craquements ne se passent pas dans l'articulation ; ils sont toujours mis en œuvre par le sujet lui-même et prennent naissance dans les gaines synoviales. Il semble en effet que les articulations ne soient jamais touchées organiquement, trophiquement par l'hystérie. Charcot a montré que l'immobilisation par contracture hystérique pouvait donner lieu à ces rétractions fibro-tendineuses qui s'observent à la suite de toute immobilisation articulaire. Mais ce n'est pas dans l'intérieur de l'articulation que se produisent les désordres; c'est dans les tissus périarticulaires, comme l'a bien montré Terrillon; les muscles se raccourcissent, les tissus fibreux s'épaississent et perdent leur souplesse, et il faut mécaniquement les rompre ou les couper pour retrouver la mobilité anormale des articles. Pourquoi tous ces phénomènes ne sont-ils pas constants chez tous les malades atteints de contracture hystérique? C'est que là encore il faut faire intervenir cette prédisposition, cette diathèse vaso-trophique qui n'est pas égale chez tous.

Fièvre hystérique. — Les anciens auteurs admettaient l'existence d'une fièvre hystérique ou d'une fièvre nerveuse, mais, la doctrine de Broussais faisant remonter à l'inflammation de l'utérus et de l'ovaire la cause directe de la névrose, il n'y eut plus de fièvre hystérique essentielle. Chomel, Landouzy, Grisolle la nient. Beau, cependant, admet l'existence d'une fausse fièvre typhoïde nerveuse. Briquet la décrit et fait même trois catégories de fièvre hystérique.

Debove reprend la question en 1885 et, en 1886, Barié publie un cas fort important : c'est le point de départ d'une quantité de travaux (1).

Les femmes fournissent le plus fort contingent; peut-être cette proportion tient-elle à ce que l'hystérie masculine est connue depuis peu de temps.

Les causes déterminantes sont toujours l'émotion, la suppression brusque des règles (?) et, dans les cas de Hanot et Boix, l'impression résultant de ce fait que la malade avait vu évoluer à côté d'elle trois fièvres typhoïdes qu'elle avait soignées.

Le tableau clinique est vague, tant les formes sont nombreuses : fièvres lentes, courtes, continues, intermittentes, rémittentes, modérées ou extrêmes : on a décrit autant de variétés. Il vaut mieux, avec Boulay, envisager les cas où l'élévation de la température reste plus ou moins longtemps l'unique manifestation de l'hystérie et, d'autre part, les cas où l'hyperthermie s'accompagne de phénomènes qui simulent de plus ou moins près une affection viscérale : les phénomènes hystériques avec fièvre et la fièvre hystérique proprement dite.

(1) Crouzet, Th. de 1895.

Cette dernière a pour type le cas de Debove concernant une femme de vingt-quatre ans, grande hystérique depuis sept ans. A vingt et un ans elle fut prise d'un violent accès de fièvre caractérisé par les trois stades de frisson, chaleur, sueur, et qui dura plusieurs heures. Depuis cette époque sa température a été prise régulièrement; presque jamais elle n'est descendue au-dessous de 38°, et à des moments tout à fait imprévus, une ou deux fois par semaine, sont survenus des accès simulant plus ou moins exactement des accès de fièvre intermittente, pendant lesquels la température montait à 39 et 40°; l'un de ces accès ne dura pas moins de quatorze jours; la fréquence du pouls était proportionnelle. Aucun autre phénomène ne se montra que la courbature et le brisement des membres; les attaques convulsives n'ont pas cessé malgré cette fièvre. La guérison fut instantanée, sans aucune convalescence, et cependant durant un mois la température avait dépassé 41°.

La courbe de température de la fièvre hystérique défie toute régularité et toute comparaison entre sujets différents. Mierzejewski a publié un cas où il y eut des sauts vraiment paradoxaux de 43° à 29°,3. Du reste, les chiffres publiés sont fantastiques : c'est 42°,5, 47°,2, 44°,9 et 50°. On a noté des désaccords d'une aisselle à l'autre et surtout de l'aisselle au rectum. Généralement ces poussées sont sous la dépendance d'émotions morales vives; le sujet réagit tantôt par une élévation thermique, tantôt par des crises convulsives; il y a ainsi une sorte d'équivalence entre les deux phénomènes.

Le pouls généralement marche de pair avec la température, mais Vigioli a vu le pouls rester normal et la respiration aussi, tandis que la malade de Henri Fabre avait une dyspnée considérable (quarante respirations par minute), sans aucun phénomène stéthoscopique.

Il faut bien dire que l'origine hystérique de la manifestation fébrile reste sujette à caution dans beaucoup de faits. En somme on voit des pseudo-fièvres hystériques dans lesquelles le pouls est rapide comme dans le goitre exophtalmique, mais la température n'est pas élevée; une fièvre hystérique proprement dite, consistant en élévations thermiques qui coïncident avec des attaques convulsives dont elles ne sont qu'un équivalent; enfin des fièvres hystériques avec pseudo-affections viscérales, pseudo-typhoïde, pseudo-méningite, pseudo-péritonite; on a même décrit un pseudo-paludisme.

Le diagnostic est donc fort difficile. C'est en procédant par exclusion, en se fondant sur l'existence d'accidents hystériques nettement caractérisés, sur l'étrangeté de la courbe et l'excès même de ses élévations qu'on fera le diagnostic. Dejerine (1) cite un cas personnel

(1) Dejerine, Traité de Pathologie générale de Bouchard, t. V, p. 1086.

dans lequel la fièvre, atteignant 43° à 44°,8 sous l'aisselle, apparaissait d'une façon absolument régulière lorsque la malade se mettait au lit, et cela quelle que fût l'heure à laquelle on la faisait coucher.

Le pronostic paraît toujours favorable, la guérison survenant brusquement est complète, mais la durée peut être fort longue, puisque le cas de Debove s'étend sur une période de trois ans.

L'étude des échanges aurait une grande importance pour le diagnostic et la discussion doctrinale de ce phénomène. Tous les auteurs s'accordent à dire que l'amaigrissement et la perte des forces sont peu prononcés, si on les compare à ce qu'on voit dans les affections fébriles ordinaires, mais nulle part nous ne voyons de pesées exactes.

Mierzejewski a analysé les urines : son observation est trop incomplète pour nous permettre d'en tirer réellement parti ; il en est de même de presque toutes les autres communications sur ce sujet. Seul Vigioli s'est attaché à résoudre cette question, mais sa malade était presque anurique, puisque l'analyse porte sur 400 à 500 grammes d'urine représentant la totalité d'excrétion en quatre jours. Le poids spécifique était très bas et aussi le taux des éléments solides, et en particulier de l'urée ; de plus, les phosphates terreux et alcalins étaient en proportion égale, c'est-à-dire qu'il y avait inversion de leur formule normale.

Hanot et Boix ont considéré d'un grand secours pour le diagnostic de leur malade ce fait que, concurremment avec l'hyperthermie, les urines étaient restées abondantes, de couleur claire, d'apparence nullement fébrile. Santangelo Spoto a publié un cas minutieusement étudié, dans lequel il observa la formule chimique urinaire de l'attaque dans toute sa pureté : chute du résidu fixe, de l'urée, des phosphates avec inversion de la formule de ces derniers. Les mêmes résultats ont été observés par Fornaca (1).

La fièvre serait donc un équivalent thermique de l'état de mal hystérique. Il y a des centres thermogènes dans l'écorce ; pourquoi la névrose n'agirait-elle pas directement sur ces centres? Telle est l'explication hypothétique donnée par Chauveau, Boulay, Sarbo de cette singulière manifestation.

Troubles viscéraux. — Manifestations sur le cœur. — Sous le titre de *Rétrécissement mitral et hystérie chez l'homme*, Giraudeau publiait en 1890 un court mémoire qu'il compléta en 1895 (2) dans un article intitulé : *Hystérie et affections cardiaques*. Déjà, du reste, Armaingaud en 1879, puis Potain (3), Huchard avaient attiré l'attention sur la coïncidence de l'hystérie et des affections du cœur. Nous avons noté, dans le chapitre consacré à l'étiologie de la névrose, l'influence

(1) Fornaca, *Revue neurol.*, 1898, p. 543.
(2) Giraudeau, *Sem. méd.*, 1895, p. 279.
(3) Meno, Th. de Paris, 1896.

que la connaissance d'une affection cardiaque, toujours émouvante pour l'imagination des malades, pouvait avoir sur le développement des accidents hystériques ; d'autre part, la superposition organique s'exerce souvent ici et la précordialgie, la fausse angine de poitrine, peuvent être appelées par une véritable lésion valvulaire. Le rétrécissement mitral pur, congénital, constitue enfin une de ces tares organiques qui coïncident parfois avec l'hystérie, souvent elle-même, comme nous l'avons dit, affection héritée tenant à la constitution, à l'essence même du sujet qu'elle frappe. Mais il ne s'agit pas là, en somme, de troubles cardiaques d'origine hystérique. Il n'en est pas de même des faits rapportés par Picot (1), et dans lesquels cet auteur attribue à un spasme hystérique des muscles valvulaires le rétrécissement intermittent qu'il a constaté à l'auscultation du cœur de son malade. Nous en rapprocherons la claudication intermittente rapportée par Olivier et Halipré, dans une observation malheureusement un peu complexe, au spasme hystérique de l'artère iliaque.

Les palpitations sont très fréquentes dans l'hystérie. Elles peuvent d'ailleurs survenir par paroxysmes de durée plus ou moins longue, ou s'établir à l'état d'accident permanent, leur continuité n'amène aucune aggravation dans l'état des malades. On les voit le plus souvent cesser brusquement sans cause et sous l'influence d'une excitation banale.

Elles peuvent consister en une légère augmentation du nombre des battements cardiaques avec simple sensation de gêne précordiale, ou au contraire en une série plus ou moins longue de battements violents et tumultueux « à rompre la poitrine », avec oppression et angoisse. La parole est entrecoupée, la voix s'altère, la face pâlit, se couvre de sueurs, les extrémités se refroidissent et la syncope n'est pas rare pour terminer la scène.

Sous la main, le choc cardiaque est énergique, moins toutefois que ne le ferait supposer la sensation accusée par les malades. Il peut y avoir des irrégularités allant jusqu'à la chorée, à la folie du cœur, et l'auscultation fait constater, outre la force et l'éclat métallique des bruits normaux, l'existence fréquente des souffles étudiés par Potain sous le nom de *souffles extracardiaques*.

A la suite des palpitations, les urines sont rendues claires et aqueuses.

Nous n'avons à étudier ici ni l'angine de poitrine (2), ni la syncope (3), et nous ne pouvons que signaler la tachycardie et l'arythmie qui s'accompagnent souvent, dans l'hystérie, des troubles de la sensibilité que nous venons de décrire dans les palpitations.

(1) Picot, Congrès de Bordeaux, 1895.
(2) Voy. p. 214.
(3) Voy. p. 316.