

du champ visuel, anosmie et perte du goût du même côté (Potain).

Quelle a été la cause de cette hystérie accidentelle? On ne peut invoquer ni la chute dans l'eau survenue plusieurs années auparavant, ni quelques émotions qui constituent une cause trop banale, mais bien les coliques néphrétiques dont cette malade a été atteinte.

Quelle est la pathogénie réelle des accidents?

Faut-il invoquer le *traumatisme interne*, ou plutôt la production de *zones hystérogènes* internes, formées à la faveur de l'irritation traumatique? Les deux opinions peuvent se soutenir, et en faveur de la dernière, je rappelle simplement l'histoire d'un jeune homme que nous avons observé l'an dernier à l'hôpital, atteint d'hémorroïdes internes fort douloureuses, et qui avait une crise de convulsions hystériques chaque fois qu'il allait à la garde-robe. Voilà une zone hystérogène *rectale* bien singulière, créée par une affection hémorroïdaire!

Pour terminer, j'ai à peine besoin d'appeler l'attention sur l'importance de ces faits. Ils sont importants au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. La connaissance du diagnostic permet de formuler un pronostic favorable, puisque celui-ci dépend de la nature des accidents, et elle indique la médication à suivre. C'est ainsi que certaines hystéries locales, même rebelles, peuvent être avantageusement combattues par un traitement anthelminthique, ou dirigé contre les causes multiples qui les produisent: lithiase biliaire ou rénale, coliques hépatiques ou néphrétiques, zones hystérogènes acquises par une maladie quelconque, irritation traumatique interne ou externe. Malheureusement, l'effet survit souvent à la cause, et le traitement de celle-ci devenant insuffisant, c'est contre l'hystérie elle-même que doit porter toute l'action thérapeutique.

### XXXVII. — DYSPNÉE ET POLYPNÉE HYSTÉRIQUES

#### I. EXPOSÉ CLINIQUE.

II. ERREURS DE DIAGNOSTIC ET DE PRONOSTIC : *a*, polypnée hystérique; *b*, dyspnée et polypnée hystériques; *c*, dyspnée hystérique; *d*, hystérie monosymptomatique.

#### III. TRAITEMENT.

#### I. — Exposé clinique.

Une malade a présenté un accident hystérique assez mal connu, la *polypnée*. Il importe d'en exposer avec quelques détails l'histoire clinique, parce que, à ce sujet, de fréquentes et graves erreurs de diagnostic peuvent être commises, et aussi parce que le diagnostic exact commande l'indication thérapeutique.

Il y a quelques jours, un de mes confrères m'appelait pour une jeune fille de dix-sept ans et demi, atteinte de troubles respiratoires depuis plusieurs mois et caractérisés par une « dyspnée intense, au point que les respirations atteignaient le chiffre de 100 à 140 par minute », dyspnée *sine materia*, existant depuis plusieurs mois, avec un peu de parésie des membres inférieurs. Elle était issue d'un père syphilitique, et le diagnostic porté, avec quelques restrictions il est vrai, était celui d'affection bulbaire de nature probablement spécifique.

Or, cette jeune fille n'avait pas de dyspnée, au vrai sens du mot. Elle avait de la *polypnée*, c'est-à-dire de la simple accélération des mouvements respiratoires.

En l'examinant, je vis que ses respirations étaient brèves, rapides, superficielles, incomplètes, toujours ou presque toujours égales en durée, et que, malgré leur nombre considérable (100 à 140 par minute), il n'y avait aucune angoisse respiratoire, aucune trace de cyanose,

aucun indice d'embarras circulatoire (le pouls étant normalement à 60 ou 70 par minute). Du reste, rien à la poitrine, ni à la percussion, ni à l'auscultation, pour expliquer pareil phénomène.

En l'examinant plus complètement encore, on apprenait d'abord que cette fausse dyspnée n'était pas permanente, qu'elle se supprimait pendant la nuit, qu'elle apparaissait surtout dans la station verticale et qu'elle disparaissait souvent dans la position couchée.

Toute la région antérieure du thorax était le siège d'une hyperesthésie assez accusée, il y avait de l'hémianalgie à gauche, de l'ovaralgie du même côté, un peu de rétrécissement du champ visuel, et à plusieurs reprises on avait été obligé d'appeler le médecin pendant la nuit, pour de singuliers « maux de gorge » avec difficulté de déglutir la salive, et quelques symptômes de suffocation, alors que l'examen local du pharynx restait toujours négatif. Les jambes étaient en outre parsemées de taches brunâtres, ne s'effaçant pas par la pression : piqûres de moustiques, disait-on ; troubles vaso-moteurs et ecchymoses hystériques, en réalité.

## II. — Erreurs de diagnostic et de pronostic.

a. *Polypnée hystérique*. — Ce fait m'en a rappelé un autre, observé en 1879 à l'Hôtel-Dieu, alors que je remplaçais Frémy comme médecin du Bureau central. Il est d'autant plus intéressant que, de même que pour le cas précédent, le diagnostic d'affection bulbaire ou spinale avait été porté.

Il s'agissait d'une femme de quarante-huit ans, ayant eu, à l'âge de seize ans, une singulière contracture paroxysmique des mains, se produisant tous les jours à la même heure, avec fléchissement des doigts et fermeture de la main. En 1877, elle eut une syncope et tomba dans la rue, comme on l'apprit par la suite. Je la trouvai dans le service, avec une paraplégie presque complète qui durait depuis plusieurs

mois, et ensuite avec une « dyspnée » tout à fait particulière, caractérisée par des respirations brèves, rapides, fréquentes (60 à 70 par minute), avec quelques signes de parésie du diaphragme, les espaces intercostaux et le creux épigastrique se déprimant à chaque mouvement inspiratoire.

La dyspnée, jointe à la paraplégie et à la parésie diaphragmatique, éveilla l'idée d'une « affection bulbaire ou spinale ». Tel n'était pas mon avis, et pour la première fois j'employai le mot de *polypnée* hystérique, que j'opposai à celui de dyspnée, diagnostic qui fut complètement vérifié par la suite. Cependant, dans ce cas, le phénomène était complexe ; il y avait réellement de la *polypnée*, c'est-à-dire une simple accélération des mouvements respiratoires, et un peu de *dyspnée* réelle, produite par la parésie hystérique du diaphragme (1).

Là ne se bornent pas les erreurs de diagnostic que l'on peut commettre au sujet de ce symptôme, et mon interne d'alors, Le Gendre, a publié l'observation d'une jeune fille de dix-neuf ans, observée dans un autre service, qui, à la suite d'une scarlatine peu grave, avec albuminurie fugace, présenta brusquement pendant la convalescence des symptômes respiratoires en apparence graves, qu'on fut tenté un instant de rapporter à une dyspnée urémique, même en l'absence d'albumine dans les urines. La respiration était haletante, précipitée, superficielle, mais *sans dyspnée* réelle. Quelques jours plus tard, la constatation de stigmates hystériques indéniables fixa le diagnostic de polypnée neurataxique (2).

Vous avez vu dans le service un cas à peu près semblable : une jeune fille hystérique, atteinte de polypnée simplement nerveuse, au milieu d'accidents urémiques provoqués par une néphrite aiguë.

(1) Cette observation a été consignée dans la thèse de FOUQUET (*Études cliniques sur quelques spasmes d'origine hystérique*. Paris, 1880).

(2) Même thèse.

La polypnée neurataxique venant à se greffer sur une affection organique du cœur ou des poumons, comme je l'ai vu dans deux cas de rétrécissement mitral et d'emphysème pulmonaire, peut donner ainsi à ces dernières maladies une apparence de gravité qu'elles n'ont pas. De là, des erreurs de pronostic assez fréquentes, suivies de fautes thérapeutiques.

M'appuyant sur tous ces faits, j'ai, dès 1883 (1), établi à deux reprises la différence fondamentale entre la dyspnée hystérique et le symptôme auquel j'avais donné le nom de *polypnée*. Charcot, qui certainement n'avait pas lu, ou avait oublié ces faits (je le dis, parce qu'il savait rendre justice aux chercheurs), étudia ensuite, en 1888, ce phénomène sous le nom de *tachypnée* hystérique.

Sa malade, âgée de vingt ans, présentait jusqu'à 170 et 180 mouvements thoraciques par minute, peu profonds et superficiels, silencieux, sans cyanose, sans aucune anxiété respiratoire, et avec un pouls oscillant entre 60 et 70. Ici, la polypnée survenait par accès de deux à quatre heures dans la journée, elle était souvent précédée de symptômes rappelant l'aura hystérique : constriction à la gorge, bourdonnements d'oreilles, battements dans les tempes, bientôt suivis de pleurs. Pas le moindre stigmate hystérique, comme cela se rencontre dans les neurataxies *monosymptomatiques*.

D'autres fois même, l'apparence de gravité est plus grande encore ; elle résulte de la participation de toutes les branches du pneumogastrique, et telle malade présente à la fois des accidents dyspnéiques, des troubles gastriques, des palpitations violentes, voire même des signes de pseudo-angine de poitrine, comme j'en ai signalé des cas dans une étude ancienne sur les « synergies morbides du pneumogastrique » (2), et comme le démontre une observation de

(1) *Traité des névroses*, 1883.

(2) HUCHARD, *Union médicale*, 1879. — GLASCAW, *Phénomènes hystériques successifs : toux, dyspnée, cardialgie, palpitations, angine de poitrine* (*Courrier médical*, Saint-Louis, 1881).

Glascaw (de Saint-Louis), vieille déjà de près de vingt ans. Chez ces hystériques, on peut dire, je le répète, que leur nerf vague divague.

b. *Dyspnée et polypnée hystériques*. — Dans la *Clinique médicale* d'Andral, j'ai trouvé la note suivante, utile à rappeler entièrement, malgré sa longueur.

« Quelque accélérée que puisse devenir la respiration chez les individus atteints de phlegmasie du parenchyme pulmonaire, ce n'est point chez eux que cette respiration présente son maximum de vitesse : c'est dans les affections purement nerveuses, sous l'influence d'un simple trouble de l'innervation.

« Nous avons vu plus d'une fois en pareil cas les parois thoraciques se soulever jusqu'à 75 et 80 fois par minute ; enfin, nous avons constaté une accélération bien autre de la respiration chez une jeune femme en proie à divers accidents hystériques. Chez elle, au milieu d'un accès, pendant lequel existaient de violentes palpitations de cœur avec refroidissement et teinte bleuâtre des extrémités, nous comptâmes par minute 140 mouvements respiratoires... Cette accélération de la respiration resta aussi fréquente pendant plus d'une demi-heure ; puis elle se ralentit peu à peu, les palpitations cessèrent, les extrémités reprirent de la chaleur, et deux heures après, cette femme n'avait plus de dyspnée, ni aucun autre signe d'état morbide des voies respiratoires ou circulatoires. »

c. *Dyspnée hystérique*. — Dans l'observation d'Andral, il n'y avait pas seulement polypnée, il y avait encore dyspnée. Or, celle-ci existe réellement dans l'hystérie, et elle est due, comme je l'ai dit (1), à des causes variées :

1° Dans sa forme la plus grave, elle peut être due à un spasme de la glotte et donner lieu à tous les accidents de la « suffocation pseudo-croupale ».

(1) *Traité des névroses*, 1. 83.

2° Elle peut être due à un état de paralysie ou même de contracture du diaphragme.

3° Elle est provoquée par un état spasmodique des bronches assez analogue à l'asthme.

4° Enfin, la dyspnée peut exister d'une façon indirecte, par suite de l'hyperesthésie de la paroi thoracique, de certains troubles digestifs (dyspnée gastrique).

d. *Hystérie monosymptomatique*. — Hormis ces cas, la respiration est simplement accélérée, il s'agit de *polypnée* ou *tachypnée* hystérique (comme Charcot l'a appelée après moi), et non pas de dyspnée. L'accélération considérable des mouvements respiratoires n'est nullement un indice de gravité. Mais, par contre, il faut bien savoir que l'existence d'un *seul* symptôme neurataxique, de ce que l'on a appelé « l'hystérie monosymptomatique », en l'absence assez fréquente de tout stigmate hystérique, est un indice de *persistance du phénomène*. Quand vous voyez celui-ci être bientôt accompagné ou suivi d'autres symptômes nerveux, ne fondez pas un pronostic très sérieux sur la multiplicité même des accidents. L'hystérie monosymptomatique s'immobilise souvent pendant des années dans son seul symptôme, et c'est ainsi que je connais une femme de soixante-sept ans, sujette, depuis plus de trente ans, à des accès de hoquet hystérique, seule et invariable expression de la névrose.

J'ai observé il y a plus de quinze ans, avec mon ancien collègue et ami le Dr Le Piez, une jeune malade que j'ai fait voir à N. Guéneau de Mussy et à Charcot, atteinte *sans aucun stigmate hystérique* (ce qui est, encore une fois, presque la règle dans la neurataxie *monosymptomatique*), d'une sorte de *paraplégie mentale*, et qui depuis cette époque, malgré tous les traitements, n'a jamais pu, ou plutôt n'a jamais voulu faire usage de ses membres inférieurs et marcher. C'est là un symptôme très analogue à « l'anorexie mentale » des hystériques, très rebelle, comme elle et comme toute forme d'hystérie monosymptomatique, à un traitement.

Souvent, l'entourage de la malade, le médecin lui-même s'effraient d'accidents plus tumultueux que graves, et il est remarquable que l'hystérique ne semble pas participer à la crainte générale, comme je l'ai constaté pour la première observation. Cela résulte de leur état mental tout à fait particulier, et ce qui le distingue, comme je le disais naguère (1), c'est une sorte de *quiétude* dans laquelle toutes les affections d'une durée plus ou moins longue laissent l'hystérique. C'est là encore un signe ou un indice précieux de diagnostic.

### III. — Traitement.

En voilà bien long pour aboutir à quelques mots de traitement. Mais, celui-ci découle du diagnostic lui-même et j'ai voulu montrer, une fois de plus, que la clinique et la thérapeutique se donnent la main ; l'une ne peut aller sans l'autre.

En effet, quand vous avez su reconnaître cette polypnée hystérique, quand vous avez su en établir le pronostic, et surtout quand vous craignez la persistance d'une forme assez fréquente d'hystérie monosymptomatique, il faut agir avec rapidité et surtout avec fermeté : *douches froides* générales et quotidiennes, *électricité* statique, courants continus avec le pôle positif à la nuque et le pôle négatif promené sur la paroi thoracique ; *suggestion* au besoin. Enfin, dans certains cas rebelles, *isolement de la malade*, la famille étant un véritable milieu de culture pour les affections hystériques plus ou moins rebelles ou récidivantes.

(1) Caractères, mœurs, état mental des hystériques (*Arch. de neurologie*, 1882). — *Traité des névroses*, 1883.