tirés des circonstances qui en accompagnent le rejet. Bien entendu, il ne renferme ni bacilles, ni fibres élastiques. Léon Petit, Debove signalent la fièvre dans leurs observations, et si Laurent n'a pas vu le thermomètre monter au-dessus de 37°,2, Marius Carré a noté 39°,7 du côté droit et 40°,2 du côté gauche, et Tostivint une élévation de 38 à 40° pendant quinze à vingt jours.

Le diagnostic est donc loin d'être facile. Quand on aura rejeté l'épistaxis, l'hémorragie buccale, l'hématémèse, l'hémorragie pulmonaire qui accompagne parfois l'accès comitial, on se heurtera au diagnostic de l'hémoptysie tuberculeuse. La toux, la dyspnée, l'anorexie avec amaigrissement, les sueurs, les douleurs thoraciques, la fièvre peuvent appartenir à l'hystérie. L'absence de bacilles dans l'expectoration n'a que la valeur d'un signe négatif, et pourtant certains médecins, s'appuyant sur la présence des stigmates, l'allure paroxystique de la toux, l'absence ou la trop grande rareté de phénomènes stéthoscopiques, la coïncidence enfin d'une attaque convulsive, ont fait le diagnostic et guéri leur malade.

La marche est naturellement fort variable. Comme toutes les autres manifestations de la diathèse vaso-motrice, l'hémoptysie est éminemment sujette à des récidives survenant presque toujours sous l'influence des mêmes causes, le paroxysme convulsif en particulier. Elle peut, du reste, disparaître subitement comme elle est apparue, pour ne plus jamais revenir.

Son pronostic n'est pas grave. Si le crachement de sang est abondant, s'il se répète, il peut amener chez des sujets déjà anémiques ou anorexiques un état de déchéance de l'organisme assez prononcé pour faire penser aux formes graves de la tuberculose pulmonaire. Malgré cela, dans toutes les observations, la guérison est toujours survenue soit par cessation directe du symptôme, soit par modification à la faveur d'une autre manifestation.

Toutefois il faut savoir que la tuberculose est fréquente chez les hystériques et qu'elle y affecte une modalité spéciale qui peut prêter à confusion.

En 1873 Pidoux (1) écrivait : « La phtisie marche très lentement et a des rémissions incalculables chez les personnes affectées de névrose. S'il est un fait évident pour moi, c'est que ces sortes de sujets chez lesquels la phtisie n'est pas rare lui opposent une résistance surprenante et indéfinie ».

Leudet (de Rouen) (2) arrive aux mêmes conclusions. Pour lui, l'hystérie peut être regardée comme modératrice de la tuberculose pulmonaire. Cependant il cite des cas mortels en moins d'un an, en deux ans, en trois ans, en quatre ans ; il est vrai qu'il

(1) Pidoux, Études générales et pratiques sur la phtisie, 1873, p. 157.
(2) Leudet, De la tuberculose pulmonaire chez les hystériques (*Assoc. franç. pour l'av. des sciences. C. R. de la 6e session.* Le Havre, 1877, p. 829, — 8e, Paris, 1878).

cite par contre des survies de neuf, dix et même dix-neuf ans.

Grasset tend à admettre, avec certaines restrictions toutefois, les idées de Pidoux et de Leudet. Il considère que « l'hystérie est souvent la manifestation de diathèses diverses, la scrofulose et la tuberculose en particulier ».

Il ne saurait donc souscrire à l'antagonisme qu'on a dit exister entre la tuberculose et l'hystérie.

L'association de l'hystérie et de la tuberculose est fréquente, cela est un fait indéniable. Si quelques auteurs, Brachet, par exemple, accusent l'éréthisme nerveux occasionné par la première impression de la tuberculisation de déterminer le mouvement nerveux hystérique ; si Bernutz tient compte de la mort des parents en tant qu'épreuve pénible pour expliquer le développement de l'hystérie chez les enfants des tuberculeux, il semble bien qu'il faille plutôt considérer l'hystérie comme capable de provoquer par divers mécanismes cette déchéance organique que réclame l'éclosion du tubercule. C'est l'opinion de Cheyne, de Briquet, de Hoffmann, de Louyer Villermay, de Georget et aussi de Monneret et Fleury ; « leur développement (des tubercules) peut être favorisé par le trouble nerveux qui gêne la respiration ».

Ainsi l'hystérie, comme toute affection susceptible de débiliter l'organisme, favorise l'éclosion de la tuberculose. Comment se fait-il qu'on ait pu dire qu'elle en arrêtait le développement (1) ? A la vérité, nous avons vu que dans nombre de cas, parmi ceux de Leudet lui-même, l'affection s'est terminée par la mort dans les délais ordinaires. Un des malades de Marius Carré mourut de phtisie aiguë : la proposition n'a donc pas une valeur de loi absolue. D'autre part, le terrain hystérique est particulièrement mobile et changeant : une anorexique émaciée peut regagner 15 kilogrammes en un mois ; sa tuberculose en sera certainement influencée. On a peut-être pris enfin pour de la tuberculose guérie ce qui n'était que de l'hystérie pulmonaire, dont le diagnostic est si délicat que des cliniciens comme Rayer, Trousseau, Siredey ont affirmé à tort la phtisie chez des malades que le traitement de la névrose a guéris. Les recherches récentes de Robin et Binet permettent d'envisager encore la question sous un autre aspect. Ces auteurs ont constaté que la prédisposition à la phtisie se caractérisait par une aptitude exagérée de l'organisme à fixer l'oxygène et à faire de l'acide carbonique ; nous verrons que la caractéristique des états hystériques est, au contraire, une sorte de restriction de la nutrition, une diminution des échanges mise en lumière par Gilles de la Tourette, confirmée par Janet, précisément par l'étude des échanges respiratoires et la diminution de la formation d'acide carbonique.

(1) Glineanu, Th. 1896.

Manifestations sur l'appareil digestif. — Les troubles digestifs sont très fréquents chez les hystériques. Briquet, toujours riche en statistiques, trouve que sur 358 hystériques, c'est à peine si 10 n'en ont pas été atteints. Ils frappent beaucoup plus souvent les femmes que les hommes, obéissent pour l'âge aux conditions ordinaires des phénomènes hystériques, sont particulièrement tenaces et ne reconnaissent pas ordinairement de causes occasionnelles faciles à saisir.

L'anesthésie des *muqueuses buccale et pharyngée* a déjà été étudiée. Elle n'influence guère les fonctions digestives.

L'hyperesthésie peut donner lieu à des douleurs très marquées, faisant croire à une inflammation réelle ; elle a été rarement signalée.

Le ptyalisme peut être simplement prémonitoire des attaques ou persister pendant des semaines, constituant ainsi une véritable perturbation trophique et sécrétoire.

La sialorragie hystérique a été vue (1), nous aurons à en reparler à propos de l'hématémèse et de la pituite hémorragique (2).

La contracture des masséters, celle des muscles du voile du palais associée au spasme glosso-labié, peuvent gêner considérablement l'alimentation ; elles sont rares.

Il n'en est plus de même de la *contracture des muscles du pharynx*, du *spasme du plan musculaire de l'œsophage*.

Ce spasme peut être temporaire, paroxystique ; il existe presque toujours dans les prodromes ordinaires de l'attaque ; le malade fait de vains efforts pour avaler sa salive, et il lui est impossible d'ingurgiter même un verre d'eau. Mais en dehors de cela, en dehors même de la variété de l'attaque dite *de spasmes*, il peut survenir du côté du pharynx une localisation de la névrose qui constitue la partie essentielle, prédominante, d'un paroxysme analogue, par exemple, aux attaques de toux hystériques. Bouveret l'a décrit sous le nom de *spasmes cloniques du pharynx* ou *aérophagie hystérique*. Sa malade, âgée de trente-neuf ans, présentait une hyperesthésie du pharynx, et une autre zone hyperesthésique spasmogène et même hystérogène du revêtement cutané du larynx.

Voici en quoi consiste le spasme :

Le pharynx exécute une série de trois ou quatre mouvements de déglutition brusques, rapides, convulsifs, très sonores, absolument involontaires, se reproduisant, après une courte pause, au nombre de quarante à soixante par minute. Chaque accès dure deux ou trois minutes, et entre les accès il y a une période de calme, de durée à peu près égale. Ces spasmes s'accompagnent de troubles fonctionnels de l'estomac qui produisent la dénutrition. L'interprétation n'en est

(1) Josserand, *Lyon méd.*, 1893, p. 219.
(2) Mathieu et Milian, *Soc. méd.* et *Gaz. des hôp.*, 6 février 1896.

pas facile : Mathieu (1), qui a repris récemment cette question, pense, contrairement à Lyonnet et Vincens, que le plus souvent ce sont les troubles gastriques qui précèdent l'aérophagie, destinée d'abord à provoquer l'éructation des gaz qui distendent péniblement l'estomac. Linossier a mis en cause le diaphragme et les muscles inspirateurs et rapproche l'aérophagie du mérycisme.

Le spasme du conduit pharyngo-œsophagien peut être permanent. Il constitue alors une manifestation très fréquente de l'hystérie. Willis le décrit au XVIIe siècle et c'est Mondière (de Londres) qui en 1833 crée le terme d'*œsophagisme*, dans une très bonne étude du syndrome.

L'*œsophagisme* peut s'observer à tout âge et dans les deux sexes ; dans l'hystérie infantile il tient, dit Richet, une place importante ; il est surtout fréquent, bien entendu, chez l'adulte, mais on a cité des cas à trente-sept, quarante et un, cinquante-neuf ans, et certaines formes tenaces, affectant une tendance marquée à la chronicité, doivent prendre rang dans les phénomènes insuffisamment décrits sous le nom général d'*accidents nerveux de la ménopause*.

Remarquons d'ailleurs que beaucoup d'auteurs ont décrit sous le nom de *vomissements hystériques*, les régurgitations qui appartiennent au spasme de l'œsophage.

Les causes occasionnelles sont nombreuses et difficiles à préciser ; outre l'émotion vive, l'attaque, il faut faire intervenir le traumatisme local par la déglutition d'un corps dur présentant des aspérités, une arête de poisson, etc. La cause réelle est la localisation *in situ* de la diathèse de contracture, souvent mise en action par une zone hyperesthésique hystérogène de la muqueuse du conduit.

L'affection consiste essentiellement dans le refus que met l'œsophage à laisser passer les aliments, et ne diffère pas beaucoup de ce qu'on observe dans les rétrécissements d'origine organique.

Si le spasme est localisé à l'extrémité supérieure du conduit, les aliments sont rendus presque aussitôt sans effort apparent, sans avoir subi naturellement le moindre commencement de digestion ; ou bien, si le malade veut résister, il est obligé à des efforts considérables pour faire progresser le bol alimentaire ; pendant ces efforts, on peut voir survenir des attaques, ce qui indique nettement la présence d'une zone hystérogène superposée à la contracture du conduit.

L'œsophagisme hystérique permet assez fréquemment le passage de certains aliments à l'exclusion de tous les autres. Il existe, dit Deniau, des sélections alimentaires.

Enfin le caractère douloureux des efforts de déglutition doit être mis en relief, car c'est souvent afin d'éviter la douleur que les malades s'astreignent à ne plus rien avaler.

(1) Mathieu, *Soc. méd.*, 1er mars 1901. — Linossier, *Ibid.*

L'exploration par la sonde permet de déterminer le siège précis du spasme, mais risque de provoquer des attaques convulsives par l'excitation d'une zone hystérogène.

Il faut redouter les effets de l'alimentation insuffisante, qui résulte du spasme de l'œsophage, mais on doit savoir que les malades gardent, plus souvent qu'on ne pourrait croire, une partie des aliments ingérés, ce dont on peut s'assurer en pesant, comme l'a fait Haushalter, les aliments avant le repas (675 grammes) et les aliments rejetés (615 grammes). Ces constatations permettent d'expliquer la survie et la conservation d'un état général parfois relativement bon. Lorsque l'alimentation ne se fait pas, les malades tombent, comme les anorexiques vrais, dans un état de cachexie qui peut les conduire à la mort.

Cependant cette terminaison est très rare ; après des mois, quelquefois des années, la contracture disparaît souvent brusquement et complètement.

Le pronostic s'assombrit néanmoins de la fréquence des récidives. Le diagnostic ressort des particularités indiquées et de la coexistence d'autres accidents hystériques.

Les *phénomènes gastriques* de l'hystérie ont été presque toujours décrits sous le terme trop compréhensif de *vomissements hystériques*. Nous essayerons de dissocier les différents troubles, contracture, hyperesthésie hystérogène, anorexie pure et enfin troubles trophiques avec hématémèse.

A la contracture pharyngo-œsophagienne s'associe presque toujours le *spasme de l'estomac*, si bien que, si la sonde a franchi l'obstacle œsophagien, les aliments qu'elle permet de porter dans le ventricule sont rapidement vomis. Mais souvent l'estomac seul est le siège de la contracture, les aliments sont déglutis, mais rejetés aussitôt et, comme le spasme est fréquemment permanent, on a les vomissements dits *incoercibles* ; l'instantanéité presque absolue du vomissement spasmodique est très caractéristique dans l'espèce. Le rejet se fait, du reste, dans cette forme sans effort et sans douleur.

Le spasme de l'estomac peut s'établir instantanément à la suite d'une attaque ; il peut être intermittent, surtout à son début, mais il ne tarde pas en général à devenir permanent. Il est alors extrêmement tenace, au point de durer des mois et des années. Heureusement il peut se faire des sélections alimentaires et, d'autre part, les matières ingérées ne sont pas toujours vomies en totalité. C'est ainsi que, sur 3 litres et demi de lait ingérés en quatre fois par la sonde, le volume des vomissements n'a jamais dépassé 1 270 centimètres cubes et était en moyenne de 400 à 500 centimètres cubes. Cette remarque explique bien des embonpoints relatifs notés par les auteurs qui ne se sont pas astreints à conserver journellement les vomissements. Cela n'empêche pas du reste les malades de maigrir, de perdre leurs

forces et, si le spasme ne cède pas, d'être conduits à la mort. La terminaison fatale a été observée en effet par Pomme, par Briquet citant les faits de Jacques, de Georget, par Tom Robinson, etc. Inutile de dire que l'estomac a toujours été trouvé indemne de lésions, au moins de lésions appréciables à l'œil nu, dans ces cas malheureux.

Le fait habituel est que le spasme cède à un moment donné sous l'influence d'une émotion morale vive ou d'une attaque. Il est du reste sujet à des récidives.

Le diagnostic est rarement difficile ; cependant des erreurs nombreuses ont été commises ; on a cru à des néoplasmes, à de la méningite, à l'urémie, etc.

Si quelques auteurs ont décrit les vomissements atoniques par paralysie des tuniques stomacales, ils n'ont pas apporté d'observations et force nous est de passer sur ce chapitre, qui pourrait être intéressant, de même que sur celui des vomissements par suite de troubles sécrétoires, dont nous dirons quelques mots en étudiant le suc gastrique chez l'hystérique.

Dans la manifestation que nous allons maintenant décrire, le vomissement existe toujours, mais ce qui domine la scène morbide, c'est la douleur, d'où les noms de *gastralgie*, de *gastrodynie* qui lui ont été donnés.

La *gastralgie hystérique* existe dans les deux sexes, se montre chez l'enfant, mais surtout chez l'adulte, affectant des rapports tout particuliers avec l'attaque, et qu'explique l'action directe de l'aliment sur une zone hystérogène de la muqueuse.

La gastralgie hystérique peut débuter subitement, mais bien plus souvent il existe une période préparatoire pendant laquelle s'installe la zone de la muqueuse. Cette zone n'est encore qu'hyperesthésique ; elle a comme toujours son correspondant sous forme d'anesthésie ou d'hyperesthésie de la peau de la région épigastrique. Elle n'entre en jeu qu'à l'occasion d'un paroxysme quelconque né en dehors de l'estomac. Ce sont là les troubles gastralgiques que l'on observe si souvent en coïncidence avec les attaques ordinaires.

Mais cette zone va devenir hystérogène. Elle intervient alors *sponte suâ*. La douleur éclate à la suite d'une de ces causes occasionnelles banales qui président à la naissance des attaques ou plus sûrement encore à la suite de l'ingestion de substances alimentaires. Les malades la comparent à une déchirure, à du plomb fondu ; c'est comme si on tenaillait l'estomac avec du fer rouge, etc. Si l'aliment n'est pas rejeté tout de suite par le vomissement, on assiste à une véritable attaque. Mais tout est dominé par l'atroce douleur qui force le malade à se rouler sur son lit et qui irradie du rachis à la paroi thoracique gauche, provoquant les palpitations, la dyspnée, etc., et tenant quelquefois pendant plusieurs heures les malheureux patients dans les affres d'une torture effrayante.

La zone hystérogène de la muqueuse stomacale peut, après la fin d'un paroxysme, devenir au moins temporairement inexcitable. Les aliments sont alors tolérés et parfaitement digérés. Mais sous une influence quelconque, le tubage gastrique par exemple, comme l'a rapporté Hayem, à propos d'une zone hystérogène jusque-là latente, voire simplement à cause de la période menstruelle, la crise revient à nouveau et se prolonge plus ou moins longtemps. Enfin, dans les cas graves, l'état d'exaltation hystérogène de la muqueuse est continu ; aucun aliment, ni solide, ni liquide, n'est plus toléré ; le malade tombe dans l'anorexie secondaire, dont la mort peut être la fatale conséquence, et cette situation est d'autant plus pénible que l'appétit peut être conservé, et que la crainte seule de la douleur empêche les malades de se nourrir.

L'anorexie que nous venons de voir succéder aux vomissements incoercibles ou à la douleur peut être une manifestation primitive, tout à fait spéciale, dominée souvent par l'élément psychique, même si l'on admet avec Sollier que l'estomac soit alors frappé d'anesthésie.

Cette *anorexie primitive*, pure, a été décrite pour la première fois par Lasègue et W. Gull. Ce qui la caractérise, c'est la perte de « l'appétit de l'alimentation ou de l'aliment », cet aliment pouvant être supprimé « sans que le malade éprouve d'autre sensation que le regret d'être privé d'un excitant qui l'invite à la nourriture. Il n'en résulte pas de répugnance, et souvent le proverbe qui veut que l'appétit vienne en mangeant se trouve justifié ».

« Dans d'autres conditions, le malade éprouve une répulsion plus ou moins vive pour certains aliments ; dans d'autres, enfin, toute substance alimentaire provoque le dégoût. Si générale que soit l'inappétence, elle a toujours une échelle graduée et les aliments ne sont pas indistinctement repoussés avec une égale insistance. »

L'anorexie vraie ou primitive est souvent la première manifestation en date de la névrose. C'en est ordinairement une forme monosymptomatique, c'est-à-dire qu'elle ne s'accompagne pas des stigmates permanents ; de l'avis même de Lasègue, c'est une perversion mentale ; elle est surtout l'apanage des sujets chez lesquels l'hystérie et la dégénérescence se trouvent associées.

Néanmoins il ne faut pas oublier, ainsi que Sollier l'a montré, qu'on rencontre assez souvent chez les anorexiques une zone d'insensibilité siégeant à la région épigastrique, tout à fait comparable à la zone hyperesthésique qui existe dans la gastralgie, et dont les variations et la disparition marchent toujours de pair avec l'amélioration ou la guérison de l'anorexie.

Manifestation rare de la névrose, elle atteint surtout les sujets jeunes et présente son maximum de fréquence de douze à vingt-cinq ans, étant exceptionnelle dans un âge plus avancé. On l'observe presque uniquement dans le sexe féminin.

Les causes occasionnelles ou déterminantes sont variables et très difficiles à préciser. Le refus de l'alimentation répond dès le début à une véritable idée fixe dont, à l'inverse des aliénés, les sujets, peut-être à cause des lacunes de leur mémoire, ne sauraient donner une explication même erronée. Il en est qui ont été conduites à l'anorexie par la coquetterie, le désir de s'amincir la taille ; d'autres ont été troublées par certaines illusions sensorielles qui consistent surtout, suivant Sollier, en macropsie : les aliments qu'on leur présente leur paraissent trop volumineux ; mais le plus souvent il n'y a aucune explication : l'anorexique ne veut pas manger parce qu'elle ne veut pas. Les vomissements, la régurgitation d'aliments plus ou moins fermentés stagnant dans un estomac atonique n'en sont pas la cause, mais l'hystérique peut en prendre texte pour se refuser à toute alimentation.

Le refus de l'alimentation, la perte de la sensation de la faim sont rarement complets d'emblée.

« Les repas se réduisent de plus en plus ; en général un seul peut être réputé alimentaire, que ce soit le déjeuner ou le dîner. Presque toujours la malade supprime successivement une des espèces de nourriture : le pain, la viande, certains légumes. Quelquefois elle consent à remplacer un aliment par un autre auquel elle s'attache avec une prédilection exclusive pendant quelques semaines, le pain par exemple par des biscottes ou des biscuits secs, après quoi elle y renonce pour remplacer ou non les mets provisoirement adoptés. »

Les malades s'astreignent encore aux relations extérieures de l'existence. Il est même remarquable de voir, fait qui a été signalé par Lasègue et par tous les auteurs, que « les malades, loin de s'affaiblir, de s'attrister, déploient une façon d'alacrité qui ne leur était pas ordinaire ». L'amaigrissement apparent semble faire peu de progrès, le teint reste bon, la langue nette et fraîche, la soif nulle.

Mais lorsque survient le refus total ou presque total des aliments, l'organisme ne peut lutter plus longtemps contre l'inanition, le facies devient terreux, les urines diminuent de quantité, les règles se suppriment, la constipation est de plus en plus marquée. Les malades sont forcées de prendre le lit ; elles passent des journées entières sur un sofa. Le sommeil, qui jusque-là avait été à peu près régulier, disparaît ; elles tombent dans une sorte de demi-coma, de veille inconsciente pendant laquelle elles n'ont plus qu'une volonté, celle de refuser les aliments. « L'amaigrissement, dit Charcot, atteint des proportions extravagantes ; les malades ne sont plus, sans amplification, que des squelettes vivants. Et de quelle vie ! La torpeur cérébrale a succédé à l'agitation factice du début ; depuis longtemps la marche et la station debout sont devenues impossibles ; les malades sont confinées au lit, où elles peuvent à peine se mouvoir ; les muscles du cou sont paralysés ; la tête roule comme une masse inerte sur

l'oreiller ; les extrémités sont froides, cyanosées ; on se demande comment la vie peut persister au milieu d'un pareil délabrement.

« Depuis longtemps déjà les parents se sont alarmés ; mais l'alarme est au plus haut degré lorsque les choses en sont venues à ce point ; elle est, du reste, bien justifiée, car la terminaison fatale est là, menaçante, et je connais, pour ma part, au moins quatre cas où elle est survenue. »

La terminaison mortelle est heureusement loin d'être la règle ; la guérison peut être spontanée, cela est fort rare : dans ce cas, l'anorexie disparaît peu à peu ; les malades ne refusent plus de s'alimenter et recouvrent plus ou moins rapidement leur embonpoint. Mais le plus souvent la guérison est déterminée par une intervention directe du médecin, dont Charcot a précisé les conditions. L'anorexique isolée, internée, sent sa résistance vaincue ; elle consent à manger, et ces malades mourantes, dont l'estomac ne semblait pouvoir, la veille, tolérer une goutte d'eau, ingurgitent le lendemain et digèrent un déjeuner complet. Elles reprennent rapidement leurs forces et en quelques semaines regagnent les 15 ou 20 kilos de poids qu'elles avaient perdus. Cela indique mieux que toute dissertation qu'au fond l'estomac n'est pas directement, organiquement touché et que la maladie a un siège exclusivement cérébral.

On n'a jamais observé de récidives de l'anorexie primitive.

Le diagnostic peut offrir de grandes difficultés, surtout quand l'anorexie est la seule manifestation hystérique ; il faut l'avoir toujours présente à l'esprit. Certaines aliénées refusent aussi de manger, mais raisonnent alors leur refus, ce que ne fait pas l'hystérique.

Nous avons vu quel était le résultat de l'insuffisance alimentaire, qu'elle tienne à la gastralgie, au spasme de l'estomac ou à l'anorexie primitive. Jusqu'en 1888 il semblait pourtant généralement admis que les hystériques souffraient aussi peu que possible de ne pas s'alimenter. Cette erreur, que nous relèverons au chapitre de la *Nutrition dans l'hystérie*, s'explique assez facilement ici. Rappelons en effet que, nous l'avons montré, les malades qui semblent rejeter par les vomissements la totalité des aliments ingérés en conservent toujours une plus ou moins grande quantité. D'autre part, pendant la durée des vomissements les urines diminuent considérablement ; les selles sont très rares, les règles se suppriment, les hystériques ne quittent plus le lit, restant étendues sans un mouvement pendant des journées entières, la respiration peu fréquente, le pouls descendu à 60, 50 pulsations par minute ; c'est-à-dire que l'organisme se défend en ralentissant au minimum les échanges nutritifs. Mais cela n'empêche pas les hystériques de s'amaigrir, et même de succomber : les faits sont là pour l'attester.

Les modifications du *chimisme* stomacal tiennent aujourd'hui une grande place dans la pathogénie des manifestations gastriques.

Sollier et Parmentier ont apporté les premiers des documents véritablement scientifiques sur ce point spécial dans l'hystérie. Du fait de l'anorexie, le chimisme calculé en chlore total, chlore combiné organique, acide chlorhydrique, rapport du chlore total aux chlorures fixes, subit des modifications qui se traduisent par un retard très marqué, suivi d'un arrêt constant de l'évolution des phénomènes digestifs. Sollier a montré que cet arrêt était en rapport direct avec la suppression de la sensibilité gastrique ; il a pu, au cours d'une même digestion, abaisser ou relever la courbe du chimisme gastrique en agissant sur la sensibilité de l'estomac.

Les *hématémèses* méritent par leur importance une étude d'ensemble.

Manifestations de l'hystérie confirmée, adulte pour ainsi dire, elles coïncident presque toujours avec d'autres accidents de la névrose et en particulier avec les phénomènes variés de la diathèse vaso-motrice (1).

Les hématémèses ne sont jamais *supplémentaires* des règles au sens propre du mot : elles modifient parfois la quantité et la régularité du flux cataménial ; celui-ci les influence à son tour, en ce sens que la période des règles favorise généralement l'apparition des paroxysmes et, partant, des hémorragies qui leur sont si intimement liées. Disons, du reste, que le vomissement sanglant s'observe aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Son début se fait par une vive douleur au creux épigastrique, accompagnée parfois d'un ballonnement plus ou moins marqué de la région de l'estomac. Cette douleur s'exaspère et fréquemment irradie dans le dos ; puis simultanément surviennent des palpitations, de l'angoisse précordiale, une sensation constrictive le long du tube œsophagien, des éblouissements, des battements dans les tempes et des bourdonnements d'oreilles, et l'hématémèse se produit, accompagnée ou non de violents efforts de vomissements.

Le vomissement dans ce cas est la phase terminale du paroxysme ; il se fait en une fois ou deux, rarement plus, et, aussitôt terminé, le malade revient complètement à lui comme s'il se fût agi d'un paroxysme convulsif, ou bien il tombe dans un état syncopal peut-être névrosique, peut-être déterminé par l'abondance de l'hémorragie.

Dans certains cas il existe un véritable état de mal : les vomissements durent cinq ou six jours par poussées inégales, irrégulières quant à leur durée et à leur fréquence.

Plus rarement l'hématémèse a lieu par simple régurgitation (2) ; il vient dans la bouche du sujet, spontanément à ce qu'il semble, en une ou plusieurs fois, une quantité, toujours moins considérable que dans les cas précédents, de sang d'aspect variable. Ces régurgitations,

(1) Debove, *Presse méd.*, 1898.
(2) Mathieu et Milian, Pituite hémorragique des hystériques (*Gaz. des hôp.*, 1896, p. 148).