 7 heures du matin), les attaques du sommeil ne surviennent plus à tout instant comme autrefois. Le matin on est obligé de le secouer vigoureusement pour l'éveiller ; dans la journée il fait ponctuellement sa besogne, n'a pas de distraction ni d'absences.

Mais tous les soirs, à six ou sept heures, avant le repas qui n'a lieu qu'à 8 heures, pendant les intervalles du service et même pendant qu'il travaille, il s'endort subitement, parait-il, et malgré tous ses efforts, dans la position qu'il occupe au début de l'attaque, souvent restant debout et appuyé contre la muraille ou un meuble. Cette

FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE. 547

attaque de sommeil, qui n'est précédée d'aucun phénomène prémonitoire, dure une demi-heure environ.

Les jours de douches, il arrive souvent que l'attaque de sommeil n'a pas lieu, et dans la journée il se trouve mieux que d'habitude.

La nuit, il dort parfaitement ; son sommeil est moins lourd qu'autrefois, et bien que le réveil soit difficile, il éprouve rarement ensuite la lassitude extrême des premiers temps.

L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Le malade continuera l'usage des douches ; le bromure est supprimé.

Le 12 mars, les attaques de sommeil du soir se produisent encore, mais sont de plus en plus rares. Maintenant B... peut se baisser impunément, ramasser un objet en se prosternant jusqu'à terre, le saisir même avec sa bouche sur le plancher : il ne tombe plus en narcolepsie par cette manœuvre et n'a plus même d'étourdissement. A cette époque nous avons constaté de nouveau l'existence d'un certain degré d'anesthésie à gauche ; le champ visuel était un peu rétréci dans le sens transversal. Pas d'autre stigmate d'hystérie.

Il a été impossible de provoquer le sommeil hypnotique soit par la fixation des yeux, soit par la pression continue sur le vertex ou sur les globes oculaires, soit en faisant fixer au malade la boule brillante d'un thermomètre pendant cinq minutes au moins. L'éducation n'a pas été continuée plus loin. Continuation des douches.

Le 8 juillet, le malade est venu à la consultation parce qu'il éprouve quelques phénomènes d'embarras gastrique et que des efflorescences dartreuses sont apparues sur son visage.

Toute attaque de sommeil a disparu depuis deux mois ; les douches sont suspendues depuis un mois.

Enfin, le 15 septembre dernier, nous avons vu le malade. La guérison persiste ; l'état général est excellent. Il existe toujours un certain degré d'anesthésie localisée au bras gauche et à une région étendue entre le troisième espace intercostal et une ligne transversale passant par l'ombilic.

Lorsque l'observation précédente fut communiquée à la Société clinique (séance du 8 décembre 1887), M. le professeur Bouchard rapporta qu'il avait vu trois cas de narcolepsie tous trois chez des hystériques.

« Dans le premier cas, dit-il, il s'agissait d'une jeune fille de quinze ans chez laquelle on amenait à volonté le sommeil

par l'occlusion des yeux ou la pression de l'ovaire gauche. Pendant le sommeil, lequel était léger et ne durait que quelques minutes, l'on ne pouvait provoquer aucun des phénomènes somatiques de l'hypnose hystérique.

« La seconde malade que j'ai observée s'endormait spontanément chaque jour pendant la matinée. Son sommeil était profond, accompagné de ronflement. Si on la secouait, elle se retournait et retombait dans le sommeil. Il était impossible chez elle de provoquer le sommeil hypnotique.

« Enfin chez une troisième malade cachectique, atteinte de rhumatisme noueux et entachée d'hystérie, j'ai vu survenir de temps à autre des accès de sommeil qui, au bout d'un certain temps, cédaient la place à de la contracture.

(A suivre.)

NOTE SUR UN CAS D'ECTRODACTYLIE CONGÉNITALE AVEC ABSENCE TOTALE DU MÉTACARPIEN CORRESPONDANT (ECTROMÉLIE DE L'AURICULAIRE ET DU CINQUIÈME MÉTACARPIEN DU CÔTÉ GAUCHE),

Par le docteur S.-A.-MARIUS POULALION,

Ancien interne à l'hôpital Necker,

Préparateur du cours de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris.

(Présentation du sujet et communication à la Société d'anthropologie, dans la séance du jeudi 4 décembre 1890.)

Parmi toutes les variétés de forme que peuvent présenter l'ectrodactylie et l'ectromélie du membre supérieur, il en est de très fréquentes et il en est de rares. Le fait que nous avons observé à l'hôpital Necker, et dont nous communiquons ici l'histoire, est une variété rare. Dans les diverses observations publiées jusqu'à ce jour, nous n'avons pas trouvé de *cas analogue* ; c'est ce qui nous a engagé à faire connaître celui-ci.

Voici, d'abord, l'histoire de la malade qui fait l'objet de cette communication :

DE LA FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL
HYSTÉRIQUE (PSEUDO-NARCOLEPSIE HYSTÉRIQUE),

Par le Dr PARMENTIER,
Ancien interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux.

(Suite et fin.)

« Il me semble fort difficile de distinguer la narcolepsie du sommeil hystérique. Dire qu'il s'agit de narcolepsie quand il n'y a pas, concomitamment, d'autres manifestations hystérique, c'est commettre, à mon avis, une pétition de principe. »

C'est au docteur Armaingaud (de Bordeaux) (1) qu'appartient la première observation détaillée de la forme de sommeil hystérique que nous étudions ; elle fut publiée en 1876 sous le titre suivant : *Sur une névrose vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique.*

OBSERVATION III.

P. M., âgée de 24 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, n'a présenté jusqu'au moment de l'invasion de la maladie actuelle, aucun antécédent morbide notable, mais elle est chloro-anémique, est essoufflée quand elle marche et se plaint de faiblesse des jambes.

Atteinte depuis quatre années d'une névralgie cervico-brachiale, elle a vu s'y joindre, sous l'influence d'impressions morales tristes, de véritables crises d'hystérie nettement caractérisées, d'abord irrégulières, puis se présentant chaque jour à la même heure jusqu'au 17 août 1875 ; alors l'accès se termina par un sommeil calme et profond dont la durée augmenta peu à peu à mesure que l'accès hystérique diminua de durée. Enfin, le 24 août, les phénomènes convulsifs proprement dits ont disparu et l'accès quotidien est désormais constitué par un sommeil se reproduisant chaque jour à onze heures du matin et finissant vers une heure et demie de l'après-midi ; quelques spasmes pharyngiens et de légers sanglots le précé-

(1) Armaingaud : *Sur une névrose vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique*, 1876, chez Delahaye, Paris. — (Abrégée d'après Gelineau.)

FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE. 663

daient, puis, vers le 30 août, cet accès de sommeil se dédoubla et il s'en produisit un premier à onze heures moins un quart, d'une durée de quinze minutes et un second à deux heures moins un quart, d'une durée d'une heure et demie. Le Dr Vergely qui l'a soignée pendant quatre mois, a vainement eu recours aux traitements les plus rationnels ; il a fini par se décourager. C'est alors (29 oct. 1875) que le malade s'adresse au Dr Armaingaud qui découvre en exerçant une pression successive sur chacune des apophyses épineuses un point très douloureux sur la deuxième dorsale ; la malade pousse un cri et accuse en même temps une douleur à la partie inférieure du sternum.

« Il est deux heures moins seize minutes, et la malade m'avertit que son accès de sommeil va bientôt commencer ; elle éprouve, en effet, les symptômes précurseurs qui annoncent chaque fois l'invasion de l'accès, à savoir : une exacerbation subite de sa douleur névralgique, un léger malaise indéfinissable, et enfin une sensation d'engourdissement douloureux qui, partant de la partie moyenne du bras gauche, monte lentement vers la tête. En effet, à peine m'a-t-elle expliqué ce qu'elle éprouve qu'elle tombe tout à coup dans un sommeil profond.

« *Description de l'accès de sommeil.* — La physionomie et l'attitude de la malade sont celles d'une personne plongée dans un sommeil naturel et calme, sans aucune expression de souffrance, sans déviation des traits, sans écume à la bouche ; mais la face qui, quelques instants avant l'accès, était légèrement pâle, est devenue légèrement colorée ; les deux oreilles sont très congestionnées et un peu tuméfiées ; les membres sont dans la résolution ; il n'y a pas de catalepsie à aucun moment de l'accès ; les membres retombent, dès qu'on les soulève, dans leur position première, et les muscles des membres, de même que ceux du tronc, ne conservent aucune des directions et des positions que je cherche à leur imprimer. J'ajoute que cette absence de catalepsie a été constatée pendant tous les accès qui ont suivi jusqu'au jour de la guérison.

« Les mâchoires sont assez fortement serrées l'une contre l'autre ; toutefois il est facile de vaincre la résistance des muscles et d'ouvrir la bouche ; mais elle se referme presque aussitôt. Les paupières sont fermées : on les entr'ouvre facilement, mais elles se referment peu à peu. Par intervalles, de légers spasmes palpébraux se manifestent. Les yeux sont convulsés en dedans et en bas. La pupille est légèrement contractée, comme dans le sommeil normal et contrai-

rement à ce qui a été observé généralement dans les cas de coma hystérique. Les conjonctives ne sont pas injectées.

Le pouls, que j'ai toujours trouvé, dans la suite, dans l'intervalle des accès, entre 70 et 75, bat 120 fois par minute. Il est faible, dépressible, un peu irrégulier. Les battements du cœur sont un peu obscurs. La respiration est parfaitement libre, non stertoreuse, régulière, ne présente aucune inégalité, aucune pause anormale entre les deux mouvements respiratoires ; mais elle est très accélérée, de 30 à 35 mouvements respiratoires par minute. Rien de particulier à l'auscultation.

Les extrémités sont froides et légèrement cyanosées. Un thermomètre maintenu sous l'aisselle pendant quarante minutes donne 37°,7, c'est-à-dire la température normale.

L'abdomen présente un volume et une consistance normales, sans dureté ni relâchement.

La sensibilité est complètement abolie : les pincements, les piqûres les plus profondes pratiquées sur la peau, dans toutes les régions du corps, aux membres, au tronc, à l'abdomen et à la face ne déterminent aucun signe de douleur, pas le moindre mouvement réflexe des tiges rigides introduites dans les narines, des attouchements pratiqués sur les sclérotiques, des corps très chauds et très froids, mis en contact prolongé avec la surface du corps, la paume des mains et la plante des pieds, ne donnent pas plus de résultats.

Les sens spéciaux sont complètement éteints : la malade ne répond à aucune parole, même prononcée à très haute voix ; des sonneries très vibrantes approchées de son oreille ne provoquent pas le moindre signe de sensation ; une lumière intense approchée de ses yeux, les paupières étant entr'ouvertes, des odeurs très fortes, de l'ammoniac, approchées de ses narines, des tractions assez fortes exercées sur les cheveux, des fustigations avec une serviette mouillée pratiquées avec énergie sur les différents points du corps, ne déterminent pas le moindre signe d'impression perçue. Des frictions légères et des insufflations exercées sur les paupières ne parviennent pas davantage à réveiller la malade. C'est alors qu'appliquant le doigt successivement sur chacune des apophyses épineuses des vertèbres, à partir de la première cervicale, et exerçant sur elles une légère pression, je constate que toutes sont absolument insensibles, à l'exception d'une seule : c'est l'apophyse épineuse de la deuxième dorsale. En effet, quand j'arrive à cette vertèbre, la malade, jusquelà calme et absolument immobile, se lève en sursaut, éprouve des

FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE. 665

tressaillements très prononcés, sa respiration s'accélère convulsivement et sa physionomie prend l'expression de la douleur la plus vive ; toutefois elle ne se réveille pas et ne prononce aucune parole.

Ces signes de douleur et cette expression de souffrance dans la physionomie persistent pendant toute la durée de la pression et cessent presque immédiatement dès que je cesse de l'exercer.

Sur aucune autre vertèbre, soit au-dessus, soit au-dessous, la pression ne détermine le moindre signe de sensibilité, et sur cette deuxième vertèbre dorsale, la sensibilité est limitée strictement à l'apophyse épineuse, le corps de la vertèbre pouvant être pressé sans déterminer aucune souffrance. Ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que dans l'intervalle des accès la sensibilité est intacte comme j'ai pu m'en assurer maintes fois dans la suite, dans toutes les parties du corps, à l'exception de la pulpe des doigts de la main gauche qui est le siège d'une anesthésie presque absolue.

Je ne dois pas mettre l'examen ophthalmoscopique du fond de l'œil : toujours les vaisseaux de la rétine se sont montrés rétrécis pendant les accès.

Enfin à 3 heures 35 minutes, la malade que je n'ai pas quittée un seul instant, se réveille tout à coup comme d'un sommeil naturel, mais sans pandiculation, sans hésitation dans la parole ; elle répond immédiatement aux questions que je lui pose et a repris sans transition la possession entière de son intelligence et de toutes les fonctions de relation ; elle peut se lever immédiatement et marcher sans difficulté, éprouvant seulement un sentiment de lassitude, de courbature dans tout le corps, et surtout dans les membres inférieurs et supérieurs qui ont conservé un léger état de cyanose et une sensation de froid qui se dissipent bientôt. La conversation est donc reprise immédiatement. Elle sait qu'elle vient d'avoir un accès, mais n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant sa durée ; elle ne se souvient pas d'avoir fait aucun rêve, d'avoir éprouvé aucune sensation d'aucun genre et à aucun degré. Il en est de même après chaque accès soit du matin, soit du soir ; c'est pour elle une suspension complète et absolue de la vie de relation. Après l'accès, émission volontaire d'une urine claire et limpide.

Telle est la description complète des phénomènes observés par moi dans ce premier accès de sommeil. Tous ces phénomènes se sont reproduits exactement dans tous les accès qui ont suivi et que j'ai observés exactement matin et soir pendant

toute la durée de la maladie. Mais au bout de quelques semaines de nouvelles manifestations morbides s'ajoutèrent aux précédentes en sorte qu'à partir d'une certaine période de la maladie, la malade est successivement atteinte chaque jour :

1° De 11 heures moins 1/4 à 11 heures du matin, d'un premier accès de sommeil d'un quart d'heure de durée;

2° De 2 heures moins 1/4 à 3 heures 20, d'un deuxième accès de sommeil d'une durée d'une heure trente-cinq minutes;

3° A 5 heures 1/2 du soir d'une congestion locale des yeux d'une durée de deux heures;

4° D'une asphyxie locale des extrémités, survenant pendant la congestion des yeux et disparaissant quelques heures après elle ;

5° A 6 heures 5 minutes d'une névralgie intercostale droite d'une grande intensité cessant brusquement à 6 heures précises et n'étant apparue pour la première fois que quinze jours après la guérison de la névralgie cervico-brachiale;

6° Enfin d'une chromidrose des paupières qui est venue s'ajouter à la fin de la maladie à tous ces phénomènes.

J'ai eu la satisfaction d'obtenir la guérison des accès de sommeil par l'application de courants électriques intermittents, faite sur le point douloureux vertébral pendant l'accès; chaque jour la durée des accès diminuait de deux ou trois minutes et plus tard quand cette application avait lieu, tandis que toutes les fois que l'électrisation était suspendue ils regagnaient en longueur les quelques minutes qu'ils avaient perdues les jours précédents.

M. Gelineau range cette observation parmi les cas de narcolepsie secondaire. S'appuyant sur la soudaineté du sommeil, son intensité, le réveil brusque, le retour immédiat de l'intelligence, il la revendique comme un bel exemple de narcolepsie secondaire se rattachant si bien à l'hystérie que dans ce cas particulier elle a remplacé la forme primitive de la maladie et que les crises convulsives ont disparu pour lui laisser le champ libre. Cette observation, dit-il, n'est pas la seule qui démontre l'existence d'une narcolepsie hystérique; voici les

FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE. 667
réflexions que, sur ce sujet, le docteur Bouland (1), m'a adressées :

« J'ai plusieurs fois constaté chez les hystériques de seize à quarante ans des accès de sommeil instantanés d'une durée très variable (de cinq à vingt minutes), finissant spontanément et laissant en général *un grand sentiment de bien-être*. « Ça m'a fait du bien de dormir, disaient les malades en se redressant et en se secouant légèrement comme pour achever de se réveiller. » Ces accès se présentaient ordinairement dans les périodes de calme et quelquefois à des intervalles rapprochés, deux dans la même journée. « C'étaient bien *des accès de sommeil pur et simple* qui ne me paraissaient point de la même nature que l'assoupissement qui caractérise la maladie du sommeil. »

Après avoir cité l'observation d'Armaingaud et celles de M. P. Richer et de Staes-Brame que l'on trouvera plus loin, par conséquent après avoir fait connaissance avec le sommeil hystérique, M. Gelineau communique, sous le titre de « chorée épileptiforme compliquée de narcolepsie » une observation personnelle qui, « jointe aux trois dernières citées plus haut, démontrera une fois de plus que la narcolepsie peut être secondaire et se rattacher en particulier aux névroses convulsives ». Or il suffit de la parcourir pour se convaincre qu'il s'agit non d'épilepsie, mais bien d'hystéro-épilepsie infantile avec attaques de sommeil de forme narcoleptique. C'est même un cas curieux qui rappelle par plus d'un trait le jeune malade de 14 ans dont M. le professeur Charcot expose l'histoire dans sa leçon du mardi (21 février 1888) : car, chez cet enfant de 10 ans, les accès furieux ne sont aussi que des crises d'hallucinations. La période convulsive est à peine esquissée, si bien que les accès sont, en somme, représentés par « un prolongement des attitudes passionnelles qui se continuent à l'état de phénomènes isolés, indépendamment de toute espèce de phénomènes convulsifs et comme un morceau en quelque sorte détaché de l'attaque ». Remarquons en passant que les

(1) Bouland. — *In mémoire de Gelineau (communication écrite)*.

crises furieuses, après avoir précédé les crises narcoleptiques, ont fini par alterner avec elles.

Obs. IV (résumée) (1).

Le jeune X., âgé de 10 ans, a un père rhumatisant, la grand'mère maternelle atteinte de tic nerveux, un frère plus jeune quelui sujet à des convulsions. Après deux accès de pyromanie, il présente les symptômes suivants : à la moindre contrariété ou admonestation, il frappe du pied la terre par un coup sec, fait une grimace, détourne la lèvre inférieure du côté gauche, a le regard fixe, raidit son cou et tout le corps — son visage et ses lèvres ne pâlisent pas cependant, ses pupilles se dilatent. — Parfois tout se borne là, il ne parle pas, reste immobile, puis il plie les genoux comme pour faire la révérence, se relève et revient à lui... tout est fini. D'autres fois il crie « holà, holà », a l'air épouvanté, voit des brigands, des ennemis qui veulent l'attaquer et alors il trépigne des pieds, les lance avec vigueur et vivacité, surtout la jambe droite et finirait par tomber en arrière si on ne le retenait pas. Pendant sa crise il n'entend ni ne voit ou plutôt il a des hallucinations ; mais il sent, et en pressant fortement l'extrémité de ses doigts sur les ongles, on arrête la crise ; on peut encore en diminuer la durée au début en lui faisant respirer de l'éther. Il n'a, au sortir de son accès, aucune souvenance de ce qui s'est passé.

En exerçant une pression sur la colonne vertébrale je trouve que l'apophyse épineuse de la 4^e vertèbre cervicale était fort sensible au toucher. Si j'exagère cette pression, il tombe en état de crise (zone épileptogène).

Trois semaines après les symptômes se modifient.

Au lieu d'accès furieux, d'hallucinations, de gesticulations, d'envies de frapper ou d'étrangler, il a des accès de sommeil, c'est-à-dire qu'il s'affaisse tout à coup sans raideur, sans crier et s'endort paisiblement sans pâlir ni rougir pendant dix, douze et jusqu'à dix-sept minutes — Si le sommeil vient pendant le dîner, on peut le déshabiller et le coucher, sans qu'il se réveille, son corps est mou, ses yeux sont fermés, sa bouche ent'ouverte, ses membres et sa tête sont inertes : d'abord j'attribuai cette somnolence au bromure de potassium et au chloral,

(1) Gelineau. Obs. XIV. Publiée sous le titre de *Chorée épileptiforme compliquée de narcolepsie*.

FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE. 669

mais l'effet eût été continuel tandis que chez le jeune malade la somnolence ne survient qu'à la suite d'une émotion ou d'une contrariété et plus cette contrariété est vive, plus son sommeil a de durée. L'éther, l'appel à haute voix, l'action de le secouer ne l'en font point sortir ; seule, l'eau froide le ramène à lui, mais l'impression en est désagréable et il ne cesse de dormir que pour devenir méchant, furieux, inconscient au point de souffleter sa mère et son père qu'il adore. La mère eut alors l'idée, quand le sommeil se prolongeait au-delà de dix minutes, d'entrouvrir ses paupières et de lui souffler dans les yeux, ce qui lui réussit.

Indépendamment de ses crises narcoleptiques au sortir desquelles il se rappelle parfaitement le mot, l'acte, l'émotion qui les ont suscitées, cet enfant a aussi des crises furieuses. Au bout d'un certain temps les impulsions épileptiformes désordonnées et les accès de narcolepsie finirent par disparaître.

OBS. V (résumée) (1).

M..., 24 ans, tempérament lymphatique, n'a jamais été malade. Son frère aîné est mort phthisique à l'âge de 18 ans. Dans la convalescence d'une bronchopneumonie tuberculeuse qui avait amené une grande dénutrition, se manifestent les premiers symptômes de l'hystérie : crises nerveuses caractéristiques, changement de caractère, impossibilité de se livrer à n'importe quelle occupation, douleurs fugaces, etc. Après sept mois de traitement et un séjour prolongé à la campagne, les crises nerveuses disparaissent ; mais un nouveau phénomène apparaît.

Tous les jours après le repas de midi et celui de 6 heures du soir, avant même d'avoir fini de manger — ce qu'elle fait avec appétit — notre malade est prise d'envie de dormir irrésistible et reste ainsi immobile appuyée sur la table, pendant un temps qui varie de quarante-cinq à soixante minutes ; après quoi quelques mouvements se manifestent, elle a une série d'éruclations, se frotte les yeux, se réveille, et un quart d'heure après il ne lui reste rien qu'un peu de lourdeur qui disparaît bientôt.

Pendant les crises la face est rouge, vultueuse ; le pouls normal ; pas d'anesthésie ni de paralysie ; il paraît au contraire y avoir un peu d'hyperesthésie ; l'intelligence quoique endormie, est nette ; elle

(1) *Staes-Brame in Mem. de Gelineau.*

répond d'une façon juste, mais par monosyllabes aux questions qu'on lui pose avec autorité ; au réveil elle ne se souvient plus de rien.

Elle décrit ses sensations en disant que vers le milieu du dîner elle sent une calotte de plomb lui peser sur la tête et ses paupières se fermer involontairement ; alors, quoi qu'elle fasse, quoi qu'on dise, ses yeux se ferment, elle dort.

A la condition, dit le Dr Staes-Brame, de mettre une demi-heure avant chaque repas deux plaques d'étain, l'une à la partie antérieure de la poitrine, l'autre sur le côté droit de la colonne vertébrale, la malade ne dort plus et se porte à merveille. Cependant l'éruclation qui terminait la crise persiste toujours et apparaît maintenant vers la fin du repas.

Obs. VI (1).

D..., Mathilde, 17 ans, pas d'antécédents héréditaires ni personnels début de l'affection en novembre 1890 au milieu d'une santé parfaite. Un jour, au milieu de son travail, la malade tombe sans se débattre et reste deux jours endormie. Depuis, elle avait une attaque de sommeil à peu près tous les jours. L'attaque était précédée d'une sensation d'étouffement au creux épigastrique et de sifflement dans l'oreille, puis au bout de dix minutes environ, la malade tombait endormie. La plupart de ces attaques duraient deux heures mais elle en a eu de douze heures et même de vingt-quatre.

Souvent ces attaques consistaient simplement dans la prolongation de la durée du sommeil normal et alors la malade ne se réveillait pas aux heures ordinaires.

Nous avons une seule fois surpris la malade pendant une de ces crises de sommeil depuis qu'elle est entrée dans le service ; nous avons constaté ce qui suit :

La malade est étendue, les membres sont dans une demi-rigidité, les paupières sont fermées, l'insensibilité est absolue. Lorsqu'on vient à comprimer les ovaires, la rigidité cesse, la malade entr'ouvre les yeux, fait quelques mouvements avec la tête comme pour regarder, mais ne retrouve pas sa connaissance. Dès qu'on cesse la compression ovarienne, les choses reviennent à leur état premier.

État actuel (février 1882). — Deux points ovariens : l'un à droite, l'autre à gauche. Hémianesthésie gauche, pas d'achromatopsie.

(1) P. Richer, *loco-citato*. Obs. LXXXI, p. 386, 2^e édit.

Obs. VII (abrégée) (1).

P.. Louise, 17 ans. La mère très nerveuse aurait actuellement encore des crises d'hystérie. La malade a été très nerveuse dans son enfance. Il y a deux ans, quinze jours après une violente frayeur, elle eut une première attaque.

Etat actuel (février 1882). — Anesthésie totale, pas d'achromatopsie. L'odorat, le goût, l'ouïe, bien que très atténués, ne sont pas complètement abolis. La malade présente un point ovarique gauche et un point hystérogène sous le sein gauche.

Les attaques chez la malade se montrent sous forme d'attaques soit de petites hystérie avec mouvements irréguliers, soit *d'attaques de sommeil*. Ces dernières se prolongent d'habitude seulement quelques heures une journée. Le sommeil est naturel, sans raideur, ni état cataleptique des muscles.

Voici, pour terminer, deux observations empruntées à MM. Richer et Ballet qui peuvent être regardées comme des exemples intermédiaires entre la forme habituelle et la forme narcoleptique de l'attaque de sommeil hystérique.

Obs. VIII (2).

Del..., 19 ans, entre le 10 mai 1879 dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière, est hémianesthésique à gauche et achromatopsique du même côté. Elle possède une zone hystérogène au niveau du sein gauche. Quelque temps avant d'avoir ses attaques elle se plaint du ventre, surtout du côté droit, bien que l'hémianesthésie soit à gauche.

Elle est prise de temps à autre d'attaques de sommeil qui succèdent aux attaques convulsives ou les remplacent.

20 juin. — A 5 heures 1/2 du soir, séries d'attaques convulsives qui se succèdent au nombre de cinq. A dix heures attaques de sommeil qui dure jusqu'au 22 juin à dix heures du matin. Pendant cette longue attaque de sommeil, Del... a uriné au lit. On l'a changé de linge sans qu'elle se réveillât.

7 juillet. — Quatre attaques convulsives.

(1) P. Richer, *loco citato*. Obs. LXXXIII, p. 387.

(2) P. Richer. *Etudes cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie*, p. 254.

8 juillet. — Attaque de sommeil de 6 heures du soir jusqu'au lendemain matin 10 heures.

11 juillet. — Attaque de sommeil de 6 heures du matin jusqu'à 4 heures du soir.

3 août. — Attaque de sommeil qui a duré de 10 heures du soir jusqu'au 5 août 10 heures du matin. La malade n'a pas uriné au lit.

30 août. — Del..., est prise d'une attaque de sommeil depuis trente-huit heures environ. Elle aurait eu quelques convulsions arrêtées par la compression ovarienne exercée sur elle par une de ses compagnes puis elle serait tombée dans le sommeil.

Ce matin l'attaque de sommeil dure encore. C'est un sommeil que les excitations les plus variées ne peuvent rompre. On a beau l'appeler, lui crier dans les oreilles, la secouer vivement, la piquer avec de fortes épingles, elle dort toujours. Le décubitus est indifférent, la résolution musculaire est complète; quand on la soulève, Del... retombe comme une masse inerte sur son lit et garde la position que le hasard lui donne. Cependant elle n'est pas complètement passive, et parfois elle change de position spontanément.

L'hyperexcitabilité musculaire caractéristique de la léthargie hypnotique n'existe pas. Les paupières supérieures abaissées sont animées d'un petit tremblement permanent, mais toujours provoqué lorsqu'on essaye de les soulever. Elles résistent au mouvement qu'on cherche à leur imprimer et le globe oculaire ne se laisse pas découvrir.

Pendant ce sommeil, elle a des rêves, des cauchemars, elle cherche à fuir en se tournant de côté et de l'autre dans son lit et en se cachant dans ses oreillers. Ses rêves sont de deux sortes. Les uns terribles : elle voit des bêtes qui lui piquent les jambes, elle crie ; les autres gais. Elle se souvient fort bien de tout quand elle est réveillée. La compression ovarienne fait cesser complètement le sommeil.

L'attaque provoquée offre les caractères suivants :

Tétanisme de tout le corps : la tête se renverse en arrière, se congestionne, les traits sont contracturés. Les bras s'élèvent et se fléchissent, les jambes sont raidies dans l'extension, le tronc se creuse en arrière. Telle est la phase tonique qui, à elle, seule paraît représenter la période épileptoïde. Puis l'arc de cercle s'accuse, la malade s'agite en tous sens, se contorsionne (deuxième période) et bientôt retombe inerte ; elle est reprise de son sommeil. Le sommeil vient donc ici au lieu et place de la 3^e période avec laquelle les rêves et le souvenir qu'elle en conserve ne laissent pas de lui créer de nombreux points de ressemblance.

FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE. 673

3 septembre. Del... s'endort tout à coup sur le lit d'une voisine à 7 heures du soir ; le sommeil dure jusqu'à 5 heures du matin. Mélancolie jusqu'à 10 heures. Elle ne peut plus parler. Une séance d'électrisation lui rend la parole et la gaieté. Le sommeil la reprend à 2 heures.

Le 23. — S'endort sur un banc dans la cour de 10 heures du matin jusqu'à 3 heures de l'après-midi.

Le 25. — Del... dort depuis hier matin 9 heures.

Ce matin elle est dans la résolution la plus complète, la face est colorée, les yeux fermés, les paupières légèrement clignotantes, la respiration calme et régulière, le pouls à 90. Elle tourne dans son lit, mais reste le plus souvent couchée sur le côté gauche, la face contre l'oreiller. Par instant elle pleure, marmotte entre ses dents des paroles intelligibles, pousse quelques cris inarticulés.

Elle demeure à peu près indifférente aux diverses excitations : piqûres, respiration d'ammoniaque, poudre de coloquinte sur la langue. Cependant elle se retire quand on présente l'ammoniaque sous la narine droit. Et quelques instants après l'application de la poudre de coloquinte sur la langue, elle se met à crachoter.

Réveillée par la compression ovarienne, elle se plaint aussitôt du goût amer qu'elle a dans la bouche. Elle sent les piqûres qu'on lui a faites au bras droit et à la tempe droite, mais nullement celles du côté gauche.

Elle ne veut ni boire ni manger, disant qu'elle n'a pas faim.

Elle dit avoir rêvé de choses agréables.

Bientôt ses yeux deviennent fixes, puis tout d'un coup ses paupières se ferment, elle dort. Il ne s'est pas produit le moindre signe épileptoïde.

Réveillée une deuxième fois par le même procédé, elle ne s'endort plus.

OBS. IX (1).

Joséphine Frem..., âgée de 16 ans, entre à la Salpêtrière, service de M. Charcot, le 20 avril 1880.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Jusqu'à l'âge de onze ans a été bien portante. A cet âge, à la suite d'une frayeur (vue d'un homme ivre), elle fut prise d'un tremble-

(1) G. Ballet. *Contribution à l'étude du sommeil pathologique (quelques cas de narcosepsie)*. *Revue de médecine*, 1882, p. 948.

ment général, puis le caractère se modifia, et six semaines plus tard environ apparurent des mouvements choréiques dans le membre supérieur gauche. C'est alors qu'elle fut admise à l'hôpital Sainte-Eugénie, où la chorée se serait généralisée; après quatre mois et demi de traitement, elle revenait chez ses parents non guérie.

A l'âge de 14 ans, apparition des règles. La santé se rétablit, et la malade était bien portante, au moins en apparence, lorsqu'il y a sept semaines, se sont montrés les nouveaux symptômes, pour lesquels on la conduit à l'hospice. A la suite d'une discussion un peu vive avec sa mère, elle se mit à pleurer, puis subitement fut prise de contracture généralisée accompagnée de perte de la parole. Ces accidents persistèrent plus ou moins atténués durant trois semaines. Puis il y eut une semaine où la malade fut bien.

Enfin il y a trois semaines, à la suite d'un coup de tonnerre violent, réapparition des contractures et du mutisme.

Ajoutons que, d'après les renseignements fournis par la mère, Joséphine F... n'aurait jamais eu de grandes attaques ni de délire hallucinatoire.

État actuel, le 23 avril 1890. — La malade est étendue sur son lit, immobile.

a) *Intelligence*. — Joséphine F... a sa connaissance. Les yeux sont ouverts; toutefois de temps en temps ils se ferment à demi. Ils sont limpides et leur expression dénote que la malade se rend compte dans une certaine mesure de ce qui se passe autour d'elle. — Quand nous approchons de son lit, Joséphine F... sourit un peu. Si elle veut boire, aller à la garde-robe, elle fait signe avec la main, ce qui dénote que son intelligence est parfaitement lucide; elle est dans la situation d'une malade qui, tout en ayant conservé l'intellect, serait privée du langage. Depuis deux jours, le malade est dans le service, et l'on ne l'a pas encore surprise dans le sommeil.

b) *Parole*. — Le mutisme est absolu. La malade ne profère aucune parole, ne fait entendre aucun son. C'est à peine si, lorsqu'on la tourmente, on provoque une plainte légère. — Ce mutisme, nous dit-on persisterait, depuis trois semaines.

c) *Motilité*. — Il existe une contracture généralisée aux quatre membres.

Les membres supérieurs sont dans l'extension; toutefois les doigts sont fléchis dans la paume de la main, le pouce étant recouvert par les quatre autres doigts. Les membres inférieurs sont aussi en extension, les orteils étant légèrement fléchis vers la plante des pieds. Le

FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE. 675

degré de contracture est très variable : à certains moments, elle s'exagère, sous l'influence des mouvements provoqués et des diverses excitations. Lorsqu'on cherche à ouvrir les mâchoires, on détermine une violente contracture des masséters.

Les réflexes tendineux sont très exagérés.

d) *Sensibilité*. — Il y a une double ovarite, mais plus marquée à gauche.

Points douloureux au niveau des seins et du dos ; le contact de ces points détermine une exagération de la contracture. La sensibilité est obtuse dans toute l'étendue du corps. Il faut pincer très fortement la malade pour qu'elle accuse une sensation. La sensibilité spéciale paraît être aussi très obtuse, bien que l'exploration méthodique en soit difficile, étant donné l'état de mutisme de la malade.

L'état que nous venons de décrire persiste sans modification appréciable depuis trois jours.

Le 26 avril, tout disparaît ; la malade se lève et se promène, mais elle reste muette. Le 27 et le 28 avril, la contracture se reproduit. Les sterno-cléido-mastoïdiens sont tendres et durs. Il existe un certain degré d'obtusion intellectuelle.

Nous constatons pour la première fois une accélération très manifeste de la respiration (76 r. par minute) et du pouls (114 pulsat). Mais tandis que nous observons la malade, le nombre des respirations diminue tout à coup et tombe à 26. Puis nouvelle accélération du rythme.

Il s'agit là d'une sorte d'attaque larvée, et la compression de l'ovaire ramène aisément la respiration au chiffre physiologique.

Le 4. — Joséphine F... se lève et va bien.

Le 5. — La malade s'est levée ce matin à 8 heures. Elle se promène, mais elle est toujours dans l'impossibilité de parler ; lorsqu'on lui dit de tirer la langue, il lui est impossible d'amener l'organe au delà du bord libre des lèvres.

Nous faisons mettre la malade au lit pour explorer la sensibilité, et tout à coup nous la voyons *s'endormir profondément*. Les membres sont dans le relâchement complet, les paupières closes et animées de petites contractures jointes à un petit tremblement ; la paupière supérieure s'abaisse d'une façon intermittente (elle ne s'abaisse pas jusqu'à occlusion complète des yeux), en même temps, elle est animée de très petits mouvements, sorte de tremblement rythmique.

Le rythme respiratoire est le même que celui qui préside aux battements des paupières ; la respiration, par moment, s'accélère et au

même instant se produisent les grands mouvements des paupières pour faire place aux petites oscillations.

De temps en temps la malade exécute quelques petits mouvements de déglutition.

Pendant les quelques jours que la malade resta dans le service, nous voyons se produire fréquemment ces accès de sommeil spontané, alternant avec les accès de contracture. Il suffit, pour déterminer le sommeil de la moindre petite émotion, un appel inattendu, un mouvement brusque provoqué, le simple fait de s'asseoir ou de s'étendre sur le lit, etc.

En résumé, il s'agit, dans ce cas, d'hystérie se traduisant par des accès de sommeil spontané avec relâchement des membres (narcolepsie) alternant avec des accès de contracture généralisée accompagnés eux-mêmes tantôt de l'abolition, tantôt de la conservation relative des facultés intellectuelles.

III

Le diagnostic de la forme narcoleptique de sommeil hystérique est d'ordinaire facile à établir.

Sans doute lorsque l'attaque vient d'une manière soudaine, sans aucun phénomène prémonitoire et ne dure que quelques secondes, on peut se demander, comme l'a fait notre ami H. Legrand à propos de son malade, s'il ne s'agit pas du petit mal épileptique caractérisé par la perte de connaissance momentanée sans spasme notable (Hammond), de la forme incomplète ou larvée de Trousseau et de Herpin (de Genève). L'absence de pâleur du visage, d'hébétude à la fin de l'accès, de spasme ayant un caractère épileptiforme, d'émission involontaire d'urine ou de matières fécales pendant le sommeil ou pendant les attaques, de morsures de la langue, de piqueté hémorrhagique sur le visage et sur le corps, peut servir à rejeter cette hypothèse. Toutefois, quelques-uns de ces signes sont susceptibles d'exister à des degrés divers avant ou pendant l'attaque. Il est certain, par exemple, que l'aura hystérique peut simuler l'aura épileptique, que des phénomènes convulsifs de caractère épileptoïde, peuvent précéder l'attaque de sommeil, que l'émission involontaire d'urine peut avoir

lieu, etc. ; mais l'habitus extérieur du malade est tout différent pendant l'attaque et dans l'accès.

L'individu atteint de vertige épileptique, dit Trousseau, éprouve subitement une sorte d'étonnement, une sorte d'absence. S'il parlait, tout à coup il interrompt la conversation, il n'achève pas la phrase commencée ; il reste l'air étonné, les yeux fixes ; il ne voit, n'entend, ne sent rien : c'est une sorte d'extase, cependant il ne tombe pas. S'il tenait un objet à la main, il le lâche, il le jette convulsivement loin de lui. Tout cela dure deux, trois, quatre secondes, quelquefois davantage : puis l'attaque est terminée ; le malade revient complètement à lui, va se remettre à ses occupations, reprend la conversation au point où il l'avait laissée et ne se doute pas de ce qui vient de se passer. (Trousseau, t. II, p. 105, 2^e édit.)

Dans l'attaque de sommeil hystérique, au contraire, la malade incline légèrement la tête en deux ou trois secondes, ferme les yeux et s'endort ; les paupières closes sont animées de petites vibrations, les globes oculaires sont convulsés en dedans. Au bout de vingt, quarante, soixante secondes ou de quelques minutes, après une inspiration peu profonde, le malade relève la tête, ouvre les yeux spontanément *à moins qu'on ne hâte la fin du sommeil* en le secouant ou en lui soufflant sur les yeux. L'attaque en elle-même a donc des caractères assez particuliers pour ne pas se laisser confondre avec l'épilepsie larvée. Et nous n'avons pas encore parlé des stigmates hystériques qui viennent au secours d'un diagnostic tant soit peu hésitant. Or, les stigmates (hémianesthésie sensitivo-sensorielle, ovarie, points hystérogènes, rétrécissement du champ visuel, etc.), n'ont jamais fait défaut lorsqu'on les a recherchés. Dans la forme narcoleptique du sommeil, l'hystérie ne s'est jamais montrée monosymptomatique.

Nous n'aurions pas tant insisté sur ces caractères différentiels si, dans une des observations, les phénomènes convulsifs et les hallucinations n'avaient été considérés comme de nature épileptique, et n'avaient fait regarder la narcolepsie comme une névrose développée secondairement et se rattachant elle-même aux névroses convulsives. Grâce aux travaux

de l'école de la Salpêtrière, les erreurs de ce genre ne sont plus à craindre aujourd'hui que l'hystérie mâle a définitivement acquis droit de cité, et que l'on sait qu'une phase détachée peut représenter à elle seule toute l'attaque.

D'après Briquet, le sommeil hystérique se reconnaît tout de suite par ses rapports avec le sommeil normal dont il est l'image. A en juger par la description qu'il en trace, la distinction entre les deux espèces de sommeil serait impossible si l'on n'avait, pour se guider, les phénomènes qui précèdent ou suivent l'attaque :

« Dans tous les cas les malades s'endormaient très rapidement ; en une demi-minute, elles étaient profondément endormies. Chez l'une d'elles, l'arrivée du sommeil était si prompte qu'un jour à la visite, pendant qu'on était à son lit sur lequel elle se tenait assise sur son séant écoutant ce qu'on lui disait, tout à coup le sommeil la prit ; à l'instant même elle tomba sur le dos déjà endormie, et quelques secondes après elle ronflait de toutes ses forces.

« Ces femmes avaient un véritable sommeil, leur face n'offrait rien de particulier, leur respiration était normale, le pouls était à 60, la peau normale et les membres étaient flasques. »

On ne peut nier l'analogie avec le sommeil naturel et avec la maladie du sommeil. Si l'on veut bien remarquer que la forme de sommeil hystérique que nous étudions survient comme cette dernière, brusquement, n'a qu'une courte durée et se reproduit à intervalles peu éloignés, on nous accordera que la désignation de forme narcoleptique est parfaitement légitime. Mais cela demande explication, car nous ne sommes nullement d'accord avec les auteurs qui se sont occupés de la question sur le sens qu'il convient d'attribuer à la narcolepsie hystérique.

M. Gelineau croit la narcolepsie une névrose essentielle ou secondaire. La narcolepsie secondaire ou deutéropathique se rattache si bien aux névroses convulsives, entr'autres affections, qu'elle peut remplacer la forme primitive de la maladie et succéder aux crises hystériques par exemple. « Voilà donc une singulière névrose qui serait tour à tour symptomatique

FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE. 679

du diabète, d'une affection cardiaque ou même d'une autre névrose, de l'hystérie. Non ! la narcolepsie, puisque narcolepsie il y a, n'est pas une affection définie, encore moins une maladie ; c'est, nous le répétons, un symptôme qui a, nous le voulons bien, ses caractères propres, sa physionomie spéciale(1) » (Ballet). Pour M. Ballet, dans un certain nombre d'états morbides, entraînant soit des troubles circulatoires (affections cardiaques), soit un ralentissement du mouvement nutritif (diabète, obésité), soit une perturbation des fonctions nerveuses, hystérie), on peut observer à titre de phénomène clinique plus ou moins important, dominant parfois la scène, une tendance souvent invincible au sommeil qui se reproduit à intervalles inégaux, tantôt spontanément, tantôt sous l'influence de causes extérieures adjuvantes (émotions, etc.).

Nous n'avons pas la prétention de prendre part au débat et de trancher la question de savoir si la narcolepsie doit être envisagée comme une névrose ou comme un symptôme. Nous ne voulons voir dans la narcolepsie qu'un type clinique déterminé, se présentant toujours avec les mêmes caractères fondamentaux, à quelques variantes près. Qu'on en fasse un symptôme, un complexus symptomatique, une névrose, peu nous importe ; cette question de nosologie, assurément intéressante, est pour nous secondaire, car nous nous refusons à admettre : d'une part, que la narcolepsie hystérique de M. Gelineau soit une combinaison de la maladie du sommeil et de l'hystérie comme il le prétend ; d'autre part, que la narcolepsie puisse être un symptôme de l'hystérie. Autrement dit, *l'hystérie simule la narcolepsie*, mais ne crée pas plus la véritable narcolepsie qu'elle ne se combine avec elle. Nous sommes ainsi amené à faire le diagnostic différentiel de la narcolepsie, maladie de sommeil de Gelineau, d'avec la forme narcoleptique du sommeil hystérique.

Quels sont les symptômes communs ? Le début brusque, le réveil rapide, les bâillements, l'occlusion des paupières, l'abandon du corps, la nécessité de s'étendre de crainte de

(1) Ballet, *loco citato*.

tomber, mais non dans tous les cas ; nous avons su, par exemple, que notre malade était pris de son prétendu sommeil en marchant, que plusieurs fois il lui est arrivé de heurter les passants sans se réveiller, et de s'attirer ainsi toutes sortes de mésaventures. Il est, en effet, exceptionnel que les membres soient dans le relâchement complet ; sans doute ils paraissent être en résolution musculaire et retombent lorsqu'on les soulève ; ils finissent cependant par garder pendant quelques instants l'attitude qu'on leur donne si on insiste tant soit peu : en un mot ils présentent un certain degré d'hyrexpectibilité musculaire. Parfois même tout le corps est rigide, dans un état cataleptiforme. Or, rien de semblable ne s'observe dans la narcolepsie. Ce n'est pas tout. Les paupières sont animées de petites vibrations et ne se laissent écarter qu'avec la plus grande difficulté. Les globes oculaires sont convulsés en dedans, les dents serrées par un trismus qu'il est fort difficile sinon impossible de vaincre, les sourcils contractés et la fossette du menton creusée davantage. La respiration est loin d'être aussi calme qu'on le prétend. Qu'on lise nos tracés, on y verra des arrêts respiratoires de vingt-cinq secondes, de petites inspirations saccadées en série ou de larges inspirations subites, comme convulsives. Le pouls lui-même nous a paru irrégulier. Il n'y a pas de ronflement. Enfin nous avons signalé dans notre observation l'effet produit par la compression d'une zone hystérogène : immédiatement le corps décrit un arc de cercle, les membres deviennent rigides, un peu de mousse apparaît aux lèvres. En a-t-il jamais été ainsi dans la narcolepsie ? Qu'il y ait une certaine analogie, nous l'acceptons volontiers, d'autant plus que nous avons vu décrire sous le nom de narcolepsie, des exemples indiscutables de sommeil hystérique ; mais il n'y a pas identité.

Pour peu qu'on analyse les symptômes, on s'aperçoit qu'il existe des différences si profondes qu'il n'est pas permis de confondre ces deux espèces de sommeil.

M. Charcot insiste volontiers sur ce fait qu'en cherchant à hypnotiser avec les procédés habituels, on développe parfois une véritable attaque hystéro-épileptique. Chacun faisant

FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE. 681

l'attaque à sa façon, tel sujet passera successivement par toutes les phases de la grande attaque, tandis que tel autre entrera presque d'emblée dans une sorte d'état somnambulique où le délire et les attitudes passionnelles joueront le plus grand rôle (*Leçons du mardi*), et qu'un troisième aura, par exemple, une crise de sommeil sans phénomène convulsif prémonitoire. Dans ces conditions, l'observateur non prévenu et peu au courant de ces données pourra, sans y prendre garde croire à la léthargie si les membres sont dans la résolution, à la catalepsie s'ils sont en rigidité. Hâtons-nous de dire que rien n'est plus aisé de distinguer les différents états du grand hypnotisme du sommeil hystérique. L'excitabilité musculaire de certains dormeurs n'est pas plus comparable à l'excitation neuro-musculaire de la léthargie que l'état cataleptiforme qu'ils présentent parfois n'est comparable à la véritable catalepsie ; enfin la contracture somnambulique fait, bien entendu défaut. Ajoutons à ces signes d'ordre négatif les vibrations des paupières, le strabisme, le trismus, etc., et l'on comprendra que l'erreur ne peut avoir lieu.

IV

« Le sommeil hystérique est une attaque hystéro-épileptique modifiée » (Charcot). — Bien que les manifestations habituelles de l'aura puissent apparaître (agacement, lourdeur de tête, sensation et boule montant à la gorge, strangulation, battements dans les tempes, sifflements dans les oreilles, rougeur de la face), il est incontestable qu'elles sont moins fréquentes au début de l'attaque de sommeil de forme narcoleptique, qui surprend souvent à l'improviste, qu'au début de la forme commune. — Une autre différence la sépare encore de celle-ci, c'est l'absence des phénomènes convulsifs nettement dessinés, de première période. S'ils existent, ils sont réduits à leur plus simple expression et il faut les voir dans les quelques phénomènes spasmodiques (bâillements, inspiration profonde saccadée) qu'on observe au commencement de la crise.

Au cours de l'attaque, le prétendu sommeil, d'apparence si calme, cache souvent un délire intérieur que trahissent seuls la contraction des traits, le frémissement des membres, une plainte qui s'échappè par instants. Parfois, comme dans l'observation I, le délire se poursuit pendant la plus grande partie de la crise et le malade, en proie à des hallucinations de la vue ou de l'ouïe, parle, cause avec des amis, où s'occupe de ses travaux journaliers. Il est facile de modifier son délire en impressionnant les sens. Le chloroforme lui rappelle une opération chirurgicale à laquelle il a assisté ; il entend le bourdon de Notre-Dame si l'on frappe sur un gong ; il voit du sang, un incendie si l'on met un verre rouge devant ses yeux, etc. Mais, sans cause apparente ou sous l'influence d'une hallucination terrifiante (vue du feu) le délire est dans certains cas, interrompu par une petite attaque épileptoïde avec arrêt respiratoire en inspiration profonde, turgescence de la face, convulsion des yeux, grincement des dents, écume à la bouche, tétanisme du membre et du tronc. Au bout de une ou deux minutes tout cesse, le calme revient.

Il est rare que le sujet garde la conscience de ses actes et conserve intact le souvenir des faits ou des paroles dont il a été le témoin pendant le sommeil. Notre malade est particulièrement intéressant à ce point de vue. Il lui arrive assez souvent, surtout vers la fin de l'attaque, d'entendre tout ce que l'on dit autour de lui ; il voudrait ouvrir les yeux, remuer les membres ; ses efforts sont vains et il attend avec impatience qu'on le réveille complètement.

Nous en avons assez dit pour démontrer que l'attaque de sommeil dans sa forme narcoleptique était bien une sorte « d'équivalent d'attaque spasmodique » (Charcot). Nous pourrions encore, au besoin, fournir une preuve expérimentale en provoquant l'attaque de sommeil. Par ce moyen on peut rendre plus saillants, plus manifestes, certains caractères qui se présentent à l'état fruste dans l'attaque du sommeil spontané. Nous voulons parler des phénomènes qui appartiennent à la période épileptoïde, à la période de clownisme. A peine avons-nous comprimé une zone hystérogène que ces phénomènes

FORME NARCOLEPTIQUE DE L'ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE. 683

apparaissent pour céder la place, après une ou deux minutes, à la pseudo-narcolepsie, et cette pseudo-narcolepsie provoquée ne se distingue en rien de la pseudo-narcolepsie spontanée.

L'attaque de sommeil dure de quelques secondes, de quelques minutes à plusieurs heures ; entre cette forme et la forme commune qui dure vingt-quatre, quarante-huit heures et plusieurs jours, il existe tous les intermédiaires. On conçoit qu'il existe des cas mixtes.

Les crises narcoleptiques se répètent avec une fréquence qui varie dans des limites fort étendues : tel sujet a une, deux attaques par jour à des intervalles plus ou moins rapprochés, tel autre en a dix ou quinze. Le malade qui fait le sujet de l'observation II et qui fut presque en état de mal permanent pendant près de deux ans, en avait jusqu'à deux cents par vingt-quatre heures.

« Un réveil qui se faisait comme celui du sommeil ordinaire, les malades n'éprouvaient aucun malaise, mais elles n'avaient pas connaissance de ce qui venait leur arriver ». Cette opinion de Briquet est plus exacte pour la forme narcoleptique, que pour la forme commune, où, comme l'ont montré MM. Bourneville et Regnard, l'attaque de sommeil se termine par une attaque convulsive, ou bien par des rêves, des pleurs, de l'excitation. Néanmoins les malades se plaignent quelquefois d'une certaine fatigue, de pesanteur de tête.

Que devient le sommeil normal de la nuit chez ces malades ? Il est assez difficile de le dire, la plupart des observations ne fournissant aucun renseignement à cet égard. Tout ce que nous savons, c'est que Louis Dem... (obs. I), que nous avons fait surveiller et que nous avons surveillé nous-même, s'endort avec tous les signes du sommeil hystérique, qu'il a souvent des accès de somnambulisme nocturne et qu'enfin au matin il éprouve fréquemment un violent mal de tête qui se dissipe dans la journée. En est-il toujours ainsi ? Nous n'oserions l'affirmer. C'est un point à éclaircir ; il est même probable qu'il existe de grandes variations d'un sujet à l'autre.

Les attaques de sommeil de forme narcoleptique n'entraî-

ment pas un pronostic grave. Toutefois, par leur répétition, elles mettent généralement le malade dans l'impossibilité de gagner sa vie et font de lui, temporairement au moins, un véritable infirme. On sait quand elles commencent, mais on ne sait quand elles finissent. Nous avons vu à plusieurs reprises les attaques se prolonger pendant plus de deux ans. La durée relativement courte de chaque crise permet une alimentation à peu près régulière et l'on n'a pas à craindre la profonde dénutrition relative qu'entraîne la léthargie prolongée. (Mém. de Gilles de la Tourette et Cathelineau).

Doit-on réveiller un dormeur hystérique ? Il est bien entendu qu'il est parfois nécessaire, indispensable même de le faire. Il suffit pour cela de le secouer vigoureusement, de lui souffler sur les yeux ou d'exercer une compression un peu forte sur un point hystéro-frénateur ; mais on n'y réussit pas toujours et dans bien des cas c'est peine perdue, le malade en instance d'attaque permanente retombe bientôt dans un nouveau sommeil. Mieux vaut donc traiter la grande névrose, surveiller les fonctions digestives d'ordinaire imparfaites et conseiller les ferrugineux et les pratiques hydrothérapiques qui rendront de grands services contre l'état anémique ou chloro-anémique des sujets et exerceront une heureuse influence sur les accidents nerveux.

CONCLUSIONS.

- 1° A côté de la forme commune et de la grande forme léthargique de sommeil hystérique, il en existe une autre qui par ses analogies avec la maladie du sommeil, mérite le nom de forme narcoleptique.
- 2° Cette forme est aux précédentes, ce que l'attaque est à l'état de mal hystéro-épileptique.
- 3° Il existe entre elle et la forme commune tous les intermédiaires.
- 4° Les manifestations nerveuses antérieures et actuelles de nature hystérique (attaques, stigmates), les caractères de la

crise de sommeil permettent de la distinguer aisément de l'épilepsie, de la narcolepsie et des « sommeils propres à certaines formes de la névrose hypnotique ». (Charcot.)

NOTES CLINIQUES SUR LE MAL PERFORANT,

PAR MM.

TUFFIER,
Professeur agrégé,
Chirurgien des hôpitaux.

ET

A. CHIPAULT,
Aide d'anatomie,
Interne des hôpitaux.

(Suite et fin.)

Le cas suivant est un exemple frappant de l'intérêt qu'offre l'analyse des troubles sensitifs dans les maux perforants. Il s'agit d'un malade dont nous primes l'observation en 1889, dans le service du prof. Trélat et qui présentait des troubles trophiques multiples des membres inférieurs (arthropathies, dystrophies unguéales, maux perforants voir figure 4) de l'atrophie musculaire des mains et des avant-bras, des altérations remarquables de la sensibilité. La distribution et la dissociation de celle-ci nous firent diagnostiquer une syringomyélie et c'est avec ce titre que l'histoire de L... fut publiée par nous dans la thèse de Brühl. Le 27 février 91, à la Société médicale des hôpitaux, M. Rendu résumant l'observation de ce malade qu'il avait eu récemment dans son service paraissait accepter ce diagnostic. D'autre part, MM. Babinski et Thibierge se rattachèrent à celui de lèpre, antérieurement porté par M. Leloir « sans hésitation » et par M. Charcot « avec quelques réserves ». Thibierge (1) rappela qu'il est fort rare dans la syringomyélie de voir les troubles trophiques cutanés prédominer aux membres inférieurs; il ajouta que la dissociation syringomyélique des troubles sensitifs a été observée dans un certain nombre de cas de

(1) Bulletins et mémoires, p. 95 et Thibierge: Un cas de lèpre systématisée nerveuse avec troubles sensitifs se rapprochant de ceux de la syringomyélie, id., p. 21 (séance du 13 mars 91).