

XXXVI. — DYSPNÉE ET POLYPNÉE HYSTÉRIQUES.

Une malade au sujet de laquelle je fus appelé en consultation, présentait 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 de la ville m'appelait pour une grande et belle 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 120 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 examinant cette malade, 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.

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'agit d'une femme de quarante-huit ans, ayant eu, à l'âge de seize ans, une singulière contracture paroxystique 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 dia-

phrastique, 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.

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.

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

(2) Même thèse.

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

Dans la *Clinique médicale* d'Andral, j'ai trouvé la note suivante que je veux rappeler entièrement, malgré sa longueur.

(1) *Traité des névroses*, 1883, par Axenfeld et Huchard, p. 886 et 1028.

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

« 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. »

Ici donc, 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 ».

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).

Hormis ces cas, la respiration est simplement accélérée,

(1) *Traité des névroses*, 1883.

il s'agit de *polypnée* ou *tachypnée* hystérique, 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 trop 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

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

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.

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.

XXXVII. — INERTIE HYSTÉRIQUE DU DIAPHRAGME.

Voici un malade âgé de seize ans et demi, mal développé pour son âge, présentant une affection que l'on ne trouve décrite dans aucun des auteurs classiques, qui mériterait de l'être, et que je connais pour l'avoir observée plusieurs fois. Il vient nous trouver uniquement pour des troubles respiratoires. J'ajoute qu'il n'a rien au cœur, ni aux poumons.

Vous le voyez immédiatement, ce jeune malade fait de temps en temps, d'une manière intermittente, à intervalles assez courts et assez réguliers, une inspiration profonde, suspireuse. Regardez, d'autre part, comment se font les mouvements respiratoires. Vous remarquez que son diaphragme est inerte pendant l'inspiration, la paroi abdominale non refoulée restant immobile; il présente un état de parésie diaphragmatique, et sa respiration offre, au plus haut point, le type costal; en un mot, il respire comme une femme.

La gêne respiratoire qui résulte de cet état spécial, l'oblige de temps à autre à faire cette inspiration forcée, cette inspiration profonde et suspireuse intermittente qui, nous a frappés tout d'abord.

L'affection que ce sujet présente est en quelque sorte analogue pour le diaphragme de ce qu'on appelle l'astasié-abasie pour les membres inférieurs. Il ne sait plus respirer, il a désappris de respirer. Si vous me permettez cette expression hardie, je vous dirai qu'il est atteint d'astasié-abasie de la respiration.

Ce sujet est d'ailleurs manifestement un hystérique. On le pique, on peut traverser de part en part un pli de la peau avec une épingle sans qu'il sente. Il présente aussi

des phénomènes d'angiospasmie, et la piqûre reste absolument exsangue. Du côté droit, nous notons plutôt de l'hypéresthésie.

☒ C'est surtout chez de jeunes sujets que vous rencontrerez ce type de parésie diaphragmatique. J'ajoute qu'il n'a pas de gravité pronostique.

Ce malade a déjà été traité par divers médecins et il a pris du valérianate d'ammoniaque et du bromure longtemps continué. Il présente même une éruption bromique qui, tout de suite, trahit aux yeux le traitement. Il a pris aussi de l'iodure, du sulfate de spartéine. Rien de tout cela n'a réussi, comme cela se comprend.

Le traitement sera des plus simples. Aucun médicament interne ne peut agir sur cette parésie diaphragmatique, il faut que, par des manœuvres externes, nous réveillions les contractions du diaphragme.

☒ Je lui ordonne donc des frictions sur la région diaphragmatique avec du liniment de Rosen dont la composition est la suivante :

Beurre de muscade	} aa 5 grammes.
Essence de girofle	
Alcoolat de genièvre	

Ces frictions excitantes, en même temps qu'une sorte de massage méthodique des parois thoraciques, guériront complètement, en une ou deux semaines, ces troubles respiratoires qui ont tant effrayé son entourage.

XXXVIII. — GOITRE EXOPHTALMIQUE.

I. EXPOSÉ CLINIQUE.

II. SYMPTÔMES PEU CONNUS DE LA MALADIE. — CRISES D'AMAIGRISSEMENT.

III. QUELQUES MOTS SUR LE TRAITEMENT MÉDICAL.

I. — Exposé clinique.

Voici une jeune fille de vingt-trois ans qui, il y a près d'un an, éprouva une vive frayeur. Deux mois après, apparut chez elle le syndrome caractéristique : gonflement du cou, exophtalmie, palpitations, tremblement nerveux. Ici, l'effet a suivi la cause de deux mois, mais il est des cas dans lesquels l'intervalle qui sépare la cause et l'effet est beaucoup moins long ; il n'est parfois que de quelques jours, de quelques instants même. On ne saurait trop insister sur la peur, la colère, la frayeur dans l'étiologie du goitre exophtalmique, et lorsque l'on recherche avec soin l'un de ces facteurs, on le retrouve souvent comme cause occasionnelle.

La malade présente à l'heure actuelle un gros goitre, qui a commencé par le côté droit, avec battements carotidiens, facies rouge, yeux saillants, étonnés, fixes. Nous notons encore de la tachycardie avec pression artérielle plutôt faible, des troubles vaso-moteurs des membres supérieurs, sorte d'érythromélie, et du tremblement.

Ce tremblement ne présente pas les caractères nets du tremblement basedowien, signalé pour la première fois par Guéneau de Mussy et bien étudié par Marie. C'est un tremblement généralisé, à oscillations très petites, brèves, fines, rapides, enfin, c'est un tremblement vibratoire, et afin de s'en convaincre, il suffit d'appliquer la main sur les deux épaules pour sentir vibrer tout le corps sous les doigts.

II. — Symptômes peu connus de la maladie.

Cette malade a présenté un symptôme sur lequel j'appelle l'attention, car il est parmi ceux qui dans cette affection s'observent assez souvent et ne sont pas toujours rapportés à la véritable cause, je veux parler des *crises d'amaigrissement*.

Elles surviennent à certains moments, sans qu'on puisse en déterminer la cause occasionnelle. J'ai observé récemment un malade très remarquable à cet égard. C'est un homme de vingt-cinq ans, atteint de goitre exophtalmique depuis quatre à cinq ans et qui, depuis trois ans, a de ces crises d'amaigrissement. Il lui arrive tout à coup, sans cause apparente, de maigrir dans l'espace de quelques semaines de 3 ou 4 kilogrammes, sans que l'état général paraisse altéré ; puis, cet amaigrissement s'arrête et peu à peu le malade revient à son état primitif. Ce fait s'est reproduit plusieurs fois depuis qu'il est malade, et cet homme qui s'observe très régulièrement, possède ainsi une courbe très intéressante de son poids. Celui-ci subit des variations très brusques dans l'espace de quelques mois ou même de quelques semaines, de 57 kilogrammes à 63.

J'ai observé ce trouble nutritif un assez grand nombre de fois, et si l'amaigrissement a été signalé dans cette maladie, on n'a pas assez dit qu'il survenait d'une façon paroxystique.

Cette particularité très curieuse est donc assez peu connue. Il en est de même de certains signes qui peuvent être très utiles comme appoint au diagnostic, dans certaines formes frustes du goitre exophtalmique : tel est le *signe de Graefe* qui consiste dans une absence de parallélisme entre les mouvements du globe oculaire et ceux de la paupière ; tel, le *signe de Stellwag*, caractérisé par l'occlusion incomplète de la paupière quand le malade cherche à fermer les yeux ; tel enfin, le *signe de Buzzard et Charcot*, qui consiste

dans le déroberement, l'effondrement des membres inférieurs (*giving way of the legs*). Dans ce dernier cas, subitement, le malade sent ses jambes se dérober sous lui. C'est là un signe qui a son importance, mais qui cependant n'est pas pathognomonique, car on le rencontre dans le tabes, la paralysie générale, le myxœdème, dans certaines formes de neurasthénie.

On observe encore parfois une *parésie* particulière des membres inférieurs, caractérisée par des rémissions pendant lesquelles le déroberement des jambes se montre fréquemment. A noter encore les *crampes douloureuses* signalées par Mackenzie en 1890, se montrant dans les membres inférieurs et dans les membres supérieurs, où elles affectent l'aspect de la tétanie. Enfin, Græme Hammond (de New-York) a mentionné le *signe de Bryson* consistant dans un défaut d'ampliation du thorax pendant l'inspiration et devenant un indice de pronostic sévère.

Chez notre malade, les variations singulières du poids offrent l'occasion d'entrer dans certaines considérations relatives à la théorie pathogénique du goitre exophtalmique.

En effet, de toutes les théories si nombreuses qui ont été admises, une seule reste acceptable : l'hyperthyroïdation. On admet que c'est l'excès du fonctionnement de la glande thyroïde qui amène les accidents si variés de la maladie de Parry-Graves (1), comme c'est son défaut qui détermine le myxœdème. Or, Ballet et Enriquez (2), dans leurs expériences récentes sur les animaux, sont arrivés à des résultats qui expliquent très bien les crises d'amaigrissement. En injectant de l'extrait thyroïdien à des chiens, ils ont vu ces animaux

(1) Il est absolument injuste de donner au goitre exophtalmique le nom de « maladie de Basedow », puisque ce dernier n'a pas découvert cette maladie, mais bien Parry d'abord, Flajani ensuite, enfin Graves. Pourquoi, du reste, ne pas conserver le nom de « goitre exophtalmique » ?

(2) *Journal des Praticiens*, 1896.

diminuer, proportionnellement à leur taille, de plusieurs kilogrammes, sous l'influence de cette hyperthyroïdation artificielle. C'est du reste, le même résultat qu'on observe à la suite de la médication thyroïdienne, dans le myxœdème et dans certaines formes d'obésité.

Pour ce qui est du goitre exophtalmique (et il faut noter à ce propos que cette maladie est sujette aux poussées, aux temps d'arrêt, aux irrégularités et même aux régressions), on peut fort bien admettre qu'il y ait des exagérations fonctionnelles de la glande à certains moments, et il en résulte alors des crises d'amaigrissement ; quand ces périodes sont passées, le malade engraisse de nouveau et ne tarde pas à revenir à son état antérieur. On peut expliquer de même, c'est-à-dire par des poussées d'hyperthyroïdation, les crises de diarrhée, les crises de toux sèche et quinteuse, si fréquentes chez ces malades et qui résistent à tous les moyens thérapeutiques. Ces accidents sont même parfois si prolongés que l'on peut croire à l'invasion de la tuberculose, surtout lorsqu'ils s'accompagnent d'amaigrissement, de sueurs profuses pendant la nuit, et de fièvre.

L'élévation de la température dans le goitre exophtalmique, déjà signalée par Trousseau, a été bien étudiée par Bertoye (1), élève de Renault (de Lyon). La fièvre a ordinairement un *début brusque*, elle peut atteindre 40°, s'accompagnant parfois de symptômes cérébraux graves, durant de quelques heures à quinze ou vingt jours, après lesquels survient une apyrexie complète. Loin d'être, comme le croit Wolfenden, un signe constant de la maladie de Graves, elle est au contraire assez rarement observée et elle résulte d'une véritable intoxication par hyperthyroïdation, ce qui confirmerait l'idée de l'origine thyroïdienne du goitre exophtalmique, admise dès 1878 par O'Neil, puis défendue par Möbius, Joffroy et Gauthier (de Charolles).

(1) Thèse inaugurale de 1888.

III. — Quelques mots sur le traitement médical.

Cette manière d'envisager l'interprétation pathogénique de divers accidents de la maladie, s'accorde avec ce fait bien démontré, que la médication thyroïdienne, si utile dans le myxœdème et le goitre simple, est presque toujours nuisible dans le goitre exophtalmique. Un de ses résultats les plus habituels est, en effet, de produire la tachycardie, laquelle est déjà très marquée dans cette dernière maladie.

En raison de cette action si spéciale, la médication thyroïdienne serait indiquée, non seulement dans l'obésité, mais encore dans la maladie de Stokes-Adams, ou pouls lent, permanent avec attaque syncopales et épileptiformes. De même, en raison de la propriété qu'elle a de déterminer la vaso-dilatation, elle pourrait être utilisée dans tous les cas où le spasme vasculaire joue un rôle pathogénique important, comme la syncope locale des extrémités, l'hémicranie vaso-constrictive, dans l'intoxication saturnine, certaines formes d'angine de poitrine, ou même l'artériosclérose au début.

Il n'y a que quelques mots à dire sur le traitement médical du goitre exophtalmique. L'hydrothérapie et l'électricité (d'après la méthode de Vigouroux) constituent le plus souvent la base du traitement. La teinture de *veratrum viride* (à la dose de 10 à 20 gouttes par jour), recommandée par G. Sée, produit des effets douteux. L'antipyrine à la dose de 1 à 3 grammes, que j'ai eu l'idée d'employer (thèse de Arduin, 1884) est plus efficace. Enfin, à titre de médicament vaso-constricteur, la quinine, sous la forme de bromhydrate, à la dose de 50 centigrammes à un gramme pendant dix jours par mois, contribue à déterminer la sédation des phénomènes cardiaques et vasculaires. Je possède dix observations où la tachycardie paroxystique était associée à la maladie de Graves, et c'est alors que la quinine a produit les effets les meilleurs et les plus durables.