

rétractions fibro-tendineuses (V. *Troubles moteurs*), des lésions osseuses, la chute des dents, etc.

A l'exception de l'atrophie musculaire et des rétractions fibro-tendineuses qui peuvent exister comme accidents secondaires, la nature hystérique de ces troubles trophiques est des plus discutables. « Il est vrai, disent Dutil et Laubry, que des expériences anciennes sembleraient prouver la possibilité de provoquer ou de guérir ces troubles par suggestion, et c'est là, on s'en souvient, le caractère des accidents pithiatiques. Mais ces expériences n'ont peut-être pas été conduites avec toute la rigueur désirable. En effet, elles ont été reprises récemment par M. Babinski sur de grandes hystériques hypnotisables, dont l'une, en particulier, avait été autrefois l'objet de recherches identiques, couronnées de succès remarquables. Or, il lui a été impossible de reproduire par suggestion des troubles de ce genre, lorsque les sujets étaient soumis à une surveillance rigoureuse et mis à l'abri de toute action physique pouvant déterminer des altérations cutanées. » Aussi ces deux auteurs n'hésitent-ils pas à retrancher complètement ces troubles trophiques de l'hystérie. Il est bien difficile de faire ainsi table rase de toutes les observations qui ont été publiées à cet égard; néanmoins il est évident que tout ce qui se présente chez un sujet hystérique n'est pas nécessairement de nature hystérique et que des manifestations de cet ordre ne doivent être mises sur le compte de la névrose qu'avec beaucoup de réserve.

**Fièvre hystérique.** — Il est difficile de ne pas faire les mêmes réflexions à propos de la fièvre hystérique, admise par les uns, niée par les autres. Elle s'observe surtout chez la femme à la suite d'émotions, de l'impression produite par le spectacle de certaines maladies fébriles notamment. Tantôt monosymptomatique, tantôt associée à des attaques convulsives ou à des phénomènes simulant une affection viscérale, elle présente de grandes variétés de forme (continue, rémittente, intermittente) et de durée; elle serait due à un trouble fonctionnel des centres thermogènes.

Il est plus vraisemblable de rapporter ce symptôme, quand il ne s'agit pas d'une supercherie, à une affection organique latente ou méconnue. Son étiologie même ne suffit pas pour indiquer sa nature, car, comme le fait observer Bernheim, « si une émotion morale produit de la fièvre pendant un ou plusieurs jours, cette fièvre souvent accompagnée d'anorexie, céphalalgie, embarras gastrique, n'est pas forcément, en raison de son origine émotive, d'essence nerveuse »; car notre organisme loge de nombreux microbes qu'une dépression organique due à une émotion, un traumatisme, peut rendre virulents et pathogènes.

**Troubles viscéraux. — Appareil circulatoire.** — L'angine de poitrine (V. plus haut), les palpitations, la tachycardie, l'arythmie sont seules à signaler. Les accidents cardiaques intermittents, mis sur le compte d'un spasme des muscles valvulaires, ont encore besoin d'être confirmés.

**Appareil respiratoire. — Aphonie hystérique.** — Le malade peut chuchoter, articuler des mots, mais est dans l'impossibilité de parler à voix haute. La voix est conservée dans le sommeil et même dans le chant; au laryngoscope on ne trouve aucune paralysie des cordes vocales. L'aphonie débute brusquement, après une émotion, une attaque convulsive, une inflammation locale,

dure parfois des mois et des années et disparaît souvent non moins brusquement. Elle peut coexister avec du spasme laryngé, du cornage, de la dyspnée (V. *Attaque de spasmes*).

**Spasmes respiratoires.** — Sous ce nom, on réunit une série d'accidents paroxystiques, très variables, mais surtout remarquables par leur caractère rythmique et qui sont plutôt assimilables à des *tics* qu'à des spasmes. La *toux hystérique* (Lasègue) est un des plus fréquents. Elle apparaît surtout chez des jeunes filles à l'occasion d'une émotion, d'une maladie organique, quelquefois par imitation. Elle se montre à intervalles variables, quelquefois à heure fixe, sous forme de secousses groupées, séparées par des intervalles égaux, et cesse pendant le sommeil. Elle se complique parfois de paroxysmes avec secousses incessantes de toux violente, pouvant être précédées d'aura et être suivies de convulsions, d'émission d'urines claires. Il n'existe ni dyspnée, ni sécrétions, ni signes stéthoscopiques. Monosymptomatique ou associée à d'autres manifestations, la toux hystérique est souvent très tenace. Dans des cas plus rares, la toux éclate par accès sous forme de quintes coqueluchoïdes avec spasmes du diaphragme, de la glotte et reprise inspiratoire sifflante.

D'autres troubles respiratoires sont encore à signaler, les uns accompagnés de bruits laryngés : hoquet (durée de quelques jours, récurrences possibles), reniflement, bâillements (par accès ou continus, avec interruption pendant le sommeil), éternuement, rire, émission involontaire de paroles articulées, aboiement, hurlements, grognements, miaulements, mugissements, etc., les autres ne se traduisant que par des modifications de rythme et d'amplitude de la respiration (spasme ou paralysie de muscles respiratoires, du diaphragme, par exemple). Ces modifications de rythme pourraient se montrer en dehors de toute paralysie ou contracture musculaire, comme dans le cas d'accélération de la respiration, rapporté par Charcot, qui survenait par accès, disparaissait pendant le sommeil, et ne s'accompagnait ni d'anxiété, ni de dyspnée proprement dite.

Il est bien difficile de continuer à décrire, comme des phénomènes hystériques, des troubles respiratoires avec signes stéthoscopiques et des *hémoptysies* que l'on rapportait tantôt à une hémorragie supplémentaire des règles, tantôt à des troubles vaso-moteurs. « Il s'agit tantôt de phénomènes vaso-moteurs provoqués par une cause occasionnelle banale, tantôt, et c'est de toute probabilité dans la majorité des cas, d'une tuberculose latente; il est logique d'admettre que, chez un hystérique tuberculeux, la fatigue même de la crise peut provoquer une hémoptysie. » (Dutil et Laubry.)

**Appareil digestif.** — La *sialorrhée* peut exister comme phénomène prémonitoire aux crises ou en dehors de toute attaque. Sa durée est excessivement variable. La sialorrhée soulève les mêmes réserves que toutes les hémorragies hystériques en général.

L'*aérophagie hystérique* (Bouveret) consiste en une série de trois ou quatre mouvements de déglutition brusques, convulsifs, très sonores, se reproduisant après une courte pause au nombre de 40 à 60 par minute. Chaque accès dure 2 à 5 minutes, séparé par des périodes de calme de même durée. (V. *AÉROPHAGIE*.)

Le spasme permanent du conduit pharyngo-œsophagien ou *œsophagisme* (v. c. m.) est assez fréquent. Les aliments sont rendus presque aussitôt, ou ne



progressent qu'au prix d'efforts très douloureux. Le spasme permet parfois le passage de certaines catégories d'aliments; quand il empêche toute alimentation, il devient un accident grave. Sa durée est variable; souvent il disparaît brusquement, mais il est sujet à des récives.

Dans les *vomissements hystériques*, les aliments sont déglutis, mais ils sont rejetés immédiatement sans effort et sans douleur. Tantôt intermittent, tantôt permanent, le vomissement hystérique peut durer des mois et des années. Généralement, il se fait des sélections alimentaires, et les matières ingérées ne sont pas rendues en totalité; néanmoins la dénutrition aurait été, dans quelques cas, assez intense pour entraîner la mort. (V. VOMISSEMENTS.) Quelquefois les phénomènes douloureux prennent une importance toute spéciale (*gastralgie* ou *gastrodynie*); la douleur apparaît surtout après l'ingestion des aliments, qui sont rejetés de suite. Dans les cas graves, l'intolérance est complète, l'appétit est conservé, mais la crainte de la douleur empêche toute alimentation.

L'*anorexie* (Lasègue, Gull) peut se rencontrer comme phénomène primitif, en dehors de tout vomissement et de toute douleur. Ordinairement monosymptomatique, elle se voit surtout chez des femmes de 12 à 25 ans; elle serait l'apanage des sujets chez lesquels l'hystérie et la dégénérescence sont associées. La malade réduit progressivement son alimentation; elle garde d'abord un bon état général et fait preuve d'une activité plutôt exagérée. Puis apparaissent des troubles de dénutrition et un amaigrissement qui peut atteindre des proportions extravagantes. La terminaison fatale est possible si on n'intervient pas (séparation de la famille, psychothérapie, gavage). Il n'est d'ailleurs pas certain que cette perversion mentale soit réellement imputable à l'hystérie (V. ANOREXIE, SITIOPHOBIE).

La *tympanite hystérique* débute soit brusquement, soit insidieusement sous forme d'un météorisme qui, d'abord passager, devient ensuite permanent. Elle est tantôt généralisée, tantôt localisée; la percussion donne un son tympanique, mais la tonalité se modifie par la surdistension au point de simuler la matité. La tympanite s'accompagne souvent d'hyperesthésie de la peau, de dyspnée par refoulement du diaphragme; elle pourrait disparaître brusquement ou sous chloroforme sans émission gazeuse. A ce phénomène, dont il est difficile de préciser le mécanisme, se rattachent les syndromes décrits sous les noms de *pseudo-péritonite hystérique* (sans fièvre), de *fausse grossesse* ou *grossesse nerveuse* (suppression des règles, sérosité lactescente dans les seins). Enfin, dans quelques cas, on pourrait observer un ensemble de symptômes simulant une *appendicite* ou une *obstruction intestinale* (vomissements fécaloïdes discutés).

Le *spasme ano-rectal* avec constipation et vives douleurs a été également signalé.

L'étude du *chimisme gastrique* a donné des résultats contradictoires; pour Dutil et Laubry, ses modifications traduiraient toujours une affection stomacale associée. Il en serait de même de l'*hématémèse* dite hystérique, qui s'accompagnerait d'une vive douleur épigastrique avec irradiations dans le dos, de ballonnement de la région de l'estomac, de palpitations, d'angoisse précordiale, d'éblouissements, etc. La statistique de Gilles de la Tourette trouvant 6 hystériques sur 18 sujets atteints d'ulcère de l'estomac ne saurait servir « à établir

un lien de causalité entre les deux affections, mais bien un rapport de coïncidence. Qu'on y joigne la possibilité, la facilité de la simulation, la fréquence de ces hémorragies gingivales, dégluties ou non, mais qu'un examen superficiel, favorisé par les dires du malade, fait prendre pour une hématémèse franche, et on demeurera convaincu que de tels symptômes, survenant dans l'hystérie, ne pouvant être provoqués par la suggestion, ne doivent pas être attribués à l'hystérie. » (Dutil et Laubry.)

**Appareil génito-urinaire.** — Une partie des manifestations hystériques portant sur ces organes a déjà été signalée à propos des troubles de la sensibilité: hyperesthésie et spasme de l'urètre, hyperesthésie de la vessie, de l'ovaire, de l'utérus, du vagin, du testicule, etc.

La *polyurie*, qui s'observe comme phénomène transitoire après les attaques, peut devenir permanente. Elle se voit, en général, chez les hommes. Le mode de début, brusque ou insidieux, la fréquence des mictions, la quantité des urines (25 à 50 litres, Mathieu) sont variables. L'urée et les autres éléments sont excrétés en proportion normale. Bien qu'il existe de la polydypsie et parfois de la polyphagie, les malades maigrissent et perdent leurs forces. « Babinski a montré que la suggestion hypnotique peut faire varier la quantité d'urine. Il s'agit là d'un accident grave et souvent rebelle qui dépend bien de l'hystérie. » (Dutil et Laubry.)

Dans l'*anurie hystérique*, les urines sont émises en quantité insignifiante pendant des semaines et des mois; elles peuvent même être supprimées complètement pendant quelques jours. On observerait souvent des vomissements contenant de l'urée (quelquefois l'anurie est secondaire aux vomissements), de la diarrhée, des sueurs profuses. La terminaison serait toujours favorable. « Bien qu'il s'agisse ici d'un phénomène que de nombreuses descriptions ont, pour ainsi dire, rendu classique, nous nous refusons à le considérer comme appartenant au pithiatisme. Théoriquement, l'anurie signifiant l'absence de sécrétion de l'urine, c'est-à-dire d'un phénomène indépendant de la volonté, ne saurait être produite par l'auto-suggestion. Pratiquement, c'est un symptôme facile à simuler et sur la production duquel peut s'exercer fréquemment la mentalité spéciale de certains malades. Une surveillance attentive ou bien dépiste la supercherie, ou bien s'oppose à sa manifestation. » (Dutil et Laubry.)

La *rétenion d'urine* survient brusquement après une attaque, ou s'installe progressivement; elle peut rester un phénomène isolé ou s'associer à une paralysie hystérique.

L'incontinence vraie d'urine, l'albuminurie, l'hématurie feront toujours penser à une affection surajoutée à l'hystérie.

Gilles de la Tourette et Cathelineau ont cru trouver une *formule urinaire* spéciale à l'hystérie et qui, étant l'inverse de celle observée dans l'épilepsie, serait à utiliser pour le diagnostic. Il y aurait, à la suite des crises, une diminution considérable du résidu fixe, un abaissement du taux de l'urée, une diminution de l'acide phosphorique et une inversion de la formule des phosphates. Dutil et Laubry ont montré qu'il ne fallait attacher qu'une importance très relative à ces conclusions.

**Sang.** — Sauf le cas d'association avec une anémie, une chlorose, une infection, etc., le sang présente des caractères normaux.



**Liquide céphalo-rachidien.** — Le liquide céphalo-rachidien ne subit aucune modification dans l'hystérie.

**Troubles intellectuels. — Troubles du langage. — Aphasie. Mutisme.** — Le mutisme peut débiter brusquement après une attaque, une émotion; quelquefois il est précédé de bégaiement ou d'aphonie. Les mouvements de la langue et des lèvres sont conservés; le malade peut souffler, siffler, mais est dans l'impossibilité non seulement d'articuler, même à voix basse, mais parfois de pousser des cris; il n'est pas seulement muet, dans l'acception la plus rigoureuse du mot, mais encore aphone, le plus souvent d'une façon absolue (Charcot). Quelquefois les malades répètent un mot, qui forme tout leur vocabulaire. Leur intelligence est intacte, et ils s'expriment fort bien par l'écriture. Le mutisme guérit, souvent brusquement, au bout d'un temps variable.

A côté de cette aphasie motrice, qui peut se retrouver chez l'hystérique avec ses caractères habituels, on a signalé des cas d'agraphie, de surdité verbale, de cécité verbale. Dans l'aphasie hystérique, les formes pures seraient plus fréquentes que dans l'aphasie organique. (V. APHASIE.)

**Bégaiement.** — Le bégaiement hystérique (Ballet), distinct du bégaiement vulgaire (v. c. m.), est caractérisé par des modifications dans le rythme de la prononciation; il est toujours accompagné de troubles de la motilité de la langue: parésie, déviation spasmodique, tremblement.

**Troubles mentaux.** — Le caractère dominant de l'état mental de l'hystérique est la *suggestibilité* à laquelle on rattachera la tendance au dédoublement de la personnalité, l'aprosodie ou absence d'attention, l'aboulie et l'amnésie, qui sont des phénomènes presque constants.

L'*amnésie*, à laquelle on doit rapporter bien des cas de soi-disant mensonges des hystériques, présente les plus grandes variétés. Elle peut être systématisée, localisée ou exceptionnellement générale. Habituellement, elle est mobile, contradictoire (le malade utilise les souvenirs oubliés ou les retrouve dans les rêves et l'état somnambulique) et indifférente (ne trouble en rien le fonctionnement intellectuel).

Les *idées fixes* (idée fixe primaire autour de laquelle se développent par raisonnement, plus souvent par association des idées secondaires) ont été particulièrement étudiées par Janet qui leur fait jouer un grand rôle dans la genèse des phénomènes hystériques; elles ont pour principal caractère d'être subconscientes.

Le *délire hystérique* proprement dit n'est qu'un équivalent de l'attaque (V. plus loin). Les cas décrits sous le nom de folie hystérique paraissent constitués par une combinaison de l'hystérie avec les différentes formes de la folie.

**Troubles du caractère.** — « Les hystériques ont très souvent le caractère mobile, fantasque, romanesque; elles se laissent entraîner sans réflexion aux impressions du moment; elles ont des tendresses ou des haines peu justifiées, mais elles ne sont pas toutes d'effrontées menteuses comme on voudrait nous le faire croire. » (Pitres.)

En raison de leur suggestibilité, les hystériques sont naturellement impressionnables et versatiles, mais ne présentent pas forcément tous les défauts qu'on

leur attribue trop généreusement. Leur instinct génital, quelquefois exagéré, plus souvent diminué, ne présente, en général, rien de particulier.

L'hystérique peut présenter des troubles mentaux variés (*obsessions, impulsions, aberrations sexuelles, mythomanie*, etc. (v. c. m.)) presque tous phénomènes de dégénérescence. Ils sont la conséquence d'associations et doivent être séparés des manifestations hystériques proprement dites.

**Attaques.** — Pitres note leur présence dans 65 pour 100 des cas (82 pour 100 des cas d'hystérie féminine et 22 pour 100 des cas d'hystérie masculine). La statistique de Briquet semblerait indiquer une plus grande fréquence (72,44 pour 100 environ), mais il faut tenir compte de ce fait qu'elle ne porte guère que sur des cas d'hystérie féminine.

**Grande attaque.** — La grande attaque, décrite par Charcot et Richer, est fort rare dans sa forme typique en dehors des milieux où l'hystérie est spécialement étudiée et cultivée.

Succédant à des prodromes, tristesse, impatience, irritabilité, etc., apparaît l'aura qui marque le début de l'attaque. L'aura est très variée: douleurs spontanées dans les zones d'hyperesthésie; hallucinations du goût, de l'odorat, de l'ouïe, de la vue; palpitations, troubles vaso-moteurs, tremblements, secousses, contractures, etc. Le type le plus fréquent est l'aura abdominale ou ovarienne: douleur dans la région ovarienne, suivie d'une sensation de boule qui remonte à l'épigastre puis au cou, s'accompagnant d'une sensation de strangulation des plus pénibles. La face se congestionne, le malade s'agite, crie et s'affaisse.

La 1<sup>re</sup> période, *période épileptoïde*, présente le tableau de la crise d'épilepsie, perte de connaissance, abolition de la sensibilité générale et spéciale, phase tonique, phase clonique, phase de résolution musculaire; parfois miction involontaire et morsure de la langue.

La 2<sup>e</sup> période, *période de clownisme*, se divise en deux phases: la phase des attitudes illogiques, pendant laquelle le malade prend les attitudes les plus invraisemblables (arc de cercle, par exemple) et la phase des grands mouvements, mouvements désordonnés qui sont souvent d'une violence inouïe. Le malade pousse des cris rauques et inarticulés.

La 3<sup>e</sup> période, *période des attitudes passionnelles*, est constituée par un état de rêve, qui correspond souvent à des scènes ou à des événements vécus. Les attitudes parfois érotiques ou terrifiantes, sont en rapport avec le rêve et avec les hallucinations.

La 4<sup>e</sup> période, *période de délire*, quoique plus variée, ressemble beaucoup à la précédente; elle est souvent entrecoupée d'attitudes passionnelles. Le délire calme ou furieux, triste ou gai, est plutôt un délire de paroles qu'un délire d'action. Les hallucinations auditives ou visuelles sont des plus variables.

Le malade reprend connaissance progressivement; il peut être courbaturé, mais ne présente pas la prostration qui suit l'accès épileptique. La fin de la crise est parfois marquée par un accident critique: polyurie, pleurs, rires, etc., elle laisse parfois des manifestations variées: paralysie, contracture, etc. Les trois premières périodes durent de 15 à 30 minutes, la 4<sup>e</sup> de quelques minutes à plusieurs jours. Les crises peuvent se succéder, constituant un véritable état de mal; elles peuvent se régler et apparaître à jour et à heure fixes.



*Petite attaque.* — C'est la forme la plus commune.

La période préconvulsive est représentée par les mêmes troubles prodromiques et la même aura que la grande attaque. La perte de connaissance n'est pas toujours complète. Puis succède une période convulsive, composée d'une phase tonique et d'une phase clonique. Le malade entre alors dans la période post-convulsive; il est en résolution, rêve et parle sans gestes. Quelquefois ce délire fait défaut et la fin de la crise est marquée par des pleurs ou des rires. Cette attaque dure de 10 à 50 minutes.

*Formes irrégulières de l'attaque hystérique.* — Ces formes sont excessivement variables; seules, les plus fréquentes peuvent être signalées.

*Attaque de spasmes.* — La sensation de suffocation qui accompagne l'aura est particulièrement intense. Elle pourrait aboutir à la mort et Briquet cite des cas où on dut pratiquer la trachéotomie. Il est difficile de ne pas penser à une affection surajoutée à l'hystérie.

*Attaque épileptoïde.* — Représentée uniquement par la première période de la grande attaque, les accès se succèdent parfois pendant des heures ou des jours, simulant un véritable état de mal épileptique. L'apparition des accès dans la seconde moitié de la nuit ou le matin, l'incontinence d'urine, la morsure de la langue, la constatation d'une longue période de stertor sont des symptômes en faveur d'une crise comitiale. « Il existe enfin deux signes qui, sans être constants, sont communs dans l'accès épileptique et qui sont d'un plus grand intérêt que les précédents, parce qu'on ne les observe jamais dans les attaques d'hystérie et qu'ils ne peuvent être l'œuvre de la simulation; c'est d'une part le phénomène des orteils, et d'autre part un trouble d'ordre circulatoire, la lividité de la figure et plus particulièrement celle des lèvres: celles-ci ne sont pas seulement congestionnées (ce qui peut résulter d'un simple effort volontaire et pourrait se voir dans la crise hystérique), mais bien plombées, livides. La constatation de ces deux signes ou de l'un d'entre eux, permettra d'affirmer la nature épileptique de l'attaque. Ajoutons que dans la crise hystérique on observe toujours l'intégrité des réflexes (tendineux, cutanés, oculaires). » (Dutil et Laubry.)

L'hystérie et l'épilepsie peuvent coexister chez le même sujet et se manifester par des crises distinctes.

Enfin l'attaque hystérique revêt parfois la forme de l'épilepsie bravais-jacksonienne.

*Attaque démoniaque.* — Cette forme est caractérisée par la prédominance des phénomènes de la 2<sup>e</sup> période, ou période de clownisme de la grande attaque.

*Attaque d'extase.* — D'emblée ou après une aura, le malade reste immobile, les yeux fixes ouverts ou demi-clos, quelquefois fermés. Sa physionomie exprime l'étonnement, l'admiration ou la stupeur. Quelquefois il parle ou prend une attitude en rapport avec son rêve ou une hallucination. Au bout d'un temps variable de quelques minutes à un quart d'heure, il se réveille brusquement ou lentement.

*Attaque syncopale.* — Le sujet tombe sans connaissance, pâle, les membres inertes. La respiration est ralentie, les battements du cœur restent normaux. La crise se termine souvent par des pleurs et des sanglots.

*Attaque de sommeil.* — Tantôt elle débute brusquement, le malade parais-

sant frappé d'une attaque d'apoplexie (forme apoplectique), ou s'endormant soudainement au milieu de ses occupations (forme narcoleptique); tantôt elle débute progressivement, précédé de prodromes et d'aura.

Le malade présente les apparences du sommeil normal. La face est pâle ou colorée, les paupières sont animées de battements rapides, les yeux sont convulsés en haut et dedans, les muscles masticateurs sont contracturés. La résolution musculaire n'est pas complète comme dans le sommeil naturel, et les membres, plus ou moins raides, gardent les attitudes qu'on leur imprime. La température n'est pas modifiée, les réflexes sont conservés (absence du signe des orteils), le pouls est calme et régulier. La respiration, parfois très superficielle, peut être ralentie, accélérée ou à rythme de Cheyne-Stokes. La sensibilité générale et spéciale paraît complètement abolie; néanmoins, certains de ces malades sont susceptibles de recevoir certaines suggestions, entendent ce qui se passe et conservent un certain degré de conscience (léthargie lucide). Ce sommeil dure de quelques heures à plusieurs mois, parfois entrecoupé de mouvements, cris, plaintes en rapport avec le rêve; il se termine souvent par une crise convulsive ou du délire. Quelquefois le malade se réveille avec une hémiplegie motrice et sensitivo-sensorielle. On devra faire le diagnostic avec tous les comas, la narcolepsie et la catatonie (v. c. m.).

*Attaque de délire.* — La période de délire qui termine la grande attaque peut prendre une importance prépondérante et constituer l'attaque à elle seule. « Ce délire est des plus variables, gai, triste, furieux, religieux ou obscène. Il est entremêlé d'hallucinations qui apparaissent généralement du côté de l'anesthésie. Ces hallucinations sont auditives et visuelles, et ces dernières ressemblent à s'y méprendre aux hallucinations de la vue chez les alcooliques. C'est un délire de rêve. Il y a, suivant le terme consacré, de la zoopsie. Les malades voient des animaux, des araignées, des rats, etc. » (Colin). Pitres a décrit 5 formes: l'attaque de délire hallucinatoire, l'attaque de manie hystérique surtout fréquente chez l'enfant, et l'attaque de délire écmnésique. Cette dernière, caractérisée par une forme d'amnésie partielle dans laquelle le souvenir des événements antérieurs à une certaine période de la vie est intégralement conservé, tandis que le souvenir des événements postérieurs à cette période est totalement aboli, revêt souvent la forme du puérilisme mental de Dupré. La courte durée des attaques, l'état de demi-connaissance des malades qui redeviennent calmes et normaux, une fois la crise terminée, permettront de distinguer l'attaque de délire des états d'excitation maniaque des aliénés.

*Attaque cataleptique* (V. CATALEPSIE.)

*Somnambulisme* (v. c. m.)

*Automatisme ambulateur* (v. c. m.)

**Associations morbides de l'hystérie.** — Les affections les plus diverses peuvent s'associer avec l'hystérie; dans quelques cas même elles paraissent jouer le rôle de cause prédisposante et provoquer, au même titre qu'un traumatisme, l'apparition de la névrose.

Cette association est particulièrement fréquente avec toutes les affections organiques ou dynamiques du système nerveux: maladies organiques (sclérose