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.

Manifestations sur l'appareil respiratoire. — Un cas jusqu'à présent unique de Lermoyez (1) montre que l'hystérie peut se localiser sur les *fosses nasales*, entraînant un trouble curieux de la respiration. Il s'agit d'une jeune fille qui, par suite d'une malformation congénitale des cornets, a depuis sa naissance respiré uniquement par la bouche. Pour remédier à cet inconvénient, on lui a réséqué les deux cornets inférieurs, de sorte qu'actuellement les voies nasales sont absolument libres. Cependant, dès qu'on lui ferme la bouche, la malade asphyxie, se cyanose et perd connaissance pour peu qu'on prolonge l'expérience. Les mêmes phénomènes d'asphyxie se manifestent si, au lieu de fermer réellement la bouche, on fait simplement, avec la main placée au-devant d'elle, le simulacre d'une occlusion. Il est inutile d'ajouter qu'il y a anesthésie absolue sensitive et sensorielle de la pituitaire chez cette malade.

Nous avons déjà dit quelques mots des épistaxis hystériques, nous n'y reviendrons pas.

L'hystérie *laryngée* a été étudiée en 1880, au congrès de Milan, par Thaon. Cet auteur fait remarquer la fréquence des causes occasionnelles dues à une altération locale organique, parfois fort légère du reste ; il indique même certaines lésions des organes génitaux par suite de la sympathie qui unit ceux-ci au larynx. Ce n'est, en somme, là qu'un exemple nouveau de cette superposition organique que nous avons souvent rencontrée.

L'anesthésie de ces muqueuses a été étudiée déjà; leur hyperesthésie se traduit par des sensations de brûlure, de déchirure, de corps étrangers qui font faire aux malades de violents efforts d'expulsion accompagnés de toux quinteuse. L'examen laryngoscopique, indispensable ici pour le diagnostic, permet d'apprécier l'hyperesthésie de la région.

Les troubles moteurs sont beaucoup plus importants ; leur description est hérissée de difficultés ; dans beaucoup de cas on ne peut déterminer si l'on est en présence de la paralysie des abducteurs ou de la contracture des adducteurs ; d'ailleurs, il faut compter sur la fréquence de l'association des deux phénomènes, ici, comme pour la musculature de l'œil ou de la face, le muscle antagoniste étant conjointement frappé de paralysie ou de contracture de sens contraire. Tous les auteurs se sont heurtés à ces difficultés d'appréciation (2). C'est qu'il ne s'agit pas dans l'hystérie d'une action nerveuse localisée à tel ou tel rameau ou à tel ou tel muscle, mais bien d'une action centrale, cérébrale. Aussi convient-il d'étudier ces phénomènes par

(1) Lermoyez, *Soc. méd. des hôp.*, 20 janvier 1899.

(2) Gouguenheim, Des névroses du larynx (*Progrès méd.*, 1883). — Dufour, De la paralysie des dilatateurs de la glotte. Th. de Montpellier, 1891. — P. Koch, Considérations sur les paralysies du larynx (*Ann. des mal. du larynx*, avril 1877-1878); Paralysie des dilatateurs de la glotte (*Ibid.*, avril 1879-1880, 1881, 1883).

leur résultat synthétique et non par l'analyse de leur mécanisme, et ces résultats sont l'aphonie, d'une part, le spasme laryngé, d'autre part.

L'*aphonie hystérique* consiste dans l'impossibilité où se trouve le malade de parler à haute voix, alors qu'il peut encore chuchoter, l'articulation des mots étant conservée, ce en quoi elle diffère du mutisme hystérique, où, comme nous le verrons, le sujet est aphasique moteur absolu. La confusion a du reste été faite par les auteurs qui, de toute antiquité, se sont occupés de cette question, jusqu'aux travaux de Charcot à ce sujet en 1885.

L'aphonie est une manifestation assez fréquente de la névrose. Elle débute tantôt brusquement à la suite d'une émotion vive ou d'une attaque convulsive, tantôt beaucoup plus lentement lorsqu'elle succède à une inflammation locale, ce qui n'est pas rare.

Sa description est des plus simples. Elle offre deux aspects cliniques différents; dans l'un, qui sera décrit avec le spasme laryngé, il y a cornage et dyspnée concomitants; dans l'autre, la respiration est libre dans les deux temps, mais les malades ne peuvent parler à haute voix; ils sont dans l'impossibilité d'émettre un bruit laryngé. Particularité importante et qui montre bien qu'il s'agit là d'un phénomène central : la voix persiste dans le sommeil et même dans le chant.

Objectivement, on constate souvent une plaque d'anesthésie cutanée dans la région thyroïdienne, conséquence de la loi, que Gilles de la Tourette a établie, de superposition des troubles de sensibilité aux paralysies et aux spasmes.

L'examen laryngoscopique donne des images très variées, différant, dit Thaon, d'un jour à l'autre.

Le pronostic est bénin; l'aphonie hystérique est beaucoup plus ennuyeuse que grave. Elle peut persister longtemps, quinze mois, deux ans et même douze années comme dans le cas de Sédillot ; le plus souvent elle guérit subitement. Beaucoup plus fréquemment elle ne dure que quelques instants ou quelques jours, mais récidive alors avec la plus grande facilité.

Le diagnostic est facile et se basera surtout sur la coïncidence d'autres manifestations hystériques. On ne devra jamais négliger l'examen laryngoscopique.

Le *spasme laryngé* occupe une place très importante dans la pathologie de l'hystérie, surtout dans sa forme paroxystique qui peut se terminer par la mort. Nous l'étudierons plus loin sous le nom d'*attaque de spasmes*.

Dans les intervalles des attaques il peut exister un cornage permanent, de la dyspnée vraie, du tirage, ensemble symptomatique ressemblant singulièrement au croup. Il n'est pas toujours facile de dire s'il s'agit de paralysie ou de contracture des muscles glottiques.

Spasmes respiratoires. — Sous ce nom, Briquet a décrit des

accidents qui revêtent constamment des allures paroxystiques et présentent un caractère rythmique sur lequel Pitres a justement appelé l'attention. Cet auteur propose de répartir ces spasmes rythmiques respiratoires en trois groupes : les spasmes respiratoires simples, les spasmes respiratoires mixtes et les spasmes respiratoires compliqués.

Les simples sont ceux dans lesquels les secousses convulsives surviennent exclusivement pendant l'expiration : première variété : toux, renâclement, etc., ou seconde variété, pendant l'inspiration : hoquet, reniflement, etc.

Lasègue (1) a donné, en 1854, une remarquable étude de la *toux hystérique*. Nous ne pourrons mieux faire que de le suivre dans la description suivante :

Les secousses de la toux dite *permanente* ne se montrent qu'à intervalles variables, à divers moments de la journée, à des heures parfois fixes.

Les secousses se groupent en se répétant successivement au nombre de trois ou quatre ou davantage, c'est-à-dire suivant un rythme caractéristique. Les secousses isolées ou même les groupes de secousses sont séparés les uns des autres par des intervalles sensiblement égaux. Ajoutons que ces bruits cessent toujours pendant le sommeil.

Sur cet état se greffent des paroxysmes caractérisés par des secousses incessantes de toux violente. Ce sont de véritables crises précédées des phénomènes céphaliques de l'aura vulgaire et pouvant se terminer par une période délirante ou être entrecoupées ou suivies de véritables convulsions. Rien ne manque en somme au paroxysme, pas même l'émission d'une urine claire et abondante, et l'analyse des vingt-quatre heures, ainsi que Gilles de la Tourette l'a démontré avec Cathelineau, se juge par des modifications entièrement semblables à celles de la grande attaque.

Malgré la fréquente répétition de la toux, malgré son intensité, le malade ne souffre pas de dyspnée; il n'y a aucun trouble de la sécrétion laryngée, trachéale ou pulmonaire et partant pas de signes stéthoscopiques, à moins que la toux hystérique ne se soit développée à l'occasion d'une maladie organique des voies respiratoires (2).

La toux et les autres bruits laryngés hystériques se montrent rarement après vingt-cinq ans. Si les filles sont plus atteintes que les garçons, il n'est pas exact de dire avec Lasègue qu'elles sont exclusivement atteintes.

(1) Lasègue, De la toux hystérique (*Arch. gén. de méd.*, mai 1854, p. 513).

(2) Rénon et Sollier ont communiqué à la Société médicale des hôpitaux, le 8 novembre 1901, le cas d'une fausse phtisie hystérique où la toux s'accompagnait d'amaigrissement, de fièvre, de tachycardie et aussi de frottements pleuraux et d'un état de condensation du poumon confirmé par l'examen radioscopique. La malade a complètement guéri par la restauration de la sensibilité de l'appareil respiratoire.

Toutes ces déterminations sont au premier chef des phénomènes d'hystérie locale et ont une tendance marquée à subsister à l'état d'isolement sans accompagnement de stigmates; ceux-ci doivent être cherchés avec le plus grand soin; leur importance diagnostique est capitale, car on observe aussi des bruits laryngés dans la chorée, dans la maladie des tics, dans le *paramyoclonus multiplex*.

Développés le plus souvent brusquement à la suite d'une émotion ou d'une attaque, ces bruits cessent fréquemment de même. Ils sont très tenaces, rebelles, durent des semaines, des mois, des années même. Un de leurs caractères est de résister de la façon la plus obstinée aux calmants et aux sédatifs usités en pareils cas.

Si la toux est souvent une manifestation monosymptomatique de l'hystérie, elle peut cependant se transformer en d'autres accidents, attaques convulsives, vomissements, paraplégie complète avec rétention d'urine, elle peut coïncider avec l'aphonie, etc.

Il existe d'autres spasmes expiratoires : ils font partie presque tous des spasmes compliqués.

Le *hoquet* est un spasme inspiratoire; il consiste essentiellement en une contraction spasmodique du diaphragme suivie d'un bruit laryngé rauque assez impressionnant pour donner lieu, lui aussi, à des faits de contagion nerveuse. Il paraît en somme assez peu fréquent, est lié assez souvent à certains troubles gastriques; pour Briquet, qui en a fait une étude spéciale, « sa durée n'est pas longue et, s'il se répète de manière à être en quelque sorte continu, les accès se terminent au bout de quelques jours ; chez certaines hystériques il peut durer des mois et des années, mais alors il est intermittent et ne paraît que de loin en loin ».

Pitres observa un cas de *reniflement* bruyant causé par une secousse brusque, convulsive, des muscles inspirateurs, se reproduisant environ huit à dix fois par minute.

Les *bâillements* appartiennent à la classe des spasmes inspiratoires mixtes ; ils sont rares et l'étude qu'en ont faite Gilles de la Tourette, Huet et Georges Guinon ne porte que sur six cas, six femmes. On en distingue une forme permanente dans laquelle les malades bâillent pour ainsi dire constamment, le sommeil seul interrompant les spasmes, qui reprennent au réveil et peuvent ainsi persister pendant des semaines et des mois sans que la santé générale semble en souffrir notablement. L'inspiration n'est pas ici portée à son summum comme dans le bâillement physiologique ; il n'y a pas cette expiration bruyante s'accompagnant souvent de flux de salive et de sécrétions de larmes; par contre, l'écartement des mâchoires est excessif, au point qu'on a vu se produire une luxation de l'articulation temporo-maxillaire. Ce qui est le plus caractéristique de l'hystérie, c'est le rythme et la cadence qui ne permettent pas de méconnaître la névrose.

On en distingue une seconde forme, la forme paroxystique, dans laquelle les bâillements surviennent par crises ne différant pas comme allure générale des autres manifestations convulsives de l'hystérie. La crise dure un quart d'heure, une demi-heure et plus et se termine non sans avoir comporté quelques vestiges des périodes classiques de la grande attaque.

L'attaque de bâillements se juge par l'abaissement du taux du résidu fixe des urines, de l'urée, des phosphates, avec inversion de la formule de ces derniers. Ce sera là encore le meilleur signe de diagnostic entre les attaques de bâillements épileptiques et les attaques de bâillements hystériques.

Nous ne nous appesantirons pas sur les *éternûments* hystériques, dont on a cité maints exemples plus curieux les uns que les autres et par la fréquence des secousses et par la ténacité de l'affection. La malade de Pitres a eu pendant huit ans consécutifs des éternûments depuis le moment de son réveil jusqu'à deux heures de l'après-midi, sans interruption. Il est vrai qu'elle a guéri subitement à la suite d'un seul bain sulfureux pris à Cauterets.

Le *rire* hystérique est beaucoup plus commun. Il se produit par accès et précède, accompagne ou suit les attaques convulsives dont il peut être indépendant jusqu'à un certain point.

Enfin Pitres fait une dernière catégorie des spasmes respiratoires compliqués. Ils peuvent l'être par l'émission involontaire de paroles nettement articulées, fait que nous étudierons avec le soi-disant *bégayement hystérique*. Ils peuvent l'être par la production de bruits inarticulés rythmiques qui s'éloignent beaucoup du type toux ou du type hoquet. C'est ainsi qu'on a des *aboiements*, des *hurlements*, des *grognements*, des *miaulements*, des *mugissements*, que l'hystérie simule depuis le bêlement de la chèvre jusqu'au roucoulement des tourterelles, au gloussement des dindons. La ressemblance est parfois assez frappante pour qu'il y ait quelques bonnes raisons de croire que les cris d'animaux sont, dans certains cas au moins, la conséquence d'une imitation involontaire, automatique. L'histoire de l'hystérie est remplie de ces crises qui sévirent souvent à l'état épidémique. Les plus intéressantes sont rapportées dans l'ouvrage de Gilles de la Tourette.

Leur diagnostic est en général très facile.

Dyspnée. — Les spasmes des muscles respiratoires ne donnent pas toujours naissance à des bruits laryngés et ne se traduisent souvent que par des troubles du rythme et de l'amplitude de la respiration. Ces troubles passent fréquemment inaperçus, car le sujet n'en éprouve aucun malaise. On peut mettre en évidence ces faits, qui sont extrêmement communs, à l'aide de tracés pneumographiques : ils montrent toujours des saccades et des irrégularités que trahissent également les phénomènes de suffocation si communs chez les névropathes. Mais ce n'est certainement pas le spasme qui est la seule cause des

troubles respiratoires de l'hystérie : on a invoqué l'anesthésie des voies aériennes, qui empêche les malades de sentir l'air pénétrer dans leur poitrine ; on a invoqué aussi la paralysie du diaphragme ou sa contracture ; nous verrons enfin quelle est l'influence de l'activité de l'écorce cérébrale.

La *paralysie du diaphragme* a été vue par Briquet ; elle est restée tenace et a duré plusieurs mois. Elle se traduit par le timbre étouffé de la voix, l'anhélation habituelle et surtout la dépression inspiratoire et le gonflement expiratoire du creux épigastrique. Duchenne (de Boulogne) en a publié un cas cité par Axenfeld et Huchard ; Robinson en donna un autre dans la *Revue neurologique* du 30 juin 1901. Nous rappellerons le malade de Janet (1) dont nous avons parlé à propos de la paralysie des muscles du tronc. La polypnée dans ce cas était très exagérée, mais elle disparaissait pendant le sommeil, et était interrompue huit fois par minute environ par un soupir profond donnant lieu à une respiration normale, ainsi que le constatent les graphiques très intéressants joints à cette observation. L'analyse des urines pratiquée par Yvon montra par la diminution considérable de l'urée, des phosphates et des chlorures, qu'il s'agissait bien d'un paroxysme hystérique. Nous devons un nouveau cas à Angelo Mariani (2).

La *contracture du diaphragme* se juge par des accidents asphyxiques ; l'inspiration est brusque, l'expiration courte ; les mouvements respiratoires, d'abord très rapprochés, s'affaiblissent et se ralentissent pendant que le diamètre transversal de la base du thorax reste agrandi : elle est très rare.

Nous avons dit que la dyspnée hystérique pouvait se montrer indépendante des spasmes ou des paralysies des muscles respirateurs. Dans une intéressante observation présentée au Congrès de 1900, Raymond et Janet ont étudié un cas d'altération curieuse de la respiration chez une malade qui ne semblait d'ailleurs aucunement en être affectée, et ils ont remarqué, grâce aux graphiques qu'ils ont recueillis, que cette altération rappelait très nettement le rythme de Cheyne-Stokes. On sait bien aujourd'hui (3) que ce symptôme est surtout en rapport avec des lésions graves de l'écorce cérébrale. Une série de délicates expériences ont fait voir que le sujet en question retrouvait une respiration à type régulier quand on excitait son attention toujours très faible, quand on le réveillait en somme de cette sorte d'état de sommeil et d'engourdissement cérébral qui caractérise justement la plupart des phénomènes hystériques.

Les auteurs vont plus loin encore et, non contents d'incriminer

(1) Janet, Névroses et idées fixes. Paris, Félix Alcan, 1898, p. 314.
(2) Angelo Mariani, *Riforma medica*, 1899, p. 231-236.
(3) Rabé, Théorie cérébrale de la respiration Cheyne-Stokes (*Presse méd.*, 1899, p. 228).

l'écorce cérébrale, émettent la supposition d'un centre respiratoire spécial qui serait affecté dans ces cas.

Quoi qu'il en soit, Charcot et Weir-Mitchell avaient déjà étudié la dyspnée hystérique *sine materia*, mais sous forme d'attaque. Nous allons reproduire l'observation d'une malade de la clinique de la Salpêtrière :

« Nous comptons, dit Charcot, à peu près 170 à 180 respirations par minute. Tout cela se fait silencieusement et sans bruit. La malade ne semble pas anxieuse, bien que les inspirations soient peu profondes; elle ne souffre véritablement pas et on ne constate chez elle aucune trace de cyanose, contrairement à ce qui aurait lieu certainement s'il y avait véritablement dyspnée avec anoxémie. Il n'y a pas non plus d'accélération du pouls (60 à 80 par minute). L'auscultation montre que l'inspiration et l'expiration sont parfaitement libres et, à part la fréquence, dénuées de toute anomalie, de telle sorte que la dénomination *tachypnée* conviendrait incontestablement beaucoup mieux que celle de *dyspnée* pour caractériser cette accélération hystérique des mouvements respiratoires. »

Cette dyspnée se montre pendant la veille et disparaît pendant le sommeil. Elle survient par accès précédés de phénomènes d'aura, dure trois ou quatre heures et se termine souvent par des pleurs comme l'attaque vulgaire, dont elle n'est en somme qu'un équivalent. L'attaque de dyspnée coïncide souvent avec d'autres accidents hystériques ou alterne avec eux. Elle était monosymptomatique dans le cas de Charcot ; aussi était-elle très tenace et se répétait depuis près d'un an lorsqu'elle fut observée.

Cette dyspnée sans phénomène d'asphyxie se différencie nettement des attaques de spasme laryngé que nous avons déjà décrites; cependant nous avons observé une malade dont les attaques de spasme glottique étaient précédées d'une longue période de tachypnée simple.

Sous le nom d'*asthme hystérique*, Briquet décrivait une manifestation broncho-pulmonaire succédant à des accidents nettement hystériques, tels qu'une paraplégie, mais dont la description est si parfaitement celle d'une affection organique qu'on ne peut vraiment l'en différencier.

Troubles sécrétoires et trophiques. Hémoptysie. — Briquet signalait justement dans ces cas d'asthme hystérique une abondante sécrétion des bronches et du poumon accompagnant la dyspnée. Son observation est restée isolée.

Ce que l'on observe assez fréquemment par contre, ce sont les hémoptysies hystériques, phénomènes de même essence que les hémorragies cutanées et les hématémèses avec lesquelles les hémoptysies coïncident parfois, les manifestations de la diathèse vasomotrice étant souvent multiples chez le même individu.

Pomme est un des premiers auteurs qui aient étudié l'hémorragie

pulmonaire dans l'hystérie. Briquet n'y voyait qu'une hémorragie supplémentaire des règles, opinion contre laquelle Marius Carré (1) s'éleva le premier. Depuis cet auteur, de nombreux cas ont été publiés.

L'hémoptysie hystérique s'observe chez l'homme comme chez la femme. Elle n'est donc pas supplémentaire des règles ; si elle revient d'une façon assez périodique à cette époque, c'est que les femmes sont plus sujettes alors aux paroxysmes convulsifs, qui jouent le rôle le plus actif dans les manifestations de la diathèse vaso-motrice.

C'est aussi pour cela que le maximum de fréquence sera de dix-huit à trente ans, mais Huchard a rapporté une observation concernant une jeune fille de quatorze ans et Petit un homme de quarante-cinq ans.

Dans certains cas l'hémoptysie est manifestement liée à l'attaque, et il faut assimiler à l'attaque les paroxysmes de toux, de dyspnée, de polypnée. Dans d'autres cas, l'hémoptysie semble indépendante des paroxysmes et se montre dans les intervalles très prolongés des attaques. C'est alors un véritable phénomène d'hystérie locale, qui s'accompagne parfois de modifications telles du fonctionnement pulmonaire qu'on peut songer à une lésion organique (2).

L'hémoptysie peut s'accompagner de phénomènes douloureux du côté des parois thoraciques et liés à l'existence de zones hyperesthésiques hystérogènes. Aussi le malade ne peut-il souvent supporter même le moindre frôlement à ce niveau.

L'auscultation et la percussion restent dans la majorité des cas négatives, cependant un des malades de Debove présenta des « signes de congestion pulmonaire », un autre des « craquements humides au sommet du poumon gauche en arrière », et chez un troisième une certaine quantité de liquide exsudé put s'épancher dans la plèvre et on « retira un quart de litre d'un liquide citrin et transparent ». Ces signes, notés aussi par Laurent, par Fabre, par Rénon et Sollier, sont naturellement transitoires et sont moins étonnants si l'on se rappelle les manifestations cutanées, appréciables *de visu*, de la diathèse vaso-motrice.

Le sang est rendu soit spontanément, soit à la suite de quintes de toux, et en quantité plus ou moins abondante. Le malade expectore quelques crachats rouillés, ou remplit plusieurs crachoirs à la suite de véritables vomiques. Le sang, d'après Tostivint, est incarnat, « gelée de groseille », suivant la comparaison de Lasègue, noir plus tard ; il serait, d'après certains auteurs, pur de mélange de mucus ou d'air... En réalité, il n'offre de caractères importants que ceux

(1) Marius Carré, De l'hémoptysie nerveuse (*Arch. gén. de méd.*, t. XXIX, 1877, p. 63, 179, 293).

(2) Debove, Recherches sur l'hystérie fruste et sur la congestion pulmonaire hystérique (*Union méd.*, 1883, p. 135, 145, 171, et particulièrement n° 13, p. 146).