

essentiellement polymorphe, est tantôt permanent, tantôt en puissance, réveillé par la pression d'une zone hystérogène. Plusieurs variétés sont possibles.

Le *tremblement vibratoire* (6 à 9 oscillations par seconde) mime ceux de l'alcoolisme, de la maladie de Basedow, de la paralysie générale. Parfois généralisé, étendu même à la langue, altérant alors la parole, il est exaspéré par les émotions et les attaques.

Le *tremblement à rythme moyen* (5 1/2 à 7 1/2 oscillations par seconde), plus typique, rappelle celui de la sclérose en plaques; il persiste au repos, mais est très exagéré par les mouvements voulus. Il est souvent localisé, hémiplegique, monoplegique ou paraplégique, simulant en ce cas la démarche de la paraplégie spasmodique, de l'astasia-abasie trépidante. L'hystérie peut cependant réaliser le *tremblement intentionnel pur*; la sclérose en plaques ne se reconnaît alors qu'aux lésions pupillaires; elle peut du reste être associée à l'hystérie.

Le *tremblement lent* (4 à 5 1/2 oscillations par seconde) se produit au repos et n'est pas exagéré par les mouvements voulus. Très rare dans l'hystérie, il rappelle, soit le tremblement sénile, soit celui de la *paralysie agitante*, dont on retrouve également l'*aspect soudé* et le *masque figé*; la recherche des antécédents et des stigmates permet seule le diagnostic.

**Chorée hystérique.** — On l'observe dans les deux sexes, de douze à vingt ans, souvent à la suite d'un traumatisme, d'une émotion, d'une maladie grave; l'imitation peut entrer en jeu. Polymorphe, la chorée se montre spontanément, ou par excitation d'une zone hystérogène. Son début est souvent précédé d'aura; les crises se terminent par des pleurs, du délire ou des convulsions; elles peuvent se succéder en séries (*état de mal*).

Les mouvements choréiques, involontaires, brusques, conscients, miment un geste coordonné qui rappelle soit un tic (face, oreille, cou), soit le mouvement de battre la mesure, de nager, de pédaler, de danser, de saluer; une émotion ou toute autre cause peut les suspendre brusquement. Ils sont quelquefois arythmiques, au point de simuler la *chorée de Sydenham*<sup>(1)</sup>; mais le début et la terminaison (provoquée parfois par pression d'une zone hystérogène) brusques, l'absence de complications, les récidives, la constatation de troubles sensitifs assurent le diagnostic.

La *chorée hystérique* doit aussi être différenciée de la *maladie des tics*, qui est chronique d'emblée, consistant en mouvements brusques, non toujours coordonnés, non cadencés, accompagnés de bruits laryngés, d'écholalie ou de coprolalie, et ne procédant pas par crises franches.

Le *paramyoclonus multiplex* rappelle beaucoup certaines chorées rythmiques, mais les stigmates hystériques y font défaut.

**Troubles circulatoires et trophiques.** — Ces troubles, analogues à ceux d'origine organique, existent, quoique leur réalité ait été longtemps niée.

**Peau, muqueuses.** — Des plaques d'érythème ou d'urticaire sur la face ou le tronc se montrent parfois avant ou après l'attaque. Des sueurs s'ob-

(1) DEBOVE, Soc. méd. des hôpit., 10 oct. 1890.

servent, soit généralisées, soit limitées au côté sensible ou au côté anesthésique: on les voit tantôt alterner avec la léthargie, tantôt naître de toute émotion. L'*urticaire* et le *dermographisme* apparaissent rarement d'emblée, mais succèdent au prurit qui provoque le grattage; habituellement transitoires, ces lésions persistent quelquefois des heures.

**Œdème hystérique.** — Il est tantôt blanc, rosé ou rouge, tantôt bleu et plus tenace: on l'observe dans les deux sexes, habituellement d'un seul côté, souvent superposé à une arthralgie, à une contracture, à une paralysie. C'est un œdème dur, ne prenant pas le godet et ne suintant pas par la piqûre, à limites indécises, entourant régulièrement tout un membre dont il accroît parfois le diamètre de 5 à 9 centimètres. La température, à son niveau, est normale (*œdème blanc*), accrue (*œdème rouge*) ou abaissée (*œdème bleu*); il est le siège de vives douleurs spontanées ou d'hyperesthésie: subit des alternatives de progrès et de régression, sujet à surgir ou à se dissiper brusquement après une attaque; on l'a vu durer des années (deux à cinq ans).

L'œdème hystérique peut simuler: le *rhumatisme articulaire aigu* en cas d'arthralgie (mais pas de fièvre, œdème non limité aux jointures); la *phlegmatia alba dolens*, un *phlegmon* (œdème rouge); il peut être confondu avec les œdèmes de la syringomyélie et les œdèmes aigus de la peau.

**Bulles. Pemphigus.** — L'hystérie engendre souvent, à l'occasion d'une émotion ou d'une attaque, l'apparition sur la peau (œdématisée ou non) de la face, du tronc ou des membres, de bulles plus ou moins grosses (œuf de poule, châtaigne), associées quelquefois à des douleurs névralgiformes, à de l'hyperesthésie ou à de l'anesthésie, d'autres fois hémorragiques ou masquant une escarre superficielle.

**Gangrène cutanée.** — Elle débute par une éruption pemphigoïde ou un érythème douloureux; multiples, les éléments se transforment en autant d'escarres aseptiques, dont la chute (en 2 ou 5 semaines) laisse des ulcérations rapidement réparées par des cicatrices chéloïdiennes définitives. On peut observer des poussées successives durant des mois et des années.

**Hémorragies cutanées.** — Ce sont souvent des *ecchymoses spontanées* dues à l'auto-suggestion ou à une pression insignifiante, ignorées du sujet, associées fréquemment à des éruptions pemphigoïdes, récidivant en des régions constantes (anesthésiées ou hyperesthésiées), quelquefois à l'occasion des attaques. Ailleurs, de véritables *hémorragies* se produisent, soit par fissure épidermique ou perspiration de sueur sanguinolente, soit par sécrétions sanglantes sur les surfaces muqueuses (larmes de sang, épistaxis, stomatorragies). A cette catégorie appartiennent les hémorragies des *stigmatisées* du moyen âge. Les hémorragies peuvent résulter de l'auto-suggestion. Elles offrent des sièges variés: tête, tronc, cou, membres, quelquefois piqûres ou plaies anciennes. Quoique souvent contemporaines des époques menstruelles, chez la femme, elles n'en sont pas nécessairement supplémentaires. En général, elles sont annoncées par des *prodromes* généraux (malaise, lourdeur de tête, émotivité, délire) ou locaux (névralgies). La peau est tantôt intacte, laissant filtrer le sang autour de la racine des poils, tantôt œdématisée, lui donnant alors issue par les orifices des glandes sudoripares; tantôt elle pré-

sente des ampoules dont la rupture permet l'écoulement du sang et laisse des plaies à base infiltrée qui se cicatrisent dans l'intervalle des hémorragies. La durée des hémorragies hystériques varie de quelques instants à 5 ou 6 jours; leur quantité est variable (jusqu'à 250 grammes). On a vu des hémorragies multiples (gastriques, pulmonaires) aboutir à une anémie grave.

**Hémorragies des muqueuses.** — La stomatorragie est rare, l'épistaxis fréquente; les hémorragies oculaires sont moins communes; l'hémorragie auriculaire, très rarement isolée, vient des glandes cérumineuses; surtout observée à l'occasion des attaques, elle accompagne une surdité passagère ou permanente et est associée à l'anesthésie du conduit auditif externe.

**Annexes de la peau.** — On a signalé : la bifidité des cheveux après l'attaque, l'alopécie consécutive à la céphalée; l'hypertrophie des poils et des ongles (dépolis, secs, cassants, sur les membres paralysés); la diminution de la tension électrique du corps (par sécheresse de la peau) (Féré).

**Sein.** — **Tumeur irritable ou névrose des mamelles.** — Fréquemment occasionné par une contusion, par l'existence dans l'entourage de la malade d'un cancer du sein, cet accident coïncide souvent avec une hyperesthésie ou une zone hystérogène du vagin ou du col. Il consiste en une tuméfaction passagère ou permanente du sein dont la peau est hyperesthésiée de telle sorte que le frolement de sa surface est plus douloureux qu'une pression forte; la douleur subit, à l'occasion des émotions ou des règles, des paroxysmes accompagnés parfois d'irradiations vers l'aisselle, le rachis, le sternum (*angor pectoris*) ou de sensations de strangulation. L'apogée du gonflement peut correspondre avec une crise convulsive. La peau est, suivant les cas, pâle et lisse, rouge et tendue ou violette presque noire (œdème hystérique). Le palper, dans l'intervalle des crises, permet de constater dans la glande (une ou plusieurs tumeurs (grosses au plus comme un œuf), peu douloureuses, très mobiles; les ganglions axillaires ne sont pas tuméfiés; le sein est d'ailleurs le siège d'un gonflement diffus. Ce processus peut durer très longtemps, compliqué parfois d'ulcérations de la peau ou du mamelon qui compliquent le diagnostic.

**Atrophie musculaire.** — Babinski en a établi la réalité en 1886; on l'observe plutôt chez l'homme, le plus souvent associée à une paralysie ou à une contracture. Quelques semaines après une monoplégie ou une hémiplegie, on constate une atrophie musculaire massive, quelquefois avec secousses fibrillaires; limitée en certains cas à quelques groupes : éminences thénar et hypothénar, épaule, grand pectoral.

Le diagnostic est basé sur : l'absence d'affection organique causale, la constatation de contracture ou de paralysie hystériques concomitantes, et l'absence de DR. L'évolution est soit stationnaire, soit progressive; la guérison est toujours lente.

**Lésions des os.** — L'atrophie des os a été constatée dans quelques cas.

**Lésions articulaires.** — Les lésions ne sont jamais, dans l'hystérie, proprement articulaires; les craquements se passent dans les gaines synoviales; les rétractions fibro-tendineuses et musculaires sont également péri-articulaires, plus ou moins marquées suivant les prédispositions individuelles.

**Fièvre hystérique.** — La *fièvre hystérique* <sup>(1)</sup> s'observe surtout chez la femme, causée par l'émotion, la suppression des règles, la crainte d'une affection fébrile. La fièvre peut être isolée, simulant parfois l'accès palustre avec ses stades classiques; offrant ailleurs une courbe capricieuse à sauts paradoxaux (42°,5, 44°,9 et plus) déterminés par des influences morales; sujette à des écarts sensibles d'une aisselle à l'autre, ou de l'aisselle au rectum. Le *pouls* est tantôt d'accord avec la température, tantôt normal; la *respiration* n'est pas accélérée ou est l'objet d'une dyspnée intense, sans signes d'auscultation. La *fièvre hystérique vraie* coïncide avec des attaques convulsives dont elle n'est qu'un équivalent thermique. Enfin, la fièvre hystérique peut être associée à des *syndromes viscéraux hystériques* : *pseudo-typhoïde, pseudo-méningite, pseudo-péritonite hystériques*.

La fièvre hystérique est diagnostiquée par exclusion, grâce à la coexistence d'accidents hystériques et aux caprices paradoxaux de la courbe. Elle peut durer très longtemps (5 ans dans un cas de Debove). Sa guérison est constante, souvent brusque et complète. Elle altère peu l'embonpoint et les forces et est compatible avec des urines abondantes et claires.

**Hystéries viscérales.** — **Cœur.** — L'hystérie coïncide souvent avec le rétrécissement mitral pur. L'*angine de poitrine hystérique* peut se greffer sur une cardiopathie organique. On a décrit : un rétrécissement intermittent, par *spasme hystérique des muscles valvulaires* (?) et une *claudication intermittente hystérique* (par spasme de l'artère iliaque).

**Palpitations.** — Très fréquentes, elles constituent un trouble paroxystique ou permanent qui éclate et cesse sans cause. Il y a tantôt gêne précordiale et légère accélération des battements; tantôt battements violents en séries, accompagnés d'angoisse, de pâleur, de sueur, de parole haletante, de refroidissement des extrémités, phénomènes susceptibles même d'aboutir à la syncope. On constate soit de l'érythisme cardiaque (non constant), soit l'arythmie ou la folie du cœur; les bruits sont métalliques, les souffles extracardiaques fréquents. Les palpitations sont suivies de polyurie claire. L'hystérie est encore capable de simuler la *tachycardie paroxystique* ou le *pouls lent permanent* <sup>(2)</sup>.

**Appareil respiratoire.** — Lermoyez a observé un cas d'*hystérie nasale*, caractérisée par l'asphyxie, la cyanose et la syncope, résultant de l'occlusion même simulée de la bouche, malgré la perméabilité nasale (après résection des cornets inférieurs); a pituitaire offrait une anesthésie sensitivo-sensorielle complète.

**Hystérie laryngée.** — Elle se superpose souvent à une affection organique. Le sujet se plaint de brûlure, de déchirure, de sensation de corps étranger entraînant une toux quinteuse et des efforts d'expulsion. A ces sensations s'associe souvent le spasme des adducteurs de la glotte, ou la paralysie des abducteurs. L'*aphonie hystérique*, ou perte de la parole à haute voix, avec persistance de

(1) Voy. DEBOVE, *Soc. méd. des hôp.*, 15 février 1885; 25 avril 1886.

(2) DEBOVE, *Arch. gén. de méd.*, 1904 (p. 1499) et *Presse méd.*, 15 juillet 1904.

l'articulation et du chuchotement, est assez fréquente, succédant tantôt brusquement à une émotion, à une attaque, tantôt lentement à une inflammation locale. On en distingue un type avec cornage et dyspnée, un autre ne troublant pas la respiration; chose curieuse, la *voix persiste dans le sommeil et le chant*. La région thyroïdienne est souvent anesthésique. Les images laryngoscopiques sont très variées. L'aphonie peut durer des mois (15) ou des années (2 à 12 ans) et guérir subitement; elle ne dure souvent que quelques instants, quelques jours, mais récidive fréquemment. Le *diagnostic* repose sur la coexistence d'autres signes hystériques. Le *spasme laryngé* est quelquefois mortel; le cornage et la dyspnée avec tirage dans l'intervalle des crises peuvent faire croire au croup.

**Spasmes respiratoires.** — Ils sont tantôt simples, tantôt compliqués.

**Spasmes inspiratoires.** — Le *hoquet*, motivé par la contagion nerveuse ou un trouble gastrique, est peu commun; les accès, de quelques jours, peuvent se répéter des mois et des années.

**Renflement.** — Il est violent et peut revenir 8 ou 10 fois par minute.

**Bâillements.** — Ils sont rares. On distingue : une *forme permanente* consistant en bâillements continuels, cadencés, sans inspiration profonde, mais avec ouverture extrême de la bouche et luxation possible du maxillaire inférieur, interrompus seulement par le sommeil; une *forme paroxysmique* procédant par crises de 1/4 d'heure, 1/2 heure, souvent accompagnées de vestiges de l'attaque et suivies d'urines caractéristiques.

**Éternuements.** — Ils peuvent se répéter avec fréquence et ténacité.

**Rire hystérique.** — Il est bien plus commun, tantôt reparaisant par accès, avant, pendant ou après l'attaque, tantôt isolé.

**Spasmes respiratoires compliqués.** — Les hystériques peuvent émettre involontairement, soit des *paroles articulées*, soit des *bruits inarticulés rythmiques* : aboiements, hurlements, grognements, miaulements, mugissements, bêlements, roucoulements ou gloussements.

**Toux hystérique.** — La toux hystérique consiste en spasmes expiratoires, isolés ou en séries de trois à quatre, séparés par des intervalles égaux, se reproduisant à des heures variables, quelquefois fixes; elle procède aussi par crises de toux violente, incessante, précédées d'aura, entrecoupées parfois de convulsions ou aboutissant à un accès délirant ou polyurique, avec urines caractéristiques des paroxysmes. On n'observe ni dyspnée, ni expectoration, ni signes d'auscultation. La toux hystérique atteint surtout les filles avant 25 ans; son début est souvent brusque à la suite d'une attaque, d'une émotion; les stigmates peuvent faire défaut; sa durée atteint parfois des semaines, des mois et des années; les sédatifs et les calmants sont impuissants; la toux peut se transformer en : crises convulsives, vomissements, paraplégie; elle peut coïncider avec l'aphonie.

**Dyspnée.** — Les hystériques peuvent présenter une respiration inégale, arythmique, saccadée, tantôt inconsciente, tantôt accompagnée de suffocation; les causes de ces troubles sont diverses : spasme ou anesthésie des voies aériennes, paralysie ou contracture du diaphragme.

**Paralysie du diaphragme.** — Quelquefois rebelle, elle se traduit par de l'anhélation, une voix étouffée, par la dépression inspiratoire et la voussure expiratoire de l'épigastre. On note en même temps le syndrome urinaire propre à l'hystérie.

**Contracture du diaphragme.** — Très rare, elle se révèle par une inspiration brusque et une expiration brève; les mouvements respiratoires, d'abord très rapprochés, deviennent ensuite plus faibles et plus lents. La base du thorax est élargie.

**Dyspnée pure.** — La *dyspnée* peut exister indépendamment des troubles précédents, traduite soit par le rythme de Cheyne Stokes, soit par une simple accélération des mouvements respiratoires (jusqu'à 170 et 180 par minute) ou *tachypnée*, dont les crises, diurnes, ne comportent ni bruit ni souffrance, ni cyanose, ni tachycardie et sont suspendues par le sommeil. Ces accès, précédés d'aura, suivis souvent de pleurs, alternant fréquemment avec des accidents convulsifs, sont de véritables *équivalents*.

L'*asthme hystérique* de Briquet consiste en accidents broncho-pulmonaires avec hypersécrétion, succédant à des accidents hystériques avérés; la distinction en est presque impossible avec l'asthme vrai.

**Troubles sécrétoires et trophiques.** — **Hémoptysie.** — Elle reconnaît la même origine que les hématuries et les hémorragies cutanées, avec lesquelles elle coïncide souvent. On observe l'hémoptysie hystérique dans les deux sexes, surtout de 18 à 50 ans, tantôt accompagnant des attaques de *toux*, de *dyspnée* ou de *polypnée*; constituant ailleurs une hystérie locale, avec hyperesthésie thoracique et troubles pulmonaires simulant une affection organique. L'auscultation n'est pas toujours négative, et permet parfois de constater des signes transitoires de congestion<sup>(1)</sup>, des craquements humides aux sommets ou les signes d'un épanchement pleural léger. L'hémoptysie, plus ou moins abondante, tantôt spontanée, tantôt consécutive à une quinte, est formée de sang rutilant ou gelée de groseille, devenant noir après quelque temps; on n'y trouve ni mucus, ni air, ni bacilles, ni fibres élastiques. La fièvre a été notée plusieurs fois. La distinction est souvent difficile avec la *phthisie*, surtout si en outre existe de la dyspnée, de la fièvre, des sueurs, de l'anorexie et de l'amaigrissement.

La marche de l'hémoptysie hystérique est très variable; elle est très sujette à récidive, surtout sous l'influence des attaques convulsives et peut cesser subitement. Quoique la guérison soit constante, l'abondance et la répétition des hémoptysies est une cause d'anémie et d'amaigrissement. La tuberculose est d'ailleurs commune chez les hystériques et y revêt une forme spéciale.

**Accidents digestifs.** — Les troubles digestifs, très communs, chez les femmes surtout, éclatent sans cause occasionnelle évidente.

L'anesthésie ou l'hyperesthésie buccale, le ptyalisme, la contracture des masséters ou du voile du palais (rare) peuvent servir de prodromes à l'attaque; la contracture des muscles du pharynx, de l'œsophage joue encore plus

(1) DEBOVE, Congestion pulmonaire hystérique. *Soc. méd. des hôp.*, 10 novembre 1882.

souvent ce rôle: elle peut aussi constituer une forme spéciale de paroxysmes: les *spasmes cloniques du pharynx* ou *aérophagie hystérique*. Ceux-ci consistent en séries de 3 à 4 mouvements de déglutition brusques, convulsifs, sonores, involontaires, se reproduisant après une courte pause (jusqu'à 40 et 60 par minute). Les accès durent 2 à 3 minutes, les repos à peu près autant; leur association à des troubles gastriques peut en faire une cause de dénutrition.

L'*œsophagisme*, spasme pharyngo-œsophagien permanent, est très fréquent chez les hystériques des deux sexes et de tout âge (enfants et adultes surtout); occasionné par l'émotion, l'attaque, la déglutition d'un corps dur ou irrégulier, il consiste réellement en une contracture réveillée par une zone hyperesthésique ou hystérogène de l'œsophage. Le passage des aliments devient impossible, et il en résulte un vomissement œsophagien, suivant de plus ou moins près l'ingestion, selon le siège du spasme; certains aliments électifs passent pourtant. Les efforts de déglutition sont douloureux. La sonde précise le siège du spasme, mais peut provoquer des attaques. Les aliments qui passent suffisent quelquefois à éviter la dénutrition, mais non toujours. La mort est pourtant très rare. Souvent, le spasme cède brusquement, après des mois et des années, mais les récidives sont fréquentes. Le diagnostic avec le rétrécissement organique n'est possible que grâce aux accidents hystériques concomitants.

**Hystérie gastrique.** — Le *spasme de l'estomac* s'ajoute souvent au spasme œsophagien et fait suivre alors de vomissement rapide le gavage par la sonde; en l'absence d'œsophagisme, le vomissement peut succéder immédiatement à la déglutition, sans effort, ni douleur. D'abord passager, à la suite d'une attaque, le spasme gastrique devient quelquefois permanent; quoique les aliments ne soient pas toujours rendus en totalité, une dénutrition rapide peut aboutir à la mort par inanition. Habituellement, le spasme finit par céder à une vive émotion ou à une attaque, mais il est sujet à récidive.

**Gastralgie hystérique.** — Dans ces cas (*gastralgie* ou *gastrodynie hystériques*), la douleur domine, provoquée par le contact de l'aliment avec une zone hystérogène de la muqueuse gastrique. On les observe dans les deux sexes, surtout chez les enfants et les adultes. Brusquement, ou après une phase soit d'anesthésie, soit d'hyperesthésie cutanée épigastrique, la zone devient hystérogène. Dès lors la moindre ingestion alimentaire détermine une douleur atroce (déchirement, plomb fondu, fer rouge), irradiant du rachis à la paroi thoracique gauche, accompagnée de dyspnée, de palpitations et aboutissant plus ou moins vite au vomissement. La crise finie, les aliments sont tolérés et bien digérés; mais une cause banale, le tubage, l'époque menstruelle en amène le retour. Dans les cas graves, l'hyperesthésie est continue et l'intolérance absolue; la crainte de la douleur entraîne une anorexie secondaire, cause possible de mort par inanition.

**Anorexie hystérique.** — L'*anorexie*, ou dégoût soit de certains aliments, soit de tout aliment, est parfois primitive, d'origine psychique, et isolée de tout

stigmaté (hystérie monosymptomatique), surtout chez les dégénérés. Assez souvent l'épigastre offre une zone d'anesthésie qui se modifie avec l'état gastrique. Ce sont presque toujours des femmes de douze à vingt-cinq ans qui, sous des influences variables (désir d'amincir, illusions sur le volume des aliments) ou sans motif, réduisent graduellement leurs repas, supprimant successivement le pain, la viande puis les légumes. D'abord la vie sociale et l'embonpoint changent peu; mais bientôt apparaissent: un facies terreur, de l'oligurie, de la constipation, de l'aménorrhée; l'impossibilité de la marche, de la station confine les malades au lit; elles perdent le sommeil, arrivent à un état de maigreur squelettique, ont les extrémités froides et tombent dans un demi-coma, prélude de la mort. La guérison est pourtant possible; tantôt (rarement) spontanée, graduelle; tantôt et plus souvent obtenue grâce à l'isolement (internement) et à la suggestion. Les malades digèrent facilement, du jour où elles commencent à manger et reprennent rapidement du poids. En l'absence de stigmates, la distinction avec le refus d'aliments des aliénés est souvent difficile, mais celui-ci est toujours raisonné et motivé.

**Chimisme stomacal.** — On constate dans l'anorexie hystérique un retard très marqué, puis un arrêt des phénomènes digestifs, lié à l'abolition de la sensibilité stomacale.

**Hématémèses.** — Observées dans les deux sexes, les *hématémèses hystériques* <sup>(1)</sup> coïncident d'habitude avec d'autres accidents vasomoteurs de la névrose; chez la femme, on ne peut les regarder comme supplémentaires des règles. Le sujet éprouve: d'abord une gastralgie vive, irradiée dans le dos, et du météorisme; des palpitations, de l'angoisse précordiale, des éblouissements et des bruits d'oreilles, puis le paroxysme se termine par un ou deux vomissements sanglants avec ou sans effort, suivis du retour à l'état normal ou d'état syncopal. Quelquefois, les vomissements se répètent irrégulièrement pendant cinq à six jours (état de mal), réduits ailleurs à de simples régurgitations. Le sang est soit pur, soit plutôt mêlé à des aliments, rouge, brunâtre ou noirâtre, parfois étendu de mucus ou de salive; sa quantité varie de quelques gorgées à un verre ou deux au plus, exceptionnellement un litre. Très répétées, les hématémèses deviennent une cause d'anémie profonde. Elles constituent une manifestation tenace et récidivante. Les melæna sont très rares. On examinera la bouche et les fosses nasales pour éviter une erreur d'interprétation. On se rappellera que le sang de l'hémoptysie, rendu dans une quinte, est rutilant et spumeux. La distinction importe surtout avec l'hématémèse de cause organique. Les signes concomitants, l'anachlorhydrie dénoncent le cancer, mais l'ulcère est souvent associé à l'hystérie, ce qui complique fort le problème.

**Intestin.** — **Constipation.** — Une *constipation* banale coïncide souvent avec les vomissements, l'anorexie, la tympanite; elle peut encore tenir à un spasme de l'intestin inférieur et est tenace à un certain âge. Très rarement, une paralysie du sphincter anal, avec incontinence, complique la paraplégie.

(1) DEBOVE, *Presse méd.*, 27 juillet 1898.

**Diarrhée.** — Elle prend une forme paroxystique, alterne fréquemment avec d'autres manifestations digestives ou coïncide avec des accidents vasomoteurs : œdème, hémorragies, sein hystérique. L'entérite muco-membraneuse complique souvent l'hystérie.

**Météorisme, borborygmes, éructations.** — Les hystériques sont sujettes à des borborygmes et à des éructations qui ont pour particularité d'être rythmiques.

**Tympanite.** — D'abord intermittent, le tympanisme hystérique tend à devenir permanent; on l'observe chez les femmes de quinze à vingt-cinq ans, à l'occasion d'une fièvre typhoïde, d'un avortement, d'une grossesse ou d'un désir de grossesse. Il débute soit brusquement, avant ou après une attaque, soit graduellement; est généralisé ou localisé.

Le tympanisme est-il généralisé, l'abdomen devient le siège d'une tuméfaction extrême (1 mètre et plus de tour), tantôt uniforme, tantôt divisée en deux lobes par les muscles grands droits; le ventre, peu dépressible au palper, est parfois très douloureux, même spontanément, au point de faire craindre une péritonite; mais cette douleur, superficielle, plus marquée au frôlement qu'à une pression large, peut être unilatérale ou limitée aux zones ovariennes parfois occupées en même temps par l'anesthésie. La percussion donne un son tympanique, mais capable de simuler la matité en cas de surdistension. On a vu le refoulement du diaphragme provoquer une dyspnée asphyxique. Le chloroforme (jusqu'à résolution) dissipe entièrement le météorisme, mais celui-ci reparait avant le réveil complet. Il dure des semaines, des mois, des années, presque toujours alors avec des rémissions, mais guérit constamment, quelquefois subitement.

**Formes.** — Dans la *forme de péritonite aiguë*, l'état local est grave, mais le pouls est normal et le facies excellent; la douleur ne gêne pas les mouvements. Cependant on constate en certains cas de la fièvre, des signes d'embarras gastrique et le facies hippocratique.

L'*appendicite hystérique* consiste en crises douloureuses avec vomissements, rappelant assez l'appendicite pour déterminer une intervention qui découvre un appendice sain.

La tympanite peut encore simuler : la *péritonite tuberculeuse*, le *kyste de l'ovaire* (matité, fausse fluctuation) ou amplifier les signes d'un kyste réel. On a vu la *tympanite localisée* simuler une tuberculose péritonéale, un néoplasme de l'ovaire ou de l'estomac, un kyste hydatique du foie.

A la tympanite ressortit aussi la *grossesse hystérique* ou *nerveuse* occasionnée par la crainte ou le désir extrême d'une grossesse; l'analogie peut aller jusqu'à la présence dans les seins de sérosité lactescente, à l'apparition d'une leucorrhée vaginale et même des premières douleurs de l'accouchement. L'examen local fera le diagnostic. La tympanite peut compliquer une grossesse réelle, dès son début.

Il existe une *obstruction intestinale hystérique* qui pourrait même s'accompagner de vomissements fécaloïdes, en dehors de toute supercherie.

La *colique hépatique hystérique* trahit sa nature par l'hyperesthésie cutanée de la région hépatique (Hanot).

**Accidents urinaires et génitaux.** — **Reins.** — Des crises rappelant la *colique néphrétique* sont souvent attribuables à l'existence de points hystérogènes hyperesthésiques du rein, du testicule ou de la région inguinale.

**Hématurie.** — L'hématurie, plusieurs fois notée, alterne ou coïncide avec des hémoptysies ou des hématuries. L'albuminurie hystérique est plus douteuse.

**Polyurie.** — La polyurie est habituelle après les attaques, mais elle peut devenir durable; plus commune alors chez les hommes de vingt-cinq à cinquante ans, alcooliques; occasionnée soit par l'ingestion d'eau glacée, le corps en sueur, soit par les excès de boisson, par une attaque convulsive ou la sciatic. La polyurie hystérique offre un début brusque ou graduel, procède par mictions rares ou répétées, parfois impérieuses, moins fréquentes la nuit; son abondance, prodigieuse, atteint 8, 15, 25, 50 litres en vingt-quatre heures. L'*urine*, très diluée, est décolorée, offrant souvent une teneur normale en urée et autres principes fixes, sauf en chlorure de sodium (toujours accru). La quantité d'urine est influencée par la suggestion. La polyurie entraîne une polyphagie et une polydipsie corrélatives; mais la quantité des urines l'emporte sur celle des boissons, aussi les malades maigrissent-ils. La *soif*, impérieuse et angoissante, est peut-être l'accident primitif. On constate : une hypertension artérielle constante, de la tristesse, de l'abattement et une agénésie relative. Cette manifestation est grave, tenace, récidivante. La polyurie est évidente, son origine hystérique l'est moins; en l'absence de stigmates, on tiendra compte : de l'état mental du sujet; du mode de début et d'évolution du syndrome.

**Anurie.** — L'anurie hystérique ou diminution de la sécrétion urinaire ne sera pas confondue avec la rétention. Pendant des jours, des semaines, parfois des mois, la quantité d'urines rendue est insignifiante ou presque nulle. L'anurie tantôt complique des vomissements préexistants, tantôt aboutit à des vomissements (d'odeur urinaire) ou à une diarrhée qui semblent vicariants. L'évolution est variable; les vomissements peuvent entraîner un amaigrissement extrême; la guérison est brusque et inopinée.

L'anurie seule, sans vomissements ni diarrhée, a été exceptionnellement observée, pendant quelques jours (huit à dix-sept).

**Vessie et urètre.** — **Sensibilité.** — L'*anesthésie de l'urètre* est une cause d'incontinence; son hyperesthésie est l'origine de la plupart des cas de rétention.

L'*hyperesthésie de la vessie* se traduit par une douleur sus-pubienne continue, du ténesme vésical, de la rétention ou des douleurs très vives provoquées par la miction et le cathétérisme. L'urine reste normale et claire. Ce trouble très rebelle, récidivant, peut se dissiper inopinément.

L'*anesthésie vésicale*, souvent doublée de paralysie, est une cause de rétention avec miction par regorgement, et peut être l'origine de cystites graves. L'électrisation et le cathétérisme n'éveillent aucune douleur.

**Incontinence.** — Plus rare que la rétention, elle est tantôt passagère, liée

aux attaques ou à l'état de mal; tantôt permanente, débutant dès l'enfance (incontinence nocturne).

**Rétention.** — Bien plus commune, alternant quelquefois avec l'incontinence, elle atteint plutôt la femme adulte, s'établissant soit brusquement à la suite d'une attaque, soit graduellement; tantôt isolée, tantôt associée à une paraplégie, à une affection de l'utérus ou des annexes. On la constate par le palper, la percussion et par le cathétérisme qui vérifie en même temps l'anesthésie, la paralysie ou la contracture (force du jet) de la vessie. La rétention est passagère, ou durable (des mois ou des années), avec ou sans regorgement. L'infection, facilement réalisée et grave, rend le cathétérisme dangereux.

**Appareil génital.** — Les zones hystérogènes siègent très fréquemment sur les ovaires et peuvent, chez les hystériques invétérées, se traduire par de *grandes névralgies pelviennes* spontanées, tenaces (survivant aux interventions chirurgicales) et très pénibles, irradiant vers le bas-ventre et les lombes, surtout à l'époque des règles. Ailleurs, les douleurs, également menstruelles sont nettement utérines (*hystéralgie*), le col offre à tout contact (toucher, spéculum, coït) une vive hyperesthésie, origine d'une dysménorrhée spéciale. La coexistence de lésions organiques provocatrices rend délicat le diagnostic, appuyé sur les stigmates, les accidents convulsifs, la polyurie et l'état mental.

**Muqueuse vulvo-vaginale.** — Elle est aussi parfois le siège de zones hyperesthésiques accompagnées de contracture du sphincter vaginal (*vaginisme*). L'anesthésie s'observe également.

**Métrorragies.** — Les métrorragies sont peu communes dans l'hystérie; étrangères à l'époque régulière, elles alternent avec des menstruations insuffisantes que précèdent ou accompagnent toujours de vives douleurs. La *dysménorrhée membraneuse*, très fréquente chez les hystériques, procède par crises qui provoquent souvent l'attaque.

**Testicules.** — Les hystériques hommes sont sujets à de l'hyperesthésie ou à des fluxions passagères (2 à 5 j.) du testicule.

**Centres psychiques.** — Les centres psychiques présentent également des troubles hystériques attribuables soit à un œdème cérébral, soit même à de véritables hémorragies (Gilles de la Tourette).

**Troubles du langage.** — **Mutisme.** — Ce trouble, d'origine central, laissant l'organe phonateur intact, s'observe dans les deux sexes, de vingt à trente ans surtout. Le *mutisme* succède brusquement à une attaque ou à une vive émotion, annoncé quelquefois par une sorte de bégaiement ou par de l'aphonie; les mouvements d'articulation (spontanée ou imitée) adaptés au langage sont seuls abolis; en même temps, le sujet est aphone, incapable d'émettre le moindre cri; il arrive qu'un seul mot soit conservé et usité à tout propos. L'hystérie est susceptible de reproduire: l'aphasie motrice vraie, parfois pure avec intégrité de l'intelligence; la surdité et la cécité verbales, souvent pures, et l'agraphie. Le mutisme dure de quelques heures à quelques

jours, ou bien davantage (1 an, 5 ans, 12 ans): il est sujet en certains cas à des rémissions à heure fixe; sa guérison est plus souvent brusque que lente.

Le diagnostic est aisé, sauf en cas d'hémiplégie (voy. plus haut *Hémiplégie*). Le mutisme n'étant presque jamais isolé et n'altérant pas l'écriture, est difficile à simuler. Les aliénés muets sont également sobres de gestes. L'origine hystérique du mutisme ressort: des stigmates; du mode de début, à l'occasion d'une émotion. L'aphasie hystérique est irrégulière, modifiable par la suggestion.

**Bégaiement.** — Ce trouble du rythme et de la prononciation, toujours accompagné de parésie, de tremblement ou de spasme de la langue, peut tenir à la contracture des muscles phonateurs (Pitres), précéder le mutisme, le suivre ou se montrer isolément.

**Troubles mentaux.** — La *suggestibilité* est le trouble fondamental de la névrose. Toute idée s'impose facilement à l'esprit de l'hystérique, parce qu'elle est isolée et échappe au contrôle des idées personnelles antérieures qui constituent la conscience. C'est le *rétrécissement du champ de la conscience* qui entraîne l'affaiblissement de l'attention, de la mémoire et de la volonté (P. Janet).

**Aprosexie.** — Ce terme signifie *défaut d'attention*. Ce défaut est presque constant. L'*attention*, qu'elle soit *sensorielle* (vue, ouïe, etc.), *intellectuelle* (relative aux idées absolues), *automatique* (pour les sensations intenses habituelles) ou qu'elle exige un effort de synthèse (comparaison de l'image nouvelle aux images antérieures), domine toujours la volonté et la mémoire (Janet). Pour évaluer la faculté d'attention, il suffit de faire lire au sujet un article d'une demi-page, puis de l'inviter à le résumer de mémoire. Certaines hystériques prouvent leur inattention par leur incapacité de comprendre ce qui se passe autour d'elles.

**Amnésie.** — L'*amnésie* est constante dans l'hystérie; elle excuse les mensonges apparents de ces sujets. Elle est *mobile* (oubli, puis évocation nouvelle de tel souvenir), *contradictoire* (le sujet utilise les renseignements dérivés d'une idée effacée), *indifférente*, assez pour que les malades ne soient pas gênés par une lacune de plus de dix ans; parfois *systématisée*, ne portant que sur une seule série d'idées (relatives à une personne), sur une langue, sur les chiffres. L'amnésie peut être suspendue dans le sommeil (naturel ou hypnotique), le rêve ou l'écriture; elle est parfois aussi très tenace et très gênante.

**Variétés.** — On en observe plusieurs: 1° impossibilité d'évoquer tels souvenirs dont l'hypnose démontre la présence dans la mémoire; 2° perte réelle des souvenirs relatifs à une période passée (*amnésie rétrograde*), ou incapacité d'enregistrer des idées nouvelles (*amnésie antérograde*); 3° *amnésie continue* éteignant constamment le souvenir des faits nouveaux, mais le laissant renaître après un délai donné; 4° *amnésie générale* qui efface toute la vie antérieure pour en ouvrir une nouvelle.

**Aboulie.** — Pour l'aboulie, l'exécution des actes devenus automatiques