

dans la résolution. Alors se montre un délire de paroles, sans gestes, une sorte de rêve parlé. Parfois le malade absorbé entièrement ne répond pas aux questions qu'on lui pose, d'autres fois il n'y répond que par monosyllabes et comme à regret. Encore faut-il que la question soit en rapport avec ses conceptions délirantes. Au reste, le délire peut manquer dans cette période et la scène se termine par des chants, des rires ou des pleurs.

Qu'il y ait eu ou non délire, le sujet ne tarde pas à ouvrir les yeux. Un peu étourdi, il se frotte les paupières, regarde avec étonnement autour de lui, et tout est fini par là. Il reprend ses occupations instantanément ou après un léger repos.

Telle est l'attaque vulgaire d'hystérie. Dans la théorie de la Salpêtrière, il s'agit là d'une simple atténuation de la grande attaque. M. Grasset, tout en considérant ces deux attaques comme deux manifestations de la même névrose, pense qu'il y a là « deux types cliniques, deux variétés symptomatiques distinctes, qui méritent d'être conservées, séparées et décrites isolément ».

C. *Attaques frustes*. — La grande attaque, assez rare en somme, est le prototype des attaques convulsives, auquel on peut ramener non seulement la petite attaque, mais encore les cas dégradés et transformés. Quelques-unes de ces formes frustes sont faciles à rattacher au prototype; d'autres au contraire se montrent sous des traits tellement différents qu'il semble difficile, sinon impossible, de les y ramener. Mais ce n'est là qu'une apparence trompeuse. L'analyse méthodique de leurs éléments constitutifs permet toujours de les faire rentrer nosographiquement dans la grande attaque, synthèse de la plupart des manifestations de l'hystérie.

Il faut admettre avec MM. Charcot et P. Richer que l'attaque de grande hystérie peut se modifier suivant deux modes principaux : soit par extension ou prédominance d'une de ses périodes, aux dépens des autres qui restent normales, atténuées ou effacées, soit par immixtion d'éléments étrangers à sa constitution fondamentale.

Les variétés qui relèvent de ces deux modes pourraient être multipliées presque à l'infini. Nous ne nous arrêterons qu'aux types principaux.

Parmi les modifications de l'aura, il faut citer l'attaque de spasmes. La douleur ovarienne s'exagère, la boule hystérique s'élève vers le cou, accompagnée de palpitations, de suffocation, de strangulation et des phénomènes de l'aura céphalique. Mais la perte de connaissance ne survient pas et la crise tourne court; tout se borne à un état d'aspect asphyxique ou hydrophobique.

Quand les modifications portent sur la première période, elles déterminent les *attaques dites épileptoïdes*. Nombreuses en sont les

variétés. Les plus importantes sont : l'état de mal épileptoïde, les accès épileptoïdes partiels, l'attaque épileptoïde avec contracture généralisée et permanente.

Dans l'état de mal épileptoïde, la première période de la grande attaque évolue normalement, mais la deuxième période ne survient pas. Au milieu de la phase résolutive, un nouvel accès épileptoïde débute, suivi, dans les mêmes conditions, d'accès semblables, et ainsi de suite, sans interruption, durant des heures, des jours, des semaines, des mois même. Un observateur non prévenu songera presque fatalement au véritable état de mal épileptique. Mais le diagnostic est toujours possible. En effet, tantôt certains signes insolites, tels que le frémissement palpébral, une esquisse d'arc de cercle, une ébauche d'attitude passionnelle, un fragment, en un mot, de la deuxième ou de la troisième période, viennent mettre sur la voie. Tantôt la pression d'une zone hystérogène spasio-frénatrice lèvera les doutes. Toujours, enfin, dans les cas difficiles, l'élévation nulle ou insignifiante de la température¹, la conservation de l'état général, la recherche de la formule urinaire seront des facteurs décisifs.

Donc isolée, comme en série, l'attaque épileptoïde simule l'épilepsie. Démasquer cette simulation constitue le problème le plus ardu et le plus important de la neuropathologie. Pour le résoudre, il faut tenir compte des signes précédents et, en outre, des caractères propres aux convulsions hystériques et épileptiques. Dans l'épilepsie, les crises surviennent plutôt la nuit ou le matin, sont précédées d'un cri unique, accompagnées de morsure de la langue, d'incontinence d'urine et des matières fécales, suivies enfin d'un long stertor..., caractères qui n'appartiennent pas à l'attaque d'hystérie épileptoïde. Il faut encore interroger les symptômes qui persistent dans l'intervalle des crises : hébétude et paresse de la mémoire chez les épileptiques; hémianesthésie, rétrécissement permanent du champ visuel, etc., chez les hystériques. Enfin les antécédents personnels des malades, apprenant que les crises ont débuté, chez ceux-là entre cinq et neuf ans sans cause connue, chez ceux-ci après la puberté et à la suite d'une émotion morale réelle, devront être pris en considération. Mais ces éléments différentiels ne se rencontrent pas toujours; chez les enfants, en particulier, l'hystérie ne présente le plus souvent aucun stigmata. Il ne restera, dans ce cas, qu'à tabler sur les résultats du traitement bromuré, qui, sans effet dans l'hystérie, amende très sensiblement les accès épileptiques. Il se peut toutefois que, dans quelques faits extrêmement rares, le diagnostic paraisse

1. M. Barié a cité récemment un cas d'état de mal hystérique avec température élevée (40 et 41 degrés).

d'une difficulté insurmontable. C'est sur des faits de ce genre que jadis Van Swieten et Georget s'appuyaient pour affirmer l'identité de l'hystérie et de l'épilepsie. Tout récemment, M. A. Mathieu¹ déclarait avoir vu, depuis un an, quatre fois la morsure de la langue survenir chez des hystériques avérés, et trois fois chez des hystériques à attaques épileptiques d'aspect mais hystériques de nature. Pour lui, la morsure de la langue serait un fait banal, insuffisant pour établir le diagnostic et il faudrait admettre une épilepsie hystérique par son origine et son évolution. Il ne voit du reste pas la frontière qui sépare l'hystérie de l'épilepsie, doute même de son existence et pense que ces deux maladies constituent peut-être une seule entité morbide. M. Ballet protesta contre cette assertion. « Si cliniquement, dit-il, l'hystérie et l'épilepsie peuvent revêtir les mêmes caractères, il n'en est pas moins vrai que, au point de vue nosographique, il y a un abîme entre ces deux névroses. » Nous pensons également que ces deux névroses sont tout à fait distinctes, que, dans les cas difficiles, l'hésitation sera de courte durée, si l'on suit quelque temps le malade, et que les sujets analogues à celui de M. Laveran² sont à la fois hystériques et épileptiques, la coexistence des deux névroses n'étant pas exceptionnelle.

Si les convulsions épileptiques de la première période débutent et restent localisées, soit dans un membre, soit dans un seul côté du corps, on pourra croire à l'*épilepsie partielle*. Ce sont là des faits étudiés par MM. Ballet et Crespin³ et tout dernièrement par MM. Ghilarducci et Bardol. D'autres fois, les attaques épileptoïdes peuvent être incomplètes et rappeler le *vertige épileptique* accompagné de quelques secousses rapides et partielles. D'ordinaire, il s'y ajoute quelques signes d'aura : ovarie, palpitations, suffocations, sifflements d'oreille... qui éclairent la nature de ce vertige. Enfin les attaques épileptoïdes peuvent se présenter sous forme d'attaque épileptiforme avec contracture généralisée et permanente. Le diagnostic de ces diverses variétés peut soulever de sérieuses difficultés. La solution doit être fondée sur les règles générales exposées ci-dessus, sur la recherche des symptômes concomitants, des causes ordinaires de l'épilepsie jacksonienne, etc.

1. A. MATHIEU, BALLET (*Soc. méd. des hôp.*, avril et mai 1892).

2. LAVERAN, Attaques épileptiformes; incontinence nocturne d'urine, troubles de la sensibilité (*Soc. méd. des hôp.*, 29 avril 1892).

3. BALLET et CRESPIN, Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle (*Arch. de neurol.*, 1884). — BALLET, Attaques d'hystérie à forme d'épilepsie (monospasme facial) (*Gaz. des hôp.*, 1891). — NOGUÈS, Hystérie à forme d'épilepsie partielle chez un garçon (*Midi médical*, 1892). — GHILARDUCCI, Contrib. au diagn. différent. entre l'hystérie et les mal. organiques du cerveau (*Arch. de neurol.*, 1892 et 1893). — BARDOL (Thèse de Paris, 1893).

Ce sont là les principales variétés par modifications de la première période. Les variétés par modifications de la deuxième sont au nombre de deux : l'attaque de contorsions ou *attaque démoniaque* et l'attaque de grands mouvements ou *attaque de clownisme*. Dans les deux cas, la grande attaque est à peu près réduite à la deuxième période. « Supposez, dit M. P. Richer, une seconde période dans laquelle tous les phénomènes les plus étranges se multiplient comme à plaisir. Joignez-y la fureur, les cris, la rage, les mouvements désordonnés. Prenez en outre tout ce qui, dans les autres périodes, présente un dehors plus ou moins extraordinaire, ou est marqué par la prédominance de l'élément douloureux, comme les contractures généralisées de la fin ou quelques hallucinations horribles de la troisième période. » Ce sera l'attaque démoniaque. Si les grands mouvements prennent une importance démesurée et deviennent violents et prodigieux, ce sera l'attaque de clownisme.

Aux variétés par modifications de la troisième période ressortissent les *attaques d'attitudes passionnelles*. De ces attaques multiples et variées, en rapport avec les hallucinations des sujets, nous ne soulignerons que l'*attaque d'extase* ainsi décrite par Michea : « Absorbés dans les objets de leur contemplation, les extatiques sont tantôt silencieux et immobiles, tantôt ils parlent, chantent, gesticulent, prennent des attitudes en rapport avec les idées, les sentiments, les images dont ils subissent l'empire. Plus rarement et exceptionnellement ils se déplacent. Les sens sont le plus souvent abolis, la sensibilité générale ordinairement complètement éteinte. Le visage reste coloré... La respiration s'effectue d'une façon normale; la peau conserve habituellement sa chaleur. » On trouvera dans la littérature médicale l'histoire de plusieurs extatiques célèbres.

Nous arrivons aux modifications de la quatrième période de la grande attaque, à la *folie hystérique* des anciens auteurs. Ici les trois premières périodes sont atténuées ou effacées. Tantôt, en effet, les conceptions délirantes ne tardent pas à succéder à la strangulation, à quelques courtes convulsions épileptoïdes ou à quelques contorsions, ou encore à un fragment de la troisième période.

Tantôt l'attaque délirante semble détachée, isolée de toutes manifestations convulsives ou passionnelles, soit que celles-ci aient fait réellement défaut, soit plutôt qu'elles aient été trop courtes pour être remarquées. Le délirant hystérique apparaît alors comme un véritable somnambule. Aussi Charcot a-t-il proposé d'appeler somnambulisme hystérique le délire de la quatrième période transformée.

Le somnambulisme hystérique se présente sous trois aspects différents, au point de vue clinique, quoique théoriquement iden-

tiques ; ces trois types sont : l'attaque somnambulo-déirante proprement dite, le vigilambulisme et l'automatisme ambulatorie¹.

1° Les *attaques somnambulo-déirantes*² offrent quelques différences contingentes et accessoires, mais ont toutes des analogies remarquables. Le délire peut être, suivant les cas, furieux, gai, triste ou érotique. Il est toujours dirigé par des hallucinations sensorielles, surtout d'ordre visuel. Variable suivant les individus, il est uniforme pour un même sujet. Très mobile, à cause de la succession rapide des visions qui en constituent le fonds, le délire reste, pour un même individu, invariable avec une suite de tableaux toujours identiques. Les hallucinations ont trait à des événements antérieurs qui ont frappé l'imagination des malades. Parfois elles sont limitées à un seul et même événement ; plus souvent elles embrassent tour à tour les divers faits saillants de l'existence. L'expression du visage, les attitudes, les gestes, les paroles sont en rapport avec chaque hallucination. Le sujet est entièrement absorbé par son délire ; il ne répond pas, si on l'interpelle, ou ne répond, et encore d'une manière fort brève, que si l'on rentre dans son délire. Il s'empare alors de l'idée suggérée et la développe, non pas au gré de l'observateur, mais à sa façon, suivant son éducation et ses souvenirs. On peut cependant modifier le délire d'un hystérique ; les excitations des organes des sens ont une certaine influence sur la direction des hallucinations. A la suite d'excitations *simples* portant sur la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat ou le toucher, le sujet, déclare M. G. Guinon³, « s'empare de l'impression brute qu'il transforme à son gré en une hallucination toujours la même pour chaque excitation sensorielle ». Par la parole on peut aussi, quoique plus rarement, intervenir dans ce délire et le changer, mais toujours à la condition de réveiller le souvenir de scènes connues du malade. Cependant ces influences sont tout à fait éphémères ; le sujet, absorbé dans une sorte de *monoidéisme*, retombe vite dans ses conceptions à lui, dans

1. Voir le chapitre consacré aux *Somnambulismes*.

2. M. Pitres admet trois catégories de délire hystérique. L'une est caractérisée par une agitation extraordinaire avec cris de fureur, injures, chants, gesticulations incoordonnées, par un véritable accès de manie aiguë. A cette catégorie appartient le cas intéressant rapporté par M. Blocq. Dans une autre décrite par M. Pitres et son élève M. Blanc-Fontenille, il s'agit de délire « *ecménésique* », c'est-à-dire d'une espèce « 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 ». Ce délire *ecménésique* produit une transformation complète dans l'état mental du sujet qui se croit reporté à une période antérieure, plus ou moins éloignée, de son existence. La troisième catégorie correspond à la véritable crise somnambulo-déirante.

3. G. GUINON, Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes..., etc... (*Progress méd.*, 1891).

ces hallucinations où la *zoopsie* joue, comme dans le délire alcoolique, un rôle considérable. Assez souvent, on peut provoquer ou arrêter l'attaque déirante par la compression d'une zone hystérogène.

Encadré ou non par les phénomènes convulsifs de la grande attaque, passager ou durable, le somnambulisme hystérique n'est, somme toute, qu'une transformation de cette attaque.

2° Il existe des cas de délire silencieux, tranquille, coordonné, semblable à l'état de veille, qui établissent la transition entre le somnambulisme déirant proprement dit et le *vigilambulisme*. Les vigilambules, en effet, semblent parfaitement normaux et éveillés ; on pourrait passer à côté d'eux et même les interroger sans se douter des troubles qu'ils présentent.

Ce vigilambulisme n'est autre chose que le *dédoublement de la personnalité* étudié par Azam et dont quelques exemples ont été rapportés depuis. L'état vigilambulique est un « état second » dans lequel le malade est tombé ordinairement à la suite d'une série d'attaques. Cette condition seconde peut persister des années, coupée seulement par quelques rares retours, spontanés ou provoqués, à « l'état prime ». Pendant ces retours à l'état prime, le sujet connaît tous les événements qui se sont passés jusqu'à l'époque où il est tombé dans l'état second, mais ignore tout ce qui lui est arrivé à partir de ce moment, tandis que, dans l'état second, il se souvient parfaitement mais exclusivement des divers incidents écoulés depuis cette époque. Un fonds commun rattache ces deux états si opposés : c'est la persistance, dans l'état second, des actes automatiques, de la marche, du langage, etc... dont le nouveau « moi » a hérité. Mais, chose singulière, dans le cas présent, ce nouveau « moi » peut apprendre à lire, écrire, calculer, etc., si l'ancien « moi » ne savait pas le faire. Enfin, dans ces deux états, les troubles de la sensibilité sont différents.

L'interprétation de ces faits, dit Charcot, est encore difficile à donner. Légiférer d'ores et déjà serait prématuré, mais « mon opinion, dit-il, est qu'il s'agit là d'une attaque d'hystérie transformée ». Le vigilambulisme se trouve, en effet, inclus entre deux attaques convulsives.

3° L'*automatisme ambulatorie* est un syndrome intermittent caractérisé par des impulsions qui poussent les sujets à des fugues plus ou moins longues et injustifiées¹. Le paroxysme passé, le malade re-

1. Dans l'observation de M. Proust, il s'agit d'un avocat, hystérique depuis longtemps, qui fit des fugues inconscientes de plusieurs jours. Un matin, après une discussion, il part subitement de chez lui, se promène de côté et d'autre, contracte des dettes, se fait condamner même pour filouterie et ne revient à lui que trois

venu à lui reste surpris et souvent ignorant de ce qui lui est arrivé.

D'autres fois le sujet n'est pas inconscient; il sait où il va, ce qu'il fait, mais aucun obstacle, aucune hésitation ne peut le retenir; il marche dominé par un désir impérieux, fasciné par une idée fixe. C'est un « captivé¹ ». Ces malades obéissent certainement à une suggestion et poursuivent une hallucination, un rêve qui les dirige.

Ces fugues sont souvent précédées d'attaques convulsives. M. Séglas a même cité une observation d'automatisme hystérique dans la période d'aura des attaques, avec variations spontanées de la sensibilité et du champ visuel.

Dans le somnambulisme hypnotique, M. Pitres a obtenu par suggestion des déambulations de ce genre « en petit ». Charcot pense qu'on pourrait les obtenir « en grand ». « Le sujet suggestionné, dit-il, en pareil cas, marcherait sans doute droit devant lui, parfaitement conscient de tous les actes qu'il accomplit, mais ignorant du motif qui les lui fait accomplir. »

Séparer l'automatisme ambulatoire des hystériques de l'automatisme comitial est ou très facile ou très difficile. En l'absence de stigmates hystériques, l'utilité ou l'inutilité de la médication bromurée donnera de précieuses indications.

Le délire, le vigilambulisme et l'automatisme sont trois modalités cliniques du somnambulisme hystérique, unies entre elles par de nombreux cas de passage. Ils représentent une transformation de la phase passionnelle de la grande attaque².

Le somnambulisme hystérique se rapprocherait, d'après M. Pitres, du somnambulisme hypnotique, car, dans des cas de ce genre, il a pu obtenir des attitudes cataleptiques et des hallucinations par suggestion. Dans tous les cas, l'hystérie réclame une bonne partie des faits de somnambulisme dit naturel ou *noctambulisme*, connu depuis

semaines après. Une autre fois, il se trouve à Troyes, sans savoir comment il y est allé. Ses souvenirs, absents à l'état de veille, reparaisaient dans le sommeil hypnotique. Dans le cas de M. J. Voisin, les fugues se faisaient en état second, il y avait dédoublement de la personnalité et absence normale des souvenirs qui ressuscitaient dans l'hypnose, avec une précision remarquable, tout comme chez le malade de M. Pitres. — PROUST (*Bull. méd.*, 1890). — RÉGIS, *Automat. ambul. hystérique* (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, févr. 1893).

1. TISSÉ, *Les aliénés voyageurs*, Paris 1887. — DUPONCHEL, *Des impulsions morbides à la déambulation observées chez les militaires*, Paris, 1888.

2. Un jour, un malade de M. Charcot, après une crise convulsive, se lève, quitte la salle, monte sur un toit, emportant son oreiller auquel il prodigue des caresses. Revenu à lui, il ne se souvient de rien. On apprit plus tard qu'il était en instance de divorce et père d'un enfant dont il redoutait d'être séparé. Dans son délire, il s'enfuyait comme dans un rêve avec son précieux fardeau.

si longtemps, et dont la scène de lady Macbeth représente le prototype.

Longtemps abandonné sans contrôle à des personnes étrangères à la médecine, ce noctambulisme physiologique ou naturel a été étudié récemment, de très près, par les médecins. Et il semble résulter de ces études que le noctambulisme est toujours pathologique (qu'il survienne chez des enfants, des adolescents ou des adultes), et relève, soit de l'hystérie, soit de l'épilepsie.

Une dernière question médico-légale¹. Ces sujets sont-ils responsables d'actes délictueux ou criminels commis en état de somnambulisme? Charcot rapporte l'exemple d'un malade, ayant eu antérieurement une crise de noctambulisme, qui sort de chez lui en plein jour, vole dans un magasin, est arrêté et conduit au poste. Là il revient à lui, n'ayant aucun souvenir de ce qui s'était passé. Des faits analogues font croire que les somnambules hystériques sont capables non seulement de délits, mais encore de suicide (cas de Mesnet) et même d'homicide. Dans tous les cas, ils sont irresponsables.

Comme le somnambulisme, l'attaque de sommeil² est une modification de l'attaque de grande hystérie.

Atténuation ou effacement des phénomènes convulsifs et prédominance ou isolement du sommeil, telle est la caractéristique de ces attaques. Elles sont rarement la première manifestation de l'hystérie; d'habitude, elles sont précédées d'autres accidents.

Le sommeil hystérique est plus fréquent que ne le croyait Briquet; il survient à tout âge de la vie, chez l'homme comme chez la femme. D'ordinaire, c'est l'épilogue d'une ou plusieurs attaques convulsives, plus rarement il se montre à la suite d'une émotion morale, exceptionnellement sans cause provocatrice appréciable. Tantôt il s'installe brusquement: tout d'un coup, le sujet tombe comme assommé; tantôt il apparaît sous forme d'assoupissement progressif, précédé des signes habituels de l'aura.

Quoi qu'il en soit, une fois endormi, le malade présente l'image fidèle ou plutôt les apparences du sommeil naturel. Que le visage soit pâle ou coloré, on s'aperçoit bien vite qu'il ne s'agit pas là de la

1. Voir CHARCOT, Le somnambulisme hystérique spontané considéré au point de vue nosographique et médico-légal (*Gaz. hebdomadaire*, 1893, p. 2).

2. M. P. Richer en décrit quatre types: l'attaque de sommeil simple, l'attaque de sommeil avec mort apparente qui rappelle la célèbre erreur de Vésale, l'attaque compliquée de contracture générale ou partielle et de phénomènes épileptiques, et enfin l'attaque compliquée de phénomènes cataleptiformes. Il y a tout avantage, croyons-nous, à les réunir dans une description synthétique. — Consulter: CHARCOT, *Leçons publiées en italien par Milioti*, Milan, 1883. — PITRES, *Des zones hystériques et hypnogenes. Les attaques de sommeil*, Bordeaux, 1885. — GILLES DE LA TOURETTE, *Des attaques de sommeil hystérique* (*Arch. de neurol.*, 1888).

résolution musculaire du véritable sommeil. Les membres sont raides et contracturés, les mâchoires en trismus; les paupières rapidement vibrantes résistent à un écartement passif et laissent entrevoir, une fois cette résistance vaincue, les globes oculaires convulsés. Les mouvements respiratoires sont, en général, de fréquence normale, calmes, superficiels, réguliers, quelquefois ralentis ou accélérés; ils peuvent même revêtir le type de Cheyne-Stokes¹. Le pouls est normal, exceptionnellement ralenti ou accéléré². La température centrale s'élève à peine de quelques dixièmes. Elle ne dépasse jamais 38°,5, d'après Charcot. La sensibilité générale est abolie dans tous ses modes et au suprême degré; les sens spéciaux ne réagissent pas davantage à leurs excitations habituelles. C'est la mort apparente: les sensations sont perçues et conservées, seules les réactions sont impossibles. La preuve en est que ces dormeurs et dormeuses entendent d'habitude ce qui se dit autour d'eux; qu'ils sont suggestibles, qu'on peut, comme l'ont fait voir MM. Debove et Achard, modifier l'état de la sensibilité au moyen des esthésiogènes, actionner les zones hystérogènes et qu'enfin, revenus à eux, ils ont gardé souvent le souvenir de tout ce qui s'est passé. Il n'est pas rare cependant, surtout lorsque les attaques ont été longues, qu'ils ne se rappellent rien. Pendant toute la durée de son sommeil, le sujet maigrit, dans des proportions que nous signalerons au chapitre de l'*État de la nutrition*.

Rien n'est plus variable que la durée de ces attaques. Tantôt elles sont brusques et courtes comme un évanouissement ou une syncope; ce sont les attaques *pseudo-syncopales*. Tantôt elles se prolongent plusieurs heures et rappellent exactement l'ictus apoplectique ou comateux. Le terme d'*apoplexie hystérique*, introduit par MM. Debove et Achard³, doit rester, parce que l'ictus hystérique éveille dans l'esprit, non l'idée d'une variété de sommeil, mais bien celle d'une apoplexie cérébrale déterminée par une hémorragie, par exemple. Le plus souvent ces attaques durent de trois à quinze jours. Plus rarement elles se prolongent pendant des mois et des années. M. Gilles de la Tourette en cite un exemple de plus de quatre ans. Quels qu'en soient le mode de début et la durée, la nature de ces attaques est toujours la même. Identiques nosographiquement, les formes syncopale, apoplectique et prolongée ne diffèrent que par leur longueur.

Dans les attaques d'une certaine durée, on voit, d'habitude, survenir des esquisses de convulsions ou de grandes salutations, des

1. Observ. IX de la Thèse de M. Achard, p. 30.

2. Observ. VIII de la Thèse de M. Achard, p. 29 (128 pulsations).

3. ACHARD, *Apoplexie hystérique* (Thèse de Paris, 1887).

lambeaux de la phase passionnelle, du délire ébauché, tous phénomènes qui éclairent aussitôt le diagnostic.

Généralement le sommeil hystérique se termine par une crise convulsive. Parfois il se juge par des rires inextinguibles, des larmes, un délire de paroles, des tremblements, etc. Souvent le malade revenu à lui n'éprouve qu'un peu d'obtusion des sens, qu'une légère courbature. D'autres fois, il se réveille avec une hémiplegie motrice et sensitivo-sensorielle, comme dans les exemples cités par MM. Debove et Achard. Le pronostic des attaques de sommeil est d'ordinaire bénin; mais, outre que les récidives sont à craindre, il faut compter avec certains accidents plus ou moins graves qui peuvent en être la conséquence.

Le côté le plus délicat de ces attaques est leur diagnostic. La pseudo-syncope se distingue de la syncope vraie par les signes précurseurs de l'aura, par l'absence de troubles circulatoires et respiratoires, par les commémoratifs, par la recherche enfin des zones et des stigmates hystériques. Dans les cas d'apoplexie hystérique, on pourrait songer à un coma d'origine organique, à l'hémorragie, au ramollissement, à une tumeur cérébrale, aux ictus de la paralysie générale, aux comas divers, surtout au coma urémique, qui peut, ainsi que l'a montré M. Brissaud¹, s'accompagner d'attitudes cataleptoïdes, etc. Étant donné que l'attaque de sommeil n'est jamais ou presque jamais l'accident initial, les commémoratifs prendront ici une grande importance. Si ces renseignements font défaut — ce qui est fréquent à l'hôpital, — l'absence habituelle de ronflement et de stertor, d'abaissement ou d'élévation de la température et des signes spéciaux aux comas d'ordre organique, devra être prise en sérieuse considération. Si le malade sort du coma entièrement guéri, l'interprétation est facile. S'il reste hémiplegique, il faudra se fonder surtout sur la présence de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle pour affirmer l'hystérie. Seule l'hémiplegie par lésion du carrefour sensitif pourrait en imposer, ainsi que nous l'avons déjà vu. Mais l'hémianesthésie de nature organique est fixe, accompagnée d'hémiopie et non de rétrécissement bilatéral du champ visuel. L'état de la face sera minutieusement examiné, pour savoir si le facial inférieur est respecté ou atteint, et, dans ce dernier cas, s'il s'agit soit d'hémispasme glosso-labé, soit de paralysie faciale hystérique ou organique.

Nous ne signalerons que pour mémoire le diagnostic avec la léthargie hypnotique et la stupeur mélancolique à forme léthargique. Il est plus malaisé de séparer l'attaque de sommeil hystérique de la *narcolepsie*, ou maladie du sommeil, décrite par MM. Gelineau,

1. BRISSAUD, *Urémie avec attitudes cataleptoïdes* (*Semaine méd.*, 1893).