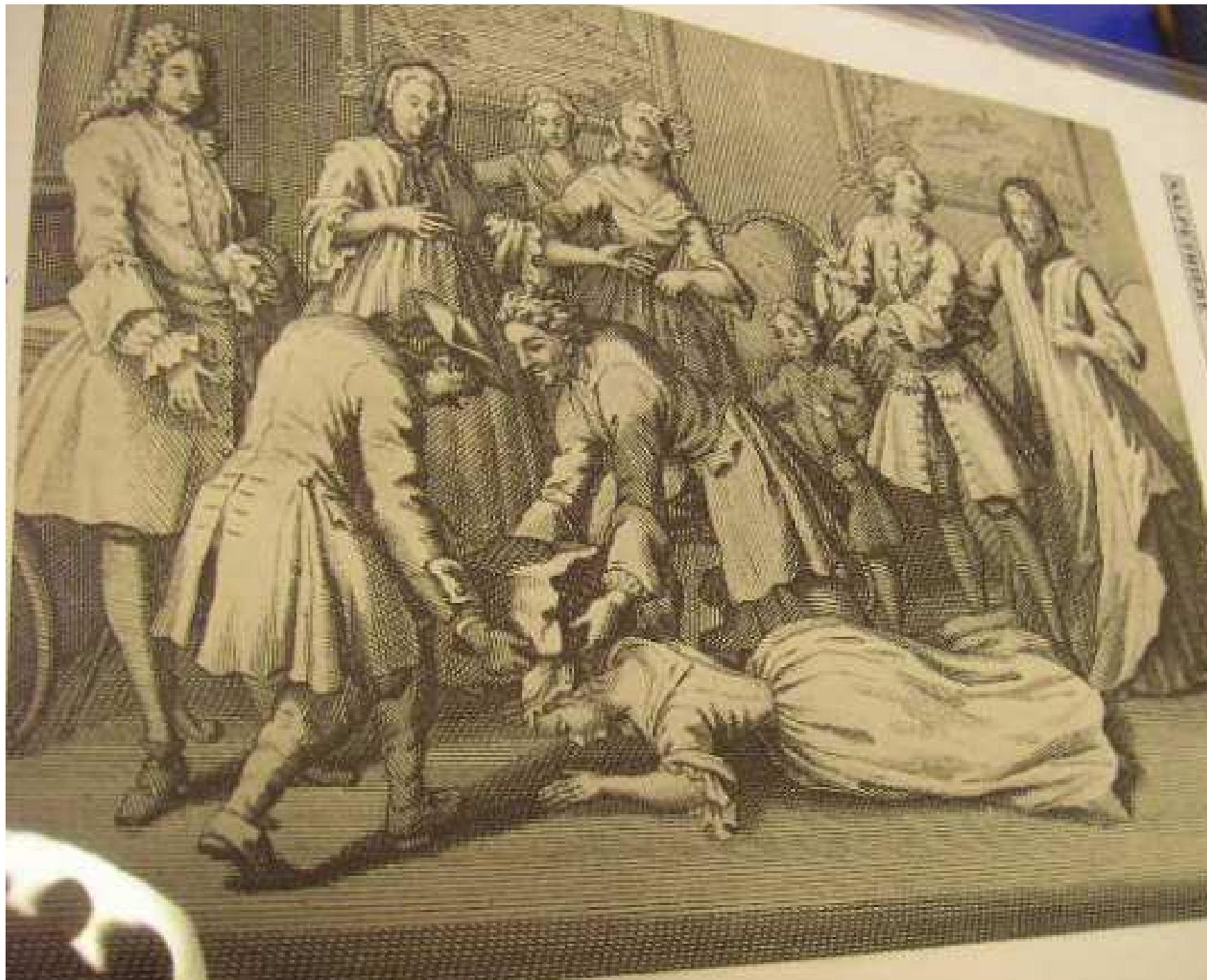


Simuler ?

Pour quoi faire?





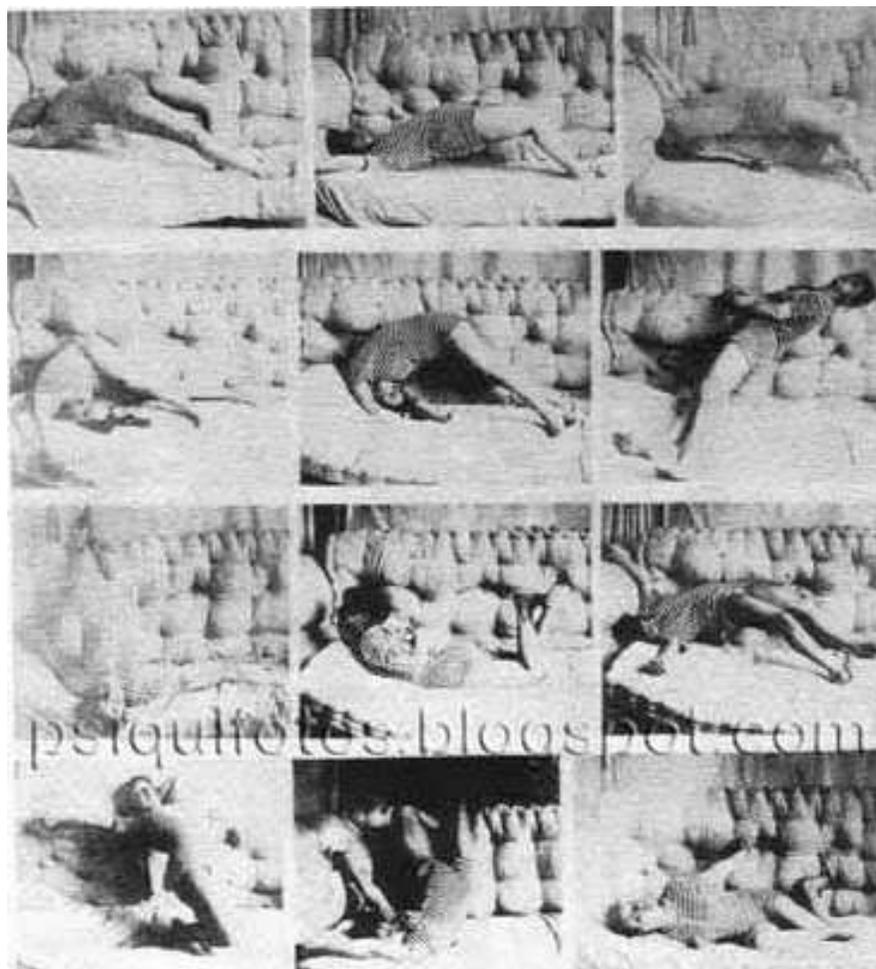


p legato sa.

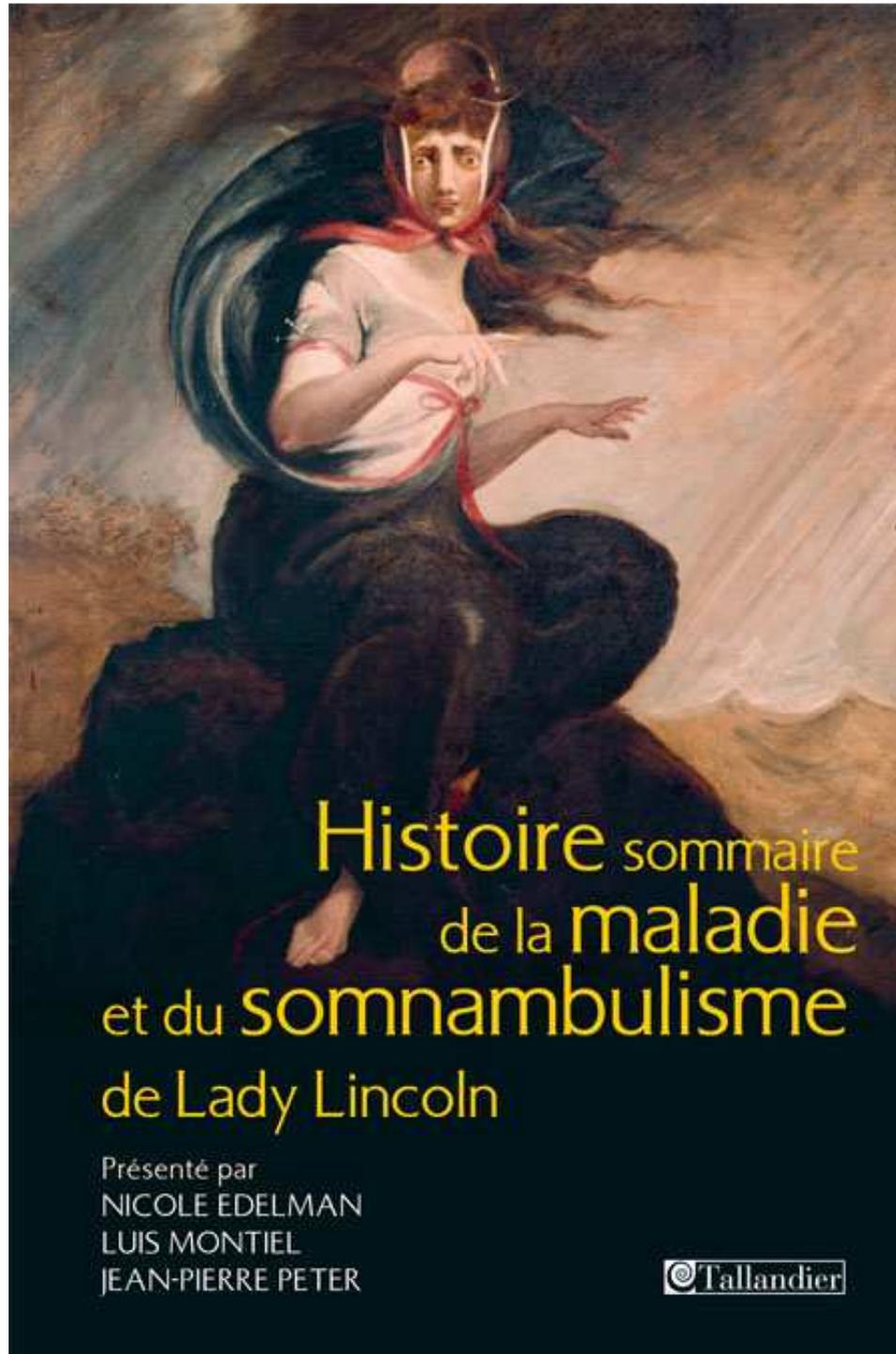
B2. *mp*

B3.

Iconografía fotografica del Grande Isterismo-Istero-Epilessia. Rummo,
1890.







Histoire sommaire
de la maladie
et du somnambulisme
de Lady Lincoln

Présenté par
NICOLE EDELMAN
LUIS MONTIEL
JEAN-PIERRE PETER

©Tallandier



Dr David Koreff (1783-1851)



Suzanne N..., dans une série d'attaques que nous avons occasion d'observer le 28 juin 1879, présente une suite d'*attitudes illogiques* qui à chaque



Fig. 44. — Contorsion. — Arc de cercle.

attaque se reproduisent dans le même ordre et de la même façon. Ces attitudes illogiques sont au nombre de trois.



Fig. 45. — Contorsion.

Après une *première période* épileptoïde fort bien marquée par la roideur tonique, la congestion de la face avec écume aux lèvres et les mouvements cloniques généralisés, survient la *deuxième période* qui débute par les

Période clonique. Elle offre deux variétés qui, quelquefois, se succèdent dans la même attaque.

a) Mouvements cloniques des membres, pour ainsi dire sur place; — de la tête qui bat l'oreiller ou est secouée de gauche à droite et réciproquement; la rougeur de la face

disparaît peu à peu, malgré la rapidité des mouvements.

b) L... ouvre largement la bouche, tire la langue, se porte rapidement du bord du lit au milieu en criant : oué ! oué... ! *Le corps se courbe en arc (Fig. 4)*, ne repose plus que sur la nuque et les pieds; les cheveux sont en désordre,



Fig. 4.

le cou est tendu, les bras sont allongés et contracturés. Après avoir gardé cette position — que nous avons déjà signalée chez plusieurs malades — pendant un temps plus ou moins long, L... s'assoit puis retombe brusquement sur son lit et cela à 5, 6... 10 reprises différentes. En même temps, les bras et

les jambes sont animés de grands mouvements cloniques de flexion et d'extension.

Nouveau repos.

Période de délire. L... s'assoit à demi, un peu de côté, les cheveux rejetés en arrière; la physionomie exprime la

ture, qui persiste souvent, gêne les mouvements de la malade. On la voit sourire, appeler un être imaginaire ou lui faire la grimace, lui



FIG. 94. — Contorsion. Attaque démoniaque.



FIG. 95. — Contorsion. Attaque démoniaque.

cracher au visage, pendant que ses membres sont diversement im-



Planche XV.

DÉBUT DE L'ATTAQUE

CRI



pied-bot équin tournés en dedans ou en dehors. (Pl. II. p. 41.)

Le tronc, raidi comme une barre de fer, repose sur le dos ou sur l'un des côtés; il est fréquemment courbé en arrière comme dans l'opisthotonos.



Fig. 22. Phase tonique. Attitude tétanique.

Telle est l'attitude qui paraît la plus commune, mais elle peut varier beaucoup.



Fig. 23. Phase tonique. Attitude tétanique.

Le tronc et les membres, diversement fléchis ou étendus, peuvent donner aux malades les positions les plus imprévues et les plus bizarres, que l'on serait tenté de confondre avec les con-

(fig. 17). Le moulinet s'exécute parfois en plusieurs temps, et le bras demeure un moment élevé au-dessus de la tête avant de redescendre (fig. 18). Les jambes non seulement se fléchissent, mais s'élèvent et se croisent diversement. Parfois elle se trouve ramassée en boule et fait un tour complet sur elle-même. (Fig. 19.)



Fig. 19. Phase tonique. Grands mouvements toniques. La malade se trouve ramassée en boule et fait un tour complet sur elle-même.

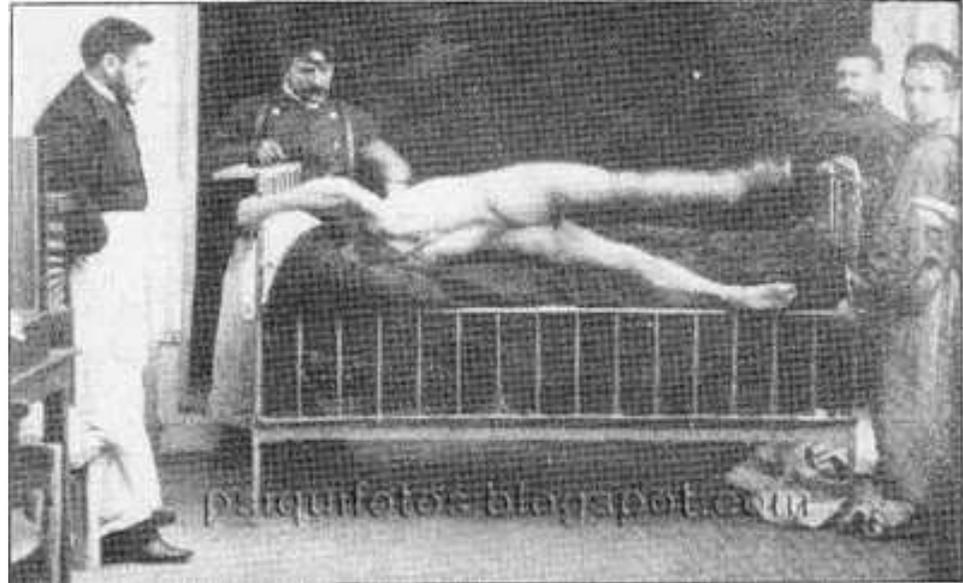
Si nous avons décrit aussi longuement ce commencement de la phase tonique, ce n'est pas sans quelque raison ; car bien que cette partie de la phase puisse être très courte et même ne pas exister du tout, il n'en est pas moins vrai qu'elle paraît spéciale à l'hystéro-épilepsie et que son extension explique l'aspect effrayant que revêt une des variétés de l'attaque hystéro-épileptique que nous étudierons plus loin, je veux parler des attaques démoniaques.

b). — Phase tonique avec immobilisation. (Pl. II, p. 41.)

Après les convulsions toniques, la malade se trouve bientôt immobilisée par la tétanisation musculaire portée à son comble. Ce moment est marqué sur nos tracés par une ligne droite, un plateau qui est le point culminant de toute la courbe.

La position de la malade ainsi immobilisée est variable, le plus souvent elle est dans l'extension complète et le décubitus dorsal.

La tête est renversée en arrière, le cou gonflé au plus haut degré, les veines y dessinent des cordes saillantes. Il est fortement



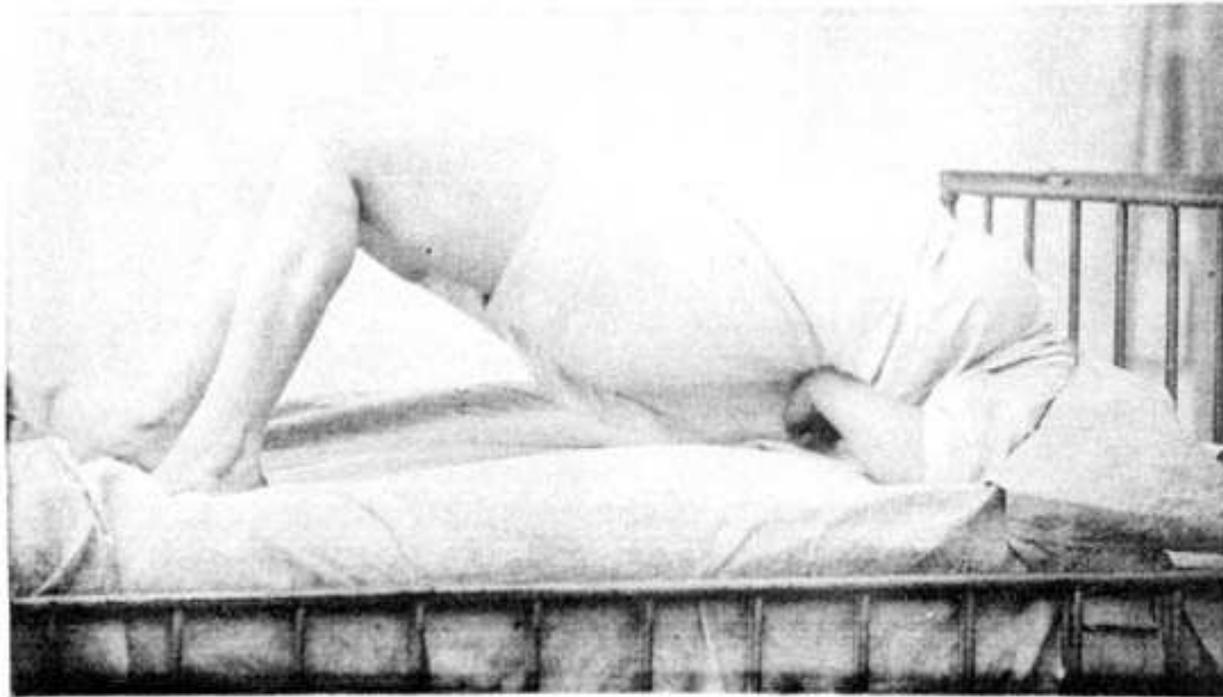


Planche III.

ATTAQUE HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUE
ARC DE CERCLE

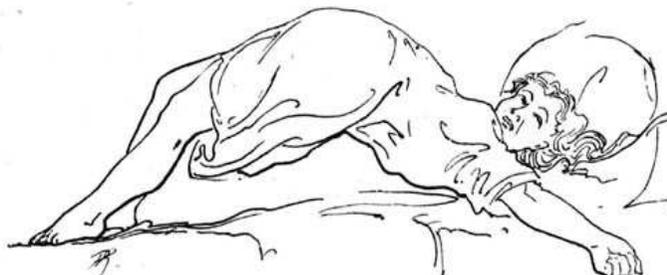


Fig. 36. Contorsion. — Arc de cercle incomplet.

Enfin, au lieu d'être courbé en arrière, le corps se fléchit, formant un arc de cercle anguleux à concavité antérieure¹.



Fig. 37. Contorsion. — Arc de cercle, la malade reposant sur le côté.

Parmi toutes ces variétés qui peuvent se multiplier encore, on reconnaît facilement que l'*arc de cercle* est caractérisé au

1. Il est facile de ramener toutes ces variétés de l'arc de cercle à plusieurs types principaux que l'on pourrait désigner ainsi : 1° La malade étant courbée en arrière (opisthotonos), et par là même le plan *antérieur* du corps formant la convexité de l'arc, le décubitus peut être dorsal (fig. 35), c'est l'*arc de cercle antérieur dorsal ou droit*; le décubitus peut être latéral (fig. 37), c'est l'*arc de cercle antérieur latéral*; ou bien enfin le décubitus est abdominal (fig. 46), c'est l'*arc de cercle antérieur abdominal ou renversé*. 2° Si, au lieu d'être courbée en arrière, la malade est courbée en avant (emprosthotonos), le plan *postérieur* du corps forme la convexité de l'arc, et l'on peut désigner cette attitude sous le nom d'*arc de cercle postérieur* (fig. 45), qui est susceptible des mêmes variétés suivant que le décubitus est *dorsal, abdominal* ou *latéral*. 3° Enfin, bien que nous l'ayons observé moins souvent, la malade peut être courbée sur le côté (pleurothotonos), et cette attitude peut se combiner avec le décubitus dorsal ou abdominal. Chacune de ces variétés peut être complète ou incomplète.

milieu de la contracture généralisée des muscles par la prédominance d'action des extenseurs sur les fléchisseurs, et se rapproche en cela de l'opisthotonos. On ne saurait cependant confondre la contorsion hystérique avec l'attitude tétanique. Et il suffira de

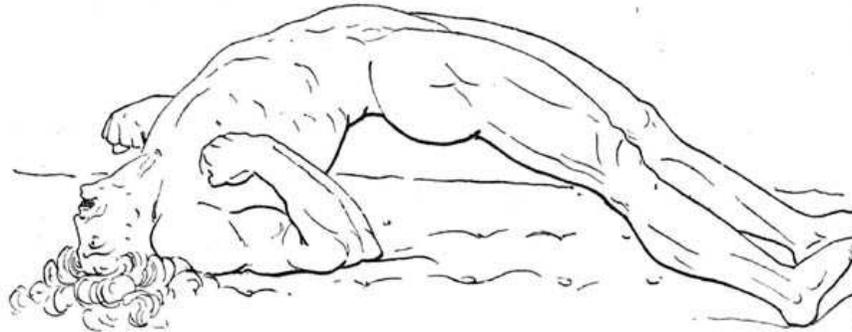
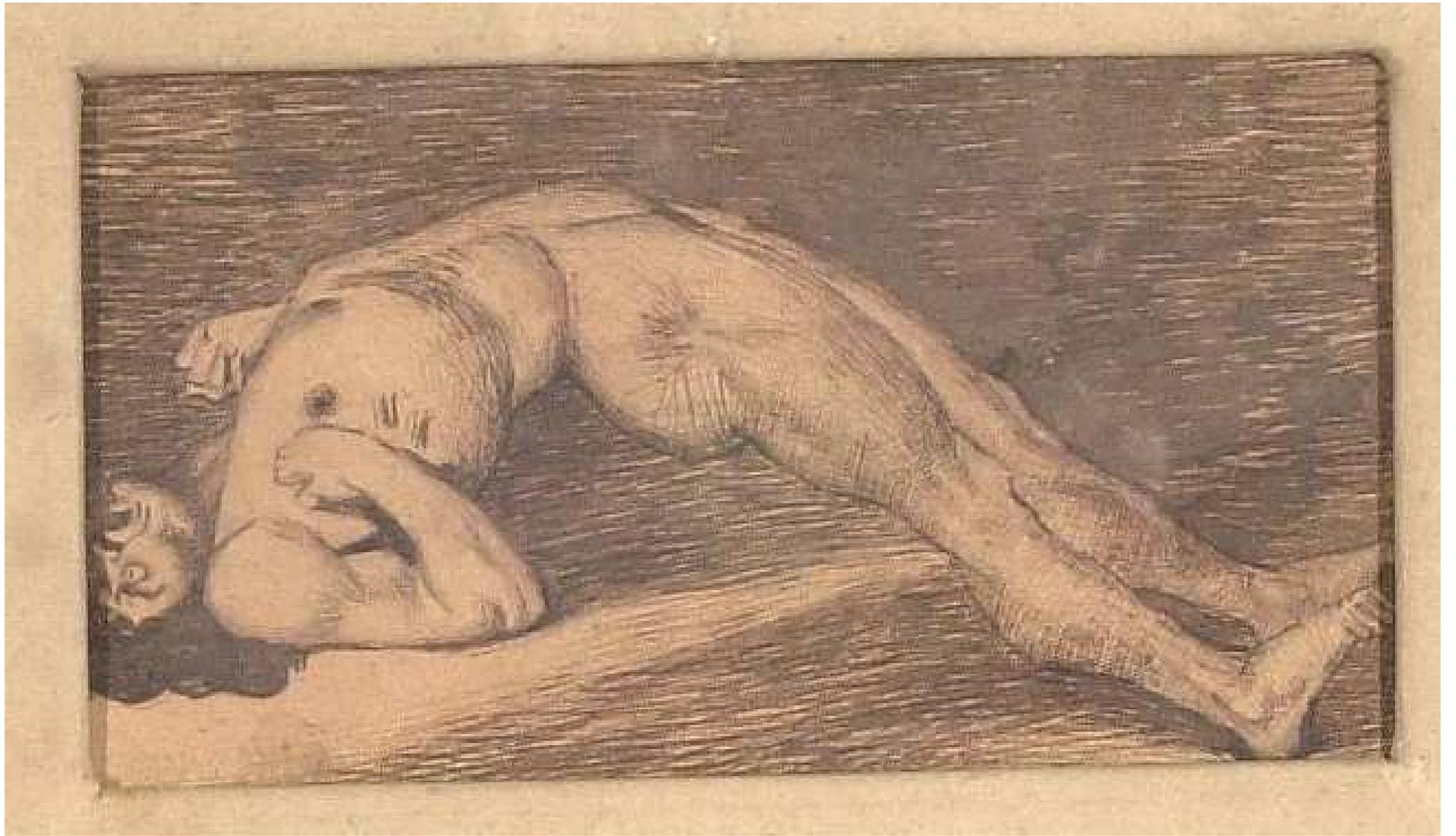


Fig. 38. Véritable opisthotonos, d'après Ch. Bell. L'esquisse originale est au collège des chirurgiens d'Édimbourg. «J'ai pris ce dessin sur des soldats blessés à la tête à la bataille de Coronne. Trois hommes étaient semblablement atteints et dans un espace de temps assez court présentèrent les mêmes symptômes, de sorte que le caractère de l'affection ne pouvait être méconnu.» (*The anatomy and philosophy of expression as connected with the fine arts.* By sir Charles Bell. — London, 1872.)

jeter un coup d'œil sur la figure 38 pour en saisir les principaux caractères différentiels. Cette figure est le décalque minutieux d'un dessin du célèbre médecin anglais Charles Bell représentant un soldat atteint d'opisthotonos à la suite d'une blessure à la tête. On remarquera particulièrement la contracture de la face et le rictus spécial sur lequel tous les auteurs qui ont traité du tétanos ont insisté, et que Ch. Bell a si bien représenté sur son dessin.

Dans l'arc de cercle hystérique, bien que les mâchoires soient fortement serrées l'une contre l'autre, les traits sont le plus souvent sans expression. La contracture de la face et la distorsion des lignes du visage qui en résulte, se rencontrent plutôt dans les autres variétés de contorsions.

La courbure du tronc diffère peu dans les deux cas. Mais la dépression abdominale, qu'on observe sur le dessin de Ch. Bell, s'éloigne beaucoup de la tympanite qui soulève les parois du ventre



Albert Londe

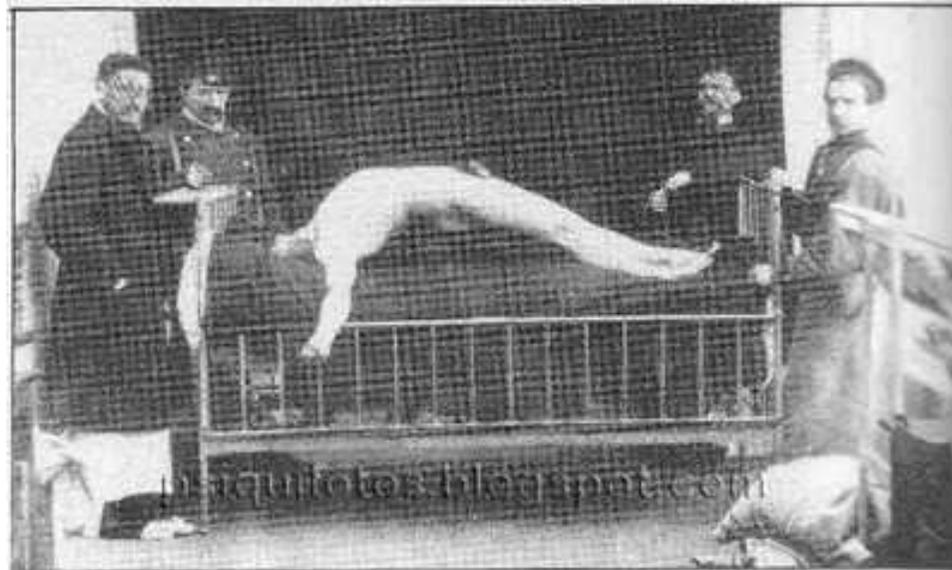








Planche XXIX.

HYSTÉRO-EPILEPSIE

CONTRACTURE



Plaque IX.

CATALEPSIE
ATTITUDE PROVOQUÉE.



1. Verre jaune.



2. Verre vert foncé.



3. Verre bleu.



4. Verre bleu.



5. Cloche.



6. Chloroforme.



7. Camphre.



8. Froid.

Attitudes obtenues dans la catalepsie sous l'influence de diverses excitations.

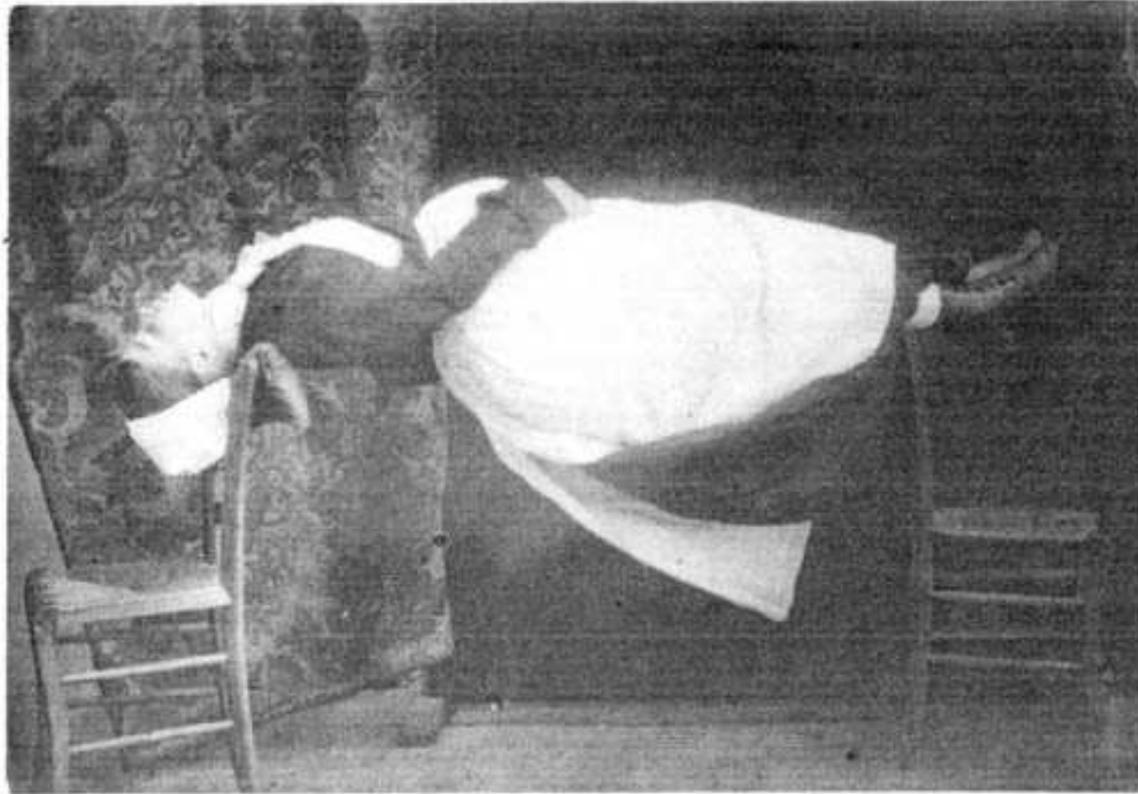


Planche XIV.

LÉTHARGIE
HYPEREXCITABILITÉ MUSCULAIRE

Louise Bourgeois

