

XLIII. — DYSPNÉE, POLYPNÉE HYSTÉRIQUE

I. EXPOSÉ CLINIQUE. — Polypnée et non dyspnée. Quelques stigmates hystériques. Polypnée hystérique au cours d'une maladie organique du système nerveux. Polypnée hystérique au cours d'une maladie du cœur ou des poumons.

II. ERREURS DE DIAGNOSTIC ET DE PRONOSTIC. — *a*, Polypnée hystérique; *b*, dyspnée et polypnée hystérique; *c*, dyspnée hystérique; *d*, hystérie monosymptomatique. — Exemple de paraplégie mentale, analogue à l'anorexie mentale.

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 de fréquentes et graves erreurs de diagnostic peuvent être commises à ce sujet, et aussi parce que le diagnostic exact commande l'indication thérapeutique.

Un de mes confrères m'appelle pour une jeune fille de dix-sept ans et demi, atteinte depuis plusieurs mois de troubles respiratoires caractérisés par une « dyspnée intense, au point que les respirations atteignent 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'une 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 une simple accélération des mouvements respiratoires.

Ses respirations sont brèves, rapides, superficielles, incomplètes, toujours ou presque toujours égales en durée, et malgré leur nombre considérable (100 à 140 par minute),

il n'y a 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 poursuivant davantage mes investigations, j'apprends d'abord que cette fausse dyspnée n'est pas permanente, qu'elle se supprime pendant la nuit, qu'elle apparaît surtout dans la station verticale et qu'elle disparaît souvent dans la position couchée. Toute la région antérieure du thorax est le siège d'une hyperesthésie assez accusée; il y a de l'hémi-analgésie à gauche, de l'ovaralgie du même côté, un peu de rétrécissement du champ visuel. Plusieurs fois, 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 que j'avais observé en 1879 à l'Hôtel-Dieu. Comme 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 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 du diaphragme, 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, car à cette accélération des mouvements respiratoires se joignait un peu de *dyspnée* réelle, produite par la parésie du diaphragme.

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 examinée dans un autre service, qui, à la suite d'une scarlatine avec albuminurie fugace, présenta 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 (1).

Nous avons 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.

Enfin, dernièrement (octobre 1902), on me montrait à l'hôpital Necker un malade d'une trentaine d'années atteint de

(1) FOUQUET, Études cliniques sur quelques spasmes d'origine hystérique (*Thèse inaugurale*, Paris, 1880). Nous rappelons que, dès 1883 (*Traité des névroses*), nous avons proposé de remplacer le mot impropre d'hystérie par celui de *neurataxie*, pour l'opposer ainsi à la neurasthénie.

paralysie atrophique de l'enfance et qui présentait une accélération considérable des mouvements respiratoires (140 respirations par minute) sans dyspnée. En raison de l'affection nerveuse ancienne, on avait cru également à une complication bulbaire, et on avait établi un pronostic assez grave. Je n'ai pas eu de peine à démontrer qu'il s'agissait de troubles respiratoires d'origine hystérique; du reste, leur disparition rapide après quelques jours me donna encore raison.

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 ces faits, dès 1883, j'ai établi à deux reprises la différence fondamentale entre la dyspnée hystérique et le symptôme auquel j'avais donné le nom de *polypnée* (1). 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 (2). 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.

(1) H. HUCHARD, *Traité des névroses*, 1883.

(2) CHARCOT, *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1888-1889.

D'autres fois, 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 déjà ancienne sur les « synergies morbides du pneumogastrique ». Chez ces hystériques, on peut dire que leur nerf vague divague (1).

b. *Dyspnée et polypnée hystérique.* — 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. »

Dans l'observation d'Andral qui vient d'être rapportée,

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

il n'y avait pas seulement polypnée, il y avait encore dyspnée. Or, celle-ci existe réellement dans l'hystérie, et elle est due à des causes variées (1) :

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).

c. *Dyspnée hystérique.* — Hormis ces cas, la respiration est simplement accélérée, il s'agit de polypnée hystérique et non pas de dyspnée. L'accélération considérable des mouvements respiratoires n'est nullement un indice de gravité. Mais 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 ans, sujette depuis plus de cinquante ans à des accès de hoquet hystérique, seule et invariable expression de la névrose.

d. *Hystérie monosymptomatique.* — J'ai observé, il y a plus de seize ans, 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

(1) H. HUCHARD, *Traité des névroses*, 1883.

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 à tout traitement. Un bon exemple de ce genre a été publié par Billod.

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. Cela résulte de leur état mental tout à fait particulier, et ce qui le distingue, comme je le disais naguère, c'est une sorte de *quietude* dans laquelle toutes les affections d'une durée plus ou moins longue laissent l'hystérique (1). C'est là encore un signe ou un indice précieux du 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) H. HUCHARD, Caractère, mœurs, état mental des hystériques (*Arch. de neurologie*, 1882). — E. BILLOD, Des maladies mentales et nerveuses, 1882.

XLIV. — INERTIE HYSTÉRIQUE DU DIAPHRAGME

- I. EXPOSÉ CLINIQUE. — Astasie-abasie de la respiration.
 II. DIAGNOSTIC. — Avec la paralysie hystérique de Duchenne (de Boulogne). — Quatre causes de paralysie du diaphragme. Une forme nouvelle de névrose respiratoire : bradytonie tremblante du diaphragme.
 III. TRAITEMENT. — Éducation de la respiration.

I. — Exposé clinique.

Voici un malade âgé de seize ans et demi, mal développé pour son âge, présentant une affection que l'on ne trouve décrite par aucun des auteurs classiques 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 au niveau de l'épigastre qui se déprime, alors que pendant l'expiration cette même paroi se voussure en avant, ce qui est le contraire de l'état normal. Il présente un état de *parésie diaphragmatique*, et sa respiration offre au plus haut point le type costal. 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 à ce qu'on appelle l'astasie-

abasié pour les membres inférieurs. Il ne sait plus respirer, *il a désappris de respirer* par son diaphragme, et si vous me permettez cette expression un peu hardie, je vous dirai qu'il est atteint d'astasié-abasié de la respiration.

Le sujet est d'ailleurs manifestement un hystérique. A gauche, on le pique, on peut traverser de part en part un pli de la peau avec une épingle sans qu'il en éprouve la moindre sensation. Il présente aussi des phénomènes d'angiospasmé, et la piqûre reste absolument exsangue. A droite, il y a plutôt de l'hyperesthésie.

C'est surtout chez de jeunes sujets que l'on rencontre ce type d'inertie diaphragmatique, et dans l'espace de deux ans j'en ai constaté six cas des plus nets. Cette affection ne présente aucune gravité.

II. — Diagnostic.

J'ai dit que cette maladie n'est décrite par aucun auteur classique. On doit en excepter Duchenne (de Boulogne), qui a bien étudié les symptômes de la paralysie du diaphragme due à trois causes : 1° au saturnisme ; 2° à l'hystérie ; 3° aux inflammations des organes voisins du diaphragme. J'en ajoute une quatrième : la parésié diaphragmatique dans les accès d'asthme intenses et prolongés, parésié que j'ai souvent constatée et qui devient une nouvelle indication de traitement par la faradisation du diaphragme.

Cependant il y a de notables différences entre cette inertie diaphragmatique d'un hystérique qui a désappris de respirer par son diaphragme et la paralysie diaphragmatique hystérique de Duchenne. La description que le célèbre clinicien donne de cette dernière affection me servira de terme de comparaison.

Les symptômes de la paralysie diaphragmatique, dit-il, sont les suivants : « Au moment de l'inspiration, l'épigastre et les hypocondres se dépriment, tandis qu'au contraire la poitrine se dilate; les mouvements de ces mêmes parties

se font dans un sens opposé pendant l'expiration. » Et, quoiqu'il établisse, avec juste raison, que cet accident n'est pas aussi grave qu'on l'avait pensé tout d'abord, il nous montre des mouvements respiratoires plus fréquents qu'à l'état normal, l'existence d'une forte dyspnée au moindre effort, l'affaiblissement de la voix, la difficulté de l'expectoration et de l'expuition, et il admet l'efficacité d'un seul traitement : la faradisation localisée du muscle par l'intermédiaire des nerfs phréniques.

Chez notre malade, le diaphragme n'est pas absolument paralysé, et de temps à autre il se contracte presque normalement; la dyspnée est à peine appréciable, même par les grands efforts, la voix reste forte et normale, l'expectoration facile, les mouvements respiratoires plutôt ralentis qu'accélérés, la respiration suspireuse. Encore une fois, s'il y a inertie diaphragmatique, elle n'est qu'apparente, le malade ayant désappris de respirer par son diaphragme. Donc, une autre thérapeutique s'impose, comme nous allons le voir, et la faradisation du muscle ne produirait aucun résultat.

Il s'agit encore là d'une hystérie monosymptomatique, caractérisée souvent par sa résistance aux traitements habituels et surtout par l'absence des stigmates de la névrose, de sorte que cette absence ne plaide en aucune façon contre la nature nerveuse des accidents. Telle est encore l'interprétation qu'il convient de donner à un exemple de « névrose respiratoire singulière » publié dernièrement par Syllaba (de Prague) :

Chez un jeune homme de vingt-quatre ans, chaque expiration détermine un bruit fort et brusque, analogue à celui que « tout le monde peut produire à volonté en poussant l'air expiré brusquement et fortement par le nez ». La respiration se fait anormalement, et l'on constate que le diaphragme présente une contraction lente et saccadée. A la fin de celle-ci, la voûte diaphragmatique est baissée jusqu'à son maximum ; puis elle se soulève brusquement pendant une très courte

phase expiratrice. Alors, l'air expiré est fortement poussé hors du poumon et passe par les fosses nasales, en produisant un bruit sonore. Le seul moyen pour contraindre le diaphragme à une contraction normale, c'est la lecture à haute voix. Cette contraction inspiratrice du diaphragme n'a pas encore été décrite et a reçu de son auteur le nom de *bradytonie tremblante du diaphragme* (1).

III. — Traitement.

Notre malade a déjà été traité par divers médecins ; il a pris du valériane d'ammoniaque ; pendant longtemps il a été soumis à une médication bromurée qui a déterminé une éruption médicamenteuse très accusée. On lui a encore prescrit de l'iodure, du sulfate de spartéine. Rien de tout cela n'a réussi, comme on le comprend. On l'avait cru atteint d'une affection respiratoire, puis d'une affection du cœur.

Le traitement est des plus simples. Aucun médicament interne ne peut agir sur cette inertie diaphragmatique.

Il faut d'abord, par des manœuvres externes, réveiller les contractions du diaphragme et ensuite apprendre au malade à se servir de son muscle.

Des frictions excitantes avec le *liniment de Rosen*, en même temps qu'une sorte de *massage méthodique* des parois thoraciques, et la provocation d'une respiration bien rythmée, ont guéri complètement, en une ou deux semaines, ces troubles respiratoires qui ont tant effrayé l'entourage. Ici, cette hystérie monosymptomatique a guéri rapidement, sans doute parce qu'une médication rationnelle et inspirée par la pathogénie lui a été opposée. C'est peut-être là tout le secret des rapides guérisons de ces formes hystériques qui ne sont rebelles qu'en raison de l'ignorance où nous restons de leur vrai mécanisme.

(1) LADISLAV SYLLABA, *Sbornik klinicky*, 1899.

XLV. — LES NEURASTHÉNIES LOCALES

- I. HISTORIQUE ; DEUX FORMES ÉTIOLOGIQUES. — Neurasthénie, mot nouveau, maladie ancienne. Nombreuses formes cliniques, deux formes étiologiques et cliniques : neurasthénie héréditaire et neurasthénie acquise. Déduction thérapeutique.
- II. NEURASTHÉNIE LOCALE PÉRIPHÉRIQUE. — Topoalgies ou algies centrales des neurasthéniques ; leurs caractères cliniques. Résistance à tous les moyens antinévralgiques. Emploi de l'électricité. Observations. Forme douloureuse le plus souvent.
- III. NEURASTHÉNIES VISCÉRALES. — 1° Neurasthénie gastrique : grande variabilité des sécrétions et du chimisme stomacal. Exemple de neurasthénie locale de l'intestin. — 2° Neurasthénie cardiaque : hypotension artérielle, palpitations, arythmie, pouls instable, tachycardie orthostatique. — 3° Neurasthénie respiratoire. — Trois stigmates neurasthéniques : asthénie neuro-musculaire, méiopragies fonctionnelles, état cérébral.
- IV. DIAGNOSTIC. — Caractère des neurasthéniques (catalepsie de la volonté). État psychique : phobies diverses, anxiété morale, névrose d'angoisse ou angorisme. Neurasthénique déprimé et neurasthénique excité. Neurasthénie héréditaire et neurasthénie acquise. Neurasthénie et hypocondrie.
- V. QUELQUES MOTS SUR LE TRAITEMENT. — Importance du traitement moral. Suggestion persuasive, non autoritaire. Traitement de Weir Mitchell : isolement, repos absolu, massage, électricité, suralimentation. Neurasthénies avec hypertension ou avec hypotension artérielle. Rôle de l'atonie gastro-intestinale et des ptoses viscérales. Indications thérapeutiques basées sur les deux formes de neurasthénies : par dégénérescence héréditaire et neurasthénie acquise. Importance de la psychothérapie et de l'isolement, surtout dans la première forme. Repos, altitude, voyages, hydrothérapie, massage, électricité, alimentation. Impuissance et nocuité des médicaments. Acide formique et formiates, ibogaïne, médication phosphorique. Conclusion.

I. — Historique ; deux formes étiologiques.

Les localisations morbides de l'hystérie se montrent également dans cette maladie si bien décrite dès 1857-1860 par Bouchut sous le nom de « nervosisme », puis par Beard en 1869-1880, sous celui de « neurasthénie », et au sujet de laquelle Blocq a bien voulu rappeler que j'ai donné le