

anesthésié et de lui ordonner de faire un mouvement avec ce membre. Celui-ci reste immobile. Si, à l'insu du malade, on met ce membre dans une position donnée, il le garde durant vingt ou trente minutes, sans effort, sans tremblement ni fatigue, puis revient lentement au repos. C'est une sorte de catalepsie à l'état de veille. M. Pitres a fait voir que le sujet peut, les yeux fermés, arrêter ou continuer un mouvement, pourvu que ce mouvement ait été commencé les yeux ouverts.

Nous signalerons simplement, à la fin de ce paragraphe, quelques troubles rares : la *syncinésie*, c'est-à-dire le fait de lever les deux bras en même temps, quand on commande au sujet d'en lever un seul; l'*allocinésie*, c'est-à-dire l'élévation du bras du côté opposé; l'*hétérocinésie*, à savoir l'exécution d'un mouvement inverse à celui qui a été ordonné.

III. STIGMATES MENTAUX. — L'influence du moral sur le physique, de l'imagination sur les actes a été connue de tous temps par les médecins comme par les philosophes. Mais, jusqu'à notre époque, son étude est restée dans le vague, et ce n'est que dans ces dernières années qu'elle a été entreprise d'une manière systématique, particulièrement dans les psychoses. Appliquée à l'hystérie, la méthode psychologique a montré que nulle part cette influence n'est plus manifeste ni plus considérable, que l'imagination est la cause originelle, nécessaire et suffisante de la plupart des manifestations hystériques, sinon de toutes, qu'elle les détermine, les localise et les régit.

S'il en est ainsi, c'est parce que l'hystérique est un être extraordinairement crédule et que chez lui une idée, une suggestion venue du dedans ou du dehors, prend aussitôt des proportions énormes, envahit l'esprit au point de l'obséder, de faire naître une hallucination et de se traduire objectivement sous un aspect clinique approprié.

Leur crédulité inouïe explique tout naturellement l'effet des suggestions. « Les hystériques, dit M. P. Janet, éveillées ou endormies, peu importe, sont comme des enfants; elles n'ont pas besoin des pratiques hypnotiques pour être convaincues, elles croient tout ce qui frappe leur esprit. » Charcot, en étudiant le mécanisme des paralysies hystéro-traumatiques, a bien mis en relief le rôle de la suggestion. Il citait encore récemment l'exemple d'un homme frappé de monoplégie brachiale, au sortir de l'enterrement de son neveu à qui une machine avait coupé le bras. Cette suggestibilité, qui ne demande qu'à être mise en œuvre, peut l'être de mille manières différentes. Mais parfois cette mise en action échappe aux investigations les plus méthodiques. Elle serait pourtant indispensable à connaître, car, en matière d'hystérie, qui possède le mécanisme psychique d'un accident possède, du même coup, la formule thérapeutique efficace.

A. *Amnésie*. — C'est là un stigmate sur l'importance duquel on a dernièrement beaucoup insisté. M. P. Janet, qui regarde l'amnésie comme une forme de la distraction, en distingue quatre variétés : 1° l'amnésie *systématisée* ou la perte des souvenirs durant une période, mais d'un groupe de souvenirs de même genre formant un système, comme l'oubli d'une langue, des noms propres; 2° l'amnésie *localisée* à un accident, par exemple à tous les événements antérieurs ou postérieurs à cet accident sans aucun système; 3° l'amnésie *générale*; 4° l'amnésie *continue*. Dans un cas observé par Charcot et nous-même¹, l'amnésie hystérique, sous le type *rétro-antérograde*, suivait et prolongeait une attaque d'hystérie délirante sous ce mode nouveau.

Cette amnésie est mobile, contradictoire, non gênante, curable : les souvenirs ne sont pas perdus, leur évocation est seule impossible.

B. *Aboulie*. — On entend par là la diminution ou la suppression de la volonté. L'hystérique, toujours plus ou moins touché dans son activité volontaire, ne peut pas vouloir. Son aboulie est mobile, systématisée ou généralisée.

C. *Troubles des émotions et du caractère*. — Ces troubles de la volonté et de la mémoire entraînent une diminution légère mais indéniable de l'intelligence : incapacité de fixer l'attention et partant difficulté de faire de nouvelles acquisitions.

Les facultés émotives et affectives, le caractère dans son ensemble subissent le contre-coup de cet état mental. Les femmes hystériques sont tantôt remuantes, irritables, vaniteuses, tantôt indifférentes, tristes et déprimées. Dans les deux cas, malgré les apparences, les choses sont identiques : la réaction émotive est toujours exagérée, disproportionnée avec la cause qui l'a fait naître; elle est de plus toujours restreinte pour un même sujet, mobile, fugace, disparaissant sans laisser de traces.

Plusieurs légendes se sont édifiées dont il est nécessaire de faire justice. Morel, Tardieu, Moreau (de Tours), Lasègue, Legrand du Saulle, etc., ont considéré la femme hystérique comme essentiellement menteuse et dissimulée. Elle était même voleuse, dipsomane, agoraphobe, maniaque, mélancolique, etc. La question est aujourd'hui jugée. La part de la dégénérescence mentale, compagne habituelle de l'hystérie, étant faite, la névrose apparaît indemne de tous ces méfaits. Taguet, Legrand du Saulle, M. Huchard pensent que le suicide des hystériques n'est qu'une comédie préparée, aboutissant rarement à la réalisation complète. MM. Ritti et Pitres croient, au contraire, que la mise en scène n'est pour rien dans ces tentatives, qui ont pour caractère d'être soudaines, instantanées, déterminées souvent par

1. *Rev. de médecine*, 1892.

une contrariété mesquine. D'après M. Pitres, la fréquence de ces tentatives de suicide est plus grande qu'on ne croit; il en a relevé 11 cas sur 100 malades. « Rien, conclut-il, n'autorise à les considérer comme une comédie grossière, jouée par des simulatrices pour se rendre intéressantes ou pour alarmer leur entourage. »

On les a accusées aussi de sensualité et de propension aux plaisirs amoureux. A cette accusation injustifiée, on peut répondre avec P. Janet : « L'hystérie peut frapper des personnes très différentes, des riches et des pauvres, des intelligentes et des sottes, *des vertueuses et des vicieuses*. Il ne faut pas mettre sur le compte de la maladie des traits de caractère qui auraient été exactement les mêmes si la maladie n'était pas survenue. »

Cet état mental n'a du reste rien de spécial à la femme. On retrouve chez l'homme adulte même suggestibilité, mêmes troubles de la mémoire et de la volonté. Les uns sont vaniteux, remuants, d'allures efféminées; les autres tristes, indifférents, taciturnes. Tout au plus l'hystérie brillante est-elle plus fréquente chez la femme, et la forme mélancolique plus commune chez l'homme, à cause, sans doute, de la coexistence, si habituelle chez ce dernier, de la neurasthénie. L'âge apporte des modifications peu sensibles à cet état mental; on peut dire cependant que, très marqué chez les enfants, il s'atténue sensiblement dans la vieillesse.

ACCIDENTS HYSTÉRIQUES. — En abordant la description des accidents hystériques, nous tenons à rappeler les réflexions et les réserves que nous avons formulées, à propos de la classification des stigmates (p. 283).

I. ATTAQUES. — On n'a vu pendant longtemps dans les manifestations convulsives de la névrose qu'une réunion confuse de mouvements et d'attitudes désordonnées. Charcot a formulé les règles qui les régissent, et ses élèves, MM. Bourneville et Regnard, P. Richer ont donné de l'attaque une description écrite et figurée absolument remarquable. C'est elle que nous suivrons pas à pas, d'abord dans l'étude de la grande attaque avec ses prodromes et ses quatre périodes, puis dans celle de ses principales variétés.

Grande est la fréquence absolue et relative des attaques convulsives¹. Ces attaques reconnaissent habituellement pour cause provocatrice une vive émotion morale. Cette étiologie, évidente pour la première crise, est parfois difficile à démasquer dans les paroxysmes ultérieurs.

1. La fréquence absolue serait de 72 pour 100 pour Briquet, de 63 pour 100 seulement pour M. Pitres. D'après ce dernier auteur, l'attaque convulsive serait trois ou quatre fois plus fréquente chez la femme (82 pour 100) que chez l'homme (22 pour 100).

A. Grande attaque hystérique régulière et complète. — Toujours ou presque toujours, la grande attaque est précédée de signes avant-coureurs, *prodromes* éloignés ou prochains, précédant la crise tantôt de quelques instants, tantôt d'un ou plusieurs jours.

Dans le domaine psychique, ce sont des troubles assez marqués pour permettre aux initiés de prévoir l'orage. Certains sujets deviennent tristes, indifférents, chercheurs de solitude, tourmentés incessamment par des scènes de la vie passée. L'influence de ces événements anciens sur la genèse des attaques est capitale et pour ainsi dire nécessaire. D'autres, au contraire, se montrent excitables, jaloux, soupçonneux. Quelques-uns sont pris d'un besoin irrésistible de marcher, de courir, de rire ou de pleurer. Parfois ces troubles psychiques vont jusqu'à l'hallucination. Ces hallucinations, d'ordinaire visuelles, sont unilatérales (côté anesthésié) selon le rapport constant fixé par Charcot. Ce sont avant tout des visions d'animaux (zoopsie) : serpents, rats, vipères, espèces fabuleuses..., le plus souvent noirs, plus rarement gris ou rouges. Ces visions sont mobiles, passent tantôt latéralement d'arrière en avant près du malade, tantôt horizontalement devant lui, venant toujours du côté insensible et se dirigeant vers le côté sain où elles s'évanouissent. Les hallucinations auditives ne sont pas exceptionnelles; le sujet entend des voix, des sons, des bruits souvent dans les deux oreilles, mais surtout dans l'oreille anesthésique. Si elles surviennent la nuit, les hallucinations revêtent un caractère plus accusé et souvent érotique.

Dans le domaine somatique, les prodromes se présentent sous la forme de troubles des divers appareils. Du côté du tube digestif, c'est l'inappétence, les nausées, les vomissements, les borborygmes, la tympanite... Le ptialisme, la polyurie traduisent la souffrance de l'appareil sécrétoire. Les troubles respiratoires se présentent sous forme d'oppression, de spasmes laryngés, de hoquet, toux, bâillements; les troubles circulatoires sous forme de palpitations, de sensation de froid et de chaud, de décoloration des mains, etc. Dans la sphère motrice, ce sont des secousses, du tremblement, de l'amyosthénie, des contractures partielles et fugaces.

Les prodromes précédents sont en général assez éloignés. Les suivants au contraire, d'ordre sensitivo-sensoriel, sont d'habitude le prélude immédiat de l'attaque et constituent l'*aura* proprement dite. L'*aura* a son point de départ le plus fréquent dans les régions ovariennes ou pseudo-ovariennes : la douleur que les hystériques éprouvent si souvent à ce niveau s'exaspère au point que parfois tout contact, tout frôlement léger devient intolérable. Parties ainsi de l'un ou l'autre flanc, plus souvent du flanc gauche, ces sensations douloureuses s'élèvent sous forme de globe jusqu'à l'épigastre. Après

une courte station en ce point, suffisante cependant pour éveiller des nausées, des palpitations et de l'oppression, la *boule hystérique* monte jusqu'au cou où elle s'arrête et provoque une strangulation bien connue. D'autres fois, l'aura part d'une zone douloureuse épigastrique, beaucoup plus rarement d'autres zones cutanées, sous-cutanées ou viscérales. Une variété fréquente signalée par Charcot est l'*aura céphalique*, qui est tantôt isolée, tantôt et plus souvent associée aux auras abdominale ou épigastrique. Elle est caractérisée par des sifflements et des bourdonnements d'oreille, des battements dans les tempes, de l'obnubilation de la vue, d'un seul ou des deux côtés.

Dans tous les cas, l'aura aboutit généralement à la sensation de *strangulation laryngée*. Il se peut que tout s'arrête là ; il s'agit alors d'une attaque avortée sous forme de douleurs, de vertiges... Mais dans la règle, l'aura n'est que l'annonce de l'orage convulsif, qui ne tarde pas à éclater et à évoluer en quatre périodes, se succédant dans un ordre préétabli.

1° La *première période ou période épileptoïde*, tout à fait analogue à un accès d'épilepsie, se subdivise en trois phases dites tonique, clonique et résolutive.

Vers la fin de l'aura, le sujet est ordinairement pris de secousses rapprochées, généralisées ou localisées (à la paupière supérieure par exemple); puis, brusquement, sans cri initial, il tombe privé de connaissance, la respiration suspendue.

Alors commence la *phase tonique*, stigmatisée par deux signes : la perte de connaissance et la tétanisation du système musculaire. M. P. Richer décrit à cette phase deux stades : l'un avec mouvements, dans lequel la tête se raidit, se renverse en arrière, tandis que les yeux se convulsent, que la bouche reste soit ouverte, la langue projetée en avant, soit fermée par le trismus des mâchoires, et qu'enfin la figure est entièrement grimaçante. Dans le second stade de cette phase, c'est l'immobilisation tétanique. « La tête est renversée en arrière, le cou gonflé au plus haut degré ; les veines y dessinent des cordes saillantes. Il est fortement cyanosé ainsi que la face devenue bouffie et dont les traits sont contracturés et immobiles. L'écume apparaît aux lèvres. » Les bras sont étendus dans l'adduction et la rotation en dehors, les membres inférieurs dans l'extension. « Le tronc, raide 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. »

Telle est l'attitude la plus commune d'extension avec décubitus dorsal. Plus rarement le tronc et les membres diversement fléchis ou étendus donnent aux malades les positions les plus imprévues et

les plus étranges, qu'il ne faut pas confondre avec les contorsions de la deuxième période.

Cette phase tonique, très courte, dans laquelle on trouve la pupille rétrécie, ne tarde pas à faire place à la phase suivante.

La *phase clonique* s'annonce par des secousses brèves et rapides des membres tétanisés. « Les mouvements cloniques, dit encore M. P. Richer, sont généralisés. Ils affectent tout le corps ; les traits de la face sont agités convulsivement ; la tête est animée d'oscillations rapides aussi bien que les membres. Mais le plus souvent ils prédominent d'un côté ; ils peuvent même s'y montrer exclusivement. » La respiration jusque-là suspendue reprend péniblement, désordonnée, avec inspiration sifflante et expiration saccadée, entrecoupée de hoquet, de déglutition bruyante, de borborygmes sonores. « Toute la face est agitée de contractions qui se succèdent rapidement et l'écume coule en abondance. Cependant le calme renaît peu à peu, troublé seulement par de grandes secousses qui prédominent souvent aux membres supérieurs ou d'un seul côté du corps. La tête elle-même participe à ces mouvements qu'on ne saurait mieux comparer qu'à ceux produits par une commotion électrique. Mais, d'abord très rapprochées, les secousses s'éloignent de plus en plus pour faire place au relâchement musculaire complet qui constitue la troisième phase de la période épileptoïde. »

Dans la *phase de résolution musculaire*, « le corps est dans le décubitus dorsal, la tête s'affaisse le plus souvent sur une épaule, la face est encore congestionnée et légèrement bouffie, les yeux sont fermés, la respiration s'établit plus régulière, mais elle est parfois très bruyante. Il y a un véritable stertor, et la salive battue s'écoule des lèvres entr'ouvertes et soulevées par l'air expiré. » Parfois la résolution est incomplète ; exceptionnellement la contracture, généralisée ou partielle, survient et produit, au milieu du stertor, des attitudes variées. Le sommeil peut enfin être interrompu, soit par des secousses généralisées qui soulèvent les malades et les ramassent en boule, soit par des secousses partielles des muscles de la face. On voit en effet très souvent les paupières animées de vibrations rapides.

2° La *deuxième période ou période des contorsions et des grands mouvements*, dite encore période des tours de force et de *clownisme*, se subdivise en deux phases, « toutes deux exigeant une souplesse, une agilité et une force musculaire bien faite pour étonner le spectateur. » Parfois ces deux phases se mêlent et se confondent ; souvent elles se succèdent dans l'ordre suivant :

Vient d'abord la *phase des contorsions* ou des attitudes illogiques, ainsi qualifiées par Charcot, par opposition à celles de la phase passionnelle qui représentent une idée. Ces attitudes sont invrai-

semblables, aussi variées qu'imprévues. Une d'elles, extrêmement fréquente et très caractéristique, n'est autre chose que l'*arc de cercle*, c'est-à-dire un arc dont les extrémités sont représentées par la tête et les pieds reposant sur le plan du lit, tandis que le ventre surélevé en forme la courbe arrondie. Cet arc offre deux variétés, l'une antérieure, l'autre postérieure, pouvant toutes deux donner lieu, suivant le décubitus, à des arcs de cercle dorsal, abdominal ou latéral. Les attitudes de cette phase ne semblent soumises « à aucune loi, si ce n'est à la loi de l'étrange et de l'impossible ». Le dessin peut seul en donner une idée exacte. Elles sont chez un même sujet tantôt variables à l'infini, tantôt à peu près stéréotypées. Les contorsions diffèrent des attitudes tétaniques de la première période par leur plus longue durée et surtout par l'absence de suspension de la respiration. La face n'y échappe pas, bien au contraire : les traits du visage sont ou ridiculement grimaçants, comme chez les clowns, ou horriblement effrayants (possédés).

Ensuite survient la *phase des grands mouvements*, qui diffèrent de ceux de la période épileptoïde, d'abord par leur plus grande étendue et, en outre, par leur indépendance de toute tétanisation musculaire. Ils ne sont en effet possibles qu'à la condition d'un absolu relâchement des muscles. Généralisés ou partiels, ces mouvements se reproduisent avec une rapidité extrême et une régularité frappante. Un des plus constants est caractérisé par la flexion brusque du tronc aussitôt suivie de son redressement, donnant l'air d'une *grande salutation*. Ce mouvement de flexion et d'extension successives peut être exécuté isolément, soit par la tête, soit par un seul membre. En dehors de ce type, les grands mouvements infiniment variés échappent à toute description. On voit des malades qui semblent pris de fureur et de rage, d'autres qui prennent des attitudes de lutte, qui cherchent à s'arracher les cheveux, à se mordre, en poussant des hurlements de fauve. C'est déjà l'attaque démoniaque.

Au cours de cette deuxième période, les sujets poussent d'ordinaire des cris aigus, répétés à courts intervalles. Il semble, autant qu'on peut s'en rendre compte, qu'ils ne perdent pas complètement connaissance. En tout cas, leurs mouvements sont la traduction d'hallucinations variées, encore que le rapport de l'attitude avec l'idée ne soit pas toujours facile à saisir.

3° Il n'y a pas entre cette période et la *troisième période*, dite des *attitudes passionnelles* ou des poses plastiques, de limite aussi tranchée qu'entre la deuxième et la période épileptoïde. D'ordinaire, en effet, les attitudes passionnelles se montrent au cours de la période des contorsions; mais ce qui caractérise la troisième période de l'attaque, c'est un délire vécu. La malade « assiste à des scènes où

elle joue souvent le principal rôle, dit toujours M. P. Richer; l'expression de sa physionomie et ses attitudes reproduisent les sentiments qui l'animent; elle agit comme si son rêve était une réalité. Et par la mimique expressive à laquelle elle se livre, ainsi que par les paroles qu'elle laisse échapper, il est facile de suivre toutes les péripéties du drame qui se déroule devant elle ou auquel elle prend elle-même une part active ». Au réveil, son récit — car elle a gardé le souvenir de ses hallucinations — vient confirmer ou éclairer les suppositions de l'observateur. Ni les piqûres de la peau, ni les excitations variées des organes des sens ne peuvent interrompre le cours de ce délire. La compression des zones hystérogènes réussit souvent à l'arrêter.

La nature de ces visions est sous l'influence directe des causes provocatrices de l'attaque. Elles reproduisent, en effet, les scènes qui ont déterminé l'apparition de la névrose, les souvenirs du passé qui ont vivement frappé l'imagination du sujet. Ces scènes sont parfois exclusivement tristes ou gaies, le plus souvent les deux à la fois. Dans tous les cas, les tableaux se succèdent avec une rapidité surprenante : durant un instant, l'hystérique reste immobile ou gesticule et prononce quelques paroles appropriées, puis une nouvelle pose plastique trahit une nouvelle hallucination et, ainsi de suite, la terreur, l'extase, l'effroi, la joie, etc., se succèdent, de sorte que la scène entière se déroule avec une très grande précision devant le spectateur. Infiniment variables avec les sujets, ces scènes se reproduisent, chez la même personne, identiques dans leurs tableaux et dans leur succession, tout au moins dans les premiers temps, car, à mesure que l'hystérique vieillit, des souvenirs plus récents, acquis depuis les premières attaques, peuvent amener de nouvelles hallucinations et par suite modifier le tableau primitif. Il est rare toutefois que ces modifications parviennent à effacer le cachet imprimé par les premières émotions.

4° Avec la période des attitudes passionnelles, l'attaque semble finie; les malades ont repris leurs sens, mais en partie seulement. C'est à ce moment qu'apparaît la *quatrième période* ou *période de délire*. Cette période n'est pas, d'habitude, nettement séparée de la précédente, mais on peut cependant l'en distinguer. Assurément ces deux dernières périodes sont caractérisées par du délire, mais là c'est un délire d'action, ici un délire de paroles. Dans la troisième période, le délire est toujours identique à lui-même, chez un sujet donné. Dans la quatrième, le délire varie à l'infini. Là, le malade, distrait du monde extérieur, est insensible à toute excitation sensitivo-sensorielle; ici on peut, au contraire, entrer en relation avec lui. Mais, en vérité, cette distinction tout artificielle est difficile à établir, car les

attitudes passionnelles viennent souvent interrompre le délire de la quatrième période. Elle est du reste peu importante et l'on pourrait, sans grand inconvénient, confondre ces deux périodes dans une même description.

Quoi qu'il en soit, ce délire de paroles est triste ou gai, calme ou furieux, quelquefois compromettant. Il est mêlé d'hallucinations auditives, visuelles surtout, remarquables par la fréquence et la persistance de la zoopsie. Ces hallucinations, variables à l'infini, se traduisent par un délire approprié dans lequel on peut rentrer par l'intermédiaire des organes des sens. On peut ainsi, en intervenant, changer le fond du tableau, mais non pas les détails toujours fournis par le malade qui les puise dans ses souvenirs.

Il n'est pas rare de voir survenir, au cours de ce délire, et à titre de complications, des paralysies ou des contractures partielles ou générales, douloureuses ou indolentes, différant de celles de la première période par la conservation de la connaissance, l'absence de troubles respiratoires, etc. Citons enfin quelques phénomènes terminaux : les secousses épileptoïdes et les spasmes viscéraux (hoquet, vomissements, borborygmes, sécrétions urinaire, salivaire, etc.), qui jugent souvent la crise.

Telle est l'attaque de grande hystérie. Chacune de ses périodes a une *durée* qu'il nous reste à signaler. La période épileptoïde dure en moyenne d'une à cinq minutes, la première et la seconde phase, plus courtes que la troisième, occupant chacune trente secondes environ. Un instant de répit la sépare nettement de la deuxième période qui a une durée à peu près analogue. Celle de la troisième est environ de cinq à quinze minutes. Ces trois périodes constituent l'attaque proprement dite, dont la durée moyenne se trouve ainsi de quinze à trente minutes. Quant à la quatrième période, « reste de l'attaque qui s'épuise », elle peut varier de quelques minutes à un ou plusieurs jours.

Il est exceptionnel qu'un sujet n'ait qu'une seule et unique crise. Les récurrences sont, pour ainsi dire, constantes. Tantôt les paroxysmes convulsifs se répètent tous les jours et alors souvent dans la soirée, à la même heure, l'hystérie qui se règle choisissant surtout le soir pour se manifester. Tantôt ils surviennent tous les mois, à l'époque menstruelle, par exemple. D'autres fois, ils se répètent sans règle, sans ordre apparent. Les malades peuvent passer des jours, des semaines, des mois, sans crise, puis tout à coup en avoir plusieurs dans la même semaine ou dans la même journée. Il arrive même que les attaques se montrent en série, se succèdent sans intervalles appréciables ou après de courts répit, imbriquées, subintrantes. C'est l'état de mal. La série entière peut se composer de dix, cent, mille, etc., pa-

roxysmes successifs; elle peut durer quelques heures ou une journée. Cette première série peut être suivie de nouvelles séries identiques, avec ou sans intervalles marqués, et cela durant plusieurs jours, un mois et plus encore. Les paroxysmes qui constituent une série ne sont pas fatalement semblables d'aspect, égaux en durée et complets. Une période peut manquer totalement ou être seulement ébauchée; souvent la période délirante n'apparaît qu'à la fin de la série.

Quelles qu'aient été sa forme, sa durée, son intensité, l'attaque n'est nullement dangereuse. C'est à peine si le sujet en sort courbaturé; il reprend vite ses forces et ses occupations.

B. *Petite attaque hystérique*. — Beaucoup plus fréquente que la grande attaque dont elle ne diffère par aucun trait essentiel, la petite attaque est d'observation quotidienne. On peut, avec M. Pitres, lui reconnaître les trois périodes préconvulsive, convulsive et post-convulsive.

La *période préconvulsive* est remplie par les prodromes éloignés ou rapprochés de la crise. Moins marqués que dans la grande attaque, ces signes précurseurs appartiennent également aux sphères psychique, motrice, sensitivo-sensorielle, organique, et aboutissent pareillement au stade de l'aura. Mais ici l'aura abdominale fait souvent défaut. C'est de l'épigastre que part d'habitude le globe hystérique, puis tout se passe, sous une forme atténuée, comme dans l'attaque de grande hystérie. Dans les cas légers, le sujet ne perd pas connaissance; il voit et entend, mais ne peut réagir. A ce moment, une vive émotion peut encore tout remettre en ordre.

Mais, le plus souvent, la *période convulsive* survient, se composant de deux phases : l'une tonique, l'autre clonique. La phase tonique est très courte, le cou se gonfle, le visage devient vultueux, la respiration s'arrête et la suffocation semble menaçante. Bientôt la phase convulsive proprement dite apparaît, accompagnée de cris aigus et répétés et de mouvements rapides, étendus, désordonnés. On y démêle souvent l'arc de cercle et les grandes salutations. La respiration est bruyante, le visage congestionné, les mâchoires serrées et la bouche écumante. Ces troubles ne tardent pas à diminuer d'intensité, à disparaître et le sujet revient à lui. D'ordinaire, après une courte pause, une reprise se montre qui peut être suivie de plusieurs autres. Souvent une expression de la physionomie, un geste représente une ébauche des attitudes passionnelles. Ici, comme dans les grandes attaques, chez un même sujet, les mouvements, les attitudes, les cris se répètent, stéréotypés dans les crises successives. A cet égard, chaque malade a son type, image plus ou moins fidèle de l'attaque originelle. La durée de cette période est de dix à trente minutes, quelquefois davantage.

Dans la *période post-convulsive* qui termine la crise, le sujet est