



Biblioteka Główna WUM

**K.9163**



000019227

# LA NEURASTHÉNIE

(ÉPUISEMENT NERVEUX)

# Biblioteka Główna WUM

## DE L'AUTEUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE, TRAITÉE PAR LES BAINS FROIDS, en  
collaboration avec M. R. TRIPIER. — Paris. J.-B. BAILLIÈRE.  
in-8° de 640 pages. Traduit en Allemand par M. POLLACK.

TRAITÉ DE L'EMPYÈME. — Paris, 1888. J.-B. BAILLIÈRE. in-8°  
de 890 pages.

LA  
NEURASTHÉNIE

(ÉPUISEMENT NERVEUX)

PAR

L. BOUVERET

AGRÉGÉ A LA FACULTÉ, MÉDECIN DES HOPITAUX DE LYON

---

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, ÉDITEURS  
19, rue Hautefeuille, 19

—  
1890

# LA NEURASTHÉNIE

(ÉPUISEMENT NERVEUX)

---

La neurasthénie n'a guère que des symptômes subjectifs, et elle n'a point d'anatomie pathologique. Les signes objectifs, appréciables par les moyens usuels de l'investigation médicale, y sont très peu nombreux; dans beaucoup de cas, ils font entièrement défaut. C'est là un obstacle à l'étude vraiment scientifique de la neurasthénie. Aussi elle n'a que médiocrement participé aux grands progrès de la pathologie nerveuse, et l'histoire en est encore bien plus incomplète que celle de l'hystérie.

Elle n'est cependant pas rare, soit dans la pratique privée, soit dans la pratique hospitalière. La plupart de ces malades qualifiés de nerveux, d'hypocondriaques, de bizarres sont des neurasthéniques. Trop souvent le médecin n'accorde à

leurs plaintes qu'une attention distraite et se débarrasse d'eux en leur conseillant quelque cure thermale ou l'usage indéfiniment prolongé des médicaments antispasmodiques. Les neurasthéniques ont droit à plus de sollicitude. Ce sont de vrais malades qu'on peut améliorer et souvent guérir. Quelque variés et disparates que soient les symptômes de la maladie dont ils souffrent, il est cependant possible d'étudier ces symptômes, comme on étudie ceux des affections organiques ou de l'hystérie. Or, l'observation attentive d'un grand nombre de patients démontre que la neurasthénie est, comme l'hystérie, une espèce distincte dans la famille des névroses. Elle est très suffisamment caractérisée, au point de vue clinique, par des symptômes constants, ou à peu près constants, qui dominent tous les autres symptômes de fréquence et de valeur moindres, et que, suivant l'heureuse expression de M. Charcot, on pourrait nommer les stigmates neurasthéniques.

Je n'ai pas l'intention de faire un historique complet de la neurasthénie. Assurément la maladie n'est pas nouvelle. Certaines formes en sont depuis longtemps connues. A la neurasthénie appartiennent l'irritation spinale de Franck, le névrosisme de Brachet, l'état nerveux de Sandras, la névralgie protéiforme de Cerise, la névralgie générale de Valleix, le nervosisme de M. Bouchut, la névropathie cérébro-cardiaque de Krishaber. Les descriptions de ces auteurs sont cependant insuffisantes pour donner une idée exacte de la neurasthénie. Elles sont incomplètes ou elles embrassent

bon nombre de symptômes qui font partie d'autres affections nerveuses, telles que l'hystérie et l'hypocondrie. En outre, les interprétations et les théories sont généralement peu acceptables. Le *Traité du Nervosisme* de M. Bouchut, dont la seconde édition parut en 1875, marque un grand progrès dans l'histoire de l'épuisement nerveux ; mais on y trouve, attribués au nervosisme, beaucoup de symptômes propres à l'hystérie.

Beard de New-York (1) a délimité beaucoup plus rigoureusement le domaine de l'épuisement nerveux. Observant en Amérique où la maladie est, paraît-il, bien plus commune que chez nous, il a pu faire une étude plus exacte et plus complète. C'est à lui que nous devons le terme de neurasthénie, aujourd'hui très généralement accepté. On pourrait reprocher à la monographie de Beard un trop grand luxe de détails. Les types cliniques restent un peu confus, les grands symptômes ne sont pas suffisamment mis en lumière, et l'auteur me paraît accorder une valeur excessive aux agents pharmaceutiques dans le traitement de la maladie.

Un autre médecin américain, M. Weir Mitchell (2), nous a fait connaître, dans une monographie pleine de vues originales, une des formes les plus communes et les plus rebelles de la neurasthénie, forme particulièrement observée

---

(1) G. BEARD. *Die nervenschwache* (neurasthenia). Traduction allemande de Neisser, Leipzig 1883.

(2) WEIR MITCHELL. Du traitement de la neurasthénie. Traduction française de M. O. Jennings. Paris, 1883.

chez la femme. Il a proposé un traitement de cette neurasthénie féminine basé sur la combinaison systématique de certains agents physiques, traitement d'une remarquable efficacité et qui commence à remplacer, chez nous comme en Amérique, le traitement banal des états nerveux par les antispasmodiques et l'hydrothérapie.

Des publications des deux médecins américains procèdent la plupart des travaux récents, que j'aurai souvent l'occasion de citer au cours de cette étude. C'est en m'appuyant sur ces travaux et sur un certain nombre d'observations personnelles, que je vais essayer de retracer l'histoire de la neurasthénie.

## I

### DÉFINITION ET NATURE DE LA NEURASTHÉNIE

Il est assez difficile de définir la neurasthénie. C'est une maladie du système nerveux, sans lésion organique, par conséquent purement fonctionnelle, pouvant atteindre toutes les parties de ce système, et caractérisée par un affaiblissement durable de la force nerveuse. Cet affaiblissement, dont les manifestations sont fort nombreuses, peut aller depuis un amoindrissement léger et limité jusqu'à la prostration générale et profonde de l'innervation. Aux symptômes de dépression

s'ajoutent presque toujours des symptômes d'excitation, association très exactement désignée sous le nom de faiblesse irritable.

Nous ne pouvons présumer la nature de la maladie que par une induction fondée sur l'étude des symptômes. Il est évident que cette question ne peut être résolue ni par l'anatomie pathologique ni par l'expérimentation. Or, l'observation clinique nous autorise, en effet, à attribuer les symptômes propres aux états neurasthéniques, à un trouble intime de la nutrition des éléments du système nerveux (Erb), à un appauvrissement de la force nerveuse, à un défaut d'équilibre entre l'usure et la réparation des éléments nerveux (Beard), et surtout, du moins dans les formes cérébrales de la maladie, à un affaiblissement durable de ces centres cérébraux supérieurs qui gouvernent et modèrent l'activité des autres centres nerveux, encéphaliques, médullaires et sympathiques. C'est sans doute de l'insuffisance de cette influence modératrice, que procède l'exagération apparente du pouvoir réflexe dans les centres de la vie de relation et de la vie organique, exagération qui joue un si grand rôle dans la pathogénie de la plupart des symptômes neurasthéniques. Des excitations légères qui, dans un système nerveux bien équilibré, s'épuisent rapidement et s'évanouissent sans provoquer aucune réaction, peuvent, au contraire, dans un système nerveux frappé d'épuisement, susciter des actes réflexes nombreux, variés, souvent fort éloignés et d'une énergie tout à fait hors de proportion avec le degré de l'excitation elle-

même. C'est ainsi que nous pouvons comprendre comment des symptômes d'excitation figurent si fréquemment dans le tableau clinique de la neurasthénie.

Cette débilité de la force nerveuse, véritable caractéristique de la maladie, n'est point fatalement associée à l'appauvrissement du sang, et, avec beaucoup de raison, Beard insiste sur cette indépendance de la neurasthénie et de l'anémie. L'appauvrissement du sang est plus souvent peut-être la conséquence que la cause de l'appauvrissement de la force nerveuse.

Les troubles circulatoires tiennent pourtant une grande place parmi les symptômes de l'épuisement nerveux. Le système vaso-moteur et l'appareil d'innervation du cœur sont presque toujours, chez les neurasthéniques, dans un état d'équilibre instable. De là, sous l'influence d'excitations de nature et d'origine fort variables, des perturbations de l'activité du cœur, des congestions et des anémies locales. Ces troubles des circulations périphériques sont très manifestes à la peau, sur les muqueuses et dans la rétine. Des troubles analogues existent vraisemblablement dans les organes profonds et particulièrement dans les diverses régions du système nerveux, dans le cerveau et la moelle épinière. De là le développement de congestions et d'anémies cérébrales et médullaires, dont les symptômes se mêlent à ceux de la neurasthénie elle-même. Ainsi s'explique l'erreur des pathologistes qui méconnaissent l'existence de l'épuisement nerveux et en rejettent

tous les symptômes dans l'histoire clinique de la congestion ou de l'anémie de la moelle et du cerveau.

Les troubles digestifs et ceux des organes génitaux jouent également un grand rôle dans le tableau clinique de l'épuisement nerveux. Mais c'est encore une erreur d'interprétation que de les considérer comme le point de départ constant de tous ces troubles fonctionnels du système nerveux dont l'ensemble constitue la neurasthénie. S'il est vrai que certaines formes de cette névrose ont leurs origines dans une lésion ou dans une perturbation fonctionnelle de l'appareil digestif ou des organes génitaux, il n'en est pas moins certain que le plus souvent les troubles gastro-intestinaux et génitaux sont secondaires et dominés, eux aussi, par cette modification première, dont la nature même nous échappe et que nous sommes réduits à considérer comme un trouble de la nutrition intime des éléments nerveux. Du reste, l'étude de l'étiologie de la neurasthénie va mettre en pleine lumière le rôle prépondérant de cette atteinte portée à la nutrition et à la fonction des centres nerveux.

## II

### ÉTIOLOGIE DE LA NEURASTHÉNIE

La neurasthénie, du moins si l'on tient compte des formes légères, est une maladie commune et

qui tend à le devenir de plus en plus. Elle n'est pas seulement, suivant l'expression de Beard, une maladie américaine; elle existe également en Europe, et on peut la rencontrer dans tous les pays civilisés où la lutte pour l'existence sollicite une activité exagérée des fonctions du système nerveux.

Elle peut se développer chez un individu jusqu'à tout à fait indemne, en dehors de toute influence héréditaire. Le surmenage des centres nerveux suffit à en produire l'épuisement durable.

Cependant l'influence de l'hérédité n'est pas contestable. Elle s'exerce même fréquemment, et il est très vrai que les formes héréditaires de la neurasthénie sont particulièrement tenaces et rebelles au traitement. Il n'est pas rare de rencontrer dans les antécédents héréditaires des neurasthéniques, soit la neurasthénie elle-même, soit l'une ou plusieurs de ces affections nerveuses qu'on voit se succéder dans la famille névropathique. Telles sont, parmi ces affections nerveuses, l'hystérie, l'épilepsie, l'alcoolisme, les vésanies, la paralysie générale, les diverses scléroses de la moelle épinière. — On a considéré l'état neurasthénique comme le premier échelon dans la famille névropathique, le terrain éminemment favorable sur lequel vont germer et se développer, dans les générations suivantes, les plus graves des maladies nerveuses. Pourtant l'hérédité de la neurasthénie n'est rien moins que fatale. S'il en était autrement, telle est la fréquence croissante de l'épuisement nerveux, que l'espèce humaine

entière serait, dans un assez bref délai, vouée aux maladies du système nerveux. On ne doit admettre cette influence fâcheuse de la neurasthénie chez les ascendants que dans les cas d'hérédité convergente, lorsque plusieurs générations d'une même famille ont été frappées d'épuisement nerveux (1).

La forme héréditaire peut se montrer en dehors des causes communes de la maladie. Ainsi, par exemple, le fils d'un père neurasthénique et d'une mère hystérique présente déjà, dès l'enfance, une émotivité exagérée, il est pris de migraines vers la puberté, et c'est pendant l'adolescence, lorsque se développent les facultés affectives et les facultés intellectuelles, qu'apparaissent les symptômes de la neurasthénie confirmée. C'est donc de 15 à 20 ans que commence la forme héréditaire.

Les formes acquises sont observées à une période plus avancée de la vie, de 30 à 50 ans, c'est-à-dire pendant la période de la plus grande activité physique, intellectuelle et sexuelle. J'ai cependant rencontré un cas de neurasthénie acquise chez une petite fille de 11 ans; elle était tombée dans un état de prostration nerveuse profonde à la suite de la mort dramatique de son père et de son frère.

Deux races paraissent plus prédisposées à la neurasthénie, la race juive et la race slave. C'est

---

(1) DÉJERINE. *L'Hérédité dans les maladies du système nerveux*. Paris, 1886.

un fait bien connu que les maladies du système nerveux sont communes parmi les Israélites. M. Ziemssen (1) a été frappé du grand nombre de neurasthéniques qu'on rencontre dans les grandes familles de l'aristocratie russe. Quant à l'extrême fréquence de l'épuisement nerveux parmi les Américains du Nord, elle est imputable, moins peut-être aux caractères propres de la race, qu'au genre de vie qu'ont adopté les Américains depuis plusieurs générations, à cette extraordinaire activité dans le travail et le plaisir, qui réalise à un si haut degré le surmenage permanent du corps et de l'esprit.

Certaines professions exposent davantage à la neurasthénie. Elles ont toutes pour caractère commun d'exiger une somme de travail intellectuel considérable et d'engendrer des préoccupations morales vives et de longue durée. L'épuisement nerveux est fort rare, en dehors des influences héréditaires, parmi les bureaucrates et les employés d'administration, gens qui ont peu de soucis sur l'issue des affaires qu'ils traitent, dont l'avenir est à peu près assuré et dont les occupations sont limitées et bien réglées. Il en est tout autrement des négociants, des industriels, des financiers, des spéculateurs, des hommes d'affaires. Pendant les premières années, leur défaut d'expérience les oblige à plus de travail et les expose à plus de préoccupations. Dans notre

---

(1) ZIEMSSSEN. *Klinische Vorträge*. Die neurasthenie und ihre Behandlung. Leipzig, 1887.

milieu lyonnais, j'ai vu plusieurs fois des jeunes gens, commerçants ou industriels, présenter au bout de quelques mois ou de quelques années d'affaires, des symptômes de dépression appartenant évidemment à la neurasthénie. Les médecins sont également fort exposés à l'épuisement nerveux et l'on peut même avancer que peu de professions réunissent, au même degré que la profession médicale, les conditions favorables au développement de cette névrose. Le médecin est, en effet, soumis à la fatigue du corps et de l'esprit, et, du moins dans les premières années de sa pratique, souvent tourmenté par le sentiment de la responsabilité.

Le fonctionnement exagéré du cerveau, dans la sphère des facultés affectives et dans celle des facultés intellectuelles, telle est la cause occasionnelle la plus commune et la mieux établie de l'épuisement nerveux. Mais il faut aussi tenir compte des individualités. Une certaine somme de travail intellectuel peut être impunément supportée par un cerveau bien organisé, qui devient pour un cerveau doué d'une moindre résistance une cause efficace de trouble, de fatigue, d'épuisement durable. Beaucoup d'influences héréditaires, en dehors même de l'hérédité nerveuse, ont pour résultat commun de diminuer dans les jeunes générations la force de résistance du système nerveux. Ici intervient encore l'influence fâcheuse des mauvaises méthodes d'éducation et d'instruction. L'éducation des filles, du moins chez nous, laisse à désirer. Les facultés affectives

y sont développées aux dépens des facultés plus solides, le jugement et la volonté. Dans bon nombre de maisons d'éducation, tout semble disposé pour favoriser le penchant au mysticisme et l'amour du merveilleux. Voilà sans doute une des causes de la plus grande fréquence chez la femme de l'hystérie et de la neurasthénie.

Les exemples ne sont pas rares d'épuisement nerveux causé par l'excès du travail intellectuel. Bon nombre d'adolescents, après une longue et laborieuse préparation à des examens ou à des concours, présentent des symptômes nerveux de nature neurasthénique, tels que l'insomnie, la céphalée, la dépression intellectuelle, les palpitations, la dyspepsie, la constipation. Les grands travailleurs, hommes de cabinet, savants et littérateurs, tombent parfois dans des accès de dépression cérébrale, mêlée de quelques symptômes d'excitation. En général, ces formes de la neurasthénie ont peu de gravité, du moins lorsque les influences héréditaires font entièrement défaut. Le repos du cerveau surmené, le séjour à la campagne ou à la montagne et quelques semaines d'un traitement hydrothérapique bien conduit, suffisent à rétablir l'équilibre du système nerveux. Le surmenage intellectuel est plus dangereux quand il s'y joint de vives préoccupations morales. Telle est la situation d'un jeune homme qui s'est livré à un travail soutenu et prolongé en vue d'un concours duquel dépend son avenir. L'insuccès peut être suivi d'une dépression nerveuse de longue durée et rebelle au traitement. J'ai donné des soins à un

jeune homme de 30 ans, chez lequel, après un insuccès de ce genre, l'état neurasthénique dure depuis quatre ans. — Un homme de cabinet prolonge sa veille fort avant dans la nuit. Pendant de longues heures, il fixe fortement son attention sur l'objet de son étude. Il se met au lit vers trois ou quatre heures du matin. Mais il ne peut dormir. Sa volonté est impuissante à modérer l'activité dérégulée des fonctions cérébrales. Non seulement il ne dort pas, mais il éprouve des sensations pénibles de froid dans les extrémités, de constriction dans la tête, de brisement dans les membres, de tiraillement à l'épigastre. Le plus souvent une nuit de sommeil répare les forces épuisées. Mais si l'accès de fatigue cérébrale se répète, ces symptômes peuvent persister et le patient peut être atteint de cérébrasthénie, d'épuisement nerveux à forme cérébrale. Cet exemple nous montre la pathogénie de bon nombre d'états neurasthéniques ; il nous montre surtout comment, sous l'influence exclusive du surmenage du cerveau, peuvent se développer des troubles de toutes les fonctions et particulièrement de la digestion et de la circulation.

Le surmenage dans la sphère des facultés affectives, le chagrin, l'inquiétude et les passions déprimantes, sont autant de causes très efficaces de l'épuisement nerveux et qui s'exercent plus souvent encore que le surmenage intellectuel. Ici les exemples abondent, et j'ai beaucoup d'observations de ce genre. — Une jeune femme perd son mari qu'elle aimait avec passion, deux mois seulement après son mariage. Elle tombe dans un

état de prostration profonde avec céphalée, insomnie rebelle, rachialgie, dyspepsie nerveuse, constipation, impotence motrice des membres inférieurs, et cet état lamentable, qui fait le désespoir de sa famille, dure encore au bout de six années. — J'ai cité déjà le cas de cette petite fille de 11 ans, devenue neurasthénique quelques jours après la mort tragique de son père et de son frère. — Une jeune femme n'a pas d'enfant après huit ans de mariage; elle en éprouve un grand chagrin et peu à peu présente les symptômes les plus caractéristiques de l'état neurasthénique. — Il serait facile de multiplier ces exemples. Les affections familiales, aujourd'hui si développées et si souvent brisées par les hasards de la vie, voilà la cause réelle de bon nombre d'états neurasthéniques. C'est une erreur de croire que cette cause n'agit que dans les classes élevées de la société. L'action n'en est pas moins évidente dans les classes pauvres et moins éclairées, et d'autant plus qu'il s'y ajoute fort souvent les vives préoccupations de la vie matérielle. Les femmes sont plus exposées à ce genre d'épuisement nerveux. Elles ressentent plus vivement la perte d'un enfant, et, chez elles, à la dépression morale se joint fréquemment l'affaiblissement des forces physiques, causé par les grossesses et les allaitements répétés, les soins prolongés donnés à l'enfant malade, les veilles, les alternatives d'espoir et de désespoir pendant la maladie de l'enfant. — Citons encore, dans l'ordre des causes morales, les pertes d'argent, les déceptions de toute nature, les revers de for-

tune qui d'un rang élevé font déchoir dans une situation voisine de la misère, et, dans les familles pauvres et nombreuses, les préoccupations incessantes que causent aux parents l'éducation et l'établissement des enfants. — La neurasthénie n'est pas très rare chez les hommes politiques que l'ambition expose au surmenage du corps et de l'esprit, doublé de préoccupations morales excessives et de fréquentes déceptions.

L'abus des plaisirs et de toutes les jouissances de la vie est une autre cause d'épuisement nerveux ; de là la fréquence de cette névrose dans les classes élevées de la société. La vie mondaine des grandes villes constitue un véritable surmenage des sens et du système nerveux.

Certaines intoxications conduisent à la neurasthénie. Elle n'est point rare chez les alcooliques, ceux surtout qui font usage d'alcools concentrés, les grands fumeurs, les morphinomanes, ainsi que chez les hommes et même les femmes, aujourd'hui de plus en plus nombreux, qui usent et abusent de l'éther, du chloroforme, de la cocaïne. La réciproque n'est pas moins commune, et nous verrons comment la neurasthénie conduit à la plupart de ces intoxications.

J'incline à penser que le travail musculaire exagéré peut être cause d'épuisement nerveux. J'ai récemment observé un cas de neurasthénie chez un forgeron, ouvrier d'un atelier de métallurgie, et qui depuis dix ans est employé à des travaux pénibles, exigeant une dépense considérable de force musculaire. Il ne présente aucun

symptôme d'une affection organique quelconque des centres nerveux, mais il est épuisé après une marche de quelques minutes, il est pris de tremblement à la moindre émotion, il a souvent de l'insomnie et se plaint d'une douleur sourde et continue au front et à la nuque. Il n'a point d'antécédents nerveux héréditaires et il n'est pas alcoolique. S'il est bien prouvé que le surmenage du cerveau en produit l'épuisement durable, il n'est pas invraisemblable que l'activité exagérée des centres médullaires puisse conduire à un semblable résultat.

Il est de connaissance vulgaire que les excès sexuels engendrent l'épuisement nerveux. Chez les jeunes garçons qui se livrent à la masturbation, on peut observer la dépression intellectuelle, la diminution de la mémoire, l'inaptitude au travail intellectuel, l'insomnie, la céphalée, les palpitations, la dyspepsie nerveuse, symptômes qui appartiennent à l'état neurasthénique. C'est là une forme particulière de la neurasthénie des jeunes sujets. Elle peut entièrement disparaître, mais souvent elle persiste, même après la cessation des habitudes funestes, et, à un âge plus avancé, de 30 à 35 ans, elle se manifeste par l'impuissance et la spermatorrhée. — Les excès sexuels des jeunes mariés conduisent aussi à l'épuisement nerveux. En voici un exemple : un jeune homme de 36 ans fut pris, trois mois après son mariage, de céphalée, d'insomnie, de douleurs à la région lombaire et de faiblesse des membres inférieurs ; il était incapable de se livrer à ses occupations

habituelles, et il avait une telle aversion pour les foules, qu'il ne sortait plus et qu'il ne pouvait assister à une réunion de famille. Cette forme de la neurasthénie sexuelle est moins grave que celle qui procède de la masturbation ; elle n'a pas pour l'avenir la même influence fâcheuse sur la fonction des organes génitaux.

Pendant longtemps, on a placé dans les affections utérines ou péri-utérines l'origine du nervosisme de la femme. Un des premiers, Beard a réagi contre cette doctrine beaucoup trop exclusive. Sans doute, les souffrances prolongées auxquelles exposent certaines affections utérines et ovariennes peuvent parfois provoquer le développement des symptômes de l'épuisement nerveux, mais les faits de ce genre ne sont pas les plus communs, et, dans la grande majorité des cas, les douleurs locales, les névralgies, l'excitation sexuelle, sont bien plus des symptômes que des causes de la neurasthénie féminine. Il est même certain que l'insistance avec laquelle quelques spécialistes s'attachent à traiter exclusivement beaucoup d'affections très légères des organes génitaux, sans tenir compte de l'état général névropathique, exerce une influence très fâcheuse sur les troubles fonctionnels du système nerveux. L'attention de la patiente se fixe définitivement sur des souffrances minimales ou même sur de simples malaises, et il en résulte une sorte d'auto-suggestion qui exagère et même crée de toutes pièces les troubles de l'appareil génital. Bon nombre de femmes nerveuses, ainsi tourmentées

par un traitement local intempestif, souffrent, suivant l'énergique expression de M. Playfair, de pessaires au cerveau. Il est remarquable que, dans la plupart des cas de neurasthénie féminine d'origine génitale, il s'agit d'affections superficielles et de peu de gravité de l'utérus ou des annexes. On ne voit guère apparaître les symptômes de l'épuisement nerveux chez les femmes atteintes de cancer de l'utérus, de corps fibreux, de pelvi-péritonites, de kystes et de tumeurs malignes de l'ovaire. De ce fait bien constaté, beaucoup d'auteurs ont conclu à la simple coïncidence d'une affection génitale légère et d'un nervosisme provoqué par l'une de ces causes que j'ai signalées déjà et qui agissent directement sur le système nerveux. Cependant il est prouvé que des affections légères de la sphère génitale peuvent troubler gravement les fonctions du cerveau et de la moelle épinière. J'ai observé un cas d'éclampsie infantile due à un phimosis très étroit qui gênait la miction et entretenait un état d'irritation permanente du prépuce et du gland; la preuve décisive de cette pathogénie fut donnée par l'opération de la circoncision, à la suite de laquelle les crises éclamptiques, auparavant très fréquentes, ont entièrement disparu depuis quatre ans.

Les troubles des voies digestives sont communs dans la neurasthénie. Il est une forme de dyspepsie, justement nommée dyspepsie nerveuse, et qui, légère ou grave, accompagne presque toujours les autres symptômes neurasthéniques. Ici se pose la même question que tout à l'heure à propos des

troubles des organes génitaux. Les troubles gastro-intestinaux sont-ils la cause ou l'effet de l'épuisement nerveux ?

C'est une opinion très généralement acceptée que certaines dyspepsies, sans lésion véritable de l'estomac, sont parfois l'origine de symptômes nerveux, tels que céphalée, prostration, palpitations, accès de vertiges. Il y a longtemps déjà que Beau s'est efforcé de rattacher aux troubles dyspeptiques tout un ensemble de phénomènes morbides et de constituer ainsi une sorte de maladie générale à point de départ gastrique. Dans ses leçons si connues sur la dilatation de l'estomac, M. Bouchard (1) propose une conception des états dyspeptiques avec dilatation de l'estomac très comparable à la théorie de Beau, mais appuyée sur une base plus scientifique. Les troubles de la nutrition générale, ceux du système nerveux et des autres organes seraient dus en majeure partie, soit à l'élaboration imparfaite des aliments, soit à la résorption des produits de fermentations anormales développées dans l'estomac malade. Assurément cette interprétation convient à un certain nombre d'états dyspeptiques ; mais je ne crois pas qu'on puisse l'appliquer sans réserve, comme on a beaucoup de tendance à le faire aujourd'hui, au syndrome de la dyspepsie nerveuse, à l'atonie gastro-intestinale d'origine neurasthénique.

Dans une série de publications récentes, pleines

---

(1) BOUCHARD. Leçons sur les auto-intoxications, Paris, 1887.

de vues originales sur ce chapitre de la pathologie des voies digestives, M. Glénard (1) a conclu d'une façon assez rigoureuse à l'origine gastro-intestinale du plus grand nombre, sinon de la totalité, des états neurasthéniques. Il critique la conception que Beard a donnée de la neurasthénie. Il décrit des lésions particulières des voies digestives, observées chez les neurasthéniques, et dont l'ensemble forme ce complexus anatomo-pathologique qu'il a le premier mis en lumière et qu'il désigne sous le nom d'entéroptose. Un des éléments les plus importants de ce complexus anatomo-pathologique, c'est le relâchement de la paroi abdominale antérieure, la diminution de la tension abdominale. Les autres éléments sont le prolapsus de l'estomac, de l'intestin, des reins, du foie, puis la dilatation de l'estomac, la rétraction de l'intestin grêle et du gros intestin. Or, c'est dans cette sorte de perturbation de la statique abdominale, que résiderait l'origine commune des troubles fonctionnels, cérébraux, médullaires et sympathiques, dont l'ensemble constitue le tableau clinique de la neurasthénie.

Cette description nouvelle de l'atonie gastro-intestinale est assurément fort juste, et il est d'ailleurs facile d'en vérifier l'exactitude. Mais j'avoue que je crois moins fondées quelques-unes des conclusions qui semblent découler de cette

---

(1) GLÉNARD. *Dyspepsie nerveuse. Détermination d'une espèce*, Paris, G. Masson, 1885. — *A propos d'un cas de neurasthénie gastrique*, Paris, G. Masson, 1887. — *Traitement de l'entéroptose*, *Lyon médical*, 1887. — *Revue générale sur la neurasthénie et l'entéroptose*. *Revue de médecine*, janvier 1887.

étude si remarquable sur l'entéroptose. Ces troubles de la statique abdominale ne sont pas le véritable substratum de la dyspepsie nerveuse, comme tendrait à le faire présumer le rôle prépondérant qui leur est accordé dans la pathogénie des symptômes dyspeptiques. Ce rôle appartient bien davantage aux troubles des innervations motrice et glandulaire de l'estomac et de l'intestin. Dans le syndrome de la dyspepsie neurasthénique, le complexe anatomo-pathologique de l'entéroptose apparaît bien plutôt comme un résultat plus ou moins éloigné, quelquefois précoce, de l'atonie gastro-intestinale. Pour ce qui est de la subordination aux troubles digestifs des symptômes neurasthéniques, elle est loin de constituer la règle générale. L'observation d'un grand nombre de malades atteints d'épuisement nerveux démontre, au contraire, que les troubles gastro-intestinaux, les symptômes de la dyspepsie nerveuse, légère ou grave, sont secondaires et le plus souvent dominés, comme les troubles de l'appareil génital, par une perturbation initiale du système nerveux.

Il n'est pas rare de voir la dyspepsie nerveuse débiter brusquement, en même temps que la céphalée, l'insomnie et la dépression intellectuelle, à la suite de l'une de ces secousses morales violentes qui sont les causes communes de la neurasthénie. Bien plus, les phénomènes dyspeptiques, du moins dans le premier degré de l'atonie gastro-intestinale, suivent parfois d'une façon remarquable les variations des symptômes cérébraux. — Un de mes malades en est un curieux exemple.

Il est le mari d'une femme dipsomane qui, lorsqu'elle est prise de boisson, se livre à de violents accès de fureur. Chez lui, cet homme vit dans un état d'anxiété continuelle et présente à un haut degré les symptômes de l'épuisement nerveux. Il a de la céphalée, de l'insomnie, de la dépression intellectuelle; il souffre de symptômes dyspeptiques après chaque repas et d'une constipation très prononcée. Quand il quitte sa maison, après avoir remis sa femme entre des mains sûres, la scène change; il recouvre le sommeil, mange et boit sans éprouver aucun malaise et sa constipation cesse entièrement. — Dans les cas anciens et à marche plus lente, une autre démonstration est donnée par l'étude des antécédents. On y trouve une ou plusieurs des nombreuses causes de l'épuisement nerveux. Il est vrai que cette recherche des antécédents doit être poursuivie avec une certaine insistance. Voici, parmi beaucoup d'autres cas que je pourrais citer, un exemple de la difficulté qu'on éprouve souvent à obtenir d'un malade une confiance entière et sincère sur les causes de l'épuisement nerveux dans lequel il est tombé. — Une jeune femme vient me consulter, accompagnée de son mari. Elle présente divers symptômes de la neurasthénie et, de plus, une atonie gastro-intestinale au deuxième degré, c'est-à-dire le tableau complet de l'entéroptose, avec amaigrissement et relâchement prononcés de la paroi abdominale. Elle m'apprend seulement qu'elle a perdu deux enfants et que de cette perte elle a, en effet, éprouvé un grand chagrin. J'aurais

pu cependant conclure à l'existence d'un état neurasthénique d'origine gastro-intestinale, et trouver dans deux grossesses une cause très efficace d'entéroptose. Mais j'ai repris mon interrogatoire et voici ce que j'ai fini par apprendre : Quinze jours seulement après son mariage, cette jeune femme, jusque-là d'une santé parfaite, eut une scène violente avec son mari, à la suite de laquelle celui-ci l'abandonna pendant plus d'un an. Or, c'est à ce moment précis qu'ont commencé les symptômes neurasthéniques et les troubles digestifs. Il se sont progressivement aggravés depuis, et c'est ainsi que la patiente, amaigrie, épuisée, surmenée encore par le travail physique, en est arrivée au deuxième degré de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique.

La conclusion, c'est que la dyspepsie dite nerveuse doit être envisagée, quand elle accompagne les symptômes neurasthéniques, non comme une cause, mais bien comme le résultat d'un trouble primitif survenu dans les fonctions du système nerveux. J'incline même à penser qu'il faut restreindre beaucoup le groupe des phénomènes réflexes à point de départ gastrique. Ainsi, la plupart des dyspeptiques atteints de vertiges et de palpitations sont des neurasthéniques, chez lesquels ces troubles fonctionnels du cœur et du cerveau sont causés, bien plus par l'épuisement nerveux lui-même, que par la souffrance des voies digestives.

Cette question de pathogénie n'est pas sans importance au point de vue pratique. Elle exerce

une influence évidente sur la direction du traitement. J'y reviendrai d'ailleurs à propos du traitement de la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale d'origine neurasthénique.

M. Charcot (1) vient d'appeler l'attention sur le rôle d'agents provocateurs que jouent à l'égard de l'hystérie certaines affections organiques des centres nerveux, telles que la compression de la moelle épinière, le tabès, la sclérose en plaques. Or ce que M. Charcot a dit de l'hystérie peut vraisemblablement s'appliquer à la neurasthénie. J'ai vu des états neurasthéniques bien caractérisés associés au tabès spasmodique, à l'ataxie locomotrice, à la paralysie générale spinale antérieure de Duchenne. J'ai deux observations de neurasthénie développée dans le stade préataxique du tabès. L'une de ces observations est particulièrement démonstrative.

Un jeune homme de 30 ans a contracté la syphilis à l'âge de 24 ans et n'a suivi qu'un traitement insuffisant. A 27 ans, apparaissent des douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, puis dans le domaine des deux nerfs cubitiaux. A 29 ans, survient une paralysie transitoire du nerf moteur oculaire commun de l'œil droit, qui laisse une dilatation permanente de la pupille. A cette époque, la démarche est encore à peu près normale, mais le patient ne peut se tenir debout les yeux fermés, et les réflexes rotuliens sont abolis. Jusque-là très insouciant de son état et se

---

(1) *Leçons du mardi*, 1888-89. — G. GUINON. *Les Agents provocateurs de l'hystérie*. Thèse de Paris, 1889.

croyant atteint de douleurs rhumatismales vulgaires, le malade commence à s'inquiéter, et l'idée lui vient qu'il est atteint d'une maladie de la moelle épinière. Quelques mois plus tard, il est soumis pendant plusieurs jours à une fatigue inaccoutumée, tout à la fois physique et intellectuelle. Alors débutent les symptômes neurasthéniques. Ce jeune homme est pris d'une insomnie complète, absolue; il passe des nuits entières sans dormir, ou bien, s'il parvient à s'endormir, il est aussitôt réveillé par des rêves pénibles. Il devient extrêmement émotif et pusillanime. Incapable de tout effort, de tout travail intellectuel, il est obligé d'abandonner sa profession. Il a perdu l'appétit; lui, qui auparavant n'avait jamais souffert de l'estomac, éprouve des sensations de plénitude et de tiraillement à l'épigastre à la suite de tous ses repas, qui cependant deviennent tous les jours de moins en moins copieux. En quelques semaines, il maigrit, perd ses forces et tombe dans un état de prostration physique et morale qui inspire de vives inquiétudes à son entourage. L'isolement relatif, le changement de milieu, un séjour à la montagne, le massage et l'hydrothérapie firent disparaître la plupart des symptômes neurasthéniques, et l'état général subit, au bout de trois mois de ce traitement, une très notable amélioration. Mais les symptômes tabétiques persistent encore, sans autre modification qu'un apaisement des douleurs, dû très probablement à quelques séances de suspension.

La pathogénie de ces états neurasthéniques

secondaires est sans doute complexe. Une lésion organique de la moelle épinière, et particulièrement la sclérose des cordons postérieurs, peut bien retentir sur les centres encéphaliques et médullaires et y provoquer ce trouble intime de la nutrition dont procède la neurasthénie. Il faut tenir compte également des préoccupations morales et de la tristesse profonde qu'entretient dans un esprit cultivé la pensée d'une affection organique imminente ou déjà réalisée, surtout quand il s'agit de l'ataxie, maladie commune et dont les gens du monde les moins éclairés sur les choses de la médecine, n'ignorent pas l'incurabilité. Quoi qu'il en soit, les faits analogues à celui que je viens de rapporter, ne sont peut-être pas exceptionnels, et il est probable qu'un certain nombre des symptômes anormaux, qui parfois se mêlent aux symptômes réguliers des affections nerveuses organiques, sont imputables à l'immixtion accidentelle d'un état neurasthénique.

C'est une question encore très controversée que celle de la nature de certains troubles nerveux observés à la suite des grands traumatismes. Quand on a éliminé les commotions, les contusions, les hémorragies, les méningo-encéphalites, les myélites à foyers disséminés, il reste encore un certain nombre d'accidents nerveux, qui n'apparaissent le plus souvent qu'un certain temps après le traumatisme, à la suite d'une sorte de période d'incubation, et qui semblent procéder d'une modification purement fonctionnelle des centres nerveux, encéphaliques et médullaires.

Parmi ces troubles fonctionnels il en est qui, très limités, n'intéressent qu'une fonction, une faculté ; telles sont par exemple certaines amnésies d'origine traumatique. Dans les cas que nous avons particulièrement en vue, le désordre est plus étendu ; il peut intéresser tout à la fois la sensibilité, la motilité, les facultés intellectuelles, les organes des sens et même le domaine du sympathique. On observe, dans les cas de ce genre, des paralysies motrices plus ou moins complètes, des anesthésies, des troubles de la vue, la dépression morale, des modifications du caractère, des troubles digestifs, l'impuissance, etc.

C'est sur cette catégorie de troubles fonctionnels d'origine traumatique que portent les discussions. Bon nombre d'auteurs, parmi lesquels M. Thomsen, M. Oppenheim et M. Grasset (1), y voient une névrose spéciale, distincte des névroses spontanées, en particulier de l'hystérie et de la neurasthénie, et qu'ils nomment névrose traumatique. M. Charcot et ses élèves (2) soutiennent, au contraire, que ces troubles fonctionnels du système nerveux n'ont de spécial que la cause qui les engendre, le traumatisme, et qu'une analyse clinique approfondie en démontre l'identité parfaite avec les symptômes de l'hystérie et de la neurasthénie spontanées. Il est vrai que le plus

---

(1) OPPENHEIM et THOMSEN. — *Archiv. de Westphal.* Bd. XV. — GRASSET. *Leçons sur l'hystéro-neurasthénie.* Montpellier, 1889.

(2) *Leçons du mardi* 1888-89 — et Thèse de G. GUINON. Paris, 1889.

souvent, à la suite des grands traumatismes, les symptômes hystériques et neurasthéniques sont combinés chez le même patient, en sorte que cette névrose d'origine traumatique mériterait le nom d'hystéro - neurasthénie. J'ai moi-même observé quatre cas de ces troubles fonctionnels consécutifs à des traumatismes. Les symptômes étaient, en effet, tout à fait comparables à ceux de l'hystérie et de la neurasthénie spontanées. Aussi je crois qu'il faut entièrement adopter l'opinion de M. Charcot. C'est bien l'hystérie et la neurasthénie, isolées ou combinées, combinées le plus souvent, et non une névrose spéciale, que provoquent parfois les grands traumatismes. Si la notion de la cause prenait une telle importance dans la nosologie des affections nerveuses, bon nombre d'entre elles devraient être dissociées en espèces secondaires. Car il s'en faut que chacune de ces affections soit engendrée par une cause unique et toujours la même. On peut donc considérer comme bien établi que le traumatisme est capable de développer un état neurasthénique, et cet état ne diffère de la neurasthénie spontanée que par l'adjonction fréquente de symptômes hystériques. D'ailleurs, il existe d'autres associations de ce genre, celle par exemple de l'hystérie et de l'épilepsie.

Les traumatismes sont de diverse nature; ce sont des chutes, des coups violents sur le crane, des accidents de chemin de fer, des éboulements de terrain, des explosions de gaz dans les mines. Quant au mécanisme suivant lequel agissent ces

traumatismes, il est vraisemblablement complexe. En premier lieu, on peut mettre en cause l'ébranlement matériel des centres nerveux, encéphaliques et médullaires; il est assez admissible que, sans produire des lésions appréciables à nos moyens d'investigation, cet ébranlement modifie cependant assez profondément la nutrition et les connexions des cellules et des fibres nerveuses, pour provoquer des troubles plus ou moins prononcés et durables de leurs fonctions. On doit faire intervenir également le shock nerveux, l'ébranlement moral que cause toujours un accident de quelque gravité. Cette émotion soudaine et profonde ne disparaît pas après l'accident; elle subsiste, plus ou moins consciente, et elle devient, comme l'a montré M. Charcot, le point de départ d'une sorte d'auto-suggestion, à la faveur de laquelle se réalisent tôt ou tard des troubles fonctionnels durables, les paralysies, les anesthésies, les contractures. C'est là l'interprétation la plus acceptable qu'on puisse donner de cette incubation, quelquefois longue de plusieurs semaines, qui s'étend depuis le traumatisme jusqu'à l'apparition des symptômes de l'hystéro-neurasthénie.

Il est impossible de n'être pas frappé de la fréquence croissante des états neurasthéniques. C'est que les causes qui en provoquent le développement sont de jour en jour plus communes et plus actives. Le désir de s'enrichir, d'atteindre à une situation plus élevée, de jouir plus largement des plaisirs de la vie, s'est emparé de toutes les classes de la société, dans tous les pays civilisés.

De là une activité exagérée de toutes les facultés, un fonctionnement continu et forcé des centres nerveux, aboutissant bientôt à la fatigue, à l'épuisement, et d'autant plus sûrement, que la résistance est diminuée par un repos insuffisant, les veilles prolongées et l'abus si répandu de l'alcool et du tabac. La maladie paraîtra plus commune encore si l'on tient compte des formes incomplètes et atténuées. Celles-là se rencontrent journellement dans la pratique médicale des grandes villes. Il importe de les reconnaître et de les traiter convenablement dès le début. C'est le meilleur moyen d'éviter le développement de ces formes graves, tenaces, rebelles au traitement, et qui font le désespoir des malades et de leurs familles.

### III

#### PRINCIPALES FORMES CLINIQUES DE LA NEURASTHÉNIE

Avant d'aborder l'étude des nombreux symptômes neurasthéniques, je crois utile de présenter dans une description succincte les principaux types cliniques de la neurasthénie. C'est assurément le meilleur moyen de donner une idée exacte de la maladie.

*Neurasthénie féminine.* — Un des types cliniques les plus communs est celui de la neurasthénie féminine. On rencontre de temps en temps, dans la pratique médicale de la ville, quelquefois même à l'hôpital, des femmes jeunes encore, qui

depuis des années se plaignent de souffrances les plus diverses, sans qu'on ait jamais pu découvrir aucune lésion organique ; ou bien, s'il existe une lésion de ce genre, elle est tout-à-fait hors de proportion avec les symptômes nerveux observés. Ces femmes ont des douleurs dans le dos, à la nuque, dans les reins, dans les membres ; elles sont incapables de se livrer à quelque occupation sérieuse ; lire, écrire, coudre, faire quelques pas leur cause une fatigue énorme ; elles souffrent souvent des symptômes de l'atonie gastro-intestinale, légère ou grave ; elles luttent un certain temps, ou bien s'abandonnent promptement à leurs sensations pénibles ; alors elles se condamnent à l'inactivité complète et restent pendant des mois, jour et nuit, étendues dans leur lit ou sur une chaise longue. Des chagrins prolongés, des préoccupations morales excessives, un travail exagéré, l'épuisement provoqué par des grossesses nombreuses et des allaitements répétés, l'abus des plaisirs mondains, les excès sexuels, la perte d'un ou de plusieurs enfants, et le plus souvent la plupart de ces conditions réunies et aggravées par l'hérédité névropathique, telles sont les causes communes de la neurasthénie féminine. Aucun médecin n'a tracé un tableau plus saisissant de cette forme de l'épuisement nerveux que celui qu'en a donné M. Weir Mitchell. Je lui laisse la parole :

« Une femme, le plus souvent entre vingt et trente ans, est soumise pendant un certain temps à des tourments ou à des fatigues continus. Elle

entreprend la lourde tâche de soigner un parent et s'acquitte de ce devoir, déjà si exigeant par lui-même, souffrant encore de toutes les excitations émotives qu'entraîne une maladie grave; balancée entre la crainte et l'espoir, elle oublie et sa personne et tous les besoins de la vie, l'air, la nourriture, le changement de vêtements. Ou bien il ne s'agit peut-être que de fatigue physique, celle par exemple que cause l'enseignement. Dans un autre groupe de cas, la cause se trouve dans une maladie dont elle ne s'est jamais entièrement remise, ou bien encore c'est quelque désordre utérin qui inaugure cet état pathologique, et, quoique le mal initial ait disparu, le médecin s'étonne que sa malade ne reprenne pas son embonpoint et ses couleurs.

« Mais, quelle que soit l'origine de son état, la malade devient pâle et maigre; elle mange peu ou, si elle mange, elle ne profite pas de ses aliments. La couture, l'écriture, la lecture, la promenade, tout la fatigue, et peu à peu le canapé ou le lit devient son seul confort. Tout effort lui coûte; elle souffre partout et réclame incessamment stimulants et toniques. C'est alors que les bromures, l'opium, le chloral et l'alcool commencent à jouer leur rôle nuisible. Si les troubles utérins n'ont pas ouvert la scène, ils se produisent bientôt, et le traitement qu'on leur applique est ordinairement inutile, quand les moyens généraux mis en usage pour relever l'organisme manquent leur but, comme cela arrive trop souvent. J'en dirai autant de la dyspepsie et de la consti-

pation qui tourmentent aussi la patiente et compliquent le traitement. Si une telle personne est excitable, elle ne manque pas de le devenir plus encore; la femme la plus forte s'affaïsse enfin sous l'influence d'une faiblesse croissante... La dégradation morale qui fait suite à un tel état fait vraiment pitié.... Il est encore une autre cause de désordre à ajouter à tous ceux qui pèsent sur les patientes dont j'ai décrit l'affection ; c'est la tendresse, la sympathie exagérée d'une mère, d'une sœur ou d'une autre parente dévouée. Il n'est rien de plus curieux et à la fois de plus triste et de plus digne de pitié, que cette association entre la malade et son égoïsme d'un côté et la personne bien portante et son dévouement exagéré de l'autre... La patiente souffre de la colonne vertébrale, on la presse de se reposer. Elle ne peut pas lire, celle qui s'est constituée sa garde-malade lui fait la lecture. La lumière lui fait mal aux yeux, sa mère s'enferme avec elle toute la journée dans une chambre obscure. On craint un courant d'air, immédiatement portes et fenêtres sont fermées... Pour guérir un cas semblable, il faut modifier le moral en même temps que vous améliorez le physique; ce n'est qu'à cette condition que vos soins ne seront pas inutiles. La première chose à faire, c'est de séparer la malade des siens, et de substituer à leur société les soins assidus, mais pleins de fermeté, de la garde-malade de profession. »

Tous les traits sont remarquablement justes, dans ce tableau tracé de main de maître. C'est sur

ce modèle que sont calqués la plupart des cas de neurasthénie féminine. — En effet, c'est surtout par des excitations répétées dans la sphère affective, que les femmes sont conduites à l'épuisement nerveux, surtout quand à ces excitations s'ajoute la fatigue physique. J'ai vu plus d'une fois apparaître les premiers symptômes neurasthéniques, précisément dans les conditions que signale M. Weir Mitchell comme particulièrement efficaces. Une jeune femme, déjà fatiguée par plusieurs grossesses et plusieurs allaitements, entourée de soins assidus, et pendant des mois, son enfant ou son mari malade; elle en oublie sa propre santé, dort mal, s'alimente d'une façon insuffisante, éprouve toutes les émotions qu'engendrent les péripéties d'une maladie longue et douloureuse. Le malade succombe, et la perte d'un être aimé achève l'épuisement d'un système nerveux déjà fortement ébranlé. Alors apparaissent l'insomnie, la dépression cérébrale, les troubles dyspeptiques, et c'est ainsi que cette jeune femme, autrefois bien portante, devient une femme neurasthénique. Plus rarement, le point de départ des désordres nerveux réside, soit dans le surmenage intellectuel, soit dans les souffrances prolongées d'une affection chronique de l'appareil utéro-ovarien. Les troubles génitaux, comme les troubles digestifs, sont le plus souvent secondaires et dominés par l'épuisement général du système nerveux.

Quand la maladie a duré longtemps, elle s'accompagne, comme le fait si justement observer

M. Weir Mitchell, d'une sorte d'amoindrissement de la personnalité morale. La volonté s'affaiblit de jour en jour, et la patiente devient le jouet de ses moindres sensations. Elle n'a plus souci que de ses propres souffrances. Elle recherche sans cesse la compassion d'autrui pour les moindres de ses maux. Parfois elle semble même s'abandonner à cet état d'alanguissement dont la longue habitude lui est devenue comme une seconde nature.

M. Weir Mitchell a fort bien décrit cette sorte d'atmosphère morale qui peu à peu s'établit autour de la patiente et qui se compose, d'une part de l'amoindrissement de son énergie morale, d'autre part de la sympathie, de la tendresse exagérée de son entourage. C'est là un élément du tableau clinique qui ne doit pas échapper à la sagacité du médecin. Il faut, en effet, enlever la patiente à ce milieu doublement funeste, et la première indication à remplir, c'est l'isolement.

La description de M. Weir Mitchell reproduit les grands traits de la neurasthénie féminine, ceux qui impriment à cette forme clinique une physiologie toute particulière. Pour compléter cette description, je vais reproduire une de mes observations; elle montrera quelle infinie variété de symptômes peut présenter l'épuisement nerveux chez la femme.

Madame X... est âgée de 35 ans, mariée et mère d'un enfant de 8 ans. Elle appartient à une famille dans laquelle le tempérament nerveux est fréquent, mais où je n'ai pu retrouver aucune

maladie nerveuse bien caractérisée. Jeune fille, la malade était déjà d'une dévotion exagérée. Elle se marie, peut-être plus tôt qu'elle ne l'aurait voulu. Un premier enfant succombe vers l'âge de deux ans. Elle en éprouve un violent chagrin. Un deuxième enfant vit encore. Une troisième grossesse se termine d'une façon fâcheuse; l'accouchement est long et difficile, l'enfant est mort et la mère, atteinte de fistule vésico-vaginale. Cette triste infirmité exerce une influence funeste sur le caractère de la malade; elle devient émotive, irritable; elle commence à souffrir de maux de tête et de palpitations. Elle est opérée avec succès et délivrée de son infirmité. Mais l'état nerveux s'aggrave de plus en plus. Pendant plusieurs mois, l'insomnie est à peu près complète. Les palpitations augmentent de fréquence et d'intensité, si bien que l'existence, peut-être ancienne, d'une certaine tuméfaction thyroïdienne fit croire qu'il s'agissait de la maladie de Basedow. Bientôt apparaissent des douleurs dans les jambes, à la nuque, dans le dos. La marche devient difficile; une promenade de quelques minutes cause une extrême lassitude et provoque des douleurs du ventre et des reins. On suppose que le point de départ de toutes ces souffrances réside dans l'utérus dévié; on a recours à un traitement local et l'on applique un pessaire. Sans succès. Les troubles nerveux continuent et s'aggravent. A ce moment surviennent des vertiges très pénibles. La malade garde de plus en plus le décubitus horizontal et bien tôt elle ne quitte plus son lit. — Elle

y était depuis près d'un an, quand je fus appelé à lui donner des soins. Ses longues souffrances ne ne l'avaient point amaigri ; elle était encore grasse et présentait même un certain embonpoint. Au moment où je l'approche, elle me supplie de ne point la toucher ; le moindre contact lui cause, dit-elle, des douleurs intolérables. Elle refuse de s'asseoir sur son lit, déclarant que la station assise provoque des crises de palpitations et de vertiges. Elle souffre d'un mal de tête continu ; il lui semble qu'un cercle de fer étreint la tête et la nuque. Elle dort peu, et le sommeil est souvent troublé par des cauchemars. Dans ses rêves dominant l'idée de sa fin prochaine et la crainte de l'enfer. Plus d'une fois, prise d'une grande peur de mourir, elle a fait appeler, au milieu de la nuit, le curé de son village. Elle peut à peine se servir de ses mains ; le plus souvent sa garde lui donne à boire et à manger. Les mouvements spontanés causent une fatigue douloureuse. Les jambes, très affaiblies, sont à peine soulevées au-dessus du lit. La peau des membres inférieurs est pâle et froide. L'hyperesthésie est à peu près générale. L'anesthésie du pharynx et les troubles de la vue font défaut. Jamais il n'y a eu de crises hystériques et je ne découvre aucune zone hystérogène. Le pouls est très accéléré et augmente encore de fréquence à l'occasion d'une émotion ou d'un léger effort. La lecture et l'écriture sont impossibles ; fixer le regard sur un livre augmente le mal de tête et produit des douleurs dans les yeux. La patiente est atteinte d'une

véritable boulimie; elle a sans cesse la sensation de la faim et à côté d'elle se trouve une petite provision de pain. Le caractère est profondément modifié. Cette jeune femme, autrefois d'une humeur assez égale, est devenue irascible et d'une extrême exigence. Elle supplie son mari de ne pas la quitter; une absence de quelques heures est une cause de tourment. Elle accapare absolument l'unique domestique de la maison, laquelle doit être sans cesse présente auprès d'elle, pour fermer une fenêtre, tirer un rideau, soulever une couverture dont le poids est incommode, frictionner les pieds toujours refroidis, donner un morceau de pain, compatir aux souffrances de sa maîtresse. Il n'y avait aucune trace d'une lésion organique, autre que les cicatrices de la fistule vésico-vaginale. Je conseillai immédiatement le traitement de Weir Mitchell. Mais la malade ne voulut absolument pas se soumettre à l'isolement, déclarant qu'elle succomberait sûrement si l'on voulait l'obliger à quitter son lit. Le massage et la faradisation pratiqués à la maison restèrent sans résultat. — Cinq mois plus tard, la situation n'avait pas changé. Sur mes instances, la malade consentit enfin à l'isolement, tout en affirmant qu'elle ne supporterait pas le moindre déplacement. Elle fit vingt kilomètres en voiture, non sans se plaindre beaucoup, mais sans accident sérieux, au grand étonnement des siens, qui partageaient ses craintes. Elle fut placée dans un asile de convalescents, en pleine campagne, et traitée à peu près régulièrement suivant la mé-

thode de Weir Mitchell. Toute communication, même par lettres, fut interrompue avec la famille. L'amélioration fut très lente; elle ne fit pas cependant défaut. Au bout de cinq mois de traitement, les vertiges et les palpitations avaient disparu; la patiente ne mangeait plus qu'aux heures des repas, et, en donnant le bras à sa garde, elle pouvait faire à pied une promenade d'un kilomètre. Elle voulut alors rentrer chez elle. Pourtant la guérison n'est pas complète et peut-être doit-on craindre une rechute.

*Neurasthénie traumatique.* — La neurasthénie traumatique se distingue, nous l'avons vu déjà, par l'adjonction fréquente de symptômes hystériques. Cette forme est assez commune; elle peut-être observée à l'hôpital, tandis que la plupart des autres formes de l'épuisement nerveux appartiennent plus exclusivement à la pratique de la ville. Il y a quelques variétés, suivant la prédominance plus ou moins marquée des symptômes hystériques. Ce sont ces symptômes qui dominant dans la plupart des cas publiés par M. Charcot et ses élèves. Voici, à titre d'exemple, une de mes observations dans laquelle, au contraire, les symptômes de la neurasthénie l'emportent sur ceux de l'hystérie.

L. P..., âgé de 36 ans, fort, robuste, d'une bonne constitution a toujours vécu à la campagne. Avant sa maladie actuelle, il était, au dire de sa femme, d'un très bon caractère, doux, gai, laborieux. Il n'a jamais été malade et n'a jamais présenté aucun trouble du système nerveux. Il

appartient à une famille dans laquelle, me dit-on, il n'y a pas de maladies nerveuses. Au mois de janvier 1889, notre homme rentrait chez lui, le soir, lorsque tout à coup il fut attaqué par des gens de son village, qui le frappèrent à coups de baton sur la tête et le laissèrent étendu sur la route, sans connaissance. On le ramena chez lui. Deux jours après, un médecin appelé à lui donner des soins constatait des contusions du cuir chevelu et une large ecchymose des paupières. Les symptômes de la commotion cérébrale durèrent plusieurs jours, après lesquels le patient revint entièrement à lui. Vers la fin de janvier, quinze jours environ après le traumatisme, il y eut des symptômes d'excitation cérébrale, avec fièvre, et qui firent redouter quelque grave complication. Mais il n'en fut rien ; la fièvre tomba en quelques jours et l'excitation cérébrale disparut. Cependant le patient était loin d'être guéri. Ce n'était plus le même homme, me dit sa femme. Il lui fut impossible de reprendre ses occupations habituelles. Il était dans un tel état d'anxiété, et cette anxiété prenait de telles proportions, quand il passait à l'endroit où il avait été frappé, ou bien quand il rencontrait ses agresseurs, qu'il ne put rester dans son village et qu'il vint se fixer à Lyon. — Au mois de mai, il fut admis à l'Hôtel-Dieu, dans mon service. Il souffre d'une céphalalgie dont il se plaint beaucoup, mal de tête moins pénible par son intensité que par sa continuité. Il a toujours la tête lourde, comme serrée dans un étau, et la douleur est plus marquée,

tantôt au front, tantôt à la nuque. Parfois une autre douleur se fait sentir le long de la colonne vertébrale et jusqu'à la région sacrée. L'insomnie dure depuis le traumatisme, avant lequel le patient dormait fort bien. Il ne sait dire pour quel motif il ne dort pas. Le sommeil ne dépasse pas trois ou quatre heures chaque nuit ; il est souvent troublé par des rêves pénibles et dans lesquels le patient a toujours le mauvais rôle. Le plus souvent, il rêve de son accident. Il est sombre, inquiet, émotif ; il a peur d'un rien, pusillanime et craintif comme un enfant, nous dit sa femme ; il ne travaille plus, même loin de son village, et recherche la solitude. Le faciès du patient trahit assez bien cette modification profonde de son caractère ; il a l'air préoccupé, et, pendant tout son séjour à l'hôpital, je ne l'ai jamais vu sourire. Les membres, et surtout les bras et les mains, sont agités d'un tremblement à oscillations brèves et rapides, qui n'existait pas avant le traumatisme. Le malade n'est pas alcoolique. Ce tremblement n'apparaît qu'au moment des mouvements volontaires et s'accuse bien davantage à l'occasion d'une émotion, même très légère. Il n'y a pas de paralysie véritable, mais une grande dépression des forces. Le patient ne peut marcher pendant quelques minutes, sans éprouver une sensation de fatigue tout à fait insolite ; aussi lui arrive-t-il fréquemment de passer la plus grande partie de la journée dans son lit. La dépression intellectuelle se traduit par le dégoût insurmontable pour toute occupation qui nécessite un peu d'attention ;

la lecture d'un journal est une cause de fatigue. La sensibilité générale est atteinte ; il existe, à gauche, une hémianesthésie sensitivo-sensorielle très marquée ; dans tout le côté gauche, on peut traverser avec une épingle un pli de la peau, sans que le patient sente autre chose que le simple contact, tandis qu'à droite la piqûre est vivement ressentie. Il existe également, du côté gauche, un rétrécissement prononcé du champ visuel. A un premier examen, la perception des couleurs paraît troublée à gauche ; mais, à un second examen pratiqué un mois plus tard, la dyschromatopsie avait disparu. L'acuité auditive est moindre à gauche ; de ce côté, le patient n'entend plus le tic-tac de la montre au delà de 50 centimètres, tandis que, de l'oreille droite, il l'entend fort bien à 2 mètres de distance. A ces troubles nerveux s'ajoutent des troubles dyspeptiques, qui datent de l'accident et qui, auparavant, faisaient entièrement défaut. L'appétit est toujours peu prononcé et le patient se plaint d'avoir constamment un mauvais goût à la bouche, bien que la langue soit médiocrement saburrale. Après l'ingestion des aliments, il éprouve des sensations pénibles de gonflement et de pesanteur à l'épigastre, et, en effet, je trouve souvent l'abdomen un peu météorisé. La constipation est très marquée ; des lavements, des pilules purgatives ne parviennent pas toujours à provoquer des évacuations. — Je m'efforçai de rassurer le patient, de le convaincre qu'il n'avait aucune affection organique et qu'il guérirait sûrement. Il prit alterna-

tivement des douches et des bains sulfureux. La dyspepsie fut traitée par un régime spécial, composé d'œufs, de viandes, de légumes très cuits, et par l'usage de la limonade chlorhydrique, après chaque repas. Au bout d'un mois survint une certaine amélioration. Le patient quitta l'hôpital et voulut essayer de reprendre son travail. Mais l'amélioration ne fut pas de longue durée. Quelques semaines plus tard, il revenait à l'hôpital et présentait encore les mêmes symptômes que je viens de décrire.

La résistance à tout traitement, l'extrême ténacité des troubles nerveux, tel est, en effet, un autre caractère de la neurasthénie traumatique. La plupart de ces malheureux sont, comme l'a fait justement observer M. Charcot, perdus pour la vie sociale. Ils traînent pendant des années leur misérable existence, toujours accablés, toujours attristés, incapables de se livrer d'une façon suivie à quelque occupation sérieuse, objets d'inquiétude constante pour leur famille. Quelques-uns finissent par le suicide. Un de mes quatre patients atteints de neurasthénie traumatique est malade depuis vingt ans. Il a les apparences d'une santé passable ; mais, depuis vingt ans, il ne travaille plus et reste dans un état habituel de dépression, quelquefois traversé par quelques symptômes d'excitation ; il a de l'insomnie, des rêves, des cauchemars qui lui rappellent encore son accident ; il tremble à la moindre émotion et présente une héli-anesthésie sensitivo-sensorielle avec anesthésie complète du pharynx, trou-

bles sensitifs tout à fait comparables à ceux qu'on observe dans l'hystérie spontanée. J'ai reçu ce malheureux dans mon service à plusieurs reprises ; toutes les tentatives de traitement sont toujours inefficaces, et il est probable qu'il restera longtemps neurasthénique, à moins qu'il ne succombe à des idées de suicide, qui déjà semblent germer dans son esprit.

Les deux exemples que je viens de citer donnent l'image de la forme commune de la neurasthénie traumatique, la névrose traumatique des auteurs allemands, l'hystéro-neurasthénie de M. Charcot. C'est, en effet, une combinaison des symptômes propres à la neurasthénie et à l'hystérie spontanées. A la neurasthénie appartiennent la céphalée, l'insomnie, la dépression morale, l'affaiblissement général de la motilité et les symptômes d'atonie gastro-intestinale ; de l'hystérie relèvent le tremblement, l'hémi-anesthésie, l'anesthésie du pharynx et les troubles de la vue. Les symptômes hystériques peuvent être encore plus nombreux ; c'est ainsi que, dans les observations d'hystéro-neurasthénie qu'a publiées M. Charcot, nous voyons figurer des paralysies, des contractures, des anesthésies partielles, des crises convulsives présentant les mêmes caractères que celles de l'hystérie vulgaire.

*Neurasthénie commune.* — Il est assez facile de reconnaître au premier coup d'œil les formes féminine et traumatique de la neurasthénie, du moins quand on en a déjà rencontré quelques exemples. Il n'en est pas tout à fait de même de

la forme clinique, que, faute d'une expression meilleure, j'appellerai la forme commune. Ici les symptômes sont nombreux, variables, étranges, si diversement combinés qu'il n'y a pas deux cas de cette forme clinique entièrement comparables. Cependant la présence constante, ou à peu près constante, de certains symptômes plus caractéristiques, véritables stigmates neurasthéniques, ne permet pas à un observateur attentif de reconnaître la nature de la maladie. Une de mes observations, recueillie dans la pratique privée, me servira d'exemple :

M. X... a 42 ans, et la maladie dont il souffre remonte à l'adolescence. L'hérédité est assez chargée; il y a tout à la fois, dans les antécédents héréditaires, des goutteux et des gens nerveux. A l'époque de la puberté, M. X... commença à souffrir de véritables accès de migraine, pendant lesquels il gardait le lit et qui se terminaient par des vomissements. Vers l'âge de vingt-cinq ans, la migraine devint moins fréquente, puis elle disparut à peu près complètement; elle fut remplacée par un mal de tête peu douloureux mais à peu près continu. Dès cette époque, la digestion était difficile et la constipation habituelle et prononcée. Déjà le patient était très émotif, très impressionnable. Il se rappelle très bien qu'une émotion morale un peu vive lui causait un tremblement nerveux de tout le corps et surtout des mains. — Malgré tous ses malaises, il entra dans les affaires et prit la direction d'une maison de commerce. Dès lors, il fut obligé à de

fréquents voyages. Ce fut une nouvelle source de tourments. La pensée de se mettre en route lui causait une vive anxiété. Bientôt il fut pris en vagon de véritables accès de vertige. A l'âge de trente ans, apparurent des crises de diarrhée nerveuse, qui, moins fréquentes aujourd'hui, n'ont cependant pas entièrement disparu. Tout d'un coup, sans cause appréciable, et particulièrement sans qu'il puisse accuser un écart de régime, tantôt pendant le jour, tantôt pendant la nuit, le patient est pris d'un besoin pressant d'aller à la selle, et, en l'espace de quelques heures, il évacue une grande masse de liquide. Le flux intestinal cesse brusquement, et cette énorme spoliation séreuse, promptement réparée, ne laisse même pas un abattement durable; après quelques heures de repos, le malade peut reprendre ses occupations. — Vers trente-cinq ans, survient un nouveau symptôme; c'est une congestion subite de la face avec bourdonnements d'oreilles, sensations vertigineuses et tendance à la syncope. Cette congestion paroxystique de la tête fut l'origine des premières préoccupations hypocondriaques, qui, depuis, bien que changeant d'objets, n'ont jamais complètement disparu. — C'est à cette époque que se place le début probable d'une extrême susceptibilité, réelle ou imaginaire, à l'égard des médicaments. Un milligramme de morphine, quelques centigrammes de bromure, un verre d'eau alcaline sont des doses énormes et, au dire du patient, très capables de produire chez lui des phénomènes d'intoxication. Un demi-verre de vin blanc pro-

voque, dit-il, une diurèse abondante. — Avec les poussées congestives vers la tête alternent des palpitations, des crises de fourmillements ou de douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, des sensations de lassitude et de faiblesse extrêmes, une fatigue des yeux provoquée par l'écriture et la lecture. — Aujourd'hui, la scène s'est de nouveau modifiée; ce sont les symptômes dyspeptiques qui la dominant. L'appétit a diminué. A la suite d'un repas, même modeste et composé d'aliments choisis, le patient est pris d'une sensation pénible de gonflement à l'épigastre, puis il expulse pendant plusieurs heures des gaz abondants par la bouche et par l'anus, et chaque expulsion de gaz s'accompagne d'un soulagement marqué. Souvent le malaise dure jusqu'au repas suivant. Actuellement, c'est du côté des voies digestives que sont tournées les préoccupations hypocondriaques; très souvent le patient vient me trouver ou m'appelle chez lui, me priant d'examiner soigneusement son estomac qui, dit-il, doit être atteint de cancer, d'ulcère ou d'atrophie. Souvent aussi il tombe dans des accès de dépression et de découragement tels, qu'il reste chez lui, ne veut voir personne et renonce à ses affaires. Quelques paroles de son médecin le rassurent, et il reprend sa vie ordinaire pour quelques jours, jusqu'à l'apparition d'un nouvel accès. Depuis quelques mois ces préoccupations hypocondriaques ont pris une grande activité, à ce point qu'une courte absence de son médecin inquiète le patient et augmente son anxiété. Lui-même

n'ose se déplacer, et il est resté huit jours hésitant à se mettre en route. — Chez M. X..., l'état neurasthénique dure depuis bientôt trente ans; il a été traité de bien des façons et par des médecins très divers, d'ailleurs sans grand succès. Il est vrai qu'il ne se soumet pas volontiers aux prescriptions qui lui sont faites.

Cette observation met assez bien en lumière la multiplicité et la variabilité des symptômes neurasthéniques. Pendant cette longue période qui dure vingt-cinq à trente ans, il y a bien des changements dans le tableau clinique, et nous voyons se succéder de nombreuses associations des troubles fonctionnels du système nerveux. Les symptômes gastriques et intestinaux y jouent un grand rôle, mais il est évident qu'ils sont secondaires et procèdent de l'épuisement général du système nerveux, bien loin qu'on puisse les considérer comme l'origine des autres troubles nerveux, cérébraux, médullaires et vaso-moteurs. Les préoccupations hypocondriaques font aussi partie du tableau clinique, mais elles y présentent des caractères tels, qu'elles ne peuvent être confondues avec l'hypocondrie vésanique.

Ces associations des symptômes neurasthéniques, si nombreuses dans cette observation, varient, non seulement chez le même malade, mais aussi d'un malade à l'autre, de telle sorte que, si l'on met à part les formes féminine et traumatique de la neurasthénie, on peut bien dire, avec Beard et M. Ziemssen, qu'il n'y a pas deux cas qui se ressemblent entièrement. Aussi, à moins

de varier à l'infini les formes cliniques de la maladie, il est préférable de s'en tenir, du moins aux points de vue étiologique, aux trois formes que je viens de décrire. La description que j'ai donnée de la forme commune rappelle assez exactement le tableau clinique de la neurasthénie héréditaire.

#### IV

##### PRINCIPAUX SYMPTÔMES DE LA NEURASTHÉNIE OU STIGMATES NEURASTHÉNIQUES

Si l'on veut bien réfléchir à la nature intime de la neurasthénie, on sera moins étonné du très grand nombre des symptômes de cette maladie. Cet affaiblissement durable, cette usure rapide de la force nerveuse, qui caractérise tous les états neurasthéniques, peut atteindre simultanément ou successivement tous les centres nerveux de la vie de relation ou de la vie organique. Dans le système cérébro-spinal, il peut frapper, non seulement les centres qui président aux actions physiologiques communes, mais aussi tous ces centres secondaires où sont organisées certaines combinaisons motrices, sensibles et intellectuelles, acquises par l'éducation spéciale de l'individu.

Cependant quelques symptômes sont beaucoup plus fréquents que les autres, on pourrait même

dire constants; ils servent en quelque sorte de points de repère au clinicien, et, comparables à des symptômes analogues de l'hystérie, ils méritent le nom de stigmates neurasthéniques. Ce sont la céphalée, l'insomnie, la dépression cérébrale, l'affaiblissement général de la motilité, la rachialgie, la dyspepsie par atonie gastro-intestinale. Il me paraît indispensable, pour mieux les mettre en lumière, de commencer par ces symptômes l'analyse des innombrables troubles fonctionnels dont souffre le système nerveux du neurasthénique.

*Céphalée.* — Je l'ai rencontrée au moins dans les trois quarts de mes observations. M. Lafosse (1), qui en a fait une étude spéciale, l'a constatée 44 fois sur 45 cas. Je crois cette proportion un peu exagérée.

Il est très vrai que le plus souvent la douleur n'est pas très intense. C'est plutôt une sensation pénible de pesanteur, de plénitude, de constriction. Beaucoup de malades disent qu'il leur semble que leur tête porte une coiffure trop lourde et trop serrée; c'est ce que M. Charcot appelle « le casque neurasthénique. » D'autres éprouvent des sensations de vide ou de corps étrangers flottant dans le crâne. Pourtant, dans quelques cas, le mal de tête est vraiment très intense. Un de mes malades, neurasthénique à la suite de chagrins domestiques et de pertes d'argent, souffre depuis plus de deux ans d'une céphalée tellement vive,

---

(1) LAFOSSE, *Etude clinique sur la céphalée neurasthénique*. Thèse de Paris, 1887.

qu'on l'a cru atteint, tantôt d'urémie, tantôt de tumeur cérébrale.

La douleur n'est pas toujours générale, occupant tout le crâne ; le plus souvent elle est limitée au front, au-dessus des yeux, à l'une des fosses temporales et surtout à la région occipitale et à la nuque. La douleur de la nuque est extrêmement commune ; c'est un très bon signe de neurasthénie. Quand on demande à un patient frappé d'épuisement nerveux où il souffre, on le voit le plus souvent porter sa main à la nuque.

La céphalée est quelquefois continue ; pendant des mois et des années, le patient est sans cesse fatigué par cette sensation, plus pénible que réellement douloureuse, de pesanteur et de constriction de la tête. Un de mes malades me disait que, depuis plusieurs années, « il ne sait pas ce que c'est que d'avoir la tête tout à fait libre ». Cependant, chez beaucoup de patients, il y a des moments de répit. La plupart se réveillent le matin avec leur mal de tête et sont soulagés après le repas. Chez d'autres, au contraire, le malaise cérébral n'est jamais plus prononcé qu'après l'ingestion des aliments. L'amélioration produite par le repas est habituellement de courte durée. En règle générale, le travail, l'effort intellectuel, la lecture et l'écriture augmentent la céphalalgie. Le bruit, la lumière intense, une émotion morale, un accès de palpitations, l'usage du tabac sont aussi des causes d'exacerbation.

Les paroxysmes douloureux s'accompagnent parfois de sensations vertigineuses, avec ou sans

bourdonnements dans les oreilles. Ils peuvent être également associés à des troubles de la vue, tels que pesanteur insolite des paupières supérieures, hyperesthésie rétinienne, mouches volantes, sans que l'examen ophtalmoscopique révèle aucune lésion des milieux transparents de l'œil.

La migraine ouvre fréquemment, surtout dans les formes héréditaires de la neurasthénie, la série des troubles nerveux. Elle peut ne pas disparaître et alterner ou coïncider avec la céphalée neurasthénique. Les malades font très bien la distinction entre les deux espèces de douleur céphalique.

Beard signale encore l'hyperesthésie du cuir chevelu, associée à la céphalée neurasthénique, et quelquefois poussée à tel point, que le patient ne peut supporter l'attouchement des cheveux.

La disparition de la céphalée, quand elle a duré longtemps et qu'elle a été un des symptômes dominants, peut être assurément envisagée comme un signe de bon augure, au point de vue de l'amélioration et de la guérison de l'état neurasthénique ; mais il ne faut pas oublier que certains neurasthéniques, quelques femmes par exemple, n'ont pas de céphalée, chez lesquels cependant tous les autres troubles nerveux ont une extrême tenacité.

*Insomnie.* — L'insomnie est un autre symptôme, non pas constant, mais très commun de l'épuisement nerveux. Elle fait souvent défaut dans la neurasthénie féminine, mais elle est presque la règle dans les formes de la maladie dues

aux excès de travail intellectuel et aux passions déprimantes longtemps prolongées.

Cette insomnie a des allures assez variables. Souvent le patient s'endort facilement, mais, au bout de deux ou trois heures, il se réveille et désormais il ne peut plus s'endormir jusqu'au matin. D'autres malades ont, au contraire, une extrême difficulté à s'endormir une première fois; ils sont agités, se retournent dans leur lit, et ce n'est que vers le matin qu'ils commencent à goûter un peu de repos. Puis ils se réveillent et se lèvent, abattus, sans énergie; il leur semble qu'ils n'ont absolument pas dormi. La résistance de ces neurasthéniques est souvent fort remarquable; ils peuvent ainsi rester pendant des mois sans dormir, ou ne dormant que d'une façon très insuffisante, et cependant, à moins qu'ils ne souffrent aussi d'atonie gastro-intestinale grave, leur état général ne paraît pas sérieusement atteint; parfois même ils gardent longtemps l'apparence de gens bien portants. Quelques-uns de ces patients qui ne peuvent dormir, ou qui dorment si mal pendant la nuit, sont pris de somnolence pendant le jour, à chaque tentative de travail intellectuel; mais cette somnolence ne va pas jusqu'au sommeil véritable.

Chez quelques neurasthéniques, fort rares il est vrai, non seulement l'insomnie fait défaut, mais la fatigue cérébrale se traduit par des attaques de sommeil invincible. Un de mes patients, neurasthénique à la suite de fatigues physiques excessives et prolongées, dort toute la nuit profondément et

plusieurs fois dans la journée succombe au besoin de dormir.

Les rêves sont très fréquents chez les malades atteints d'épuisement nerveux. Ils témoignent de l'affaiblissement des centres psychiques, car ils sont bien plus rares chez l'homme adulte dont le système nerveux est en parfait état d'équilibre. Les centres d'idéation ont perdu l'habitude de ces alternatives régulières de repos et d'activité qui en caractérisent le fonctionnement régulier. Ces rêves sont toujours plus ou moins pénibles, et le patient y joue généralement le mauvais rôle. S'agit-il d'une rixe, il est le battu; d'un accident, c'est lui que menace le plus grand péril. Les cauchemars sont particulièrement fréquents dans les cas d'hystéro-neurasthénie traumatique, et, pendant des mois et des années, le patient revoit sans cesse, dans son sommeil troublé, les circonstances plus ou moins dramatiques au milieu desquelles il a été frappé.

Quand il s'agit de l'épuisement nerveux dû au surmenage intellectuel, l'insomnie s'explique assez bien par l'excès même de l'excitation des centres cérébraux. Le patient est impuissant à modérer l'activité de ces centres qui, longtemps encore après la cessation de l'effort volontaire, continuent à fonctionner d'une façon dérégulée. Ce phénomène est bien connu de tous ceux qui ont pris l'habitude de prolonger leurs travaux fort avant dans la nuit. Mais dans les formes communes de la neurasthénie, et même dans les formes traumatiques, il est bien plus difficile d'expliquer l'in-

somnie. A cette question : pourquoi ne dormez-vous pas ? le patient répond à peu près invariablement : je ne sais pas. C'est, suivant l'expression de M. Ziemssen, l'absence pure et simple du sommeil.

L'insomnie neurasthénique est extrêmement tenace et rebelle à tout traitement. Les hypnotiques restent le plus souvent inefficaces. Un de mes malades, jeune homme de trente ans, est resté plusieurs mois sans dormir, ou ne dormant que deux ou trois heures par nuit, malgré de fortes doses de chloral, de bromure, malgré des bains prolongés et même malgré des courses fatigantes dans la soirée. D'ailleurs certains neurasthéniques ont une curieuse tolérance à l'égard des narcotiques et des hypnotiques, et, chez quelques autres, la fatigue physique est plutôt une cause d'insomnie. Le changement d'habitudes et de milieu, le séjour dans la montagne à une altitude modérée, quelquefois une séance d'électrisation générale du tégument, tels sont les meilleurs moyens de ramener le sommeil disparu. Après avoir duré plus ou moins longtemps et résisté à beaucoup de médications, l'insomnie souvent cesse brusquement, soit pour ne plus reparaître, soit pour se montrer de nouveau et généralement sans cause appréciable.

*Dépression cérébrale.* — A des degrés divers, la dépression existe dans plusieurs formes de la neurasthénie. Elle se traduit par l'affaiblissement et la fatigue précoce de toutes les facultés intellectuelles, la mémoire, l'attention, le jugement,

la volonté et la résistance aux impressions morales.

Beaucoup de malades se plaignent d'une diminution notable de la mémoire; ils oublient les noms propres, parfois ceux des personnes qu'ils fréquentent journellement; ils oublient même les noms communs et hésitent à nommer des objets vulgaires. Cette diminution de la mémoire peut être un symptôme très précoce. Le jeune ataxique dont j'ai précédemment retracé l'histoire, s'en plaignait spontanément, quelques semaines seulement après le début assez subit de son état neurasthénique.

Fixer l'attention sur un objet déterminé est une cause de fatigue et provoque l'exacerbation du mal de tête. Le patient lit des pages entières sans retenir et même sans comprendre ce qu'il a lu, ou bien il oublie rapidement, en quelques minutes, ce qu'il vient d'entendre. De là la difficulté de parler, surtout en public, de suivre une conversation, de rédiger une lettre, de tenir une comptabilité. Le neurasthénique déprimé ne peut suivre le cours de ses idées; son esprit s'égare sur des pensées accessoires, étrangères même à l'objet de sa réflexion, ou se perd dans un état de vague rêverie. Aussi le voit-on, dans une réunion animée, garder habituellement le silence et renoncer à défendre les opinions qui lui sont chères. A un degré de plus, le patient dit précisément le contraire de ce qu'il voudrait dire. Ces troubles sont naturellement bien plus frappants chez ceux qui, avant d'être atteints d'épuisement nerveux, avaient une élocution facile.

La fatigue précoce que produit l'effort pour l'association et la comparaison des idées porte atteinte à la sûreté du jugement; de là des erreurs d'appréciation, des hésitations, des irrésolutions.

L'affaiblissement de la volonté est encore plus manifeste; c'est la note caractéristique de l'état moral du neurasthénique. Le patient ne sait plus suivre la voie qu'il s'était tracée; tout obstacle l'arrête et le décourage, au lieu de redoubler ses efforts; il s'abandonne lui-même. Cet effondrement de l'énergie morale m'a particulièrement frappé dans les cas d'hystéro-neurasthénie traumatique. Deux de mes malades, qui ont cependant l'apparence d'hommes vigoureux et très capables de travailler, traînent ainsi leur misérable existence, revenant sans cesse à l'hôpital, incapables de surmonter la répugnance que leur inspire toute activité, vivant de rien, laissant leur propre famille dans un état voisin de la misère. Et cette impuissance de leur volonté est bien le fait de la maladie, car, avant le traumatisme, ils étaient actifs et laborieux. Un autre patient, celui-là dans une situation aisée, neurasthénique très probablement héréditaire, délaisse la direction de ses affaires, renonce à toute entreprise nouvelle et se sent incapable de l'effort nécessaire pour prévenir l'éloignement prochain de sa clientèle.

Le caractère est également changé, et cette modification est particulièrement remarquable chez l'homme qui, auparavant, était doux et d'humeur facile. Les mille petits ennuis de la vie, un bruit

importun, les cris des enfants, l'insuccès d'un projet de nulle importance, l'arrivée d'une personne peu sympathique ou seulement étrangère, sont autant de causes d'impatience, d'emportements et d'accès de mauvaise humeur. Nous sommes loin de cette belle égalité d'humeur, le meilleur indice du fonctionnement régulier du système nerveux. Cette excitabilité malade est quelquefois poussée assez loin pour rendre très difficile l'accomplissement des devoirs professionnels.

Quelques patients ont à un haut degré le sentiment de la diminution de leur énergie morale, de la déchéance de leur personnalité, et c'est pour eux une cause d'accès de désespoir. Ils se sentent dans un état d'infériorité constant ; ils constatent qu'ils ne peuvent plus compter sur leurs propres forces, et cette constatation est douloureuse. Ils se trouvent habituellement dans la situation d'un homme incomplètement éveillé et qu'un bruit insolite épouvante. Complètement éveillé, l'homme dont la force nerveuse est intacte se rend compte de l'inanité de sa crainte et reprend bien vite possession de lui-même. Le neurasthénique déprimé se trouve souvent d'une façon durable, et pleinement éveillé, dans cet état de crainte, d'anxiété, où ne fait que passer l'homme incomplètement éveillé.

Assurément, il y a bien des degrés dans la dépression cérébrale. A un faible degré, elle est compatible avec une vie assez active et laisse même le patient capable, à de certains intervalles, d'un surcroît de travail. Mais, quand elle est très

prononcée, la dépression cérébrale est un symptôme grave, tenace, qui trouble profondément l'existence du malade, le livre sans résistance aux préoccupations morales tristes et peut ainsi le conduire au suicide.

*Affaiblissement de la motilité.* — La plupart des neurasthéniques se plaignent d'un affaiblissement général et notable de la force musculaire.

Sous l'empire d'une forte émotion, d'une vive frayeur par exemple, un homme dont le système nerveux n'est point malade, éprouve une sensation d'anéantissement, d'affaiblissement profond de toutes ses forces; il lui semble que ses jambes, incapables de le porter, vont se dérober sous lui; quelquefois même ces sensations s'accompagnent d'une sorte de fatigue douloureuse dans les genoux, les mollets et les cuisses. Or bon nombre de neurasthéniques sont habituellement dans cet état, ou du moins ces accès d'anéantissement sont chez eux très fréquents et surviennent à l'occasion d'une émotion légère, d'une fatigue physique modérée, souvent même spontanément. Un de mes malades, devenu neurasthénique à la suite d'un véritable surmenage tout à la fois physique et moral, est obligé par sa profession à quelques courses dans la ville; très souvent il lui arrive de ressentir un tel accablement, qu'il doit prendre une voiture pour faire un très court trajet et rentrer chez lui.

Un caractère remarquable de la lassitude neurasthénique, c'est qu'elle existe souvent le matin,

au réveil, comme si le patient n'avait pas passé la nuit dans son lit.

On ne peut expliquer ce singulier trouble de la motilité, autrement que par un épuisement rapide de la force nerveuse produite et tenue en réserve dans les cellules motrices du cerveau et de la moelle épinière, car l'examen méthodique de tous les groupes musculaires démontre qu'il n'y a point de paralysies véritables, et l'on ne constate d'ailleurs aucun signe d'une affection organique quelconque des centres nerveux.

A des degrés divers, cette impotence motrice existe dans toutes les formes de l'épuisement nerveux, sauf cependant dans quelques cas de pure cérébrasthénie. Elle est particulièrement commune et prononcée dans la neurasthénie féminine. On voit les femmes, ainsi frappées de cette débilité permanente de la force motrice, renoncer à la marche, puis à la station verticale, s'étendre à chaque instant sur une chaise longue et bientôt y passer toute la journée.

*Rachialgie.* — La douleur dans le dos est presque aussi commune que la céphalée. Elle est pour la moelle épinière ce que la céphalée est pour le cerveau. C'est une sensation de chaleur, de brûlure, de fourmillement, de courbature, souvent plus pénible que réellement douloureuse; quelquefois cependant la douleur est vive et comparable à la douleur lancinante des névralgies. Elle peut aussi s'accompagner d'une hyperesthésie de la peau, parfois telle, que le patient ne peut supporter un contact ni même le frôlement de la

main. Elle est souvent exaspérée par la pression des apophyses épineuses, mais elle peut aussi exister seule, sans hyperesthésie et sans douleur provoquée par la pression.

La rachialgie occupe les diverses régions de la colonne vertébrale, mais elle a des sièges de prédilection, la septième cervicale, les vertèbres lombaires, la région sacrée. C'est cette dernière localisation de la rachialgie que M. Charcot nomme la plaque sacrée et qu'il considère comme un bon signe de neurasthénie. L'affaiblissement de la motilité, la sensation d'anéantissement, de lassitude extrême, de dérobement des membres inférieurs, coïncide souvent avec la rachialgie, surtout avec la rachialgie lombaire et sacrée. Ce syndrome est assez commun dans l'épuisement nerveux dû aux excès sexuels. Enfin la douleur peut occuper le coccyx, et cette coccygodinie, parfois très douloureuse, est une cause de constipation.

Ce sont ces cas de rachialgie prononcée avec hyperesthésie et douleurs des régions voisines de la colonne vertébrale, qu'on a décrits sous le nom d'irritation spinale. Mais l'irritation spinale n'est pas une affection distincte, comme le croient encore quelques pathologistes qui lui font une place parmi les maladies de la moelle épinière. Elle n'est qu'une des manifestations de l'épuisement nerveux. D'ailleurs elle existe fort rarement seule; elle est le plus souvent accompagnée d'autres symptômes de myélasthénie ou de cérébrasthénie.

La rachialgie est plus commune chez la femme que chez l'homme. Elle est souvent plus intense au moment des règles. Chez l'homme, les douleurs nerveuses du dos sont facilement confondues avec celles du rhumatisme. La rachialgie peut être passagère et mobile, comme beaucoup de symptômes neurasthéniques; mais souvent aussi elle est tenace comme la céphalée. J'ai observé pendant plusieurs années un homme de cinquante ans, neurasthénique de longue date, et qui, avec une atonie gastro-intestinale intense, souffre depuis sept ans d'une douleur à peu près continue au niveau de la septième cervicale.

*Dyspepsie par atonie gastro-intestinale.* — Les troubles neurasthéniques des voies digestives sont fort nombreux, et se combinent de diverses façons, soit entre eux, soit avec les autres symptômes de l'épuisement nerveux. Cependant il est un syndrome dyspeptique très commun dans toutes les formes de l'épuisement nerveux, et qui mérite de prendre place parmi les stigmates neurasthéniques.

Ce syndrome dyspeptique procède d'un défaut d'activité, d'une atonie, intéressant tout à la fois les glandes et les muscles de l'estomac et de l'intestin. L'appétit est souvent diminué et la langue habituellement un peu subarrale. L'ingestion des aliments, quels qu'ils soient, provoque, mais à des degrés divers, un ballonnement pénible de l'épigastre, puis de l'abdomen, avec sensation de pesanteur et de plénitude. Le malaise dure plus ou moins longtemps, deux ou trois heures; quelquefois il n'a pas entièrement disparu au moment

du repas suivant. Il est une cause d'insomnie et de rêves pénibles. Le tympanisme épigastrique et abdominal s'accompagne d'éruclations gazeuses et d'émission de gaz par l'anus, suivies d'une certaine diminution des malaises. La constipation est la règle, et fort souvent elle est extrêmement prononcée et résiste aux lavements, aux laxatifs, aux purgatifs, dont l'usage immodéré aggrave l'atonie du gros intestin.

Quand elle dure depuis longtemps, la constipation s'accompagne à peu près inévitablement de colite glaireuse. Il suffit d'appeler l'attention des patients sur ce point et d'examiner souvent les évacuations, pour être convaincu de la très grande fréquence de cette complication. Il existe quelques points douloureux à la pression sur le trajet du gros intestin. De temps en temps le patient est pris de coliques, et les matières évacuées sont mêlées de masses glaireuses, quelquefois teintées d'un peu de sang. Ces crises peuvent acquérir une grande intensité et s'accompagner d'un mouvement fébrile de plusieurs jours.

Il y a deux degrés, deux formes de l'atonie gastro-intestinale d'origine neurasthénique, la forme légère et la forme grave. Dans la première, on ne constate pas autre chose que les troubles fonctionnels dont je viens de donner la description sommaire ; les signes objectifs sont nuls ou à peu près nuls. Le patient, s'il n'a pas d'autre cause de dépérissement, ne maigrit pas et garde son embonpoint. Il n'en est plus de même du patient arrivé au deuxième degré de l'atonie

gastro-intestinale. Celui-là maigrit, perd ses forces et prend une teinte terreuse du visage. L'amaigrissement est parfois assez prononcé pour faire naître dans l'esprit du clinicien la pensée de quelque affection organique grave, surtout du cancer latent de l'estomac. Dans cette forme grave de l'atonie gastro-intestinale, les signes objectifs ne font pas défaut. Sans parler actuellement des résultats que donne l'exploration par la sonde des fonctions de l'estomac, on peut constater, par l'examen méthodique de l'abdomen, le prolapsus et la dilatation de l'estomac, la flaccidité de la paroi abdominale antérieure, le prolapsus et la rétraction de l'intestin, quelquefois le prolapsus des reins et du foie, c'est-à-dire ce complexe anatomique que M. Glénard a décrit sous le terme générique d'entéroptose. Le plus souvent, le malade passe progressivement du premier au second degré de l'atonie gastro-intestinale. Mais il y a des cas, et ils ne sont pas très rares, dans lesquels, très peu de temps après le début des symptômes neurasthéniques, l'atonie gastro-intestinale a déjà franchi le premier degré. Du reste, je reviendrai sur cette importante question des troubles digestifs d'origine neurasthénique.

A ces principaux stigmates de la neurasthénie on peut ajouter encore deux autres symptômes, peut-être un peu moins constants, mais non moins caractéristiques : la dilatation habituelle de la pupille qui réagit plus faiblement à la lumière, la décoloration avec refroidissement et sensation de froid des mains et des pieds.

Tels sont les symptômes les plus communs de l'épuisement nerveux. Ce sont vraiment les stigmates des états neurasthéniques. Ce sont ces stigmates qu'il faut soigneusement rechercher, comme on recherche les symptômes analogues de l'hystérie, pour établir sûrement le diagnostic. Assurément tous ne sont toujours réunis chez le même malade ; mais il est bien rare qu'on ne puisse, dans un cas donné, retrouver un ou même plusieurs de ces symptômes indicateurs.

## V

## SYMPTÔMES DE LA NEURASTHÉNIE

Il est peu de malades dont l'examen exige autant de patience et de tact que celui des neurasthéniques. Presque tous les symptômes sont d'ordre subjectif. C'est donc de la bouche même du patient que nous devons les apprendre. Or bien peu de gens sont capables d'une observation aussi délicate. De là la nécessité d'interrogatoires soigneux, méticuleux, prudemment dirigés et surtout souvent répétés. Ce n'est guère qu'après quatre ou cinq examens méthodiques et complets qu'on est à peu près sûr de posséder une observation correcte. Il faut savoir que beaucoup de neurasthéniques ont une tendance à dissimuler certains symptômes et certaines causes de leur maladie. Ils

parlent volontiers des troubles gastro-intestinaux, de l'insomnie, de la céphalée, des douleurs, de la faiblesse dans les membres; mais ils avouent plus difficilement divers troubles cérébraux, tels que la perte de la mémoire, l'émotivité, les états d'anxiété, l'affaiblissement de la volonté, symptômes qui, aux yeux des moins clairvoyants, témoignent évidemment d'un amoindrissement de la personnalité morale.

*Symptômes cérébraux.* — En faisant l'exposé des stigmates neurasthéniques, j'ai déjà signalé un certain nombre des symptômes cérébraux : la céphalée, l'insomnie, les sensations particulières dans la tête, les rêves, l'inaptitude au travail intellectuel, la fatigue cérébrale précoce, la dépression habituelle, la tristesse, l'émotivité, la diminution de la mémoire.

La plupart de ces symptômes sont la preuve d'un affaiblissement de la force nerveuse dans les centres encéphaliques. Ce sont des symptômes de dépression. Pourtant cet état de dépression est quelquefois traversé par des périodes d'excitation, particulièrement dans les cas d'épuisement nerveux dus au travail intellectuel exagéré. Le patient est agité, inquiet, ne peut tenir en place; il parle avec volubilité; il fait mille tentatives pour reprendre son travail interrompu, toujours incapable de mettre de la suite dans ses idées; puis il retombe dans sa dépression habituelle. Ce sont ces périodes d'excitation qui, chez les grands travailleurs épuisés par l'excès de leurs labeurs, donnent quelquefois l'image trompeuse d'un début de para-

lysie générale. A vrai dire, cette excitabilité malade peut encore être envisagée comme un symptôme de dépression; elle témoigne de l'affaiblissement de cette faculté supérieure qui gouverne et modère l'activité des centres cérébraux.

*Vertiges.* — La neurasthénie, surtout quand elle provoque des troubles cérébraux et gastriques, s'accompagne parfois de vertiges. Beard insiste avec raison sur l'étroite relation de ces vertiges avec l'épuisement nerveux. Il est bien probable, en effet, que la plupart des vertiges gastriques ne sont pas autre chose que des vertiges neurasthéniques.

Le vertige de l'épuisement nerveux survient à jeun, pendant l'état de vacuité de l'estomac, et diminue ou cesse après le repas, ou bien il apparaît après l'ingestion des aliments, au milieu de ces sensations de pesanteur, de ballonnement épigastrique et de torpeur cérébrale, cortège habituel de la digestion du neurasthénique atteint d'atonie gastro-intestinale. Cet accès vertigineux, sauf l'intensité, est assez comparable à celui de la maladie de Ménière. La vue se trouble, les oreilles bourdonnent, la tête semble vide et l'équilibre fait défaut. Le patient titube à la manière d'un homme ivre. Les objets oscillent devant ses yeux, le sol se dérobe sous ses pieds, ou bien encore il lui semble que lui-même est animé d'un mouvement involontaire qui l'entraîne en avant, en arrière, latéralement.

Chez un de mes malades, neurasthénique par excès de travail intellectuel, les accès de vertige,

fréquents et très pénibles, surviennent même au lit, le matin, dès qu'il ouvre les yeux.

Un autre malade, neurasthénique depuis cinq ans, et qui souffre actuellement d'atonie gastro-intestinale, a deux espèces d'accès vertigineux, les uns légers et de courte durée, les autres intenses et de durée bien plus longue. Dans l'accès léger, la vue semble s'obscurcir, les objets deviennent confus et oscillent, mais il suffit au patient de fermer les yeux pour mettre fin à ces sensations pénibles. Ces sensations persistent, au contraire, et s'aggravent, s'il continue à fixer les objets environnants, et surtout si ces objets sont en mouvement, comme un train ou une voiture. Dans l'accès intense, l'occlusion des yeux n'a plus la même efficacité, et le patient est obligé de saisir promptement le premier point d'appui qui s'offre sous ses mains, de crainte d'être violemment précipité par terre. L'accès dure une demi-heure à une heure, et laisse un grand abattement.

Il peut arriver que les vertiges cessent subitement et soient remplacés par d'autres symptômes neurasthéniques.

*Etats d'anxiété.* — Du vertige on peut rapprocher certains états cérébraux qui confinent aux psychoses et dont le type le plus connu est l'agoraphobie ou peur des espaces. Le caractère commun de tous ces états, qu'on peut désigner sous le terme générique d'états d'anxiété, est le développement soudain d'une anxiété, d'une angoisse plus ou moins prononcée, dès que le patient se

trouve en présence d'un certain objet, ou dans une certaine situation, en général toujours la même. Son état est parfois lamentable; il pâlit, son pouls et sa respiration s'accélèrent, la tête lui tourne, la face et les extrémités se couvrent de sueurs froides; les jambes chancellent, tremblent, fléchissent, puis survient un état nauséux très pénible, souvent accompagné de crampes stomacales. La sensation de dérochement des membres inférieurs et d'anéantissement des forces peut être poussée si loin, que le patient, affreusement tourmenté, est incapable de faire un pas pour se soustraire à l'objet de son état d'anxiété. Si l'accès se prolonge, il aggrave les troubles digestifs, s'accompagne d'anorexie complète, de constipation ou de diarrhée nerveuse, et augmente encore l'insomnie si commune chez les neurasthéniques. Il y a des degrés de cette anxiété; elle est particulièrement intense lorsque le patient est pris de son accès pendant la nuit, ou bien s'il fait effort pour surmonter ses sensations pénibles.

Il est assez remarquable que des hommes intelligents ne donnent cependant que des renseignements vagues et incomplets sur la cause intime de l'accès anxieux et sur les sensations qu'ils éprouvent pendant cet accès. Quelques-uns déclarent qu'ils ont peur de tomber, d'être précipités dans le vide, d'être victimes d'un accident, d'être privés de secours en cas de maladie, etc. Un de mes malades est atteint depuis plusieurs années d'agoraphobie; il en est arrivé à ne plus pouvoir franchir le seuil de sa maison. Souvent je lui ai posé ces

questions : pourquoi ne pouvez-vous pas sortir? de quoi avez vous peur? craignez-vous de tomber, de faire une rencontre fâcheuse? Non, me répond-il, ce n'est pas cela seulement; mais c'est plus fort que moi, dès que j'essaye de sortir, je suis pris de ce malaise si pénible que je vous ai décrit, et je ne puis dire exactement ni pourquoi ni comment.

Ces états d'anxiété ont été souvent classés dans le groupe des folies avec conscience. Il est certain qu'ils échappent à la définition générale de la folie. Ils en diffèrent, en effet, par la persistance de la conscience. Le patient reconnaît le caractère anormal et pathologique de ses sensations. Il est vrai que, dans quelques cas, l'état anxieux, l'agoraphobie par exemple, domine tout à fait le tableau clinique de l'épuisement nerveux. Je crois cependant avec Beard et M. Ziemssen, que ces singuliers troubles cérébraux appartiennent moins aux psychoses qu'à la neurasthénie de forme cérébrale. Il n'est pas très rare de les voir suivre ou précéder d'autres symptômes, cérébraux ou médullaires, évidemment neurasthéniques, et, quand ils paraissent exister seuls, un examen très complet révèle presque toujours la présence d'autres manifestations de l'épuisement nerveux. D'ailleurs ils rentrent bien dans la définition générale de la neurasthénie, et procèdent de la même perturbation des fonctions cérébrales qui caractérisent cette névrose. Dans ces états d'angoisse, tout à fait hors de proportion avec l'objet ou la situation qui les provoque, nous avons la preuve de l'affai-

blissement général ou partiel de la volonté. Les auteurs qui ont fait autant d'affections spéciales de l'agoraphobie et des états analogues, ceux également qui les ont réunis dans le groupe des folies avec conscience, leur ont attribué pour causes habituelles, le travail exagéré, les passions déprimantes prolongées, le surmenage du corps et de l'esprit, c'est-à-dire précisément les causes les plus efficaces de la neurasthénie. Enfin ce qui distingue encore ces états d'anxiété, c'est que, quelle qu'en soit l'intensité, ils ne sont jamais accompagnés de véritables hallucinations.

Westphal a le premier décrit l'agoraphobie. Depuis, les observations en sont devenues assez nombreuses. Elle paraît plus commune chez l'homme que chez la femme. Comme la plupart des autres symptômes neurasthéniques, elle peut débiter brusquement ou progressivement. A la vue d'une rue, d'une place, d'un espace libre à franchir, le patient est pris de cet état d'angoisse que je viens de décrire. Dans quelques cas, le bras d'un compagnon, l'appui d'une canne, la présence d'une voiture qu'il peut suivre, le rassure et lui permet de franchir, tant bien que mal, l'espace qui s'étend sous ses yeux. Mais souvent aussi rien ne peut calmer l'angoisse, et le patient refuse absolument de faire un pas, même au bras d'un compagnon de route. Chez le malade auquel j'ai fait allusion, l'agoraphobie débuta brusquement, pendant une partie de campagne. Rentré chez lui, il put cependant reprendre ses occupations, mais bientôt l'angoisse reparut. Il put d'abord y résis-

ter dans une certaine mesure, peu à peu cependant il dut restreindre le cercle de ses excursions. Ce fut d'abord un pont qu'il ne put franchir, ensuite il ne put dépasser le bout de la rue qu'il habite, puis il lui fut impossible de traverser cette même rue. Un peu plus tard il ne pouvait plus se rendre dans la cour de sa maison, et finalement, au moment où je le vis, il en était arrivé à redouter de ne pouvoir descendre du premier étage au rez-de-chaussée. On a dit que la crise d'angoisse est plus prononcée à jeun qu'après le repas, et que l'usage d'une boisson stimulante peut l'atténuer et la dissiper. Chez mon malade, tous ces moyens sont insuffisants. Le meilleur traitement paraît être le traitement général de l'épuisement nerveux, singulièrement aidé, comme l'a montré Perroud (1), par une sorte de suggestion à l'état de veille, continue, persévérante, grâce à laquelle le médecin refait cette partie de l'éducation du patient, lui persuade qu'il sera bientôt capable de dépasser de plus en plus la limite de ses excursions, et le guide, l'entraîne, comme on guide l'enfant qui apprend à marcher.

Il y a des formes assez diverses de l'agoraphobie, dont quelques-unes sont vraiment étranges. Beard en a cité de nombreux exemples. Le trouble psychique est quelquefois extrêmement limité. Un malade ne peut faire plus de vingt mètres en ligne droite, un second ne peut entrer dans une église, un troisième dans un atelier. Un autre

---

(1) *Lyon-Médical*, 1873, n° 11.

encore ne peut passer dans une certaine rue. Un de mes malades, atteint d'hystéro-neurasthénie traumatique, ne peut venir à l'endroit où il fut frappé, sans être pris d'une vive anxiété avec tremblement des membres.

De l'agoraphobie je rapprocherais volontiers un état d'anxiété que j'ai observé il y a quelques années, et qui n'a pas été signalé, je le crois du moins, par les auteurs qui ont écrit sur la neurasthénie et sur l'agoraphobie. C'est la peur de la station verticale. Il s'agit d'une femme qui, entre autres symptômes neurasthéniques, ne peut quitter la situation horizontale. Depuis fort longtemps elle reste au lit, étendue sur le dos, déclarant qu'elle ne peut absolument pas se tenir debout. Elle ne présente aucune trace de paralysie ou d'une affection organique quelconque des centres nerveux. Je voulus la faire lever. A peine debout, elle fut prise d'un état d'angoisse effrayant, avec oppression, palpitations, pâleur de la face, et il fallut promptement la remettre au lit. Cet état ressemble sans doute à l'abasie et à l'astasia hystériques, récemment décrites par M. Charcot et ses élèves (1); mais il en diffère cependant par l'apparition de cette angoisse extrême, dès que la patiente est mise sur ses pieds.

L'agoraphobie est vraiment le type de l'état anxieux neurasthénique; mais il y a bien d'autres conditions que la vue d'un grand espace libre,

---

(1) Paul Blocq. Sur une affection caractérisée par l'astasia et l'abasie. *Archives de neurologie*, 1888, n° 43 et 44.

dans lesquelles peut apparaître le même accès d'angoisse. Il y a des formes très atténuées, qui dans bien des cas existent seules, constituant tout le trouble psychique, mais qui souvent aussi accompagnent ou précèdent des formes plus sévères. Un homme, d'ailleurs fort intelligent, ne peut se résoudre à jeter une lettre à la poste, il la retourne et souvent la décachète, craignant de s'être trompé. Un autre passe durant des mois devant la porte de son médecin et ne peut se décider à la franchir. Un jeune homme de trente ans, celui-là franchement neurasthénique, ne peut prendre ses repas à la table de la famille, il est obligé de manger seul. Un vieillard de soixante-dix ans a souffert toute sa vie de la même bizarrerie; il a le plus grand désir d'aller voir son frère, habitant une ville éloignée, mais chaque fois qu'il se présente au guichet de la gare pour y prendre son billet, il est pris d'un tel malaise qu'il rentre précipitamment chez lui.

A l'inverse des agoraphobes, certains patients ont la peur d'un espace clos; c'est ce que M. Ball a nommé la claustrophobie. Ainsi il leur est impossible de rester quelques minutes dans une petite chambre. Quelques-uns ne peuvent dormir que dans une pièce très spacieuse, et parfois ils exigent que les fenêtres en soient ouvertes, même pendant l'hiver. — D'autres ont peur des foules; ils ne peuvent entrer dans un théâtre. L'impossibilité est parfois relative; le patient reste quelques heures au théâtre, mais à la condition de se trouver près d'une porte de sortie. A un degré de

plus, il a peur de ses semblables, peur de rencontrer quelqu'un dans la rue. Il se renferme chez lui, renonce à sortir, et parfois même est obligé de cesser ses occupations professionnelles. — Des neurasthéniques ont, au contraire, peur de la solitude. Il leur est à ce point pénible de rester seuls, qu'ils exigent la présence constante à leurs côtés, jour et nuit, d'un parent ou d'un domestique. — La peur des hauteurs est commune chez les neurasthéniques. Dans une maison, l'angoisse s'accroît avec le nombre des étages. L'un de mes patients n'éprouve pas grand malaise au premier étage, mais, au quatrième, il lui est impossible de s'approcher d'une fenêtre sans angoisse et sans crainte d'être précipité dans le vide. — La peur des orages, du tonnerre, des éclairs, est chose commune chez les gens nerveux. Cette peur, chez certains neurasthéniques, est poussée à un tel degré, que l'approche d'un orage les jette dans un état d'angoisse comparable à celui qu'éprouve l'agoraphobe en face d'un grand espace vide. — L'anxiété peut être causée par le sentiment de la responsabilité. C'est encore là l'exagération d'un sentiment naturel et commun à un grand nombre d'hommes d'un esprit sain. Mais, chez le neurasthénique, ce sentiment s'élève à des proportions véritablement morbides, et, fait caractéristique, provoque l'état anxieux avec tous les symptômes qui en sont l'accompagnement ordinaire. — Beard et M. Ziemssen citent des exemples de peur de la saleté. Un homme âgé brosse sans cesse ses habits et se lève même pen-

dant la nuit pour se livrer à cette occupation. Un autre se lave les mains plus de cent fois par jour. — L'anxiété peut encore être provoquée par la peur d'une maladie, surtout d'une maladie contagieuse. C'est la pathophobie. Cette peur du neurasthénique diffère de la peur vulgaire des maladies, précisément parce qu'elle s'accompagne d'un état d'angoisse. — Quelques patients ont peur d'avoir peur. Ils sont dans un état d'anxiété perpétuelle, craignant sans cesse de rencontrer un objet qui réveille leur angoisse latente, de commettre un acte blâmable, d'engager leur responsabilité. C'est ce qu'on a décrit sous le nom de phobopobie.

Je renonce à décrire toutes les formes que peut prendre l'anxiété neurasthénique, ou plutôt à signaler toutes les conditions dans lesquelles elle peut apparaître. On en trouvera la longue énumération dans l'ouvrage de Beard. Il est même bien probable que cette énumération est encore incomplète, et que, à mesure qu'on connaîtra mieux l'épuisement nerveux, on y trouvera des formes nouvelles de l'état anxieux, car les conditions les plus diverses de la vie sociale peuvent vraisemblablement être l'origine de ce singulier trouble des fonctions cérébrales.

Quelque étranges que paraissent au premier abord ces états d'anxiété, il n'est pas impossible d'en donner une interprétation plausible. La plupart ne sont que l'exagération d'un état, d'une sensation physiologique; tels sont par exemple la peur des hauteurs, celle des orages, celle encore

des maladies contagieuses et même celle de la saleté. Chez l'homme adulte dont le système nerveux est bien équilibré, la sensation pénible n'existe qu'à l'état rudimentaire; elle est à peine consciente. C'est que depuis longtemps elle a été modérée, domptée par l'éducation, la réflexion et le développement de plus en plus complet de la volonté. Chez le neurasthénique, ces forces de résistance ont faibli, et la sensation pénible reprend peu à peu, ou même subitement, toute son intensité première. La peur de l'espace et celle de la solitude sont même susceptibles d'une interprétation du même genre. Ce sont encore des sensations naturelles, sinon chez l'adulte, du moins chez l'enfant. Quand il commence à peine à marcher, l'enfant redoute de quitter la main qui le conduit. S'il vient à être abandonné, seul, debout, au milieu d'un grand espace, loin d'un point d'appui, il est pris d'une vive frayeur, dont témoignent ses pleurs et l'expression anxieuse de son visage. Beaucoup de jeunes enfants ont peur de la solitude, et, surtout pendant la nuit, sont pris d'une véritable angoisse. Or toutes ces sensations, depuis longtemps éteintes dans le cerveau de l'homme adulte et sain, revivent soudainement ou progressivement dans le cerveau du neurasthénique, et la cause de cette reviviscence réside précisément dans cet épuisement de la force nerveuse qui caractérise sa maladie, épuisement qui, plus ou moins complètement, efface les résultats acquis par l'éducation et l'exercice de la volonté; de telle sorte que, à ce point de vue, on peut dire que le

cerveau du neurasthénique est devenu comparable au cerveau de l'enfant.

Les états d'anxiété sont peu communs dans la neurasthénie féminine, plus fréquents au contraire dans les formes de la névrose dues au traumatisme ou au travail intellectuel exagéré. Ils sont en général très tenaces et très rebelles au traitement. Le plus souvent la disparition en est toute spontanée, et quelquefois très brusque, comme le début; souvent aussi ils sont remplacés par d'autres symptômes neurasthéniques. Au point de vue du diagnostic, ces états anxieux ont une grande valeur; ils appartiennent exclusivement aux troubles fonctionnels du système nerveux et ne se rencontrent pas dans les cas d'affection organique véritable.

*Préoccupations hypocondriaques.* — L'hypocondrie fait rarement défaut chez les patients frappés d'épuisement nerveux, du moins lorsque la maladie dure depuis un certain temps. Mais il s'agit d'un état mental particulier, et il y a vraiment lieu de distinguer l'hypocondrie neurasthénique de l'hypocondrie vésanique. Les préoccupations hypocondriaques de l'épuisement nerveux sont mobiles, variables, faiblement systématisées, et, de plus, le patient est facilement convaincu, bien que le plus souvent cette conviction ne soit pas de longue durée, de l'inanité de l'objet de son inquiétude. Suivant la nature, le siège et l'intensité des malaises dont il souffre, il se croit atteint d'une maladie du cœur, du cerveau, de la moelle épinière, de l'estomac; mais il

accepte volontiers, et souvent même recherche spontanément, les encouragements et les démonstrations de son médecin qui s'efforce de l'éclairer sur la nature de son mal. Il en éprouve un certain apaisement moral, du moins jusqu'à ce que de nouvelles souffrances fournissent un nouvel aliment à ses préoccupations hypocondriaques. Par tous ces caractères, l'hypocondrie neurasthénique diffère évidemment de la vésanique, laquelle est tenace, systématisée sur un objet déterminé, sans conscience, résiste aux raisonnements et ne se laisse pas convaincre de l'inanité de l'objet sur lequel elle s'est fixée. Il est vrai que la limite qui sépare ces deux états de l'esprit peut être franchie et le neurasthénique devenir un véritable hypocondriaque, et d'autant plus facilement, que l'épuisement nerveux, surtout quand il est héréditaire, constitue un terrain favorable au développement des psychoses, comme des maladies nerveuses observées dans a famille névropathique.

*Troubles de la sensibilité.* — Ils occupent une grande place dans le tableau clinique de la neurasthénie. A des degrés divers, on les rencontre dans toutes les formes de la névrose. Ce sont des hyperesthésies ou des dysesthésies, des diminutions légères de la sensibilité. L'anesthésie vraie, complète, superficielle et profonde, n'appartient guère à l'épuisement nerveux ; je ne l'ai jamais rencontrée que dans les cas de neurasthénie combinée à l'hystérie, par exemple dans l'hystéro-neurasthénie traumatique.

L'hyperesthésie peut être générale et s'étendre à tout le tégument. Elle est le plus souvent partielle et occupe de préférence la face, le cuir chevelu, les extrémités. Beard a signalé l'hyperesthésie des dents et des gencives, sans aucune lésion de ces organes. La piqûre, le pincement, le contact, le frôlement sont ressentis bien plus vivement qu'à l'état normal. Il en est de même des impressions de chaleur et de froid. Ces hyperesthésies sont souvent accompagnées de sensations spontanées de fourmillements, de picotements, de démangeaisons, quelquefois très désagréables. Elles sont assez communes à la plante des pieds et contribuent à l'impotence motrice des membres inférieurs, chez certaines femmes neurasthéniques. Dans quelques cas, le chatouillement léger de la plante des pieds provoque un malaise général voisin de l'état d'anxiété. Certaines régions deviennent parfois le siège d'une vive démangeaison qui procède par paroxysmes intenses, telles sont les démangeaisons de l'aisselle, du cuir chevelu, du périnée. Il est probable que la plupart des cas de prurit vulvaire sont de nature neurasthénique. En tout cas, certains symptômes de l'épuisement nerveux, tels que la céphalée, l'émotivité, la dépression cérébrale, l'affaiblissement de la motilité, sont assez communs chez les femmes atteintes de cette affection. Beard a signalé des exemples d'hyperesthésie très étroitement localisée, occupant par exemple quelques doigts de la main, en troublant profondément les fonctions, et dont la cause occasionnelle est un traumatisme. Ce sont des espèces

de neurasthénie locale, comparable à l'hystérie locale de Brodie.

Le même auteur, Beard, a fait cette observation que les troncs nerveux superficiels sont, chez les neurasthéniques, plus excitable par la pression. Ainsi la pression du nerf cubital produit plus facilement le fourmillement des derniers doigts de la main et la parésie des muscles animés par ce tronc nerveux. De même la pression sur le sciatique, pendant la station assise prolongée, provoque plus rapidement les mêmes phénomènes dans les membres inférieurs.

Les sensations spontanées de froid et de chaleur sont très communes, surtout les sensations de froid aux extrémités et particulièrement aux pieds. Même en été, beaucoup de femmes neurasthéniques se couvrent comme en hiver. Du reste ces sensations correspondent à un refroidissement réel des extrémités, et ce refroidissement habituel des mains et des pieds constitue un bon signe de l'épuisement nerveux.

Les douleurs névralgiques spontanées se font sentir sur le trajet de la plupart des nerfs, particulièrement à la face, dans les espaces intercostaux et dans les membres inférieurs. Les douleurs névralgiques des jambes ont parfois une analogie très trompeuse avec celles de l'ataxie locomotrice. Ce sont des élancements, des fulgurations ou même des douleurs constrictives au niveau des jointures, quelquefois accompagnées de sensations de duvet ou de coton à la plante des pieds pendant la marche ou la station verticale.

Ces douleurs sont généralement moins vives chez le neurasthénique que chez l'ataxique. Dans un cas que j'observe depuis longtemps, les douleurs lancinantes des membres inférieurs ont débuté il y a plus de dix ans et alternent avec les symptômes de l'atonie gastro-intestinale, mais les réflexes rotuliens ont toujours été plutôt augmentés que diminués. La persistance ou l'exagération des réflexes est, en effet, propre à la neurasthénie, et il faut se défier des cas de prétendue neurasthénie dans lesquels ils sont abolis. Je reviendrai sur cette pseudo-ataxie, à propos du diagnostic de l'épuisement nerveux.

Lorsque les douleurs des membres et du tronc sont plus fixes et plus localisées, elles simulent celles de la goutte et du rhumatisme. Bon nombre de patients sont considérés et traités comme goutteux et rhumatisants, qui sont atteints de douleurs névralgiques de nature neurasthénique. L'erreur est d'autant plus facile, du moins quand on ne tient pas compte des autres symptômes, que certaines de ces douleurs locales, celles par exemple de la nuque et de la hanche, s'accompagnent parfois d'une certaine raideur des articulations voisines.

*Troubles de la motilité.* — J'ai déjà signalé l'affaiblissement général de la motilité et la fatigue musculaire précoce, comme de bons signes de l'état neurasthénique. Cette sensation d'anéantissement procède le plus souvent par accès plus ou moins longs; elle survient à la suite d'une émotion, d'une marche un peu prolongée,

parfois sans cause appréciable. Le début et la disparition en sont le plus souvent tout à fait inopinés. Suivant la judicieuse remarque de Beard, le neurasthénique ne peut jamais entièrement compter sur sa force musculaire. Cependant, dans certaines circonstances, il se montre capable de déployer une énergie vraiment inattendue. C'est ainsi que des femmes épuisées, éternellement fatiguées, passant toutes leurs journées étendues sur une chaise longue, sont tout à coup assez fortes pour se lever, marcher, rester debout pendant de longues heures, s'il s'agit de soigner et de veiller un enfant malade ou d'accompagner un mari dans un long et pénible voyage. Il est vrai que ces efforts achèvent d'épuiser leurs forces, et qu'elles retombent ensuite dans leur état habituel de dépression physique et morale.

Des symptômes d'excitation passagère de la motilité existent aussi dans l'état neurasthénique. A la suite d'une veille ou d'une marche prolongée, il arrive parfois qu'un homme tout à fait bien portant, et qui ne présente aucun trouble nerveux, est pris, au moment de s'endormir, de secousses musculaires très brusques et très brèves dans les membres inférieurs et qui le réveillent soudainement. Or des secousses musculaires de ce genre sont très communes chez les neurasthéniques. Le patient peut également ressentir, dans les mêmes conditions, au moment de s'endormir, des crampes dans les cuisses, les mâchoires, la poitrine, la paroi abdominale. — Beard signale

des secousses fibrillaires, pendant l'état de veille, des muscles de la face, des yeux et des mains, secousses qui simulent tout à fait celles de l'atrophie musculaire progressive. Ces secousses ne sont pas très rares, même chez les gens nerveux non neurasthéniques, et il faut, en effet, se garder d'y voir toujours l'indice d'une affection grave et fatalement progressive du système musculaire ou de la moelle épinière.

Il est certain qu'on rencontre bien plus souvent chez les neurasthéniques que chez les gens dont le système nerveux est bien équilibré, la crampe des écrivains, celle des pianistes, celle des télégraphistes, c'est-à-dire tous ces troubles des combinaisons motrices professionnelles que Duchenne a décrits sous le terme générique d'impotences fonctionnelles. Ce fait ne doit pas nous surprendre. En effet, l'usure rapide de la force nerveuse, qui caractérise la neurasthénie, peut atteindre tous les centres nerveux, et non seulement, comme nous l'avons remarqué déjà, ceux qui président aux fonctions physiologiques communes, mais aussi ceux où sont organisées certaines combinaisons motrices acquises par l'expérience, comme celles de l'écriture, de la couture, de la musique.

Le tremblement est-il un symptôme propre à l'épuisement nerveux? Beard le signale parmi les symptômes de la maladie, et je l'ai moi-même rencontré chez des malades qui ne présentaient que des troubles neurasthéniques. Il est vrai qu'il est particulièrement observé dans les cas où l'hysté-

rie est combinée à l'épuisement nerveux, ainsi dans les cas d'hystéro-neurasthénie traumatique. C'est un tremblement menu, à oscillations brèves, rapides, toutes égales, et faciles à distinguer de la plupart des autres tremblements. Il survient généralement par accès, sous l'influence d'une émotion, d'une fatigue physique exagérée, hors de proportion avec la faible résistance des neurasthéniques.

M. Ziemssen écrit que les paralysies motrices ne font point partie du tableau clinique de la neurasthénie. Au contraire, parmi les suites de l'épuisement nerveux, Beard range des paralysies fonctionnelles, pouvant intéresser les bras, les jambes et même le larynx. C'est, en effet, une question fort difficile à résoudre que de déterminer si ces paralysies appartiennent en propre à l'hystérie ou à la neurasthénie. Pour ce qui est de l'hystéro-neurasthénie traumatique, dans laquelle les paralysies sont assez communes, elles relèvent évidemment de l'hystérie, car elles s'accompagnent d'autres symptômes caractéristiques de l'hystérie et ont d'ailleurs les allures des paralysies propres à cette névrose. Cependant, en m'appuyant sur quelques observations personnelles, je me rangerais volontiers à l'opinion de Beard, et je crois qu'il existe bien véritablement des paralysies ou plutôt des impotences motrices de nature neurasthénique. Un de mes malades, jeune homme de trente-cinq ans, est pris de temps en temps d'accès d'impotence fonctionnelle de l'un des deux bras. accès qui dure quelques minutes,

pendant lesquelles il est obligé de soulever son bras inerte avec l'autre main. Chez une jeune femme, l'impotence motrice frappait les muscles de la nuque, et elle était incapable de soutenir sa tête. J'ai observé deux cas de paraplégie chez des femmes qui ne présentaient point les stigmates de l'hystérie. La paralysie n'était ni complète ni permanente, et je crois le terme d'impotence motrice préférable à celui de paralysie. A certains moments, les malades étaient capables de soulever les jambes au-dessus du lit, de résister un peu aux tentatives de flexion ou d'extension, même de rester quelques minutes sur leurs pieds, mais ces légers efforts épuisaient promptement leur force motrice. Les membres inférieurs étaient habituellement étendus dans le lit, immobiles, quelquefois avec un léger degré de flexion de la jambe sur la cuisse. Les pieds étaient dans la rectitude, et non pas en adduction et la pointe dirigée en dedans, attitude propre aux véritables états paralytiques du membre inférieur. L'anesthésie faisait entièrement défaut, la sensibilité générale était plutôt augmentée que diminuée. Du reste, il n'y avait aucun trouble ni de la vessie ni du rectum. Les masses musculaires avaient conservé un certain degré de tonicité. Quant aux réflexes rotuliens, ils étaient normaux ou à peine un peu diminués. Je reconnais que ces caractères ne sont pas suffisants pour distinguer aisément la paraplégie hystérique de l'impotence neurasthénique des membres inférieurs. Les deux névroses ont plus d'un point de contact; elles

existent souvent simultanément, surtout chez la femme, et il est toujours difficile, dans les cas de ce genre, de faire exactement la distinction, parmi tant de troubles purement fonctionnels du système nerveux, entre ce qui appartient à l'hystérie et ce qui est le propre de la neurasthénie. Le point important du diagnostic est de reconnaître que l'impotence est due à un simple trouble fonctionnel, et non pas à une lésion organique véritable de la moelle épinière.

*Idiosyncrasies.*— Le système nerveux des neurasthéniques paraît réagir d'une façon toute spéciale sous l'influence de certains médicaments ou de certains agents physiques. Ces idiosyncrasies ont été signalées surtout par Beard, auteur américain, beaucoup moins par les observateurs qui, en France, en Allemagne et en Angleterre, ont écrit sur l'épuisement nerveux. Ce fait est dû sans doute à ce que les Américains, si l'on en juge d'après l'exposé du traitement de Beard, font un grand usage et même un véritable abus des médicaments. J'ai cependant cité précédemment une de mes observations, dans laquelle des doses même très faibles de médicaments produisaient, du moins au dire du malade lui-même, de véritables effets toxiques. — D'après Beard, l'opium provoquerait plutôt l'excitation que l'apaisement du système nerveux neurasthénique, à moins que la dose ne soit très forte ; il empêcherait le sommeil presque aussi sûrement que le café. — Certains patients ressentent très vivement les effets de l'alcool dont la plus faible dose cause des symp-

tômes d'ébriété ; d'autres, au contraire, en supportent impunément de grandes quantités, et ils paraissent même en éprouver un réel soulagement de leurs souffrances ; aussi sont-ils de la sorte facilement conduits à la dipsomanie et quelquefois à l'intoxication alcoolique. — Beard attribue au café une action fâcheuse sur le système nerveux des neurasthéniques ; pris à jeun, il ferait obstacle au travail intellectuel, loin de donner plus de vivacité aux fonctions du cerveau. Le thé agirait de la même façon défavorable. — D'autres patients ont une intolérance plus ou moins prononcée à l'égard de la lumière solaire, des poussières, de certaines odeurs, de certains fruits, de certaines plantes ou substances médicamenteuses. Ce sont là, pour cette catégorie de malades, tout autant de causes très efficaces de cette singulière affection qu'on désigne du nom d'asthme des foins, et qui paraît, en effet, bien plus fréquente chez les neurasthéniques. — Beard cite encore des exemples d'intolérance curieuse à l'égard du froid et de la chaleur. Un patient ne peut plonger ses mains dans l'eau tiède, un autre dans l'eau froide, sans qu'il s'y produise de la rougeur et de l'œdème.

Dans beaucoup d'affections du système nerveux, certains symptômes, et particulièrement les douleurs, prennent une plus grande intensité au moment des temps orageux, lorsque vient à baisser la pression barométrique. Il en est tout à fait de même chez les neurasthéniques. Tous leurs malaises s'aggravent par le mauvais temps, et surtout l'abattement, la dépression morale, l'émotivité,

la céphalalgie et les sensations douloureuses des membres inférieurs. Parfois même cette aggravation des troubles nerveux précède le mauvais temps de quelques heures ou de quelques jours, ce qui fait ressembler les patients à de véritables baromètres. En général, les neurasthéniques résistent mal aux variations de la température. Ils supportent mal l'extrême froid et l'extrême chaleur, surtout l'extrême abaissement de la température. Aussi les climats tempérés sont-ils pour eux bien préférables.

*Troubles des organes des sens.* — Parmi les troubles sensoriels, ceux de la vue occupent la première place. — On observe assez souvent des alternatives de rougeur et de pâleur de la conjonctive ; le matin, au réveil, les yeux sont fréquemment rouges. — Une de mes malades éprouve une sensation de pesanteur telle, dans la paupière supérieure, surtout quand elle s'éveille pendant la nuit, qu'il lui faut quelques minutes d'effort pour ouvrir les yeux. M. Ziemssen a également signalé cette sensation de pesanteur de la paupière supérieure. -- Les pupilles sont généralement plus ou moins dilatées et paresseuses à la lumière, et cette dilatation, associée aux symptômes de dépression, est un bon signe de l'état neurasthénique. D'après Beard, les pupilles présenteraient parfois des alternatives brusques de dilatation et de resserrement, ou bien encore une inégalité légère et de courte durée. Je n'ai pas rencontré ces deux modifications des pupilles. Le myosis permanent n'appartient pas aux états

neurasthéniques, et, quand on l'observe chez un patient qui présente d'autres symptômes médullaires encore incomplètement caractérisés, il y a lieu de suspecter l'existence d'une affection organique de la moelle épinière. — Beard qui a étudié avec une minutieuse attention les moindres symptômes neurasthéniques, signale encore une certaine expression de langueur du regard qui serait assez commune dans les cas de neurasthénie invétérée.

Le principal trouble oculaire est une faiblesse de la vision toute spéciale et qui mérite, en effet, le nom d'asthénopie neurasthénique. L'œil se fatigue très rapidement, si bien que le patient ne peut ni lire, ni écrire, ni se livrer à aucune occupation qui nécessite une application un peu soutenue de la vue. C'est ainsi que bon nombre de femmes neurasthéniques renoncent à la lecture, à l'écriture, à la couture, à la broderie, à la musique, non seulement parce que leur force motrice est plus ou moins affaiblie, mais aussi parce que leurs yeux se fatiguent très promptement. Toute tentative pour se livrer à l'une de ces occupations provoque une sensation de plus en plus pénible de tension douloureuse dans les globes oculaires, puis la vue se trouble et les objets deviennent indistincts. Parfois les malades se plaignent de mouches volantes, sans que l'examen ophtalmoscopique fasse découvrir aucune lésion des milieux transparents. — La pathogénie de cette asthénopie neurasthénique est probablement complexe. On peut sans doute

mettre en cause la fatigue précoce des muscles de la convergence et de l'accommodation, fatigue comparable à celle que développe l'exercice dans beaucoup d'autres groupes musculaires. Mais le trouble visuel ne disparaît pas toujours entièrement par l'emploi de verres appropriés et destinés à remédier, soit au défaut de convergence, soit à l'insuffisance de l'accommodation. Il est donc probable que la perturbation nerveuse porte également sur la rétine elle-même, et qu'il y a une sorte d'hyperesthésie rétinienne. Cet état particulier de l'œil mériterait assez bien le nom d'œil irritable, et pourrait être assez justement comparé à ces troubles nerveux locaux connus sous le nom de cœur, mamelle, testicule irritable. Enfin il faut probablement faire encore intervenir, dans certains cas, les troubles de la circulation rétinienne. Si chez beaucoup de malades l'examen ophtalmoscopique reste négatif, parfois on constate des signes évidents d'anémie ou de congestion rétinienne. Chez une de mes malades, les veines rétiniennes sont dilatées et le fond de l'œil présente une teinte rouge-bleuâtre ; chez une autre, au contraire, la papille est remarquablement pâle, et les vaisseaux rétiniens, artères et veines, sont réduits à un très petit calibre. — Dans l'épuisement nerveux, les troubles circulatoires sont très communs, le système vaso-moteur est, comme nous l'avons remarqué déjà, dans un état d'équilibre instable, et ces troubles de la circulation rétinienne, que nous pouvons constater de visu à l'aide de l'ophtalmoscope, nous donnent sans

doute l'image de troubles analogues qui, sous l'influence d'incitations les plus diverses, se développent dans les centres du cerveau et de la moelle épinière. — Quoi qu'il en soit, cette asthénopie neurasthénique est souvent tenace, rebelle à tout traitement et fait le désespoir des malades qui en sont atteints. Quand elle a duré longtemps, c'est toujours un symptôme d'un pronostic fâcheux, au point de vue de la guérison de l'état neurasthénique lui-même. Elle peut cependant paraître et disparaître subitement, et procéder par accès plus ou moins longs, comme la plupart des autres symptômes. La durée en est donc très variable : de quelques heures à plusieurs années. Elle est bien plus commune chez la femme que chez l'homme, et se rencontre tout particulièrement dans cette forme clinique que j'ai décrite sous le nom de neurasthénie féminine.

L'appareil auditif peut devenir irritable au même degré que celui de la vision, et il y a des troubles auditifs comparables à ceux de l'asthénopie nerveuse, avec lesquels ils peuvent d'ailleurs coexister ou alterner. Chez quelques neurasthéniques, particulièrement chez les femmes, l'ouïe est douée d'une sensibilité vraiment malade. Elles perçoivent avec netteté des bruits insignifiants et qui échappent absolument à des oreilles possédant une acuité auditive normale. Les mille bruits de la rue et de la maison deviennent parfois tout à fait insupportables et sont une véritable cause de tourment. On voit ces patients fuir dans les quartiers les plus solitaires, ou bien

s'enfermer dans la chambre la plus reculée de leur appartement et en défendre l'entrée. M. Krishaber (1) a bien décrit cette excitabilité malade des sens, et particulièrement de l'ouïe, dans sa monographie de ce qu'il appelle la névrose cérébro-cardiaque, névrose qui n'est pas autre chose qu'une des formes de la neurasthénie, une des nombreuses associations des symptômes de l'épuisement nerveux. — Des sensations auditives naissent spontanément, sans aucune incitation extérieure; les malades entendent les bruits les plus divers, sifflements, bourdonnements, tintements, bruits comparables à ceux de l'otite moyenne scléreuse, sans que l'examen de l'appareil auditif y révèle aucune altération. Les bruits de battements, de pulsations sont les plus communs; ils sont synchrones aux battements du cœur et des vaisseaux, et dus, en effet, aux pulsations des artères voisines de l'oreille. Ces bruits sont plus intenses et plus pénibles pendant la nuit, ou bien encore lorsque le malade se livre à un exercice musculaire un peu pénible, ou s'applique à un travail intellectuel. Dans quelques cas, les patients se plaignent d'entendre tout à coup un bruit éclatant, très bref, comme une détonation, soit pendant le travail, soit au moment de s'endormir. — Ces troubles auditifs ont les mêmes allures que ceux de la vue et sont sans doute imputables à une hyperesthésie du nerf acoustique; ils sont mobiles, variables, quelquefois cepen-

---

(1) Article névropathie cérébro-cardiaque du *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales*.

dant très tenaces; ils alternent aussi avec les autres symptômes de l'épuisement nerveux.

Il existe des perversions analogues de l'odorat et du goût. Les bizarreries de la sensibilité gustative sont bien connues: un malade trouve que tous ses aliments sont sans aucun goût; un autre élimine de son alimentation une foule de substances dont le goût lui inspire une vive répulsion; un jeune homme, épuisé par l'excès du travail intellectuel, se refuse absolument à manger du pain. Il en est de même de l'odorat. J'ai connu une jeune fille, neurasthénique à la suite de chagrins prolongés, chez laquelle l'odorat avait acquis une extraordinaire sensibilité. De sa chambre, située à l'une des extrémités de son appartement, elle sentait et distinguait très exactement toutes les odeurs de la cuisine située à l'autre extrémité, à ce point que, à l'heure du repas, elle pouvait nommer la plupart des mets qu'on allait servir. Des susceptibilités plus ou moins étranges du goût et de l'odorat ne sont pas très rares chez des gens dont le système nerveux n'est pas affaibli; mais elles sont bien plus communes et plus prononcées chez les véritables neurasthéniques.

*Troubles de la circulation.* — Le cœur est, dans l'épuisement nerveux, un organe éminemment irritable. Des accès de palpitations apparaissent à chaque instant et s'associent à la plupart des manifestations de la maladie. Les états d'anxiété, la pensée d'un acte à accomplir, le sentiment de la responsabilité, s'accompagnent

de troubles cardiaques, accélération du cœur, tendance à la syncope, sensation d'angoisse à la région précordiale. Les émotions, l'excitation des sens, la fatigue physique, l'effort même modéré, les troubles digestifs, ceux des organes génitaux, sont autant de causes qui retentissent sur l'innervation du cœur et provoquent des accès de palpitations. Toutes ces perturbations de l'activité du cœur témoignent, soit d'une excitabilité anormale des nerfs et des centres accélérateurs, soit plutôt d'un état habituel d'épuisement du centre du pneumo-gastrique qui préside aux influences modératrices. — Cette fréquence extrême des troubles cardiaques finit par agir d'une façon fâcheuse sur l'état moral du patient. Il ne tarde pas à se croire atteint d'une maladie du cœur. C'est là une des formes les plus communes, sinon la plus commune, de l'hypocondrie neurasthénique.

Chez certains malades, les troubles cardiaques, intenses et fréquents, sont tout à fait au premier plan du tableau clinique. On dit alors que ces malades sont atteints de neurasthénie cardiaque (1). L'expression est fâcheuse, comme celle de neurasthénie génitale ou gastro-intestinale. Elle peut faire naître la pensée d'une perturbation nerveuse toute locale, et elle fait oublier celle de tout le système nerveux qui est la véritable caractéristique de la maladie.

---

(1) SEELIGMULLER. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1884, p. 661.

Les douleurs précordiales sont parfois assez prononcées pour rappeler celles de l'angine de poitrine. Elles surviennent par accès plus ou moins longs, sous l'influence d'une émotion, quelquefois spontanément. Il existe donc une angine de poitrine neurasthénique (1) qui doit prendre place, à côté de l'angine de poitrine hystérique, dans le groupe des angines sans lésions du cœur ni des artères coronaires. Une de mes malades a présenté des accès de cette angine de poitrine neurasthénique. La coïncidence d'autres symptômes de l'épuisement nerveux, l'absence de l'effort comme cause occasionnelle, le retour parfois périodique et la durée plus longue des accès, l'agitation plus marquée du malade, l'intensité bien moindre de la sensation d'angoisse, tels sont les principaux caractères qui, d'après M. Huchard, distinguent l'angor neurasthénique de la véritable angine de poitrine.

Le pouls reflète les troubles de l'innervation du cœur. Il est surtout de fréquence très variable et s'accélère facilement sous l'influence de la moindre excitation. Ainsi, l'émotion que cause un examen médical suffit à provoquer une accélération qui va jusqu'à 130 et 140 battements à la minute. Les pulsations des grosses artères sont parfois très exagérées; de là des sensations plus ou moins pénibles de battements au cou, aux tempes, dans la tête, et surtout à la région épi-

---

(1) HUCHARD. *Revue de médecine*, 1883. — *Maladies du cœur et des vaisseaux*, Paris, 1889.

gastrique. Les battements épigastriques sont particulièrement fréquents et pénibles. L'exagération des pulsations sur les gros troncs artériels est vraisemblablement due à des troubles de l'innervation vaso-motrice dans les artères et les artérioles que commandent ces gros troncs artériels.

Les troubles vaso-moteurs ne sont ni moins communs ni moins importants que ceux de l'innervation cardiaque. Ils sont de deux ordres ; ce sont des spasmes ou des dilatations paralytiques des artères ; de là des anémies et des congestions de la peau, des muqueuses, des viscères et particulièrement des centres nerveux. — Sous l'influence d'une faible excitation, on voit apparaître des rougeurs plus ou moins étendues au visage, au front, aux oreilles, à la poitrine. Un de mes malades, jeune homme de trente ans, en apparence très fort, dès que je lui adresse une question imprévue, est pris d'une rougeur intense de tout le visage, comme s'il s'agissait d'une jeune fille très impressionnable. Sur la poitrine, où elle est souvent observée, la rougeur débute par de petits points rouges qui s'étendent rapidement et forment une sorte de roséole, bien nommée roséole émotive. Or cette roséole se rencontre, non seulement chez les femmes, mais aussi chez des hommes d'une forte constitution, frappés d'épuisement nerveux à la suite d'un surmenage prolongé du corps et de l'esprit. Elle disparaît à un âge avancé ; elle est particulièrement observée chez les jeunes sujets. — Beaucoup de neuras-

théniques ont habituellement les extrémités, les doigts et les orteils, très froids et très pâles. A un degré de plus, c'est le phénomène du doigt mort. Ces troubles de la circulation sont dus à des états spasmodiques plus ou moins prolongés des artéριοles périphériques. — Certaines diarrhées, qui surviennent par crises, sont également imputables à des troubles de l'innervation vasomotrice de l'intestin. — Les migraines, les céphalées, l'insomnie, la rachialgie, les douleurs dans les membres inférieurs, les troubles fonctionnels des organes génitaux, sont vraisemblablement influencés par les états de congestion et d'anémie du cerveau et de la moelle épinière.

Aux perturbations de l'innervation vaso-motrice doivent être encore rapportées les sensations de chaleur et de froid dont se plaignent un certain nombre de neurasthéniques. Les sensations de chaleur, un peu moins communes, s'accompagnent d'agitation, d'un besoin d'activité qui contraste avec l'état habituel de prostration des forces. Les sensations de froid sont partielles ou générales ; les malades éprouvent tout à coup un refroidissement plus ou moins intense dans le dos, les pieds, les jambes, les genoux. Parfois le frissonnement est général, et les alternatives de froid et de chaleur simulent un accès de fièvre intermittente. C'est à ces troubles de l'innervation vaso-motrice que se réduisent la plupart des cas de fièvre nerveuse. Cependant quelques auteurs, parmi lesquels M. Bouchut et M. Hu-

chard (1) admettent une véritable fièvre nerveuse neurasthénique, avec élévation de la température centrale, et comparable à la fièvre hystérique.

*Troubles des sécrétions.* — Un de mes malades, jeune homme de 24 ans, neurasthénique atteint de dyspepsie nerveuse, est pris d'un abondant écoulement de larmes, dès qu'il parle devant une personne étrangère, et sans que son esprit soit en aucune façon préoccupé d'une pensée triste. Beard a signalé bon nombre de troubles des sécrétions. Chez quelques malades, l'inactivité habituelle des glandes annexées aux bulbes pileux entraîne la chute précoce des cheveux. D'autres accusent une sécheresse habituelle de la peau ou des muqueuses. Dans d'autres cas, les sécrétions sont exagérées à un degré vraiment pathologique ; telles sont les sueurs profuses des mains et des pieds, les hyperhydroses localisées, soit à la face, soit à un membre, soit encore à toute une moitié du corps, hyperhydroses intermittentes, survenant à l'occasion d'une émotion, d'un effort intellectuel, d'une fatigue physique, de l'ingestion des aliments, quelquefois même spontanément. Assez souvent ces sueurs locales s'accompagnent de troubles vaso-moteurs. Une vive rougeur de la peau ou des muqueuses est associée au flux sudoral.

*Troubles des voies digestives.* — Il est bien peu de neurasthéniques qui ne présentent quelques

---

(1) *Traité des Névroses*, par AXENFELD. Edition revue par HUCHARD, Paris, 1883, p. 880.

troubles des voies digestives. Dans beaucoup de cas, ces troubles prennent une telle importance et dominant à ce point tous les autres symptômes, qu'on a décrit une forme gastro-intestinale de la neurasthénie. Il peut même arriver que la dyspepsie nerveuse existe seule, pendant une période plus ou moins longue, et ouvre la série des innombrables symptômes neurasthéniques.

De tous ces troubles digestifs, les plus communs et les plus importants à bien connaître sont ceux dont l'ensemble constitue ce qu'on appelle aujourd'hui la dyspepsie nerveuse, état auquel conviendrait peut-être mieux encore le nom d'atonie gastro-intestinale neurasthénique. C'est donc par l'étude de ce syndrome dyspeptique particulier qu'il convient de commencer l'analyse des troubles digestifs que provoque l'épuisement nerveux.

Dans le chapitre consacré à l'exposé des stigmates neurasthéniques, nous avons vu qu'il y a deux degrés, deux formes de l'atonie gastro-intestinale, la forme légère et la forme grave.

C'est surtout après l'ingestion des aliments qu'apparaît le cortège des symptômes de la dyspepsie nerveuse. Les malaises débutent parfois immédiatement après le repas, souvent aussi après une courte période d'une demi-heure à une heure, pendant laquelle le malade éprouve plutôt une sensation de bien-être. Dans les descriptions que donnent les patients de leurs sensations, ce qui domine, ce sont les sensations de poids, de pesanteur, de tension, de barre, de plénitude, de ballonnement

à la région épigastrique et dans l'hypocondre. En effet, l'examen de ces régions, après le repas, démontre l'existence d'une véritable distension gazeuse de l'estomac. L'épigastre est plus ou moins météorisé et la sonorité stomacale s'étend un peu au delà des limites de l'état physiologique. La succussion du tronc et la dépression brusque de la paroi abdominale font entendre un bruit de clapotement ; mais, dans le premier degré de l'atonie gastro-intestinale, ce bruit n'existe que pendant les premières heures qui suivent le repas et reste localisé au-dessus de l'ombilic. La dilatation de l'estomac est médiocre, toute temporaire, et ne paraît qu'après l'ingestion des aliments. Bientôt surviennent des éructations de gaz inodores et qui produisent un certain soulagement. Les régurgitations acides sont rares, purement accidentelles, et ne se montrent d'ailleurs qu'à une période plus avancée de la maladie, lorsque l'atonie gastro-intestinale, le plus souvent déjà fort ancienne, a conduit le patient à la dilatation permanente et au prolapsus de l'estomac. Cependant, au milieu de tous ces malaises, la digestion gastrique s'achève, les ingesta franchissent le pylore et l'estomac revient à l'état de vacuité. Or il arrive assez souvent que, même pendant l'état de vacuité, le patient n'est pas entièrement délivré de toute sensation pénible ; il éprouve alors des sensations de tiraillement, de vide, de faim, quelquefois accompagnées de bâillements, de constriction céphalique, et même de légers vertiges. A l'état normal, le fonction-

nement de l'estomac reste silencieux et n'est pas beaucoup mieux senti que celui des autres organes, du cœur par exemple. Or on peut dire que la plupart des neurasthéniques atteints d'atonie gastro-intestinale, sentent toujours leur estomac, soit pendant l'état de réplétion, soit même pendant l'état de vacuité.

Cette perturbation de la digestion stomacale est en majeure partie due à un trouble de la sécrétion de la muqueuse gastrique. L'excès de cette sécrétion et l'hyperchlorhydrie sont tout à fait exceptionnels. Des observations récentes, celles en particulier de M. Litten, de M. Ewald, et de M. Glatz, démontrent que, dans le plus grand nombre des cas de dyspepsie neurasthénique, il y a diminution et parfois, dans les cas graves, suppression du suc gastrique. Il est facile de se renseigner sur l'état de la sécrétion. Le patient ingère les aliments qui composent ce qu'on appelle le déjeuner d'épreuve, une tasse de thé chaud et deux petits pains à l'eau. Une heure après, on vide l'estomac à l'aide de la pompe stomacale. Or, dans le liquide ainsi retiré de l'estomac, l'expérience des digestions artificielles avec l'albumine, la fibrine et, plus rarement, le lait, démontre la diminution ou même la disparition de la pepsine, de l'acide chlorhydrique et du ferment de la caséine. La suppression complète de toute activité du suc gastrique est toujours l'indice d'une forme grave et de longue durée; elle appartient surtout au deuxième degré de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique.

Ce trouble de la sécrétion gastrique est ici d'origine nerveuse. En effet, les symptômes de l'atonie gastrique apparaissent parfois très promptement, sous l'influence immédiate des causes habituelles de l'épuisement nerveux, et chez des malades qui ne présentaient auparavant aucun trouble digestif pouvant faire présumer l'existence de quelque lésion de la muqueuse de l'estomac. J'ai dans mes notes plusieurs observations de ce genre. Ce sont des hommes et des femmes qui, jusque-là bien portants, deviennent très sérieusement dyspeptiques en quelques jours, à la suite d'une cause inopinée de dépression morale, de la perte d'une fortune, de la mort d'un enfant, d'une cruelle déception, d'un surmenage intense du corps et de l'esprit. Comme toutes les sécrétions, celle de l'estomac est soumise à l'influence régulatrice du système nerveux, et les nerfs du sympathique abdominal sont en relation étroite avec les centres cérébro-spinaux. Il n'est donc pas surprenant qu'une perturbation profonde de ces centres nerveux, subite ou lentement développée, puisse gravement troubler la sécrétion gastrique et devenir ainsi la véritable cause d'un état dyspeptique habituel. Ce qui démontre bien encore la subordination de ces troubles dyspeptiques à cette perturbation primitive du système nerveux, c'est que ces troubles s'améliorent fort souvent, ou même disparaissent entièrement, du moins si l'atonie gastro-intestinale n'a pas dépassé le premier degré, lorsque vient à diminuer ou à cesser la dépression cérébrale. Tel dyspepti-

que qui souffre après tous ses repas, chez lui, au milieu de ses affaires et de ses soucis, en face des objets qui lui rappellent sans cesse un événement fâcheux, peut être momentanément transformé hors de chez lui, dans un voyage, à la table d'un ami, en compagnie de gais convives ; il mange avec appétit, fait usage d'aliments auxquels il n'eût pas osé toucher quelques jours auparavant, et il est agréablement surpris de constater que ce repas copieux passe très bien et ne lui cause que des malaises insignifiants. Il est vrai cependant que les symptômes dyspeptiques sont bien plus fixes et rebelles, lorsque l'atonie gastro-intestinale a déjà franchi le premier degré.

Il faut tenir compte encore, dans l'interprétation des symptômes de la dyspepsie nerveuse, des troubles de l'innervation motrice de l'estomac. Il existe parfois une diminution plus ou moins marquée de la tonicité et de la contractilité des tuniques musculaires, dont témoignent la distension durable de la région épigastrique et la lenteur avec laquelle le contenu de l'estomac passe dans l'intestin. Le patient ingère les aliments qui composent le dîner d'épreuve de Leube : une assiette de soupe à l'orge, un bifteck, un petit pain, deux verres d'eau. Or, sept heures après ce repas, le lavage de l'estomac ramène encore des aliments. L'atonie motrice accompagne le plus souvent celle des organes glandulaires, mais elle peut cependant exister seule, sans que l'exploration des produits sécrétés démontre une diminution réelle de l'activité du suc gastrique.

Quant aux gaz qui distendent l'estomac, ils proviennent très probablement, comme le présume M. Ziemssen, d'une exhalation gazeuse par la muqueuse elle-même. Dans certains cas cependant, et particulièrement quand il s'agit du second degré de l'atonie gastro-intestinale, la distension gazeuse est imputable à des fermentations anormales, causées tout à la fois par le séjour prolongé des aliments dans le ventricule et par la diminution de l'acidité du suc gastrique.

Il n'est pas douteux que ces désordres de la digestion stomacale ne puissent augmenter les perturbations fonctionnelles d'un système nerveux dont la neurasthénie a troublé l'équilibre et diminué la résistance. Ils retentissent particulièrement sur les fonctions du cœur, du cerveau et de la moelle épinière. Pendant l'accès dyspeptique, beaucoup de malades, outre les malaises épigastriques, accusent des palpitations, de l'angoisse précordiale, de l'oppression, de la torpeur cérébrale, de la somnolence, une inaptitude plus complète au travail intellectuel, à la marche, à l'exercice physique. A un degré de plus, l'accès dyspeptique s'accompagne de sensations vertigineuses.

L'atonie neurasthénique ne frappe pas seulement l'estomac, elle intéresse également l'intestin, et la dyspepsie nerveuse est vraiment une atonie tout à la fois gastrique et intestinale. Les mêmes altérations de la sécrétion et de la motricité troublent vraisemblablement la digestion intestinale et la fonction du gros

intestin. Du moins, les symptômes observés du côté de l'intestin, pendant l'accès de dyspepsie nerveuse, légitiment assez bien cette hypothèse. On voit communément, au bout de quelques heures, aux troubles de l'estomac succéder ceux de l'intestin. Le météorisme s'étend aux régions de l'ombilic, des hypocondres et de l'hypogastre. Des sensations, plutôt pénibles que réellement douloureuses, apparaissent en quelques régions de la cavité abdominale. M. Ziems-sen et M. Glénard attribuent ces sensations au passage plus difficile des gaz à travers certains points relativement plus étroits du trajet de l'intestin. L'expulsion par l'anus de ces gaz intestinaux produit, comme l'éruclation, un soulagement marqué.

La constipation est à peu près la règle, même dans le premier degré de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. Ce n'est guère que dans quelques cas rares, et tout à fait au début, que les évacuations restent, sinon en réalité, du moins en apparence, normales et régulières. Elles peuvent être insuffisantes et il peut y avoir constipation, bien que le patient aille à la garde-robe tous les jours. Il n'est pas rare de voir la constipation s'établir dès le début et devenir promptement opiniâtre et rebelle à la plupart des médicaments ordinaires, particulièrement à l'usage prolongé des purgatifs. Des patients restent ainsi trois, quatre jours, et même davantage, sans aucune évacuation. Une de mes malades, neurasthénique de longue date, ne va pas à la selle plus de qua-

tre ou cinq fois par mois, et cela depuis des années. Les matières sont dures, sèches, en forme de scybales ou de très petits cylindres, quelquefois accompagnées d'une petite quantité de matières diarrhéiques, muqueuses ou sanguinolentes. Ces troubles de la défécation sont bien la preuve de la diminution des sécrétions et de l'atonie motrice du gros intestin. Quand elle est très prononcée et invétérée, la constipation est un signe fâcheux, qui aggrave le pronostic de la dyspepsie nerveuse et en rend le traitement plus difficile et plus aléatoire.

Dans le premier degré de l'atonie gastro-intestinale, ces troubles des fonctions digestives restent un certain temps compatibles avec un état de santé relativement satisfaisant; la nutrition souffre peu, et le patient conserve son poids ou ne subit qu'un léger amaigrissement. Il en est tout autrement dans certaines circonstances, par exemple lorsque des symptômes neurasthéniques intenses se sont brusquement développés sous l'influence d'une cause déprimante, ou bien encore lorsque les symptômes de la dyspepsie nerveuse durent déjà depuis longtemps. C'est alors le second degré ou la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. L'absorption semble aussi compromise que les sécrétions et la motricité de l'estomac et de l'intestin. La nutrition générale subit une profonde atteinte. Les patients perdent leurs forces, pâlisent et maigrissent. Ces troubles de la nutrition générale et cet amaigrissement constituent le signe le plus

apparent, et d'ailleurs le plus caractéristique, du second degré de l'atonie gastro-intestinale. J'ai vu des hommes qui, auparavant robustes et d'un certain embonpoint, perdaient en cinq au six mois jusqu'à huit et dix kilogrammes de leur poids. La peau devient sèche et terreuse, et le visage prend une expression de langueur non moins caractéristique. Au premier aspect de ces malades, ainsi frappés de la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale, on ne peut se défendre de l'idée d'une affection organique grave, surtout de l'idée du cancer de l'estomac, d'autant plus que cet état résiste fort souvent au traitement, et que, malgré les médications les mieux appropriées, il peut arriver que le dépérissement reste stationnaire ou même progresse encore pendant plusieurs mois.

J'ai rarement vu ces neurasthéniques amaigris, ces pseudo-cancéreux, reprendre aisément leur embonpoint primitif; chez eux, on ne peut guère obtenir que des améliorations lentement progressives, et les rechutes, du moins si j'en juge par mes observations personnelles, se produisent avec une déplorable facilité. Ces désordres gastro-intestinaux purement nerveux et qui cependant troublent si profondément la nutrition générale, sont souvent aussi le point de départ de conceptions hypocondriaques, et il est remarquable que, chez ces malades, la crainte d'une mort prochaine et les accès de désespoir sont beaucoup plus prononcés que chez la plupart des véritables cancéreux.

Deux complications sont assez communes, on pourrait même dire constantes, dans cette forme grave de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique, l'entérite glaireuse et la dilatation de l'estomac ou plutôt le complexus anatomo-pathologique que M. Glénard nous a fait connaître et qu'il désigne du nom d'entéroptose.

L'entérite ou mieux la colite glaireuse ou pseudo-membraneuse est une conséquence de la constipation ; du moins elle est toujours associée à l'atonie du gros intestin. Les matières fécales, desséchées par un séjour prolongé dans les ampoules du cæcum et du côlon, y provoquent une inflammation chronique de la membrane muqueuse. De là la sécrétion d'un produit pathologique, en grande partie composé de mucus, qui s'épaissit parfois en plaques plus ou moins étendues, et qui reste plus ou moins adhérent à la muqueuse qui le sécrète. — Cet état du gros intestin se traduit par des douleurs spontanées ou provoquées. La pression sur le trajet du gros intestin produit des sensations pénibles ou même douloureuses, particulièrement au niveau du cæcum, du coude droit du colon et de l'S iliaque. Les douleurs spontanées apparaissent à des intervalles plus ou moins éloignés, sous forme de coliques qui n'aboutissent pas toujours à l'expulsion des matières fécales. Ces coliques peuvent rester très modérées ; mais elles prennent parfois une grande intensité et simulent les douleurs violentes de la colique hépatique ou de la colique néphrétique. — Les matières fécales ont un

aspect particulier. Elles sont formées de petites masses dures, mêlées à des matières liquides et mélangées de mucosités plus ou moins abondantes. Ces mucosités adhèrent souvent aux boules fécales et sont quelquefois tachées de stries sanguinolentes. Elles sont aussi isolées et forment des masses glaireuses, comparables à du blanc d'œuf; ou bien, plus consistantes, elles se présentent sous forme de filaments, de bandelettes, de rubans, longs de plusieurs centimètres, et que bon nombre de malades prennent pour de véritables tœnias. — Ces masses glaireuses sont assez souvent expulsées au milieu d'une crise de pseudo-diarrhée, tout à la fois douloureuse et fébrile. La fièvre peut être assez intense, s'élever jusqu'à 40° et durer plusieurs jours. Chez une de mes malades, dont les crises se répètent trois ou quatre fois par an, la température s'est élevée jusqu'à 41°. Les masses glaireuses ainsi évacuées peuvent être considérables et les évacuations en être presque exclusivement composées. Elles flottent alors dans un liquide séreux, bilieux, quelquefois sanguinolent. Il semble que l'accumulation des concrétions à la surface de la muqueuse du gros intestin y provoque de temps en temps une fluxion congestive intense qui aboutit au détachement et à l'expulsion en masse des pseudomembranes. Cette élimination brusque de concrétions plus ou moins adhérentes s'accompagne probablement de la production de quelques érosions à la surface de la muqueuse, comme en témoigne la présence fréquente d'un peu de sang

dans les évacuations, et il est vraisemblable que l'accès fébrile est dû à l'absorption, au niveau de ces érosions, de produits septiques provenant des fermentations intestinales. On sait d'ailleurs que la simple constipation s'accompagne parfois d'un mouvement fébrile justifiable sans doute de la même interprétation (1). Cette fièvre des crises de l'entérite glaireuse peut durer plusieurs jours et simuler celle de la dothiéntérie, d'autant plus facilement que la diarrhée ne cesse pas aussitôt après l'expulsion des masses glaireuses. — L'entérite glaireuse est une complication, sinon réellement grave, du moins très tenace et rebelle au traitement. Elle persiste souvent pendant des années et ne peut être améliorée que par un traitement et une hygiène alimentaire longtemps prolongés.

Dans le premier degré de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique, la sonorité de l'estomac est, après le repas, un peu plus étendue qu'à l'état normal. Mais ce n'est pas là une véritable dilatation de l'estomac, ou plutôt cette dilatation est passagère; à l'état de vacuité, hors du temps de la digestion, l'estomac n'a point perdu sa tonicité; il reprend les dimensions physiologiques. Le deuxième degré de l'atonie gastro-intestinale s'accompagne, au contraire, le plus souvent d'une dilatation véritable, c'est-à-dire permanente, de l'estomac. Cette complication survient dans deux

---

(1) POTAIN, *Semaine médicale*, 14 août 1889 : Leçon sur la constipation.

conditions différentes. Tantôt elle s'établit rapidement, et peut être constatée quelques mois seulement après le début des symptômes neurasthéniques ; il semble alors qu'il s'agisse vraiment d'une sorte de dilatation aiguë, causée par une perturbation soudaine et profonde de l'innervation motrice de l'estomac. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, la dilatation permanente s'établit lentement, progressivement, et n'est définitivement constituée que plusieurs années après l'apparition des premiers symptômes dyspeptiques ; elle est alors imputable à ces dilatations temporaires qui suivent chaque repas et qui, sans cesse et longtemps répétées, finissent par épuiser la tonicité des fibres musculaires. — Je n'ai pas à retracer ici tous les signes de la vraie dilatation. L'estomac contient toujours des gaz et des liquides ; il n'arrive jamais à l'état de vacuité complète. Aussi, même quand on examine le patient aussi loin que possible des repas, on constate encore le bruit de clapotement. Il n'est pas rare que ce bruit soit perçu fort au-dessous de l'ombilic, et même jusqu'au voisinage de la crête iliaque. Malgré l'atonie bien plus complète des tuniques musculaires, le météorisme de la région sus-ombilicale est bien moins prononcé que dans le premier degré de l'atonie gastro-intestinale ; le plus souvent même, la paroi abdominale est plutôt flasque et déprimée. — Les patients éprouvent quelquefois à l'épigastre des sensations de crampe pénibles ou même réellement douloureuses, correspondant à des contractions de l'estomac dilaté ; mais ces

sensations et ces contractions n'ont jamais ni la fréquence ni l'intensité qu'elles présentent dans les cas où la dilatation est due à un rétrécissement du pylore. — Il y a deux espèces de vomissement chez les neurasthéniques dilatés. L'un survient immédiatement ou très peu de temps après le repas; il est composé d'aliments et de liquides ingérés pendant le repas; le plus souvent il est peu copieux et le patient ne rend que quelques gorgées, rarement le quart ou la moitié des ingesta; c'est cependant un signe fâcheux; on ne le rencontre que dans les formes sévères de la dyspepsie nerveuse, et il contribue, quand il se renouvelle souvent et longtemps, à augmenter l'amaigrissement et la perte des forces. L'autre vomissement est plus tardif; il apparaît trois ou quatre heures après le repas; il est à peu près exclusivement composé de liquide aqueux ou glaireux; c'est le vomissement propre à la dilatation gastrique permanente; on l'observe à peu près dans toutes les formes de cette affection. Accidentellement, les matières vomies ont une odeur désagréable et une réaction acide. Ces accès de dyspepsie acide sont dus à des fermentations acides, favorisées par la dilatation elle-même et l'insuffisance des sécrétions gastriques.

Avec la dilatation de l'estomac coïncide presque constamment ce complexe anatomo-pathologique des viscères abdominaux qui a reçu de M. Glénard le nom d'entéroptose. — Le relâchement, le défaut de tonicité de la paroi abdominale joue un rôle important dans ce complexe de l'enté-

roptose. Ce relâchement de l'enceinte abdominale est en partie causé par l'amaigrissement, lequel, quand il est poussé à un certain degré, et surtout chez les malades auparavant doués d'un certain embonpoint, amène la résorption des masses graisseuses, non seulement dans la paroi abdominale elle-même, mais aussi dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et dans les replis du péritoine. Chez la femme, une autre cause très efficace concourt au même résultat, à savoir la répétition des grossesses qui distendent outre mesure les muscles et les aponévroses, jusqu'à produire l'éraillage de la ligne blanche et même une véritable éventration. La paroi abdominale amaigrie, relâchée, s'affaisse de plus en plus ; quand le patient est assis, la région hypogastrique proémine et tend à tomber sur les cuisses ; quand, au contraire, il est couché, le ventre est plat, élargi dans les flancs, et, si l'amaigrissement est poussé très loin, l'abdomen se creuse en bateau, presque comme dans la méningite tuberculeuse. De cette atonie de la paroi résulte une diminution de la tension intra-abdominale, laquelle favorise à un haut degré le prolapsus de la plupart des viscères, l'estomac, l'intestin, les reins, le foie. — A cette influence nocive de l'hypotension abdominale, si bien mise en lumière par M. Glénard, il faut encore ajouter, chez la femme, l'usage du corset toujours trop serré, qui comprime les viscères contenus dans les hypocondres et les chasse mécaniquement vers les régions plus déclives de la cavité abdominale. Aussi le complexe de l'enté-

roptose est-il, en raison de la grossesse et de l'abus du corset, bien plus souvent observé chez les femmes que chez les hommes neurasthéniques. M. Ziemssen a bien mis en évidence, à l'aide de moules reproduisant la configuration de l'estomac chez des femmes de divers âges, la situation de plus en plus vicieuse que donne à cet organe la constriction exagérée et prolongée de la taille par l'abus du corset : la portion pylorique s'abaisse, le grand axe tend à devenir de plus en plus vertical, de là un obstacle de plus en plus marqué à l'évacuation de la masse alimentaire à travers l'orifice pylorique. — L'intestin n'est plus dilaté par l'excès des gaz, comme dans le premier degré de l'atonie gastro-intestinale ; il est au contraire habituellement rétracté, diminué de calibre, et cet état fait évidemment obstacle à la progression régulière et à l'absorption des liquides intestinaux. Cette diminution du calibre de l'intestin peut être attribuée à des troubles de l'innervation, au ralentissement des sécrétions, peut-être à un état spasmodique habituel des fibres circulaires de la tunique musculuse. Ainsi privées du soutien des masses gazeuses qui les distendent plus ou moins à l'état normal, les anses intestinales tendent à s'affaisser vers les régions déclives de la cavité abdominale. Ces prolapsus sont plus communs et plus faciles à constater pour certaines portions du trajet intestinal, moins étroitement fixées par les replis et les ligaments du péritoine ; tels sont le cæcum, l'S iliaque et surtout le colon transverse. Ces segments vides et affaissés du gros

intestin peuvent être facilement sentis, à travers la paroi abdominale amaigrie, sous forme de cordons qui roulent sous le doigt. M. Glénard a le premier appelé l'attention sur ce prolapsus de l'intestin; il en a donné une description saisissante et dont il est facile de vérifier l'exactitude. — Le foie descend plus ou moins au-dessous du rebord des fausses côtes, et cet abaissement, bien plus commun chez la femme que chez l'homme, est encore en majeure partie imputable à l'abus du corset. — Le prolapsus des reins accompagne fort souvent celui de l'intestin et porte particulièrement sur le rein droit. La palpation méthodique de l'hypocondre, suivant l'ingénieux procédé de M. Glénard, permet aisément à une main un peu exercée de reconnaître que le rein tend à quitter sa loge et à s'abaisser plus ou moins dans la cavité abdominale. Cette ectopie rénale est plus prononcée chez la femme que chez l'homme; là encore nous retrouvons l'influence fâcheuse du corset. Lorsque le prolapsus du rein est poussé très loin, il peut arriver que, dans un déplacement extrême, causé par un effort ou même par la station verticale prolongée, l'uretère subisse une coupure prononcée qui l'oblitére, suspend l'excrétion urinaire et devient ainsi la cause d'un accès d'hydronéphrose intermittente. Ces accès très douloureux simulent la colique néphrétique calculuse ou la colique hépatique. Assurément cet accident est rare. Il mérite cependant de prendre place parmi les paroxysmes douloureux dont souffrent de temps en temps les neurasthéniques atteints

de la forme grave de l'atonie gastro-intestinale.

Tels sont les troubles digestifs les plus communs qu'on peut observer dans la neurasthénie. On voit par la description qui précède de combien de symptômes divers se compose le syndrome de la dyspepsie nerveuse. Je crois surtout très fondée, et très justifiée par l'analyse des faits cliniques, la distinction des deux degrés de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. Au premier degré appartiennent des troubles purement fonctionnels et qui témoignent d'un amoindrissement des sécrétions et de la motricité dans l'estomac et l'intestin, sans qu'il en résulte cependant un trouble sérieux de la nutrition générale. Le deuxième degré est caractérisé par l'amaigrissement, la dilatation de l'estomac et le développement du complexus anato-mo-pathologique de l'entéroptose. Le passage du premier au second degré est plus ou moins rapide; nous avons vu que, dans quelques cas, les signes de la dilatation et de l'entéroptose sont déjà manifestes peu de temps après le début des symptômes neurasthéniques. Nous avons suivi l'enchaînement de tous ces désordres, depuis les troubles fonctionnels du premier degré jusqu'aux lésions anatomiques du second degré de l'atonie gastro-intestinale, et nous avons ainsi acquis la preuve que tous ces troubles digestifs, comme tous les autres symptômes neurasthéniques, sont dominés et provoqués par cette modification première des centres nerveux qui est la vraie caractéristique de l'épuisement nerveux.

Il me reste à faire connaître quelques troubles digestifs plus rares ou de moindre importance.

L'appétit est rarement régulier, le plus souvent très capricieux. Quelques neurasthéniques ont même une inappétence marquée et durable, soit générale, soit pour certains aliments, particulièrement pour la viande. L'anorexie peut être poussée à tel point, qu'elle rappelle celle du cancéreux. Chez d'autres malades, au contraire, la sensation de la faim existe pour ainsi dire à l'état permanent et ne disparaît pas entièrement après l'ingestion des aliments. Une de mes malades avait sans cesse une provision de pain auprès d'elle, et, toutes les quinze ou vingt minutes, elle en portait un morceau à sa bouche. Beard rapporte le cas d'un jeune neurasthénique qui ne pouvait s'endormir qu'à la condition d'avoir sur sa table de nuit un repas complet qu'il dévorait pendant la nuit. Enfin quelques malades, redoutant les malaises qui suivent l'ingestion des aliments, en réduisent de plus en plus la quantité et arrivent même à supprimer complètement un repas, le plus souvent celui du soir.

La soif est rarement vive; il est même remarquable que bon nombre de patients supportent facilement la diminution des boissons.

La langue est habituellement un peu chargée, et cet état suburral de la langue peut durer pendant des mois, sans être en aucune façon l'indice d'un véritable catarrhe de l'estomac.

La déglutition peut être gênée par un état spasmodique habituel de l'œsophage. Cette dysphagie

neurasthénique est cependant très rare. J'en ai rencontré un exemple chez un jeune homme de vingt ans que la fatigue physique, les privations et de vives préoccupations morales avaient conduit à l'épuisement nerveux. La dysphagie débuta subitement, sans cause appréciable. Un an plus tard le patient venait mourir de tuberculose aiguë dans mon service d'hôpital. Il n'existait aucune lésion de l'œsophage ni du médiastin pouvant expliquer la dysphagie, laquelle était vraisemblablement due à un état spasmodique de l'œsophage, développé sous l'influence de l'épuisement nerveux.

Le vomissement nerveux se rencontre quelquefois chez les jeunes neurasthéniques. Il est comparable au vomissement nerveux des hystériques. Je l'ai récemment observé chez une jeune fille de 16 ans, devenue neurasthénique à la suite d'une très vive émotion morale, et qui ne présente aucun stigmatisme hystérique. Nous retrouvons là un nouvel exemple de la difficulté qu'on éprouve à marquer la limite entre le domaine de l'hystérie et celui de la neurasthénie. Immédiatement après le repas, ou même pendant le repas, la malade vomit sans effort, sans état nauséux préalable, la majeure partie des aliments qu'elle vient d'ingérer. Il est difficile d'interpréter ce vomissement autrement que par l'existence d'une exagération habituelle de la sensibilité réflexe de la muqueuse gastrique, dont la moindre excitation, même physiologique, entraîne le rejet immédiat des matières alimentaires. Lorsque ces vomissements ner-

veux sont fréquents et abondants, ils troublent gravement la nutrition générale. La jeune fille à laquelle je fais allusion avait considérablement maigri en quelques mois; elle était pâle, avait le pouls petit et les extrémités froides; elle était à ce point affaiblie, qu'elle gardait le lit pendant la plus grande partie de la journée. Ce symptôme est extrêmement tenace; il résiste fort souvent à toute médication, et, comme l'anorexie hystérique, impose fréquemment la nécessité de l'isolement. Il peut arriver cependant qu'il cesse subitement, pour être remplacé par d'autres symptômes neurasthéniques.

Si la constipation est à peu près la règle chez les malades atteints d'épuisement nerveux, il y a cependant des troubles intestinaux précisément contraires; ce sont des diarrhées séreuses, survenant par accès subits, et alternant avec des évacuations régulières ou des périodes de constipation. J'ai observé un exemple remarquable de cette névrose intestinale chez un homme de 40 ans, neurasthénique depuis l'adolescence. De temps en temps, inopinément, sans cause appréciable, sans qu'il puisse mettre en cause un écart de régime, le patient est pris de coliques modérées, mais avec bruyants borborygmes et besoins pressants d'aller à la selle. En quelques heures, il évacue une grande quantité de liquide séreux, légèrement teinté par la bile. Pendant cette crise diarrhéique aiguë qui dure deux ou trois heures, la percussion et la succussion de l'abdomen provoquent un bruit de clapotement au niveau et au-

dessous de l'ombilic. La crise terminée, le malade est abattu pendant le reste de la journée, mais le lendemain il peut reprendre ses occupations. A l'époque où ces crises diarrhéiques étaient fréquentes, il n'y avait pas d'autres troubles digestifs bien manifestes; depuis quelques années, elles sont devenues beaucoup plus rares, et ce fait a coïncidé avec le développement du premier degré de l'atonie gastro-intestinale. Il est bien probable que le flux intestinal subit est dû à une dilatation aiguë et d'origine nerveuse des artérioles mésentériques; de là une hyperhémie intense mais passagère de la muqueuse et une abondante transsudation séreuse dans la cavité de l'intestin. Ce n'est là que l'exagération d'un phénomène assez commun chez les jeunes gens qui, sans être neurasthéniques, sont cependant doués d'une certaine émotivité; ils sont pris de diarrhée sous l'influence d'une émotion un peu vive. On conçoit très bien que cette perturbation de l'innervation vaso-motrice de l'intestin puisse s'élever jusqu'aux proportions de la crise intense que je viens de décrire, chez un homme depuis longtemps atteint d'épuisement nerveux.

M. Cherschewsky (1) a récemment appelé l'attention sur une autre névrose de l'intestin, également observée dans le cours de la neurasthénie, et qui peut être envisagée comme une sorte d'iléus nerveux. Tous les malades, dont il rapporte les observations et qui forment la base de

---

(1) *Revue de médecine*, 1883, p. 878 et 1033.

son travail, sont, comme il le signale expressément lui-même, de véritables neurasthéniques.

Chez la plupart de ces malades, les troubles digestifs sont habituellement peu prononcés ou même font défaut. Mais l'épuisement nerveux se manifeste par des symptômes cérébraux et médullaires très caractéristiques, l'émotivité, la dépression, l'insomnie, la céphalée, les douleurs dans les membres et dans le dos, la faiblesse des jambes. L'accès de cette névrose de l'intestin consiste essentiellement dans le développement rapide de phénomènes d'obstruction intestinale, survenant le plus souvent à la suite d'un travail intellectuel exagéré, d'une fatigue physique ou encore d'une préoccupation morale vive où domine le sentiment de la responsabilité. La crise elle-même est précédée d'un signe prémonitoire, auquel l'auteur attache une grande valeur, soit au point de vue du diagnostic, soit à celui de l'interprétation des symptômes. C'est une modification constante des matières fécales qui, dans les quelques jours qui précèdent la crise, deviennent de plus en plus étroites, comme passées à la filière, jusqu'à ne plus avoir que le calibre d'un crayon. L'accès éclate soudainement. Le patient est pris de douleurs abdominales, surtout dans les hypochondres, au-dessous des fausses côtes ; puis survient un énorme ballonnement du ventre. Le météorisme est général, mais en certains points il paraît plus prononcé, et ces sortes de tuméfactions gazeuses se déplacent dans la cavité abdominale. Les douleurs, les coliques deviennent de plus en

plus vives et générales. Puis apparaissent des nausées et des besoins d'aller à la selle, besoins que le patient ne peut satisfaire. L'extrême ballonnement du ventre trouble la respiration qui devient haletante et superficielle. Les battements du cœur sont ralentis, et le ventricule droit se dilate; de là une certaine cyanose de la face et des extrémités. Accablé par toutes ces sensations douloureuses, le patient est profondément déprimé, et quelquefois il est pris d'évanouissements. Les purgatifs aggravent toujours la situation et ne triomphent pas de la constipation, laquelle cède au contraire à l'emploi des narcotiques et surtout de la codéine. L'accès dure de quelques heures à plusieurs jours, une semaine dans quelques cas. Il cesse aussi brusquement qu'il avait débuté, et la terminaison en est annoncée par d'abondantes évacuations. — Dans les commentaires dont il accompagne ses observations l'auteur insiste sur le caractère purement nerveux de ces troubles fonctionnels, trop souvent attribués à une entérite chronique qui n'existe pas. Il s'agirait très vraisemblablement d'un état spasmodique de l'intestin, pouvant aller jusqu'à réaliser l'occlusion complète. Les symptômes observés avant et pendant la crise légitiment assez bien cette interprétation; tels sont en particulier le début et la cessation brusques des phénomènes de l'occlusion, l'amincissement graduel du bol fécal qui précède toujours la crise et permet d'en prévoir l'explosion prochaine, enfin la mobilité des tumeurs gazeuses qui, pendant la crise, se

déplacent d'une région à l'autre de la cavité abdominale. M. Cherchewsky présume que cette singulière névrose intestinale est assez commune chez les neurasthéniques ; cependant je ne l'ai pas encore rencontrée, bien que j'aie déjà vu et suivi longtemps un certain nombre de malades atteints d'épuisement nerveux.

*Troubles de l'appareil génital.* — Dans le chapitre de l'étiologie, nous avons vu que des troubles fonctionnels ou des lésions, généralement superficielles, des organes génitaux, peuvent être, chez l'homme comme chez la femme, le point de départ du développement des symptômes neurasthéniques. J'ai décrit les caractères principaux de cette forme de l'épuisement nerveux d'origine génitale, et j'ai montré que cette forme est vraiment peu commune, les troubles génitaux étant bien plus souvent la conséquence que la cause de l'état neurasthénique.

On observe quelquefois, chez les jeunes gens atteints d'épuisement nerveux, une excitabilité anormale des organes génitaux. Une excitation très minime, une pensée érotique toute passagère, suffit à produire une érection très prompte et durable, et, pendant le coït, les sensations voluptueuses et l'éjaculation se produisent avec une extrême rapidité. Mais les symptômes de dépression sont plus communs. Ce sont les pertes séminales, indices de l'atonie des vésicules séminales, et, à une période plus avancée, l'impuissance. Cependant l'impuissance est quelquefois précoce ; elle peut se montrer déjà chez des hom-

mes neurasthéniques jeunes, et dont les préoccupations hypocondriaques sont habituellement fixées sur l'appareil génital. — Un jeune homme de vingt-sept ans, neurasthénique héréditaire, sous prétexte de diathèse urique, s'était soumis à un régime débilitant, ne buvant que de l'eau et mangeant très peu de viande. Il était fiancé. Deux mois avant son mariage, il fut tourmenté de cette pensée que, le moment venu, il lui serait impossible de s'acquitter de ses nouvelles fonctions; sous l'influence de cette idée triste, les érections devinrent de plus en plus rares et incomplètes, puis cessèrent entièrement. Un régime plus substantiel, aidé d'un traitement purement moral, suffit à lui rendre ce qu'il croyait avoir définitivement perdu. — En général, l'impuissance est un symptôme grave, non seulement parce qu'elle est un des symptômes neurasthéniques les plus tenaces et les plus rebelles, mais surtout parce qu'elle est habituellement le point de départ de préoccupations hypocondriaques excessives, qui troublent profondément l'existence du patient, aggravent l'épuisement nerveux, et même font naître la pensée du suicide. Aussi le rétablissement de la fonction génitale est-il un signe éminemment favorable, et qui très souvent est le signal d'une amélioration durable de tous les autres symptômes neurasthéniques.

*Troubles des voies urinaires.* — Beard a fait une étude particulière de la sécrétion urinaire chez les neurasthéniques. Il signale la fréquence de l'oxalurie. Il y a longtemps que Prout, Begbie

et Bird ont décrit une diathèse oxalique, comparable à la diathèse urique, et à laquelle ils attribuent le développement d'un certain nombre de symptômes nerveux, tels que la dépression, l'émotivité, la fatigue musculaire précoce, la tendance aux préoccupations hypocondriaques. Il est bien probable que cette interprétation est erronée et que la proposition doit être renversée. Ces troubles nerveux sont de nature neurasthénique, et l'oxalurie doit être considérée, ainsi que le veut Beard, comme un autre symptôme de l'épuisement nerveux.

D'après Beard, l'urine des neurasthéniques, toujours acide, contiendrait fréquemment un excès d'urates et d'acide urique. Il y aurait lieu de multiplier ces observations. J'ai fait analyser l'urine d'un certain nombre de mes malades, et j'ai été surpris d'y trouver, même chez des femmes dont l'alimentation était depuis longtemps restreinte, une proportion d'acide urique égale et même supérieure à la moyenne physiologique. Deux fois, ce résultat de l'analyse chimique avait convaincu le malade et son médecin que les douleurs du dos et des membres étaient de nature goutteuse.

La neurasthénie prédispose aux congestions viscérales. Parmi ces congestions d'origine nerveuse, Beard range la congestion rénale, et cette congestion pourrait s'accompagner d'albuminurie. Il y aurait donc une albuminurie neurasthénique. L'auteur américain avance même que cette congestion, si elle persiste longtemps, peut être l'origine d'un véritable mal de Bright. J'ai ob-

servé une seule fois l'albuminurie parmi mes malades atteints d'épuisement nerveux. Il s'agissait d'une femme, chez laquelle prédominaient les troubles digestifs et les symptômes de l'irritation spinale. Il n'y avait aucun signe positif de néphrite interstitielle ou de néphrite parenchymateuse, et l'albuminurie disparut entièrement, en même temps que survint une amélioration très marquée de tous les autres symptômes neurasthéniques. On a signalé l'albuminurie dans certaines affections organiques du système nerveux, telles que les lésions du bulbe et l'ataxie locomotrice, et il est probable que ces affections organiques engendrent l'albuminurie par l'intermédiaire d'un trouble de la circulation rénale. L'interprétation de Beard serait donc vraisemblable; cependant la pathogénie des albuminuries sans lésion du rein est encore contestée, et il est prudent, je crois, de garder une grande réserve sur cette question de l'albuminurie et de la néphrite d'origine neurasthénique.

*Troubles des voies respiratoires.* — Nous avons vu que la plupart des états d'anxiété s'accompagnent d'une modification du rythme respiratoire, quelquefois d'une sorte de dyspnée nerveuse. Des accès analogues surviennent également sans état d'anxiété, et les malades se croient atteints d'asthme ou de bronchite. Chez des femmes neurasthéniques amaigries, souffrant de douleurs intercostales, une toux sèche, fréquente, pénible, le plus souvent à point de départ pharyngé, donne l'image trompeuse d'un début de

phtisie pulmonaire. Beard signale encore des accès de bâillement, comparables, sauf l'intensité, au bâillement hystérique. Il a également observé un caractère particulier de la voix, propre aux femmes atteintes de neurasthénie invétérée. La voix est faible, confuse, traînante. Une de mes malades, neurasthénique qui depuis deux ans n'a pas quitté son lit, présente à un haut degré ce caractère de la voix. On dirait que prononcer quelques paroles lui cause une fatigue extrême. Les mots sont articulés lentement, péniblement, souvent scandés syllabe par syllabe, et parfois la malade s'arrête au milieu d'un mot, comme s'il lui était absolument impossible d'aller plus loin.

## VI

### ASSOCIATIONS DIVERSES DES SYMPTOMES.

#### MARCHE DE LA NEURASTHÉNIE

J'ai décrit les principales formes cliniques de l'épuisement nerveux, particulièrement considérées au point de vue étiologique ; ce sont les formes féminine, traumatique et héréditaire. Il y a beaucoup d'autres formes de la maladie, celles-ci fondées sur les associations diverses des symptômes et la prédominance de certains troubles fonctionnels. Elles ne pouvaient être signalées qu'après l'étude des symptômes neurasthéniques.

Il y a lieu d'abord de distinguer une forme cérébrale et une forme médullaire.

Dans la forme cérébrale ou *cérébrasthénie*, les symptômes prédominent du côté du cerveau, et les centres médullaires sont médiocrement ou même ne sont pas du tout intéressés. Cette forme s'observe particulièrement chez les hommes épuisés par l'excès du travail intellectuel, chez ceux que l'hérédité et des passions déprimantes prolongées conduisent à l'affaiblissement durable du système nerveux. La céphalée, la sensation de constriction céphalique, la douleur à la nuque, la dépression morale, l'émotivité, les symptômes d'excitabilité des sens, surtout de la vue et de l'ouïe, l'exacerbation de tous les malaises sous l'influence d'un effort intellectuel, les états d'anxiété, l'affaiblissement de la mémoire et de la volonté, souvent le second degré de l'atonie gastro-intestinale avec constipation très prononcée, quelquefois aussi des troubles de la sensibilité générale, comme les sensations de fourmillement dans les membres, ou bien des troubles de la motilité, comme les crampes subites au moment de s'endormir, tels sont les symptômes le plus communément observés dans les cas de *cérébrasthénie*. Assurément tous ces phénomènes ne se rencontrent pas ensemble chez le même malade. Ils s'associent, se combinent de diverses façons, sans qu'il soit d'ailleurs possible de saisir aucune loi dans ces nombreuses associations.

Voici quelques exemples : — Un homme de quarante ans, neurasthénique probablement hém-

réculaire, a souffert de migraines pendant l'adolescence. C'est à la suite de grandes préoccupations d'affaires et d'un travail excessif, que sont apparus les symptômes de l'épuisement nerveux. Il a une céphalée habituelle avec douleur à la nuque; l'insomnie est fréquente, et le sommeil souvent troublé par des rêves. L'atonie gastro-intestinale présente les symptômes du premier degré; il n'y a pas d'amaigrissement. Enfin le patient a la peur de l'espace, à ce point qu'il ne peut plus traverser la rue qu'il habite. — Un ouvrier adulte est devenu neurasthénique à la suite de pertes d'argent et de chagrins de famille. Celui-là souffre depuis des années d'une céphalée tellement intense, qu'elle a fait croire à l'existence d'une tumeur cérébrale. L'incapacité pour le travail est absolue; dès qu'il veut reprendre sa profession, la céphalée s'exaspère encore. Il est devenu irritable, capricieux; il n'a plus ni courage ni volonté. Il ne sort guère, car, hors de chez lui, il est souvent atteint d'accès vertigineux. L'atonie gastro-intestinale a dépassé le premier degré; l'amaigrissement est très prononcé, le ventre affaissé, l'estomac très dilaté. — Un homme de lettres s'est surmené pendant de longues années, écrivant beaucoup, s'occupant activement de la rédaction et de la direction de plusieurs journaux, prenant une part très vive aux luttes politiques. La santé générale n'a pas souffert; l'embonpoint est notable, le visage frais et coloré. Cet homme a de la peine à faire croire qu'il est réellement malade. Cependant il a dû renoncer à toutes ses

occupations. Il a des vertiges, parfois très violents, surtout le matin à jeun, dès qu'il sort de son lit. Il ne peut plus écrire quelques lignes sans éprouver une fatigue cérébrale extrême. Il se plaint d'une douleur constante à la nuque. Pendant plusieurs mois, il a souffert d'insomnie. L'élocution est devenue pénible ; elle était autrefois facile et même brillante. Dans une réunion, où jadis il jouait le rôle actif, il évite de prendre la parole. A chaque instant il est assailli d'idées hypocondriaques ; chaque nouveau malaise lui ramène la crainte d'une nouvelle maladie. Il redoute surtout une maladie du cœur ou du cerveau. Le repos complet, le séjour prolongé à la campagne et l'hydrothérapie à dose modérée ont notablement amélioré son état. — Un homme d'affaires est devenu neurasthénique à la suite de vives émotions et de très grands revers de fortune qui l'ont jeté dans une de ces situations précaires où l'amour-propre est exposé à d'incessantes tribulations. Chez lui, la maladie dure depuis deux ans, et, pour combattre sa dépression habituelle, il s'est laissé aller à abuser de l'alcool. Il a des mouches volantes, des éblouissements subits, une douleur continue à la nuque, des bourdonnements et des sensations de battements dans les oreilles, des accès de dépression morale profonde pendant lesquels il se croit atteint d'un mal incurable, des vertiges subits, une extraordinaire émotivité, une tendance étrange à l'exagération des sentiments affectifs, à ce point que le retour de son frère, absent depuis quelques

jours, lui cause un accès de véritable ivresse. Cependant les facultés intellectuelles sont peu touchées, du moins au dire du malade ; le travail est encore possible et la mémoire ne paraît pas diminuée. Tous les symptômes, et particulièrement la dépression morale, s'aggravent d'une façon remarquable à l'approche des temps orageux.

Dans la *myélasthénie* ou forme spinale de l'épuisement nerveux, les phénomènes morbides dominant du côté de la moelle épinière et des nerfs périphériques. L'appareil génital est souvent intéressé. Les principaux symptômes sont : la rachialgie, l'hyperesthésie de la colonne vertébrale, quelquefois limitée à la région cervicale ou à la région sacrée, les douleurs névralgiques du thorax, celles des membres, les fourmillements, les crampes dans les extrémités, l'impotence motrice et la sensation d'effondrement des membres inférieurs, la spermatorrhée, l'impuissance, le refroidissement des mains et des pieds, les troubles de l'innervation vaso-motrice, ceux des sécrétions muqueuses et cutanées. L'atonie gastro-intestinale est à des degrés divers associée à la myélasthénie, comme elle l'est à la cérébrasthénie.

On peut aussi distinguer plusieurs types cliniques de l'épuisement nerveux intéressant particulièrement ou même exclusivement les centres médullaires. — Dans certains cas, ce qui domine, ce sont les douleurs dans le dos, la rachialgie, l'hyperesthésie de la colonne vertébrale, les douleurs névralgiques intercostales, abdominales, lombo-abdominales. Ce syndrome neurasthénique

que est fréquemment observé chez la femme ; il correspond à ce qu'on a longtemps décrit sous le nom d'irritation spinale. — Un autre type est représenté par la prédominance des troubles génitaux. On l'observe surtout chez les hommes qui, pendant l'adolescence, se sont livrés à la masturbation et chez les jeunes mariés qui abusent des plaisirs sexuels. Le patient est atteint de spermatorrhée, de pollutions nocturnes et quelquefois d'impuissance. Il éprouve des sensations de faiblesse dans les reins, et même de véritables douleurs, avec irradiations dans les membres inférieurs. Souvent aussi ces membres sont frappés d'une impotence motrice plus ou moins prononcée. La marche, même modérée, provoque une extrême sensation de lassitude. A cette forme de myélasthénie s'ajoutent encore des symptômes cérébraux, tels que la céphalée, la dépression morale, l'inaptitude au travail, la diminution de la mémoire. — Chez les femmes, la myélasthénie provoque aussi, et plus souvent même que chez l'homme, des troubles nerveux dans la sphère génitale. Ces malades souffrent de névralgies lombo-abdominales, de rachialgie, de douleurs dans le ventre, utérines et péri-utérines, de prurit vulvaire, de vaginisme. La plupart des douleurs périutérines procèdent vraisemblablement de l'ovaire, et cette ovarialgie, sans que l'examen révèle aucune lésion appréciable, acquiert parfois une certaine intensité. La marche un peu prolongée, puis la marche même modérée, et finalement la seule station verticale augmentent les

douleurs abdominales, à ce point que la patiente cesse de marcher, de se tenir debout, et finit par renoncer à toute activité pour rester définitivement étendue dans son lit ou sur une chaise-longue. — Un autre type de la myélasthénie, celui-là plus commun chez l'homme, est remarquable par l'analogie trompeuse qu'il présente avec le stade préataxique de l'ataxie locomotrice. C'est le groupe des pseudo-ataxiques. Les patients ressentent dans les membres inférieurs des accès de douleurs lancinantes, fulgurantes, comparables à celles qui signalent le début du tabès. Ils ont également des douleurs dans la région dorsale et autour de la base du thorax. Il est vrai que ces paroxysmes douloureux sont généralement moins intenses que ceux de l'ataxie locomotrice. Ils peuvent durer fort longtemps, dix ans chez un de mes malades, sans qu'on observe aucun signe de la sclérose des cordons postérieurs de la moelle épinière. Il n'y a pas d'anesthésie, pas de troubles oculaires, pas d'incoordination motrice, et les réflexes rotuliens sont plutôt exagérés que diminués. — Un autre type clinique de la myélasthénie simule le rhumatisme vague ou la goutte. La plupart de ces malades sont, en effet, longtemps considérés comme des rhumatisants ou des gouteux. Ils ont des douleurs un peu partout, dans le tronc, dans les membres, au niveau des articulations. Tantôt ces douleurs sont très vives, lancinantes mais de courte durée, comme certaines douleurs gouteuses ; tantôt elles se fixent d'une façon plus durable sur une jointure ou sur le tra-

jet d'un nerf, à la manière des douleurs rhumatismales. Un examen plus complet de ces patients révèle la nature véritable de leurs sensations douloureuses; ils ont aussi de la rachialgie, des accès de faiblesse des membres inférieurs, de l'atonie gastro-intestinale et même quelques symptômes cérébraux, tels que la céphalée, l'insomnie et l'inaptitude au travail intellectuel.

Il n'est pas indifférent, surtout au point de vue du traitement, de bien établir la distinction entre la cérébrasthénie et la myélasthénie, et Beard insiste avec raison sur l'importance pratique de cette distinction. Le même traitement ne convient pas indifféremment à l'une et l'autre forme de l'épuisement nerveux. L'exercice physique peut être utile au cérébrasthénique et fâcheux, au contraire, pour le myélasthénique. Dans toutes les formes de la myélasthénie, la marche, les mouvements soutenus des bras et des jambes, la station verticale prolongée sont mal supportés et aggravent quelquefois toutes les sensations pénibles et douloureuses. C'est souvent le contraire qu'on observe dans les cas de cérébrasthénie. Le malade conserve sa force musculaire; il peut se tenir longtemps debout et marcher sans fatigue exagérée; il recherche même le mouvement et se trouve parfois soulagé de ses souffrances cérébrales à la suite de quelque exercice physique. La conséquence de cette distinction, c'est qu'on peut conseiller le mouvement au cérébrasthénique, tandis qu'il peut être nécessaire de l'interdire au myélasthénique.

Béard a décrit une hémineurasthénie. A vrai dire il ne s'agit point là d'une forme particulière de l'épuisement nerveux. Sans doute l'auteur a voulu seulement signaler ce fait, à savoir que, chez quelques malades, les symptômes neurasthéniques ont une certaine tendance à rester prédominants dans l'une des deux moitiés du corps; tels sont la migraine, les douleurs névralgiques, les mouches volantes, les bourdonnements dans les oreilles. Il en est de même d'ailleurs dans l'hystérie, où cette tendance est encore bien plus accusée, témoin la fréquence des hémiplegies et surtout des hémianesthésies hystériques.

On est entré beaucoup plus loin dans cette voie, et l'on a distingué beaucoup d'autres formes de la neurasthénie. Ainsi on a décrit des neurasthénies cardiaque, génitale, gastro-intestinale, spasmodique, cérébro-cardiaque, névralgique, etc. Des distinctions de ce genre n'ont pas un grand intérêt pratique ni même théorique. Elles exposent à perte de vue cette perturbation générale et initiale du système nerveux, de laquelle procèdent tous les phénomènes morbides. D'ailleurs toutes ces formes cliniques ont peu de fixité; elles alternent souvent chez le même malade et restent d'ailleurs presque toujours associées à quelques-uns des stigmates neurasthéniques.

Dans la très grande majorité des cas, la neurasthénie est une maladie chronique à évolution très longue. Les nombreux symptômes que nous avons étudiés s'y succèdent suivant un ordre très variable. Cependant, sur un terrain préparé par l'héré-

dité, certaines causes occasionnelles font éclore certains troubles fonctionnels. Avec la puberté, apparaissent les migraines; un peu plus tard, l'activité des organes sexuels provoque des troubles nerveux dans la sphère génitale et des symptômes de myélasthénie; plus tard encore l'activité des facultés intellectuelles suscite le développement des divers symptômes de la cérébrasthénie. L'atonie gastro-intestinale, surtout dans la forme grave, ne se montre guère avant la période moyenne de la vie. Une fois que la neurasthénie a pris pleine possession du système nerveux, on peut voir se succéder les symptômes les plus divers dans tous les appareils. Il y a des périodes de rémission, spontanées ou dues au traitement, mais la fréquence des rechutes témoigne de l'atteinte sérieuse portée à l'équilibre du système nerveux. Enfin quelques symptômes, les douleurs névralgiques par exemple, présentent parfois une certaine périodicité.

*Forme aiguë de la neurasthénie.* — M. Bouchut est un des rares auteurs qui aient insisté sur la forme aiguë de l'épuisement nerveux. Dans son *Traité du Nervosisme*, il rapporte plusieurs observations, dont quelques-unes toutes récentes, où nous voyons la neurasthénie éclater subitement et durer quelques semaines seulement, sans qu'il soit possible d'établir le diagnostic d'une maladie aiguë autre que l'épuisement nerveux; quelquefois même le malade a succombé, sans que l'autopsie ait révélé aucune lésion matérielle appréciable. Sans doute, on peut bien faire quelques réserves sur la nature de ces cas terminés rapidement par

la mort ; cependant il n'est pas contestable qu'il existe bien véritablement une forme aiguë de la neurasthénie.

Une de mes observations en est un remarquable exemple. — Une jeune femme fait une chute dans laquelle le sein droit heurte contre un table. Quelques jours après, elle éprouve quelques douleurs dans le côté droit de la poitrine, et elle commence à croire qu'elle est menacée d'un cancer au sein. Bientôt cette idée se fixe dans son esprit et provoque un véritable état d'anxiété permanente. Elle souffre de la tête ; elle ne dort pas pendant deux semaines entières ; elle est prise de cauchemars, dès qu'elle ferme les yeux. Elle éprouve une fatigue extrême à se tenir debout. Quand on prononce devant elle le nom d'un chirurgien qu'elle doit consulter, elle est prise d'angoisse, de dyspnée, de palpitations, avec pâleur de la face et tremblement des membres. L'appétit est complètement perdu, la langue suburrale et la constipation très prononcée. Elle passe ses journées assise dans un fauteuil ou même couchée, redoutant le bruit et même la lumière, éprouvant une telle sensation de froid, qu'elle fait du feu en plein été et se blottit au coin de sa cheminée. A plusieurs reprises, elle est allée, en proie à son état d'anxiété, réveiller les personnes de sa famille, et réclamer le secours de leur présence. Cependant l'intelligence était intacte, sauf la dépression morale et l'inaptitude au travail intellectuel. Il n'y eut jamais de conceptions délirantes ; la malade acceptait les raisonne-

ments des siens et de son médecin ; elle reconnaissait même l'inanité de ses craintes. Cet état dura trois semaines, après lesquelles, sous l'influence d'un changement de milieu et d'un traitement purement moral, tous les symptômes ont disparu, ne laissant qu'un certain degré de prostration des forces.

Il me semble difficile de voir dans l'histoire de cette jeune femme autre chose qu'un exemple d'épuisement nerveux aigu, dont la cause réside dans une préoccupation morale intense. En effet, nous retrouvons dans cette observation tous les symptômes les plus caractéristiques de la neurasthénie commune, dont elle ne diffère que par une évolution remarquablement rapide.

## VII

### PRONOSTIC DE LA NEURASTHÉNIE

Le pronostic n'est pas réellement grave, du moins quant à la vie, dans la très grande majorité des cas. La neurasthénie par elle-même ne compromet pas l'existence, et les cas d'épuisement nerveux aigu terminés par la mort, s'ils ne sont pas susceptibles d'une autre interprétation, resteront toujours des exceptions fort rares.

On peut avancer que l'épuisement nerveux est au nombre des maladies chroniques dans lesquel-

les l'intervention médicale, bien conduite, possède une très réelle efficacité. Est-il cependant possible d'obtenir une véritable guérison? Quelques auteurs, parmi lesquels M. Arndt (1), ne le pensent pas; ils estiment que la neurasthénie, quand elle a pris possession du système nerveux, y imprime une modification profonde et désormais ineffaçable. Avec ou sans rémissions, le patient resterait neurasthénique jusqu'à la fin de ses jours. Mais M. Arndt a singulièrement élargi le cadre de la neurasthénie, et il lui suffit de troubles nerveux bien minimes, pour qualifier un homme de neurasthénique. La vérité est que beaucoup de formes acquises de l'épuisement nerveux peuvent entièrement guérir, et que, dans les cas dont on ne peut obtenir la guérison complète, les améliorations sont communes, souvent de longue durée, et équivalent presque à de véritables guérisons.

A cette proposition consolante il faut cependant apporter quelques restrictions. — Certains neurasthéniques, tourmentés par d'incessantes préoccupations hypocondriaques, en arrivent aux idées de suicide et parfois finissent par y succomber. — Quand l'épuisement nerveux a duré longtemps, le patient est affaibli, amaigri; il a une résistance moindre, et, comme tous les débilités, il peut facilement devenir la proie de la tuberculose ou de quelque maladie aiguë intercurrente. Cependant Beard fait observer que la neurasthé-

---

(1) R. Arndt. Die neurasthénie (Nervenschwäche) ihr Wesen, ihre Bedeutung und Behandlung. Leipzig 1885.

nie semble conférer une réelle immunité à l'égard des maladies infectieuses ; la fièvre typhoïde, les pyrexies exanthématiques et les pneumonies seraient exceptionnelles chez les patients frappés d'épuisement nerveux. — L'atonie gastro-intestinale est un symptôme commun à la plupart des états neurasthéniques. Lorsqu'elle dure depuis longtemps et qu'elle a dépassé le premier degré, elle trouble profondément la nutrition ; il existe même de véritables lésions des voies digestives, telles que la dilatation de l'estomac, le prolapsus et la rétraction de l'intestin. Or, l'atonie gastro-intestinale grave, en dehors de toute autre complication, peut aboutir à une terminaison fâcheuse. J'ai vu succomber ainsi un homme adulte, atteint d'une dilatation de l'estomac ancienne et considérable, et chez lequel il n'y avait ni ulcère ni cancer, mais seulement ces altérations de la muqueuse gastrique qui sont la conséquence de la dilatation elle-même.

Du reste, dans cette question du pronostic de la neurasthénie, il faut tenir compte des conditions étiologiques et des formes de la névrose. L'hérédité est certainement un élément d'aggravation du pronostic. Les neurasthénies héréditaires sont tenaces, rebelles au traitement, et d'autant plus que les antécédents sont plus chargés. C'est à ces formes héréditaires que peut être justement appliqué le sombre pronostic de M. Arndt ; elles durent, en effet, aussi longtemps que les patients eux-mêmes. La modification qu'imprime l'hérédité au système nerveux est tellement intime et

profonde, que toutes les médications sont impuissantes à en rétablir l'équilibre irrémédiablement perdu.

La longue durée de la maladie est une autre condition fâcheuse, du moins au point de vue d'une véritable guérison. Lorsque depuis des années le patient a descendu degré par degré la pente fatale de l'épuisement nerveux, il devient extrêmement difficile, et trop souvent impossible, de la remonter sûrement et de reconquérir le terrain perdu. Car ces états neurasthéniques invétérés s'accompagnent à peu près inévitablement, surtout chez les femmes, d'une véritable déchéance des fonctions supérieures de l'encéphale.

A cette influence funeste de l'effondrement de la volonté, il faut encore ajouter celle de l'atonie gastro-intestinale. Le mauvais état des voies digestives empêche une alimentation vraiment réparatrice. Or nourrir fortement le patient amaigri, relever le taux de sa nutrition, lui rendre un certain embonpoint, constitue une des indications les plus urgentes de ces formes invétérées de la neurasthénie. M. Weir Mitchell a beaucoup insisté, et avec raison, sur cette indication capitale. On ne guérit sûrement et solidement les femmes neurasthéniques, pâles et amaigries, qu'à la condition d'obtenir chez elles une certaine augmentation du poids.

Les états d'anxiété aggravent aussi le pronostic. On sait par exemple combien il est difficile d'obtenir la guérison de l'agoraphobie, le type le

plus connu de ces états d'anxiété. — Parmi les neurasthénies tenaces et rebelles, il faut encore ranger celles qui s'accompagnent de troubles des fonctions génitales, de spermatorrhée et d'impuissance chez l'homme, d'irritabilité utérine et d'ovarialgie chez la femme. La spermatorrhée et l'impuissance retentissent d'une façon particulièrement fâcheuse sur les fonctions cérébrales et conduisent aux préoccupations hypocondriaques, à la dépression intellectuelle profonde. A leur tour, ces troubles cérébraux ne sont rien moins que favorables au rétablissement des fonctions génitales. C'est un cercle vicieux dans lequel le patient tourne pendant de longues années, et duquel il est extrêmement difficile de le faire sortir. — Enfin nous avons vu que l'hystéro-neurasthénie traumatique porte une atteinte si profonde au fonctionnement du système nerveux, que la plupart des malheureux qui en sont frappés ne recouvrent plus désormais ni leur activité physique ni leur énergie morale.

Fort heureusement il existe bon nombre d'états neurasthéniques acquis, beaucoup plus accessibles au traitement, et qui tous sont susceptibles, sinon d'une guérison complète, au moins de longues et sérieuses améliorations. Tels sont les cas d'épuisement nerveux qui succèdent aux excès de travail intellectuel, aux fatigues physiques prolongées, aux émotions morales vives mais passagères. Les cas de ce genre sont les plus nombreux ; ce sont ceux-là qu'on rencontre si fréquemment dans la pratique médicale des grandes villes.

Par le trouble sérieux et durable qu'elle apporte au fonctionnement du système nerveux, la neurasthénie, du moins quand elle est intense et dure depuis longtemps, constitue un terrain favorable au développement de beaucoup d'autres troubles fonctionnels des centres nerveux. — Elle peut conduire aux psychoses, et particulièrement à l'hypocondrie et à la mélancolie. Nous avons vu par quels caractères les préoccupations hypocondriaques du neurasthénique diffèrent de l'hypocondrie vésanique. Mais la limite qui sépare ces deux états de l'esprit peut être aisément franchie, et le neurasthénique pénètre ainsi dans le domaine de l'aliénation mentale. — Chez la femme, la neurasthénie et l'hystérie sont assez fréquemment associées, et il n'est pas toujours facile de distinguer, chez la même malade, les symptômes de l'une et de l'autre névrose. Le plus souvent, c'est la neurasthénie qui ouvre la scène, et, quand les symptômes en ont acquis une certaine intensité, on voit apparaître des manifestations évidemment hystériques, et même la grande attaque convulsive. — Béard a montré d'une façon saisissante comment la neurasthénie conduit à la dipsomanie et à toutes ces intoxications lentes dont le type le plus répandu est la morphinomanie. Incapable de se livrer à ses occupations habituelles sans souffrir ou sans éprouver une sensation de fatigue intolérable, le patient cherche et trouve dans l'usage de la morphine, de la cocaïne, de l'éther, de l'alcool, le moyen de calmer ses souffrances ou de stimuler son système nerveux épuisé. De

l'usage à l'abus, il n'y a qu'un pas, que franchit bien vite un homme dont l'énergie morale a depuis longtemps fléchi. Alors naissent et grandissent ces impulsions irrésistibles qui poussent le malheureux neurasthénique à boire de l'alcool ou à absorber des doses de plus en plus fortes de morphine, d'éther, de cocaïne. Il est devenu dipsomane ou morphinomane, et les symptômes propres à ces intoxications s'ajoutent à ceux qui appartiennent à la neurasthénie elle-même.

Beard range encore parmi les affections fonctionnelles du système nerveux qui procèdent de l'épuisement nerveux le goître exophtalmique, la fièvre des foins ou coryza spasmodique, la crampe des écrivains et la plupart des impotences fonctionnelles de Duchenne, telles que la crampe des pianistes, celle des télégraphistes, etc. Quelque bien fondée que soit cette proposition, je ne crois pas qu'il soit permis de conclure que tous les cas de ces affections nerveuses sont de nature neurasthénique, à moins d'admettre que la fièvre des foins par exemple puisse être l'unique manifestation de la neurasthénie. La vérité est que ces affections sont bien plus souvent observées chez des neurasthéniques que chez des individus absolument indemnes de toute trace d'affaiblissement de la force nerveuse. Chez une de mes malades, la crampe des pianistes fut un des premiers symptômes d'un état neurasthénique qui dure depuis de longues années. — Nous connaissons bien aujourd'hui les relations de la maladie de Basedow avec l'hystérie; il n'est pas surprenant qu'elle pré-

sente les mêmes affinités pour la neurasthénie. Il ne faut cependant pas se hâter, chez certains neurasthéniques, de conclure à l'existence d'un véritable goître exophtalmique. Les palpitations, si communes dans le cours de l'épuisement nerveux, s'accompagnent parfois de battements thyroïdiens et même d'une certaine tuméfaction de la glande thyroïde, syndrome très propre à faire naître la pensée erronée d'une forme fruste de la maladie de Basedow.

On sait qu'il n'y a pas une barrière absolument infranchissable entre le trouble purement fonctionnel et la lésion organique. M. Charcot a depuis longtemps enseigné que la contracture hystérique, d'abord purement fonctionnelle, peut, quand elle a duré des années, aboutir à la sclérose des cordons latéraux de la moelle épinière. En est-il de même de quelques manifestations de la neurasthénie ? La dépression habituelle des centres nerveux, les troubles circulatoires, qui y sont si communs, peuvent-ils devenir le point de départ de véritables lésions organiques ? Beard ne paraît pas éloigné d'accepter cette conclusion. Ce n'est là cependant qu'une hypothèse qu'aucun fait n'est encore venu légitimer. Mais ce qui n'a pas été observé chez l'individu neurasthénique peut l'être chez ses descendants. Il est bien établi que l'hérédité de la neurasthénie, quand elle est très prononcée et surtout convergente, expose manifestement au développement des affections organiques du système nerveux.

Telles sont les considérations générales qui

dominant cette question du pronostic de l'épuisement nerveux. Dans chaque cas, il faut encore prendre en considération la marche de certains symptômes. Il en est quelques-uns dont l'amélioration et la disparition ont une signification pronostique particulièrement favorable ; tels sont l'insomnie, l'asthénopie, l'impuissance, la dépression intellectuelle. Lorsque ces symptômes paraissent diminuer, on peut conclure assez sûrement que la maladie elle-même entre dans une période d'amélioration.

## VIII

### DIAGNOSTIC DE LA NEURASTHENIE

Beaucoup de médecins sont très sceptiques à l'endroit des manifestations de l'épuisement nerveux et très enclins à considérer comme simulés, ou du moins comme très exagérés, tous les malaises et toutes les souffrances dont se plaignent les malades neurasthéniques. C'est là une exagération d'un autre genre. On a d'ailleurs traité de la même façon bon nombre des symptômes de l'hystérie.

Or, je ne crois pas qu'il y ait lieu de s'arrêter longtemps à démontrer que la neurasthénie n'est pas une maladie simulée. Quand on a observé un

certain nombre de neurasthéniques, on est frappé de la similitude des symptômes qu'ils présentent, bien que ces symptômes puissent être associés en des formes cliniques très diverses. Comment admettre que des hommes et des femmes d'origine, d'éducation, de situation sociale si dissemblables, simulent exactement les mêmes phénomènes, accusent les mêmes sensations. D'ailleurs beaucoup de neurasthéniques, hommes d'affaires, commerçants, industriels, savants, n'ont vraiment aucun intérêt à simuler une maladie nerveuse, et ceux-là présentent cependant les mêmes symptômes que présentent aussi certains hommes et certaines femmes du monde, plus suspects de simulation. Mais il est certain que, dans presque tous les cas, et particulièrement chez les femmes neurasthéniques, l'exagération joue un très grand rôle. La tendance à l'exagération de toutes les sensations, pénibles ou agréables, procède de la nature même de la maladie, de cette diminution de l'énergie morale qui en est un des principaux caractères.

La connaissance exacte des états neurasthéniques est vraiment indispensable au praticien. Les symptômes de l'épuisement nerveux ont, en effet, de trompeuses analogies avec ceux qu'on observe dans les premières périodes de certaines affections organiques du système nerveux. La cérébrasthénie donne parfois l'image du début de la paralysie générale, de la syphilis cérébrale, de la tumeur encéphalique. Quant à la myélasthénie, elle rappelle dans quelques cas, le stade préataxique de l'ataxie locomotrice et peut être également con-

fondue avec certaines myélites chroniques. Mal interprétés, les symptômes neurasthéniques deviennent fréquemment, surtout chez les médecins atteints d'épuisement nerveux, le point de départ de préoccupations morales extrêmement vives; les patients se croient sûrement atteints d'une affection organique du cerveau ou de la moelle épinière. Beard cite plusieurs cas de ce genre, et j'ai moi-même observé quelques exemples de ces erreurs d'interprétation.

En général, un examen méthodique et complet du patient permet d'établir sûrement le diagnostic entre la maladie fonctionnelle et la maladie organique. Il faut, avant toute chose, se garder d'attribuer une importance exagérée à un seul symptôme. Ici, comme dans la plupart des maladies, le diagnostic doit être fondé, non sur la constatation d'un symptôme plus ou moins caractéristique, mais bien sur l'ensemble des symptômes observés. Ainsi, les douleurs fréquentes des membres inférieurs existent dans la neurasthénie, presque avec la même intensité que dans l'ataxie locomotrice; mais les autres signes du tabès font défaut. J'ai déjà cité un cas de céphalée neurasthénique tellement violente et tenace, qu'elle simulait celle de l'urémie ou de la tumeur encéphalique; mais le patient ne présentait aucun signe d'une lésion rénale, aucun trouble circulatoire, et à cette céphalalgie étaient associés des vertiges, un état d'anxiété et les symptômes de l'atonie gastro-intestinale, phénomènes morbides appartenant bien plus à la neurasthénie qu'à une lésion orga-

nique de l'encéphale. Dans quelques cas cependant, il peut être nécessaire, avant de conclure d'une façon définitive, d'examiner le patient à diverses reprises, et de suivre la modification des symptômes et la marche de la maladie.

Ce qui complique encore la question du diagnostic, c'est l'adjonction possible des symptômes neurasthéniques à ceux d'une affection organique du système nerveux. Au chapitre de l'étiologie, j'ai signalé déjà la complication de la neurasthénie avec l'ataxie, le tabès spasmodique, la paralysie générale spinale antérieure de Duchenne. Dans ces cas complexes, il faut une attention très soutenue pour établir la distinction entre les troubles purement fonctionnels et les symptômes de l'affection organique. Or il n'est pas indifférent, au point de vue du traitement, de reconnaître la coexistence de l'état neurasthénique. Le jeune ataxique dont j'ai précédemment parlé, souffrait d'insomnie, de dépression morale profonde, d'atonie gastro-intestinale grave. Tous ces symptômes qui avaient résisté au traitement de l'ataxie elle-même, furent grandement améliorés par celui de la neurasthénie.

Certains caractères généraux, sur lesquels Beard a beaucoup insisté, sont propres aux symptômes de la neurasthénie.

En règle générale, les manifestations de l'épuisement nerveux ont une mobilité, une variabilité, qu'on n'observe pas dans celles des lésions organiques. Le tableau clinique est, dans un cas, susceptible de modifications nombreuses et sou-

vent inattendues; dans l'autre, il est beaucoup plus fixe, ou bien, s'il y survient des changements, ils sont en quelque sorte prévus et procèdent suivant un ordre bien connu. Il ne faudrait pas cependant prendre cette proposition tout à fait à la lettre. Certains symptômes neurasthéniques ont une tenacité désespérante; tels sont l'asthénopie, l'impuissance, l'ovarialgie, l'impotence motrice des membres inférieurs. Il est vrai que ces symptômes permanents sont le plus souvent accompagnés d'autres phénomènes qui présentent à un haut degré la mobilité particulière aux états neurasthéniques.

Il est un certain nombre de troubles fonctionnels qui appartiennent en propre à l'épuisement nerveux, ou qui sont du moins infiniment plus rares dans les affections organiques; tels sont l'hyperesthésie du cuir chevelu, la migraine, l'asthénopie nerveuse, les idiosyncrasies à l'égard de certaines substances alimentaires ou médicamenteuses, les préoccupations hypocondriaques, les états d'anxiété. Lorsque des symptômes de ce genre dominant le tableau clinique, il est bien probable qu'il s'agit de l'épuisement nerveux et non d'une affection organique.

Dans la neurasthénie, le pouvoir réflexe des centres nerveux est généralement augmenté; il est plutôt diminué dans bon nombre d'affections organiques du système nerveux. Je rappellerai cependant que les réflexes rotuliens sont quelquefois diminués dans certains cas d'impotence motrice des membres inférieurs observés chez

des femmes atteintes de neurasthénie invétérée.

Les neurasthéniques présentent les attributs extérieurs du tempérament nerveux. Ils ont la peau blanche, les cheveux fins, un visage aux traits délicats, les extrémités fines. Beard se hâte d'ajouter qu'il y a des exceptions. Je crois les exceptions aussi communes que la règle elle-même.

L'erreur la plus ordinaire consiste assurément à prendre pour les symptômes d'une affection organique certaines manifestations de la neurasthénie. L'erreur inverse, croire à de l'épuisement nerveux quand il s'agit d'une affection organique, est bien plus rare, et cependant plus difficile peut-être à éviter, surtout si cette affection organique se développe chez un patient atteint déjà d'épuisement nerveux. Une de mes observations est un exemple de cette difficulté du diagnostic. Il s'agit d'une femme dont les antécédents héréditaires et personnels sont très chargés. Elle avait toujours passé pour une femme très nerveuse, et, cinq mois auparavant, elle avait été atteinte d'anorexie hystérique. Elle avait un affaiblissement marqué de la motilité dans les quatre membres, sans anesthésie et sans trouble du rectum ni de la vessie. Cet état était survenu graduellement, et la malade présentait à un haut degré ces modifications du caractère qui impriment un cachet si particulier à la neurasthénie féminine. Or il ne s'agissait nullement de neurasthénie, mais bien, comme le démontra la marche ultérieure de l'affection, d'une myélite subaiguë envahissante.

Deux signes auraient permis d'ailleurs, s'ils avaient été mieux interprétés, de conclure dès le début à une affection organique : les pupilles étaient très serrées et les réflexes rotuliens complètement abolis.

De toutes les maladies nerveuses sans lésion organique, l'hystérie est incontestablement celle qui peut être le plus aisément confondue avec la neurasthénie, et il est des cas intermédiaires, assez nombreux d'ailleurs, dont il est difficile de dire à laquelle des deux névroses ils appartiennent. De plus, la combinaison des deux affections n'est pas exceptionnelle, non seulement chez la femme, mais même chez l'homme, comme le prouvent les cas, aujourd'hui assez nombreux, de l'hystéro-neurasthénie d'origine traumatique — Pourtant les deux névroses sont, au point de vue nosologique, très distinctes. Les symptômes cardinaux, les stigmates de l'hystérie sont : la crise convulsive, les zones hystérogènes, les anesthésies segmentaires, l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, le retrécissement du champ visuel avec ou sans dyschromatopsie; les stigmates de la neurasthénie sont : la céphalée, l'insomnie, la dépression cérébrale, l'affaiblissement de la force motrice, la rachialgie, l'atonie gastro-intestinale. Dans les cas obscurs, ce sont ces stigmates de l'une ou de l'autre névrose qu'il faut étudier avec soin et chercher à mettre en évidence. — Depuis les travaux de M. Charcot et de ses élèves, et depuis que nous connaissons mieux les nombreux agents provocateurs de l'hystérie, on ne peut

plus opposer l'hystérie névrose particulière à la femme, à la neurasthénie névrose commune aux deux sexes. Cependant il est toute une catégorie d'hommes chez lesquels l'hystérie est inconnue et l'épuisement nerveux, au contraire, assez commun ; ce sont des hommes appartenant aux classes moyennes ou élevées de la société, menant une vie laborieuse, commerçants, industriels, hommes de cabinet, savants, que l'excès du travail intellectuel et de la fatigue physique conduit à la neurasthénie. — Sans doute l'hystérique ne jouit pas d'un équilibre cérébral parfait et son énergie morale a bien subi une réelle atteinte ; pourtant la vivacité de beaucoup d'hystériques contraste avec la dépression habituelle de la plupart des neurasthéniques. — Le spasme œsophagien peut exister dans les deux névroses, mais avec des caractères différents. Le globe hystérique apparaît, soit au début d'une attaque convulsive, complète ou avortée, soit sous l'influence d'une émotion ; le spasme œsophagien neurasthénique est une dysphagie, il ne survient qu'au moment de la déglutition. — Les anesthésies complètes, superficielles et profondes, plus ou moins durables, sont propres à l'hystérie. Dans la neurasthénie, on n'observe guère que des engourdissements très passagers de la sensibilité de la peau et des muqueuses, jamais une véritable anesthésie.

Nous avons vu déjà par quels caractères les préoccupations hypocondriaques neurasthéniques diffèrent de l'hypocondrie vésanique. Elles sont

mobiles et changeantes, comme la plupart des autres symptômes de l'épuisement nerveux ; le patient est accessible aux raisonnements de son médecin et se laisse plus ou moins convaincre de l'inanité de ses craintes, du moins pour un certain temps. Il en est tout autrement de l'hypocondrie vésanique, dans laquelle la préoccupation hypocondriaque, d'ailleurs plus intense, est plus étroitement concentrée sur un objet déterminé. Il s'agit là d'une sorte de délire chronique systématisé.

Il faut se garder de confondre la neurasthénie avec l'anémie. Beaucoup de médecins ont encore une tendance fâcheuse à qualifier d'anémiques tous les malades se plaignant sans cesse de maux nerveux qu'il est impossible d'attribuer à une affection organique connue des centres nerveux. Or un grand nombre de neurasthéniques, hommes et femmes, ne sont anémiques à aucun degré ; ils ont un sang de coloration et de composition tout à fait normales. Il est vrai que l'anémie intense trouble également les fonctions du système nerveux, et que ces perturbations fonctionnelles ont quelque analogie avec celles qui appartiennent à l'épuisement nerveux. On conçoit donc qu'il y ait une certaine difficulté à établir le diagnostic, lorsque le patient est tout à la fois anémique et neurasthénique. En pareil cas, il existe généralement un contraste manifeste entre le degré de l'anémie et l'intensité de la dépression nerveuse. Dans la cérébrasthénie, l'effort intellectuel seul provoque une sensation de fatigue pré-

coce et pénible, tandis que le patient supporte très bien la fatigue physique, par exemple la marche prolongée. Chez l'anémique, au contraire, l'effort intellectuel et l'effort physique sont également mal tolérés.

Il peut paraître étrange de parler du diagnostic différentiel de la neurasthénie d'une part, du rhumatisme et de la goutte d'autre part. Il est cependant toute une catégorie de neurasthéniques qui sont fréquemment qualifiés de gouteux et de rhumatisants. Ce sont ceux qui souffrent de douleurs erratiques dans les membres, le tronc et la tête, douleurs qui subissent l'influence des variations de température et s'aggravent au moment des orages. Ces douleurs sont de nature nerveuse et il est en général assez facile d'en reconnaître la véritable signification; un examen plus complet du patient et de ses antécédents révèle l'existence actuelle ou passée d'un ou de plusieurs des stigmates neurasthéniques.

L'alcoolisme chronique a bien quelques analogies avec le tableau clinique de certaines formes de la neurasthénie. L'insomnie, les rêves pénibles, l'affaiblissement des facultés intellectuelles, les engourdissements et les fourmillements dans les membres, le tremblement, la diminution de la force musculaire, sont autant de symptômes communs, à quelques nuances près, à l'alcoolisme chronique et à l'épuisement nerveux. Le faciès de l'alcoolique a une animation qui contraste avec l'expression triste et languissante du faciès de la plupart des neurasthéniques. Les troubles digestifs

sont encore plus distincts; le catarrhe pituiteux du buveur est facile à distinguer de l'atonie gastro-intestinale d'origine neurasthénique. Mais il n'est pas très rare de rencontrer la combinaison des symptômes de l'alcoolisme chronique et de ceux de l'épuisement nerveux, car un certain nombre de neurasthéniques usent et abusent de l'alcool pour stimuler les forces défaillantes de leur système nerveux; ils aboutissent ainsi graduellement à l'alcoolisme chronique. C'est encore la recherche des stigmates neurasthéniques qui, dans ces cas complexes, permet de reconnaître la neurasthénie et de lui attribuer une partie des symptômes observés.

Chez certains syphilitiques à tempérament nerveux, l'infection syphilitique peut être accompagnée, soit dès l'accident primitif, soit encore pendant les périodes secondaire et tertiaire, de symptômes nerveux nombreux, diversement combinés, et qui relèvent de l'hystérie ou de la neurasthénie. En d'autres termes, la syphilis doit être mise au rang des agents provocateurs de ces deux névroses. De là la nécessité de distinguer ces troubles nerveux purement fonctionnels de ceux qui peuvent être engendrés par une localisation, précoce ou tardive, de la syphilis dans le cerveau ou dans la moelle épinière. Or c'est surtout chez la femme que la syphilis éveille l'hystérie ou la neurasthénie, et particulièrement pendant la période secondaire. Sous le nom de nervosisme secondaire, M. Fournier a décrit, dans ses leçons sur la syphilis de la femme, une foule de troubles

nerveux dont beaucoup appartiennent à la neurasthénie développée sous l'influence de l'infection syphilitique. Tous ces troubles nerveux ont la mobilité, la fugacité et la variabilité des symptômes neurasthéniques; par là ils se distinguent des symptômes dus aux lésions organiques que peut provoquer la syphilis dans les centres nerveux. Chez l'homme, la syphilis s'accompagne souvent de préoccupations hypocondriaques intenses, et c'est plutôt sous l'influence de ces préoccupations qu'apparaissent les symptômes neurasthéniques. Ce qu'on observe alors c'est une cérébrasthénie caractérisée par l'insomnie, la dépression intellectuelle, la fatigue précoce, l'inaptitude au travail intellectuel, et à ces symptômes cérébraux s'associe toujours, et quelquefois dans sa forme grave, l'atonie gastro-intestinale. Or, il est assez facile de conclure que ce syndrome, composé de troubles cérébraux et digestifs, relève de l'épuisement nerveux et non de l'infection syphilitique elle-même.

## IX

### TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE

L'influence morale que peut exercer le médecin sur le malade joue le plus grand rôle dans le traitement de la neurasthénie. Il est vraiment nécessaire, pour assurer le succès de ce traitement, que

le médecin sache gagner la confiance du patient et possède sur lui une autorité incontestée. Or, la première chose à faire pour gagner la confiance du neurasthénique, c'est d'écouter patiemment le récit de ses souffrances, de paraître y prendre un réel intérêt et de faire de sa personne un examen méthodique et complet. Convaincu qu'il a été convenablement examiné, le patient sera mieux préparé à tenir pour vraies les confidences que lui fera le médecin sur la nature de son mal, mieux disposé surtout à accepter le traitement qui lui sera conseillé. Il est prudent, en effet, de ne pas le laisser dans l'ignorance absolue de l'affection dont il souffre. Sans doute, il faut le rassurer, chercher à faire naître en lui l'espoir d'une guérison prochaine; mais, précisément pour atteindre ce but, il faut se garder de lui déclarer qu'il n'est point réellement malade; il vaut beaucoup mieux lui avouer que son état est très digne d'attention et de sollicitude, et qu'un traitement sérieux, peut-être un peu long, sera nécessaire pour obtenir le rétablissement de sa santé. Et l'on doit conclure en ajoutant que fort heureusement il n'existe pas de lésion organique véritable et que par conséquent la maladie est curable et nullement au-dessus des ressources de l'art. Ce sont là des indications très générales. La conduite à tenir en face d'un neurasthénique et de son entourage varie naturellement suivant beaucoup de circonstances particulières; une grande part d'initiative est donc laissée à la prudence et au tact du médecin. On ne saurait croire combien les neuras-

théniques apprécient cette attitude du praticien à leur égard, surtout lorsque jusque-là ils n'ont jamais rencontré, ce qui n'est pas très rare, que le scepticisme, l'indifférence ou la raillerie.

Je ne vais pas jusqu'à dire que les agents pharmaceutiques doivent être entièrement bannis du traitement de la neurasthénie, mais il est certain que les traitements réellement efficaces ne mettent guère en œuvre que des agents physiques, diversement combinés. Combien de neurasthéniques ont épuisé sans succès toute la série des médicaments employés dans les maladies nerveuses ! Il y a même un véritable danger à faire usage de substances médicamenteuses, et ce danger réside dans la déplorable tendance qu'ont ces malades à faire un abus grandissant de la morphine, des bromures, de la cocaïne, du chloral, de l'éther, c'est-à-dire de la plupart de ces médicaments qui, à un moment donné, leur ont été prescrits pour combattre quelques symptômes de leur maladie. C'est ainsi que l'épuisement nerveux finit par se compliquer d'une intoxication chronique, contre laquelle il est presque toujours plus difficile de lutter que contre la neurasthénie elle-même.

Sans doute, un traitement unique, systématique, ne saurait indifféremment convenir à toutes les formes de la neurasthénie. Il y a lieu, au contraire, d'individualiser la médication suivant beaucoup de conditions. C'est là un précepte que sont unanimes à reconnaître et à mettre en pratique tous ceux qui ont observé et traité un certain nombre de neurasthéniques.

Cependant il est un traitement réellement systématique, qui repose sur la combinaison de divers agents physiques, qui est applicable à plusieurs formes de l'épuisement nerveux, précisément aux formes les plus graves, et qui a donné déjà des preuves d'une très remarquable efficacité. Je veux parler du traitement proposé par M. Weir Mitchell dans la neurasthénie et certaines formes de l'hystérie. Il me paraît indispensable de commencer par l'exposé de cette méthode thérapeutique. Je ferai cet exposé aussi fidèle et complet que possible. Cette méthode est le fruit de longues réflexions et d'une vaste expérience. Aussi est-il bien préférable de l'appliquer intégralement que de chercher à y introduire des modifications.

*Méthode de M. Weir Mitchell.* — Cette méthode peut paraître fort étrange aux médecins habitués à la polypharmacie et convaincus que l'usage des médicaments est la base nécessaire de toute thérapeutique. Cependant quiconque réfléchira sérieusement aux indications que comporte le traitement de l'épuisement nerveux, surtout quand il s'agit d'une forme grave et invétérée, reconnaîtra que la méthode de M. Weir Mitchell remplit très heureusement toutes ces indications. L'auteur américain a particulièrement en vue les femmes neurasthéniques, que leurs souffrances prolongées et leur asthénie profonde condamnent à une inactivité perpétuelle, au lit ou à la chaise longue, dont les unes sont encore grasses, mais anémiques, dont les autres sont tout

à la fois anémiques et maigres. A celles-ci il faut refaire du sang et de la graisse, à celles-là surtout du sang. Remplir cette première indication, c'est commencer à remplir cette autre indication qui consiste à restaurer d'une façon durable les forces défaillantes du système nerveux. Il faut aussi relever l'énergie morale des patientes, car la déchéance de la volonté, signe commun de toutes les formes anciennes de la neurasthénie, est un obstacle au succès de tous les moyens de traitement.

Les agents que met en œuvre M. Weir Mitchell ne sont pas nouveaux; ce qui est tout à fait original, c'est la combinaison systématique de ces agents thérapeutiques. Ce sont : l'isolement, le repos, le massage, l'électricité, une certaine diététique aboutissant à la suralimentation.

**L'isolement** est vraiment indispensable, et d'autant plus que la maladie est plus ancienne et plus grave, non pas l'isolement relatif, dans une chambre de l'appartement, mais l'isolement complet, durable, hors de la maison et de la famille. M. Weir Mitchell et M. Playfair (1) ont particulièrement insisté sur l'absolue nécessité de l'isolement complet. L'expérience m'a montré la parfaite exactitude de leurs assertions. Quand il s'agit d'une forme grave de la neurasthénie, on ne réussit jamais en appliquant le traitement de M. Weir Mitchell à domicile. Il faut donc sous-

---

(1) *The systematic treatment of nerve prostration and hysteria*. Londres, 1883.

traire la malade au milieu dans lequel elle a longtemps vécu et souffert, la sortir de cette atmosphère de sympathie et de tendresse exagérées qui, loin d'y porter remède, entretient et aggrave tous les jours cette déchéance morale, si funeste au rétablissement des forces du système nerveux. Toutes relations seront interrompues avec la famille pendant un temps dont le médecin lui-même fixera la durée.

Dans une grande ville, on peut placer la malade dans un appartement spécialement disposé pour la recevoir et la traiter. Il est souvent préférable de la conduire dans un établissement, une maison de santé par exemple, où elle trouvera tout à la fois une direction médicale compétente et des gardes-malades suffisamment intelligentes et exercées pour appliquer les différents moyens dont se compose le traitement. En France, nous possédons peu d'établissements de ce genre, et c'est là une difficulté réelle du traitement de la neurasthénie.

Une garde-malade est spécialement attachée au service de la patiente. Comme le fait judicieusement observer M. Playfair, toutes les femmes ne sont pas également propres à remplir ces fonctions. Il serait absurde de donner pour compagne à peu près unique, pendant des semaines et même pendant des mois, à une femme souvent intelligente et bien élevée, une autre femme absolument illettrée et grossière. La garde-malade doit être douée d'un bon caractère, assez aimable et bienveillante pour ne pas exciter l'aversion et la

haine de la patiente, assez ferme pour exercer sur elle un certain ascendant, assez intelligente pour l'aider à passer sans trop de peine, et même agréablement, les longues heures de sa captivité. Elle doit être capable de faire convenablement la lecture et de causer avec quelque à-propos. Ce sont là de minimes détails assurément; pourtant ils ne paraîtront ni fastidieux ni superflus à ceux qui ont été aux prises avec les difficultés que présente à chaque instant le traitement de la neurasthénie féminine. La garde-malade peut elle-même pratiquer le massage, si elle possède une force musculaire suffisante, ou bien on a recours à la main plus vigoureuse et plus exercée d'une masseuse ou d'un masseur de profession. Quant à l'électrisation, une garde-malade bien choisie saura toujours l'appliquer très convenablement, lorsque le médecin lui aura bien montré la façon de procéder.

Ainsi séparée du monde extérieur, la patiente reste en tête-à-tête avec sa garde, et ne reçoit pas d'autres visites que celles de son médecin. Le rôle de celui-ci consiste à diriger le traitement, à s'assurer que les prescriptions en sont exactement remplies, à faire naître la confiance dans l'esprit de la patiente, et à exercer par son attitude, par ses actes, par ses paroles, cette direction morale si nécessaire au relèvement de la volonté défaillante. Ce rôle est toujours délicat, quelquefois difficile; pour y réussir, trois qualités sont nécessaires, la fermeté, la patience et le tact.

Il s'en faut que l'isolement soit toujours bien

toléré, du moins pendant les premiers jours. Plus d'une fois l'isolement est immédiatement suivi d'une recrudescence de tous les malaises et de tous les symptômes neurasthéniques, et la patiente, se laissant aller à une violente agitation, réclame la fin de son supplice et demande à rentrer dans sa famille. M. Playfair raconte l'histoire d'une de ses malades, neurasthénique invétérée, traitée par la méthode de M. Weir Mitchell, et qui, pendant les premiers jours de son isolement, eut de tels accès d'excitation, qu'elle mit en émoi tous les malades de l'établissement, dont le directeur fut sur le point de réclamer son éloignement. Cette sorte de révolte finit toujours par se calmer, et bientôt la patiente s'habitue à cette vie nouvelle, si profondément différente de celle qui lui était faite dans sa famille. Les divers incidents du traitement, le massage, la faradisation, les repas, la lecture, la conversation, les visites du médecin, remplissent suffisamment les heures de la journée. C'est même une discipline très salubre pour l'esprit, que de régler systématiquement l'emploi du temps, surtout lorsqu'il est enfin permis à la malade de se lever et de se livrer elle-même à quelques occupations. Il semble que la réclusion et le changement si radical de toutes les habitudes doivent aggraver la plupart des symptômes neurasthéniques, l'insomnie par exemple, si commune dans beaucoup de formes de l'épuisement nerveux. Or il n'en est rien, et l'un des plus salutaires effets de l'isolement est de ramener la régularité du sommeil.

La durée de l'isolement ne saurait être fixée *a priori* d'une façon absolue; elle varie naturellement dans chaque cas particulier. Le meilleur juge de cette question, c'est le médecin lui-même, qui a suivi d'un œil attentif les progrès de l'amélioration de l'état moral de la patiente. Le résultat qu'on demande à l'isolement, c'est de rompre définitivement avec les habitudes de tendresse et de sympathie exagérées, de restaurer la volonté, de relever l'énergie morale et de rendre la patiente capable de supporter sans fléchir les difficultés et les soucis de la vie commune. Lorsque ce résultat est obtenu, l'isolement peut être cessé, non seulement sans inconvénients, mais avec de réels avantages. En général, la séquestration dure deux à trois mois. Dans un cas que j'ai récemment traité, l'isolement a été prolongé pendant cinq mois. Ce n'est que vers le quatrième mois que parut une amélioration évidente des symptômes neurasthéniques, en particulier de l'impotence motrice des membres inférieurs.

M. Weir Mitchell est d'avis qu'il vaut mieux pratiquer l'isolement pendant l'hiver que pendant l'été. En hiver, la réclusion est moins pénible qu'en été, et, dit-il, il est plus facile d'engraisser les malades. Cependant, l'isolement est tolérable, même pendant l'été, surtout si la maison de santé se trouve à la campagne.

Le **repos** est le deuxième élément du traitement de M. Weir Mitchell. Nous supposons toujours un cas de neurasthénie grave, invétérée, intéressant également les centres cérébraux et les

centres médullaires ; la patiente est tout à la fois cérébrasthénique et myélasthénique. Dans un cas de ce genre, le repos est encore indispensable, comme l'isolement. C'est d'un repos complet, absolu, qu'il s'agit, au moins pendant les premières semaines du traitement. La patiente est couchée, au lit, dans le décubitus horizontal, condamnée à l'inactivité totale, au calme et même à un silence relatif. C'est tout à la fois le repos du corps et de l'esprit. Dans les cas de neurasthénie intense, il n'est même pas permis à la malade de se servir de ses mains pour manger, ni de se lever pour satisfaire à ses besoins naturels. Sur ce point, elle doit être traitée comme un malade atteint d'une fièvre grave, adynamique. M. Weir Mitchell a remarqué que, du moins au début du traitement, les repas sont mieux tolérés et peuvent être plus copieux, lorsque les aliments sont donnés par la garde elle-même, lentement, morceau par morceau. J'avoue que je n'ai pas poussé jusque là la prescription du repos. J'ai toujours permis à mes malades de manger seules et de se lever pour leurs besoins naturels, du moins quand elles étaient capables de le faire.

Comme l'isolement, cette immobilité est assez péniblement supportée pendant les premiers jours, puis la malade ne tarde pas à s'y habituer et à en ressentir l'influence salutaire. Cette influence s'exerce tout à la fois sur le cerveau et sur la moelle épinière. La cessation aussi complète que possible de toute activité dans les centres intellectuels, sensitifs et moteurs, est évidemment une

condition favorable, et d'ailleurs nécessaire, à la nutrition et à la réparation des éléments nerveux épuisés par la longue habitude d'un fonctionnement dérégulé. Ajoutons encore que cette restauration de la force nerveuse sera bientôt accélérée par un autre élément de traitement, une certaine diététique aboutissant promptement à une véritable suralimentation. De là le retour du sommeil, la diminution de l'excitabilité des sens, l'apaisement des sensations douloureuses et des états d'anxiété, la disparition des troubles si communs de la circulation, et le relèvement de la force motrice, lorsque plus tard viendra le moment de se lever et de marcher.

Tels sont les avantages du repos. Mais il a des inconvénients. Il tend à diminuer l'appétit, à ralentir les fonctions de l'estomac déjà languissantes, à augmenter encore la constipation, et, en laissant les muscles inactifs, à en troubler la nutrition et la circulation. C'est ici qu'interviennent les autres agents du traitement, le massage, la faradisation des masses musculaires et les mouvements passifs, communiqués à toutes les articulations. L'ingénieuse combinaison du repos au lit et de ces agents physiques réalise précisément ce desideratum du traitement des formes graves de la neurasthénie : laisser les centres nerveux dans une inactivité complète, et cependant ne pas interrompre le fonctionnement des organes de la vie de relation, muscles et articulations, en d'autres termes, faire de l'exercice musculaire et conserver l'influence favorable de cet

exercice sur les fonctions digestives et sur la circulation, avec la moindre participation possible des centres nerveux encéphaliques et médullaires. Par là sont écartés les inconvénients du repos et de l'immobilité; la circulation et les fonctions digestives, loin de subir une déchéance fâcheuse, peuvent au contraire, reprendre une nouvelle activité.

Le repos est dosé suivant les indications propres à chaque cas particulier. Dans la forme grave et invétérée que nous avons supposée, l'immobilité est complète et absolue pendant les premiers jours. Après cette première période, il est permis à la malade de s'asseoir sur son lit pendant une, deux ou trois heures chaque jour. Au commencement du deuxième mois, elle se lève et reste assise une ou deux heures, soit dans la matinée, soit dans l'après-midi, par exemple au moment des repas. Dans la seconde quinzaine de ce deuxième mois, la station verticale est tolérée pendant six, huit ou dix heures. C'est à ce moment que commencent les tentatives de marche, précédées de séances de mouvements communiqués aux grandes articulations, et réglées de façon à augmenter progressivement la durée de l'exercice musculaire. Dans le cours du troisième mois, la convalescente reprend peu à peu, si le cas est favorable, toute l'activité d'une femme bien portante. Elle reste au lit huit heures environ, debout toute la journée, et peut être désormais rendue à la vie commune. Mais il n'y a pas de règles absolues. J'ai cité tout à l'heure l'exemple d'une malade qui fut isolée pendant cinq mois et garda le

repos pendant près de quatre mois. Il est même important de ne pas permettre à la malade, souvent trop impatiente, de se lever ni de marcher trop tôt, sous peine de voir reparaître l'asthénie et de provoquer une véritable rechute.

Faire lever la malade, diriger ses premiers pas, la conduire peu à peu jusqu'à récupérer l'activité physique d'une femme bien portante, c'est là vraiment le point délicat et décisif du traitement. C'est à ce moment là que le médecin a tout à fait besoin de posséder l'entière confiance de la malade et d'exercer sur elle une autorité morale depuis longtemps bien établie.

Le **massage** est avant tout un moyen de parer aux inconvénients du repos. Il imprime aux muscles une sorte de fonctionnement passif, sans intervention du système nerveux, et qui prévient les fâcheux effets de l'inactivité musculaire. Il agit également sur la peau dont il ranime la circulation et les sécrétions.

Dans les observations de M. Weir Mitchell, cette influence favorable du massage sur le fonctionnement et la nutrition des muscles est démontrée par une légère élévation de la température centrale, une accélération sensible des battements du cœur et même un léger accroissement de l'excrétion de l'urée, phénomènes plusieurs fois constatés à la suite d'une séance de massage.

Il n'est pas toujours nécessaire d'avoir recours à une masseuse de profession; avec quelque intelligence et une force physique suffisante, une

garde-malade peut très convenablement pratiquer cette opération.

Le massage comprend divers temps : le pincement et la friction de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, la malaxation puis la percussion des masses musculaires, la mobilisation des articulations. Pour pratiquer le pincement, on saisit la peau entre le pouce et les autres doigts de la main, et on la fait glisser sur le tissu cellulaire sous-jacent. L'opération, facile dans les régions où le tissu cellulaire est lâche et la peau mobile, exige plus d'attention dans les points où le tégument est plus adhérent aux aponévroses. Le pincement est d'abord modéré, de courte durée, puis, progressivement, on peut, sans causer de véritables douleurs, en augmenter la force et la durée. Les frictions sont exercées avec le plat ou le bord cubital de la main, généralement de l'extrémité vers la racine des membres, de façon à favoriser le cours du sang des capillaires vers les troncs veineux. Pour malaxer les masses musculaires, il convient de les placer d'abord dans le plus grand état de relâchement possible ; ainsi les muscles du mollet sont relâchés au maximum par la flexion de la jambe sur la cuisse. L'opérateur saisit la masse musculaire qu'il s'agit de malaxer alternativement avec l'une et l'autre main, en se servant plutôt du talon que du bout du pouce ; il serre, presse les différents points d'un même muscle à plusieurs reprises, procédant d'abord avec douceur puis avec une énergie croissante. La percussion des muscles s'exerce avec le bord

cubital de la main ; on frappe une série de petits coups vifs, brefs, sur le corps charnu des muscles, et il arrive assez souvent que cette percussion, bien faite, provoque la contraction des fibres musculaires. Les articulations, petites et grandes, sont mobilisées, en divers sens, en imprimant des mouvements variés et aussi étendus que possible aux différents segments des membres, des doigts et des orteils. Vers la fin du traitement, lorsque bientôt la malade devra se lever et marcher, M. Weir Mitchell conseille d'imprimer de grands mouvements aux jointures des membres inférieurs, suivant la méthode suédoise, c'est-à-dire pendant que la malade elle-même s'efforce de résister à ces tentatives de mobilisation des articulations.

Ces diverses manœuvres sont exécutées successivement sur le pied, la jambe, la cuisse, la main, l'avant-bras, le bras, puis sur les régions du tronc ; il n'y a lieu de respecter que les muscles de la face et du cou. M. Weir Mitchell insiste particulièrement sur le massage des gouttières vertébrales et de l'abdomen. Le massage du dos est, en effet, plus difficile, en raison de la forme et de la situation des muscles. Quant au massage de l'abdomen, il ne doit pas être négligé, surtout dans les cas très communs où l'atonie gastro-intestinale accompagne les autres symptômes neurasthéniques. Ce massage abdominal intéresse, non seulement la paroi abdominale, mais aussi la masse intestinale elle-même. La paroi abdominale, le plus souvent très amaigrie, permet assez facilement d'atteindre les organes sous-jacents par le pince-

ment et la malaxation. Il importe d'agir sur le gros intestin. Des pressions et des frictions, d'abord modérées, puis de plus en plus énergiques, sont exercées sur le trajet du cæcum et du côlon, en procédant suivant la direction des mouvements péristaltiques ; c'est là un excellent moyen de combattre la constipation, et de beaucoup préférable à l'emploi des purgatifs.

Pour faciliter ces diverses opérations du massage, il est bon d'oindre la peau, soit avec de la vaseline, soit avec de l'huile d'amandes douces aromatisée avec quelques gouttes d'une essence. Chez l'homme il est souvent nécessaire de raser les poils. Chaque segment de membre qui vient d'être massé est enveloppé de flanelle, pendant que les diverses manœuvres sont continuées sur les régions voisines.

Il faut une heure au moins pour masser convenablement tous les groupes musculaires. Au début du traitement, les séances sont courtes ; elles durent vingt à trente minutes, puis la durée en est progressivement augmentée. Pendant les premiers jours, toutes les manœuvres sont pratiquées avec une certaine douceur, puis peu à peu l'énergie en est augmentée, si bien que, sans provoquer de douleur, un masseur habile peut déployer une grande force musculaire.

Sous l'influence du massage, la peau rougit, la circulation capillaire y devient plus active, et les troncs veineux sous-cutanés, auparavant affaissés, se remplissent de sang et deviennent très appréciables sous la peau. Ce résultat est obtenu après

quelques semaines de massage régulier et méthodique. Bien appliquées, toutes les opérations dont se compose une séance ne doivent produire ni douleur ni trace d'ecchymoses sous-cutanées. Au début, les malades supportent le massage avec quelque peine, parfois même l'excitation augmente après une séance un peu prolongée; mais bientôt l'accoutumance s'établit, et chaque séance est suivie d'une sensation de fatigue agréable, comparable à celle qu'éprouve un homme bien portant après une promenade de quelque durée. Beaucoup de femmes neurasthéniques ont des douleurs un peu partout, surtout dans l'abdomen; au début du traitement, elles redoutent fort le massage de ces régions douloureuses. Or il est remarquable que, au bout de quelques jours, du moins si la masseuse procède avec un peu d'habileté, le massage est toléré, même dans ces régions où le simple attouchement provoquait de vives douleurs.

Le massage est pratiqué pendant cinq à six semaines. Au début, on ne masse que pendant une demi-heure; un peu plus tard, la séance dure une heure, et généralement il n'y a pas lieu de la prolonger davantage. Vers la fin du traitement, on revient aux séances d'une demi-heure, et bientôt le massage n'a plus lieu que tous les deux jours. On le cesse entièrement lorsque la malade reste debout toute la journée et va bientôt reprendre la vie commune.

**L'Electricité** remplit à peu près les mêmes indications que le massage. **M. Weir Mitchell**

se sert de courants interrompus et recommande les intermittences lentes, lesquelles sont, en effet, mieux supportées que les intermittences rapides. Le courant est appliqué successivement sur toutes les masses musculaires, de façon à y provoquer des contractions répétées. A tous les électrodes, M. Weir Mitchell préfère les éponges humides. Elles conduisent mieux le courant, et l'application en est moins douloureuse. Le courant peut être appliqué directement sur les muscles, mais il vaut mieux placer un électrode sur le corps charnu du muscle, et l'autre sur le point excitable du nerf qui s'y distribue. Chaque séance de faradisation dure une demi-heure à une heure, avec de nombreuses interruptions. La séance de massage ayant lieu dans la matinée, celle de faradisation est pratiquée dans l'après-midi.

Les effets des courants induits sont à peu près les mêmes que ceux du massage. Ils activent la nutrition des tissus qu'ils traversent. En provoquant la contraction énergique de tous les muscles, ils favorisent la circulation, car chaque muscle, en se contractant, chasse le sang qu'il contient vers les troncs veineux, à la manière d'une sorte de cœur périphérique. C'est là un résultat évidemment très favorable, dans une maladie où les stases veineuses se produisent si facilement aux extrémités de l'appareil circulatoire.

C'est assurément un difficile problème que celui de la **suralimentation** et même de l'alimentation d'une femme nerveuse, épuisée par la longue durée de ses souffrances, et chez laquelle,

les symptômes neurasthéniques s'accompagnent fort souvent d'atonie gastro-intestinale ancienne. Les difficultés augmentent encore si l'on condamne la malade au repos absolu, dans le décubitus horizontal, en lui interdisant tout mouvement actif des bras et des jambes. M. Weir Mitchell a résolu le problème, précisément par la judicieuse combinaison des moyens qui composent son traitement. Le massage et la faradisation agissent indirectement sur les fonctions digestives qu'ils stimulent, comme le ferait l'exercice musculaire volontaire. En effet, après quelques jours de massage et de faradisation, l'état des fonctions digestives s'améliore, les aliments sont mieux tolérés, et, dans beaucoup de cas, mais non dans tous cependant, on peut en augmenter progressivement la quantité, au point d'arriver en huit, dix ou quinze jours, à une véritable suralimentation.

Cette question de diététique a une grande importance ; aussi je vais reproduire aussi fidèlement que possible les préceptes qu'a formulés M. Weir Mitchell. S'il s'agit d'une neurasthénique anémique et grasse, on débute par le régime lacté exclusif. La malade prend chaque jour, en plusieurs fois, deux litres de lait écrémé. Elle est pesée tous les jours, et la dose quotidienne de lait est progressivement restreinte, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une perte sensible de poids. En procédant ainsi, M. Weir Mitchell parvint à obtenir une perte de 23 livres en trois semaines, chez une femme qui pesait 163 livres. C'est alors que le régime alimentaire fut modifié. La patiente

reprit son poids initial, mais elle eut un embonpoint de bonne nature et refit en même temps de la graisse et du sang. M. Weir Mitchell conseille cette diète lactée préparatoire dans la plupart des cas de neurasthénie féminine, et particulièrement chez les femmes obèses et anémiques. Dans les cas où les symptômes dyspeptiques sont très prononcés, cette diète lactée aurait, en outre, l'avantage de les dissiper assez promptement, et de préparer ainsi l'estomac à recevoir et à digérer une nourriture plus copieuse et plus réparatrice. Je dois faire observer cependant qu'il n'est pas toujours aussi facile de triompher de l'atonie gastro-intestinale ; plusieurs fois il m'a été impossible d'arriver à la suralimentation, même en suivant rigoureusement les règles posées par M. Weir Mitchell.

Après six à huit jours de diète lactée, la patiente fait un léger déjeuner. Deux jours plus tard, elle mange une côtelette à midi ; deux ou trois jours ensuite, on lui donne deux ou trois fois par jour du pain et du beurre. En augmentant ainsi progressivement la ration alimentaire, la patiente arrive, au bout de dix jours environ, à faire trois repas complets par jour, et elle continue en outre à prendre un ou deux litres de lait, soit aux repas, soit dans l'intervalle des repas. Aux aliments habituels il est bon de joindre, et de faire prendre aux repas, deux onces d'extrait de malt liquide. M. Mitchell recommande l'extrait de J. Hoff. On arriverait plus facilement à faire tolérer de grandes quantités d'aliments, en les faisant donner

par la garde, qu'en permettant à la malade de se nourrir elle-même. Il est important que le beurre entre pour une large part dans l'alimentation. M. Mitchell recommande encore une préparation culinaire qu'il nomme soupe de bœuf. C'est une sorte d'infusion de viande de bœuf, préparée au bain marie, à la température de 110° F. et additionnée de quelques gouttes d'acide chlorhydrique. L'infusion est filtrée, et c'est ce liquide filtré que la patiente boit en deux ou trois fois dans la journée. En hiver, M. Mitchell donne de l'huile de foie de morue, une ou deux onces après chaque repas. Si l'estomac tolère mal cette huile, on la fait prendre en lavement, associée à une infusion de pancréas préparée à une douce température. Ce lavement alimentaire irrite quelquefois l'intestin, mais souvent aussi il exerce une simple action laxative, très utile chez les malades habituellement très constipées. Les boissons alcooliques ne sont pas proscrites; il convient cependant d'en user avec modération. On donne une once de whisky par jour ou deux ou trois verres de champagne sec. L'usage modéré de l'alcool favoriserait l'engraissement.

Cette suralimentation expose bien à quelques inconvénients. Il faut surveiller l'urine. Il peut arriver qu'elle dépose d'abondants sédiments d'urates. C'est un indice que la suralimentation a été poussée trop loin. Il convient alors de diminuer la quantité des aliments azotés, jusqu'à ce que l'urine devienne de nouveau parfaitement claire. Les retours offensifs de la dyspepsie ne

sont pas très rares. On y remédie en diminuant encore la quantité des ingesta, ou même en revenant pendant deux ou trois jours à la diète lactée.

Les médicaments tiennent peu de place dans cette méthode thérapeutique. Cependant M. Weir Mitchell ne les rejette pas absolument. Pour combattre la constipation, il conseille, dès le début du traitement, le café noir le matin à jeun, et, le soir, vers dix heures, une pilule de cinq à dix centigrammes d'extrait aqueux d'aloès, ou encore une pilule dans laquelle l'aloès est associé au fiel de bœuf desséché. L'extrait liquide de malt est destiné à favoriser la digestion et à suppléer à l'insuffisance du suc gastrique. Pour combattre l'anémie, quand elle existe, M. Mitchell conseille le fer, et particulièrement le sous-carbonate de fer à doses assez élevées. L'usage du fer est commencé vers le milieu et continué plus ou moins longtemps après la fin du traitement. Enfin, au moment où la malade va marcher, on lui donne quelques petites doses de sulfate de strychnine.

Beaucoup de femmes neurasthéniques ont contracté depuis longtemps, au moment où elles sont soumises au traitement, l'habitude funeste d'abuser du chloral, de la morphine, des bromures, de la cocaïne. Il va sans dire qu'il faut arriver promptement à la suppression complète et définitive de tous ces médicaments. L'isolement et la diète lactée permettent d'arriver à ce résultat facilement et dès les premiers jours.

Telle est la méthode thérapeutique de M. Weir

Mitchell. Evidemment elle n'est pas applicable à tous les cas d'épuisement nerveux, ou plutôt toutes les formes de la neurasthénie, même chez la femme, n'ont pas besoin d'être aussi rigoureusement traitées. Cette méthode est indiquée dans les formes graves et invétérées, toutes les fois que la volonté et l'énergie morale ont subi une profonde atteinte.

Avant de décider l'application de la méthode de M. Weir Mitchell, il y a lieu de faire un examen complet, et cet examen doit porter particulièrement sur l'utérus et les annexes. S'il n'y a aucune lésion utérine ou périutérine, on peut appliquer ce traitement sans hésitation et avec beaucoup de chances de succès. L'existence bien constatée d'une lésion de ce genre est-elle une contre-indication ? M. Playfair incline à se prononcer dans ce sens. Il est vrai que, dans ces conditions, le succès est moins sûr. Cependant je ne crois pas que la contre-indication soit absolue, surtout s'il s'agit d'une lésion qui depuis longtemps a dépassé la période d'acuité. Une de mes malades avait été, plusieurs années auparavant, opérée avec succès d'une fistule vésico-vaginale, mais l'utérus était entouré de brides cicatricielles qui le maintenaient dans une position vicieuse. Elle dut néanmoins au traitement de M. Weir Mitchell, sinon la guérison, au moins une très grande amélioration. Seules, les lésions aiguës ou subaiguës, utérines ou périutérines, doivent être envisagées comme de réelles contre-indications. Dans les autres cas, on peut bien tenter l'épreuve du trai-

tement systématique de Weir Mitchell, en faisant, il est vrai, les réserves nécessaires sur le résultat définitif de ce traitement.

Lorsque dans une famille on propose une pareille méthode thérapeutique, on est à peu près certain de rencontrer une très vive opposition, soit de la part de l'entourage, soit de la part de la malade elle-même. C'est surtout l'isolement qu'il est difficile de faire accepter. Le médecin ne doit pas désarmer aux premières objections qui lui sont faites, et il est rare qu'il ne réussisse pas à démontrer la nécessité de l'isolement. Ce qu'il importe surtout d'obtenir, c'est le consentement entier, absolu, sans restriction, de la malade elle-même. Il faut que celle-ci abdique tout ce qui lui reste de volonté entre les mains de son médecin, et qu'elle accepte tout à fait son autorité morale. J'ai toujours différé l'isolement jusqu'à ce que j'aie obtenu ce plein consentement de la malade, qui me paraît indispensable à la bonne direction et au succès du traitement.

J'ai soumis quatre malades à la méthode thérapeutique de M. Weir Mitchell. Deux d'entre eux n'ont pas été complètement isolés et n'ont obtenu qu'une amélioration. Chez l'un cependant, jeune homme de trente ans, neurasthénique depuis l'adolescence, l'amélioration a progressé sous l'influence du repos, de l'hydrothérapie et d'un séjour à la montagne, si bien qu'il est aujourd'hui à peu près débarrassé des symptômes neurasthéniques qui troublaient son existence. Les deux autres malades, deux femmes, ont subi l'isolement

complet, l'une pendant trois mois, l'autre pendant cinq mois entiers. La première obtint une guérison presque complète et qui dura huit mois, après lesquels, probablement à la suite de fatigues physiques exagérées, survint une rechute qui dure encore. Chez la seconde malade, l'amélioration est considérable et se maintient depuis bientôt un an; cette femme, qui était atteinte d'impotence motrice très prononcée des membres inférieurs, peut aujourd'hui marcher, et elle a repris la direction active de sa maison.

*Indications de l'isolement.* — En exposant le traitement systématique de M. Weir Mitchell, j'ai indiqué les moyens de réaliser l'isolement et le repos. Ce sont là deux agents fort importants du traitement de la neurasthénie, et qu'on peut souvent mettre en usage, même en dehors de la méthode systématique de M. Weir Mitchell. Je dois donc y revenir. Faut-il isoler le patient? Faut-il le condamner au repos absolu ou bien, au contraire, lui permettre une certaine activité? Ces deux questions capitales se posent toujours au début du traitement de toutes les formes de la neurasthénie. Il y a donc lieu d'examiner avec quelques détails les indications de l'isolement et du repos.

Pour ce qui est de l'isolement, nous sommes toujours plus disposés à pécher par défaut que par excès. En général, l'isolement n'a pas de grands inconvénients dans les cas où il n'est pas indispensable. Mais il est certain qu'on éprouve le plus souvent de grandes difficultés à le faire

accepter et même à le réaliser. Il convient donc de ne le proposer que lorsqu'il paraît tout à fait nécessaire.

Il est toute une catégorie de neurasthéniques qu'on peut traiter et guérir ou améliorer à domicile, en les laissant dans leur famille ; tels sont ceux qui sont tombés dans l'épuisement nerveux à la suite de travaux intellectuels exagérés, de vives préoccupations d'affaires, de fatigues physiques excessives et prolongées. Pour ceux-là un simple déplacement à la montagne ou à la campagne peut suffire, sans qu'il soit nécessaire d'interrompre toute relation avec la famille. Les symptômes qui nécessitent l'isolement ou tout au moins le séjour dans un établissement spécial sont : la dépression morale profonde, la plupart des états anxieux, l'anxiété habituelle, les troubles digestifs graves, symptômes auxquels il convient encore d'ajouter la dipsomanie, la morphinomanie et toutes les intoxications chroniques de ce genre, auxquelles sont si fort exposés la plupart des neurasthéniques. Il est à remarquer que tous ces symptômes s'accompagnent, ou plutôt procèdent, à des degrés divers, de cet état de déchéance morale qui est la note la plus caractéristique de toutes les formes graves et invétérées de la neurasthénie. Or cet amoindrissement de la personnalité morale réclame impérieusement l'isolement. Voilà pourquoi l'isolement est un élément indispensable du traitement des formes sévères de la neurasthénie féminine. D'ailleurs le médecin doit étudier, en pareil cas, non seulement

la malade elle-même, mais aussi son entourage, et prescrire la séparation toutes les fois qu'il constate, du côté de la malade une perversion marquée de la volonté et du caractère, du côté de l'entourage un courant constant de sympathie et de tendresse exagérées.

Il y a longtemps déjà que M. Charcot a recommandé de pratiquer l'isolement dans les cas d'anorexie hystérique. Je crois qu'il faut agir de même dans la plupart des cas de la forme grave de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. L'isolement est utile, quand il s'agit de troubles digestifs graves d'origine neurasthénique, soit parce que ces troubles s'accompagnent fort souvent de dépression cérébrale, soit parce qu'ils nécessitent un traitement particulier et méthodique dont la direction est plus facile hors de la maison et dans un établissement spécial.

*Indications du repos.* — La question du repos est aussi difficile à résoudre que celle de l'isolement. D'abord il est toute une catégorie de patients pour lesquels il ne convient pas et peut même devenir nuisible; ce sont ceux qui souffrent seulement de symptômes cérébraux, qui sont atteints de cérébrasthénie, non de myélasthénie. Ici, l'épuisement porte sur les centres encéphaliques; les centres médullaires sont indemnes et très capables d'activité. Il n'est donc pas nécessaire de condamner le patient à l'immobilité absolue au lit pendant plusieurs semaines. Il suffit de régler convenablement, de doser son activité. Je ferai cependant une exception pour un symptôme céré-

bral, le vertige. Lorsque le vertige neurasthénique est intense et fréquent, et surtout s'il s'accompagne d'état anxieux, il est préférable de conseiller le repos à peu près complet, même dans le décubitus horizontal. J'ai vu le vertige s'aggraver sous l'influence de l'activité, diminuer au contraire sous l'influence du repos.

M. Weir Mitchell a établi de judicieuses distinctions parmi ces femmes plus ou moins neurasthéniques, qui ne marchent pas sans éprouver une extrême fatigue et arrivent tôt ou tard à l'inactivité physique complète. Les unes sont de vraies myélasthéniques et ont besoin d'un repos prolongé, les autres sont de pseudo-myélasthéniques et elles peuvent marcher sans inconvénients. Le critérium entre les deux groupes de malades est assez simple et d'une facile application. Voici une de ces femmes que tout exercice, agréable ou désagréable, fatigue énormément ; elle éprouve autant de lassitude pour aller à ses plaisirs que pour accomplir ses devoirs de maîtresse de maison ; cette femme a très probablement besoin de repos et le repos lui sera favorable. En voici une autre qui, habituellement languissante, redevient active quand il s'agit de faire ce qui lui plaît ; celle-là n'a pas besoin de repos, et le médecin doit user de son autorité pour lui imposer l'exercice physique.

L'anémie prononcée est une indication du repos, d'ailleurs non seulement chez les femmes nerveuses, mais aussi chez les vulgaires chlorotiques et dans tous les cas où l'appauvrissement du sang

est intense, quelle que soit la cause de l'anémie. L'exercice physique dépense inutilement le peu de forces qui reste à ces malades. Il faut d'abord, à l'aide du repos, d'un traitement et d'une alimentation convenables, combattre l'anémie, et c'est seulement quand on aura obtenu ce premier résultat, qu'on pourra prescrire l'exercice physique avec avantage.

En règle générale, le repos est nécessaire dans toutes les formes de la myélasthénie. Il convient de le prescrire à tous ces neurasthéniques qui souffrent de rachialgie, de douleurs vives dans les membres inférieurs, de sensations d'anéantissement, de lassitude extrême, dès qu'ils ont fait quelques pas. Je le crois utile également dans les formes graves de l'atonie gastro-intestinale. J'ai vu bon nombre de ces formes sévères de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique, avec prostration des forces et amaigrissement prononcé, n'être améliorées qu'à la condition du repos au lit, prolongé pendant deux, trois ou quatre heures après le principal repas. J'ai donné des soins à un homme de 50 ans, atteint d'une forme très grave de l'atonie gastro-intestinale, avec amaigrissement extrême et périodes d'intolérance gastrique, et qui ne dut une très réelle amélioration de son état qu'au séjour au lit, absolu, et prolongé pendant trois mois.

Du reste, le repos est dosé suivant les indications propres à chaque cas en particulier. Si, dans la myélasthénie intense, l'immobilité absolue est de rigueur pendant plusieurs semaines, comme

dans le traitement systématique de M. Weir Mitchell, il est évidemment des cas de gravité beaucoup moindre, et dans lesquels il suffit de limiter l'activité physique. Seulement, dans les cas de ce genre, la prescription du repos doit être très minutieuse, et il n'est pas inutile de régler, jusque dans les moindres détails, le programme de la journée. Ainsi on peut prescrire 10, 12, 14 heures de séjour au lit, 2, 3 ou 4 heures d'activité consacrée aux affaires, et le reste du temps est employé, soit aux repas, soit aux distractions.

Ce que je viens de dire de l'activité physique est applicable à l'activité cérébrale. Il y a des cas où tout travail intellectuel doit être sévèrement interdit pendant un temps plus ou moins long, d'autres, au contraire, dans lesquels il suffit de le diminuer et de le régler convenablement. Le repos absolu du cerveau est nécessaire dans les formes intenses de la cérébrasthénie, particulièrement lorsque l'épuisement cérébral est causé par un grand excès de travail intellectuel, ou bien encore lorsqu'il s'accompagne d'états d'anxiété. En dehors de ces cas, qui ne sont pas les plus communs, il est plutôt utile de permettre au malade une certaine activité de l'esprit, mais en prenant la précaution de diriger cette activité sur des objets nouveaux et variés, hors du cercle ordinaire des occupations professionnelles.

*Indications du massage et de l'électricité.* —

Le massage est quelquefois pratiqué à domicile, ou bien le patient se rend chaque jour, de préférence le matin, dans un établissement spécial,

pour y subir une séance de massage. L'opération est exécutée suivant les règles précédemment exposées à propos du traitement systématique de M. Weir Mitchell. Le massage convient dans la plupart des cas de myélasthénie, chez les neurasthéniques amaigris, anémiques, et chez ceux qui souffrent de la forme grave de l'atonie gastro-intestinale.

L'électricité a de nombreuses applications, et c'est incontestablement un des agents précieux du traitement des états neurasthéniques. J'ai précédemment décrit la faradisation du système musculaire destinée à prévenir les inconvénients du repos prolongé.

Beard a recommandé la galvanisation générale du tégument. Un des électrodes, le pôle négatif, représenté par une large plaque recouverte de flanelle humide est appliqué sur les pieds et reste fixe ; l'autre électrode, le pôle positif, représenté par une sorte de petit rouleau mobile, est successivement promené sur toute la surface de la peau. Il ne faut pas faire usage d'un courant trop fort, et je crois inutile, sinon nuisible, de provoquer, comme le conseille Beard, la contraction des muscles sous-jacents. Il suffit de produire une excitation modérée des plexus sensitifs de la peau. Dans le cas d'hyperesthésie un peu vive du tégument ou d'excitabilité générale prononcée, il est préférable que l'opérateur, suivant le conseil de M. Ziemssen, se place lui-même dans le circuit, tienne d'une main l'électrode mobile et promène l'autre main sur la peau du patient. Au

lieu de courants continus, on peut, suivant le même procédé, employer des courants interrompus. Une électrisation générale de ce genre, quand elle est modérée, exerce une action tonique et bienfaisante sur le système nerveux central; elle modère les symptômes de l'irritation spinale, augmente la tonicité des vaisseaux périphériques et souvent combat très heureusement l'insomnie. Il n'est pas rare qu'une séance d'électrisation générale, pratiquée le soir, réussisse mieux que les médicaments hypnotiques à procurer une nuit de bon sommeil. Mais les courants forts ont de réels inconvénients. Non seulement ils sont péniblement supportés, mais ils aggravent encore les symptômes d'irritation cérébrale et spinale. Il faut commencer par des séances courtes, de quatre à cinq minutes, dont on peut ensuite, suivant les effets obtenus, augmenter la durée.

On a conseillé l'emploi des courants continus en application sur la tête et sur la colonne vertébrale, de façon à agir directement sur les centres nerveux, sur le cerveau dans les cas de cérébrasthénie, sur la moelle épinière dans les cas de myélasthénie. Le courant ascendant sur la colonne vertébrale aurait la propriété de diminuer l'excitabilité réflexe de la moelle épinière. J'avoue que jusqu'à présent les résultats de cette galvanisation des centres nerveux m'ont paru médiocres.

Bien plus efficaces sont les applications locales de courants continus sur certains organes, particulièrement frappés par l'épuisement nerveux, tels que l'estomac, l'intestin, les organes géni-

taux de l'homme et de la femme. Je reviendrai sur la galvanisation de l'estomac et de l'intestin à propos du traitement de l'atonie gastro-intestinale. M. Ziemssen recommande, et cette pratique est, en effet, bien préférable, d'employer de très larges électrodes, de façon à ce que le courant pénètre par une grande surface. Pour pratiquer l'électrisation des organes génitaux, le plus grand des deux électrodes qui représente le pôle positif est placé et reste fixe sur la région lombaire, tandis que l'autre électrode, plus petit, qui est le pôle négatif, est appliqué successivement pendant une ou deux minutes sur l'aîne, le cordon, le scrotum, le périnée, la verge, les testicules. Ce traitement électrique est particulièrement applicable à l'impuissance. Dans les cas où la spermatorrhée paraît imputable à l'atonie des conduits éjaculateurs et des vésicules séminales, Erb (1) conseille d'agir directement sur ces organes à l'aide d'un électrode spécial, introduit dans le canal de l'urètre, jusqu'à la région protastique. Les courants conduits dans ces régions profondes doivent être faibles et de courte durée, de crainte de produire des lésions de la muqueuse. On peut traiter d'une façon analogue certains symptômes neurasthéniques de l'appareil génital de la femme, tels que les douleurs de névralgie lombo-abdominale et l'ovarialgie. Le pôle positif étant fixe sur la région lombaire, le pôle négatif est appliqué

---

(1) ERB. *Traité d'électrothérapie*, traduction française de M. Rueff, Paris 1884. p. 639.

successivement sur les différents points douloureux de l'abdomen et sur la région ovarienne.

*Hydrothérapie.* — Tous les procédés de l'hydrothérapie ne conviennent pas indifféremment au traitement de l'épuisement nerveux. En général les procédés les plus doux sont préférables. Les neurasthéniques supportent mal les excitations violentes et les soustractions prononcées de calorique.

L'enveloppement dans le drap mouillé est beaucoup recommandé par M. Ziemssen. Précisément parce que c'est le plus doux des procédés hydrothérapiques, il peut être sans danger appliqué à toutes les formes de la neurasthénie. Le patient, dépouillé de tous ses vêtements, est debout au pied de son lit. On lui jette sur les épaules un drap trempé dans de l'eau à 28° ou 30°, avec lequel on enveloppe tout le corps, sauf la tête. Puis on frictionne vivement avec la main appliquée sur le drap mouillé toute la surface du tégument, pendant une ou deux minutes. Le drap étant enlevé, le patient est rapidement essuyé avec un autre drap sec et légèrement chauffé. Il s'habille ensuite et marche de façon à favoriser la réaction, ou bien, s'il est très faible, il se remet au lit pendant une demi-heure ou une heure. Les jours suivants, on abaisse progressivement la température de l'eau, jusqu'à plonger le drap dans de l'eau à 20° et même 15° ; mais il est inutile de dépasser cette limite. Sans doute le drap mouillé est un des procédés les plus atténués de l'hydrothérapie ; il est cependant réellement efficace et je

l'ai souvent mis en usage avec de bons résultats. Il possède une action tout à la fois sédative et tonique, peu prononcée il est vrai, mais qui cependant est très appropriée à beaucoup d'états neurasthéniques, dans lesquels il convient de tonifier le système nerveux central en évitant les excitations violentes des nerfs périphériques.

Le bain frais à 30°, de courte durée, est quelquefois utile dans les cas de prostration prononcée ; on peut y ajouter une affusion sur la tête avec de l'eau plus froide que celle du bain. Le bain tiède à 33° ou 34°, prolongé pendant une demi-heure et même au delà, exerce assez souvent une action favorable, bien que seulement passagère, sur les symptômes d'excitation.

La question des bains de mer est controversée. A coup sûr ils ne conviennent pas à tous les neurasthéniques. Beaucoup de malades se dirigent spontanément vers les stations maritimes, et les médecins doivent tenir compte de l'expérience personnelle qu'ils ont acquise. En général l'eau de la mer et l'air marin n'agissent pas favorablement dans les cas où dominent les symptômes d'excitation ; ils aggravent plutôt ces symptômes ; c'est du moins ce que j'ai constaté chez plusieurs femmes neurasthéniques. Au contraire, le séjour au bord de la mer, sur une plage tranquille, donne souvent de bons résultats chez les hommes frappés d'épuisement nerveux à la suite de travail intellectuel exagéré ou de fatigues physiques excessives.

La douche en pluie, précisément parce qu'elle

est moins énergique, est particulièrement applicable au traitement de la neurasthénie, et c'est par cette douche qu'il convient, le plus souvent, de commencer l'hydrothérapie. Au début, il est toujours prudent d'employer de l'eau à 24° ou 22°. Ce n'est que progressivement, et si les malades peuvent les supporter, qu'on arrive aux douches véritablement froides, à 15° ou 16°. Je n'ai jamais conseillé des douches au-dessous de 16°. La durée est d'abord de quelques secondes seulement, puis elle est graduellement augmentée, suivant les résultats obtenus, jusqu'à deux ou trois minutes. La pluie peut être dirigée de préférence sur le dos ou sur l'abdomen.

On fait encore usage de la douche alternativement chaude et froide, en pluie ou en jet modéré. Cette douche dure deux à trois minutes, et se compose alternativement du jet ou de la pluie à 35° ou 33° pendant 25 à 30 secondes, puis du jet ou de la pluie à 12° ou 15° pendant 15 à 20 secondes.

La douche en jet plein ou brisé et modérée est réservée au traitement des affections locales. Ainsi la douche en jet dirigée sur le périnée est applicable au traitement de l'impuissance et de la spermatorrhée. Nous verrons encore que les douches générales, aidées de la douche locale sur l'abdomen, constituent un traitement réellement efficace de l'atonie gastro-intestinale.

On ne doit jamais oublier qu'il convient d'appliquer l'hydrothérapie avec modération dans les cas d'épuisement nerveux. J'ai vu des malades retirer de bons effets du simple enveloppement

dans le drap mouillé ou de la douche en pluie modérée, chez lesquels des procédés plus énergiques, tels que la douche en jet avec de l'eau très froide, avaient plutôt aggravé les symptômes neurasthéniques.

*Climats d'altitude.* — Le séjour à la montagne commence à jouir d'une vogue méritée dans le traitement des états neurasthéniques. Cette cure climatérique est assurément bien préférable à la cure thermale. Combien de neurasthéniques promènent d'année en année leurs souffrances à travers nos stations d'eaux minérales, sans obtenir aucun résultat durable.

Une altitude moyenne de 1.000 à 1.200 mètres est généralement suffisante. Les grandes altitudes qui atteignent et dépassent 1.700 à 1.800 mètres sont moins favorables, parfois même ne sont pas tolérées, du moins dans nos climats. Tous les neurasthéniques sont très sensibles au froid. Outre l'altitude convenable, une véritable station de montagne réunit encore d'autres conditions. Le site en est pittoresque, assez découvert pour que l'œil y embrasse de grands horizons et de vastes perspectives sur les montagnes et les vallées environnantes. Une haute vallée très encaissée et difficilement accessible ne constitue pas un séjour agréable. Il faut que, sans fatigue, le malade puisse trouver dans les environs des buts d'excursion facile. L'installation matérielle doit être confortable, la table bien servie, et il n'est pas indifférent que le neurasthénique déprimé y rencontre quelques joyeux convives. Nous avons en France, et

particulièrement dans les Alpes du Dauphiné et de la Savoie, beaucoup de hautes vallées admirablement situées et très propres au traitement de l'épuisement nerveux. Malheureusement l'installation y laisse encore grandement à désirer. Aussi la plupart de nos malades se dirigent-ils vers la Suisse.

La cure a lieu pendant l'été. C'est en juillet et en août que le climat d'altitude est particulièrement recherché. Le séjour doit être suffisamment prolongé, de six semaines à deux mois, suivant les cas. Dans les formes invétérées de la neurasthénie, M. Ziemssen conseille deux séjours par an à la montagne, le premier vers le milieu du printemps, à une altitude moindre, pour reposer le patient des fatigues de l'hiver qui vient de s'écouler, l'autre vers la fin de l'été, à une altitude plus élevée, pour le préparer à supporter les fatigues du prochain hiver.

Lorsque toutes les conditions requises sont réunies, le climat de montagne exerce sur le système nerveux des neurasthéniques une action éminemment favorable, tout à la fois sédative et tonique. Un des premiers effets, et des plus remarquables, est le retour du sommeil. Tel neurasthénique, qui depuis des mois entiers ne dormait pas chez lui, retrouve le sommeil dès les premières nuits qu'il passe à la montagne. Dans les formes légères de l'atonie gastro-intestinale, quelquefois même dans les formes plus sévères, on voit bientôt l'appétit reparaître, les malaises diminuer puis cesser après le repas, et souvent

aussi diminuer la constipation. Puis les forces augmentent; de jour en jour le patient supporte mieux l'exercice physique et prend goût aux excursions dans la montagne. Il importe seulement de régler, de doser l'activité physique. Le meilleur critérium réside dans les sensations qu'éprouve le patient après une promenade. La sensation de fatigue doit être agréable, nullement douloureuse ni même pénible. Aussi toutes les courses à pied doivent-elles être, du moins au début, entrecoupées de nombreux temps de repos.

Le grand silence des hautes vallées, la beauté du paysage, la pureté du ciel, la transparence de l'atmosphère, sont autant de conditions éminemment favorables et qui exercent une action salutaire sur la plupart des symptômes de la cérébrasthénie, tels que la céphalée, la dépression intellectuelle, l'émotivité, l'excitabilité des sens. Le séjour à la montagne convient donc particulièrement aux cérébrasthéniques épuisés par le travail exagéré, les excès de toute nature, les émotions morales déprimantes, les chagrins prolongés.

*Suggestion hypnotique.* — Il est beaucoup question aujourd'hui de l'hypnotisme, ou plutôt de la suggestion hypnotique, dans le traitement des maladies nerveuses et surtout des névroses. Je n'ai pas grande expérience de cette méthode thérapeutique appliquée à la neurasthénie. Je l'ai tentée sans aucun succès dans plusieurs cas d'hystéro-neurasthénie traumatique. *A pricri*, cette méthode paraît d'ailleurs peu acceptable dans le traitement de l'épuisement nerveux. Cer-

tains troubles du système nerveux, observés chez les sujets soumis aux pratiques de l'hypnotisme, semblent bien prouver que la suggestion hypnotique n'est rien moins qu'un moyen propre à relever l'énergie morale du patient. Or c'est là une des indications les plus importantes du traitement de la neurasthénie. Une seule suggestion peut être réellement utile, c'est celle qu'un médecin patient et persévérant pratique, sans hypnotisme, sur le malade à l'état de veille, en faisant pénétrer peu à peu dans son esprit l'idée qu'il n'est point atteint d'un mal incurable, mais d'une maladie purement fonctionnelle et sans aucune lésion du système nerveux. Cette suggestion, qui n'est jamais dangereuse, peut être profitable aux neurasthéniques tourmentés par des préoccupations hypocondriaques ou par certains états d'anxiété, tels que l'agoraphobie. Nous avons vu, en effet, que Perroud, il y a plus de quinze ans, a traité avec succès la peur des espaces par cette sorte de suggestion à l'état de veille.

*Agents pharmaceutiques.* — Beard accorde une très grande valeur aux médicaments dans le traitement de la neurasthénie. Au chapitre du traitement de son importante monographie, il fait une revue de tous les médicaments qui passent pour agir sur le système nerveux, et à tous il reconnaît une réelle efficacité et certaines indications. Il combine diversement ces agents pharmaceutiques et, chez le même malade, emploie alternativement les sédatifs et les excitants. J'avoue que je ne partage pas la confiance qu'ac-

corde Beard à cette polypharmacie, et je me range plutôt à l'opinion de M. Ziemssen, lequel recommande, au contraire, la plus grande réserve dans l'emploi des médicaments. Seuls, les bromures alcalins et quelques médicaments hypnotiques sont de quelque utilité.

Dans les cas d'excitation cérébrale, de douleurs vives, on peut avoir recours aux bromures alcalins. Il convient alors de les administrer à doses assez fortes et pendant un temps assez long, mais avec des interruptions de quelques jours. On donne 4 à 6 grammes en 24 heures d'un mélange à parties égales de bromures de sodium, de potassium et d'ammonium. J'ai vu l'usage des bromures, ainsi continué pendant plusieurs mois, donner d'excellents résultats, c'est-à-dire une guérison presque complète, sinon complète, chez une jeune fille qui présentait de nombreux symptômes neurasthéniques associés à l'hystérie convulsive.

Il y a des cas d'insomnie neurasthénique très rebelle et qui font le désespoir du malade et de son médecin. Le changement de milieu, le séjour à la montagne, la galvanisation générale et modérée au moment du coucher, quelquefois la douche, le bain frais et court, ou encore le bain tiède, tels sont les meilleurs moyens de combattre cette insomnie. On peut cependant réussir, du moins momentanément, avec les médicaments hypnotiques, tels que le chloral et la paralaldéhyde. Il convient de donner ces médicaments à intervalles éloignés, deux ou trois fois chaque semaine par

exemple, mais à doses assez fortes et capables de provoquer réellement le sommeil. Ce procédé est bien préférable à l'usage des doses petites et même moyennes, répétées tous les jours, lesquelles très souvent ne donnent pas le résultat recherché et ont le grave inconvénient de créer l'accoutumance, quand elles ne conduisent pas le patient à abuser du médicament.

Le fer, le quinquina et les divers agents des médications tonique et reconstituante sont applicables dans les cas, plus communs chez la femme que chez l'homme, où l'anémie accompagne les symptômes de l'épuisement nerveux.

Tels sont les divers agents que nous pouvons mettre en œuvre dans le traitement de la neurasthénie. On voit que les agents physiques l'emportent de beaucoup, par le nombre et la valeur, sur les agents pharmaceutiques. La combinaison de ces moyens thérapeutiques nous permet de remplir la plupart des indications auxquelles donnent naissance les associations des innombrables symptômes neurasthéniques. Cependant tous ces symptômes peuvent être rangés en deux catégories : les uns sont des phénomènes d'excitation, les autres des phénomènes de dépression. De là, deux indications fondamentales, en apparence contradictoires : calmer et stimuler le système nerveux. Or, parmi les agents que nous avons étudiés, les uns ont une action sédatrice, les autres une action stimulante. Le mode d'application et de combinaison de ces moyens de traitement, ainsi que les résultats qu'il est possible d'en obtenir, dépendent

évidemment, dans chaque cas particulier, de l'habileté, du jugement et du tact du praticien.

Il est cependant un syndrome neurasthénique dont le traitement peut être soumis à quelques règles plus précises, et à propos duquel il est nécessaire d'entrer dans plus de détails; je veux parler de l'atonie gastro-intestinale.

*Traitement de l'atonie gastro-intestinale.* — J'ai précédemment décrit les deux degrés, les deux formes de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. L'amaigrissement, la perte des forces, les troubles sérieux de la nutrition générale et souvent l'existence du complexus anatomo-pathologique de l'entéroptose, tels sont les caractères propres au second degré, à la forme grave. Si le traitement général de l'épuisement nerveux peut suffire pour obtenir l'amélioration durable et même la guérison de la forme légère, il n'en est plus de même quand il s'agit du second degré ou de la forme grave; il est alors nécessaire d'associer à ce traitement général, un traitement local, spécialement dirigé contre les troubles des fonctions digestives. J'aurai donc particulièrement en vue le traitement de cette forme grave.

La première chose à faire, c'est de régler l'alimentation. Il n'y a aucun avantage à multiplier le nombre des repas, comme le conseillent quelques médecins, de façon à diminuer la quantité des aliments à chaque repas. Ces repas nombreux ont l'inconvénient de solliciter sans cesse l'activité de l'estomac malade. Or, de longues périodes de repos sont d'autant plus nécessaires, que les

sécrétions gastriques sont ralenties et que les tuniques musculaires ont plus ou moins perdu de leur tonicité. Trois repas par jour sont suffisants. Le repas du matin a lieu vers sept ou huit heures. Il est composé d'aliments liquides ou demi-liquides, choisis parmi les suivants : potage maigre sans pain, lait, café au lait, thé au lait, et je conseille le plus souvent d'y joindre un ou deux œufs crus ou presque crus, également sans pain. Ce premier repas est généralement bien toléré et ne provoque aucun malaise. Les aliments qui le composent sont, en effet, choisis de façon à réduire au minimum la congestion physiologique de la muqueuse stomacale, congestion que provoquent toujours les aliments dont la digestion s'opère principalement dans l'estomac. Le repos de cet organe est donc à peine interrompu. Le principal repas a lieu à midi. Bon nombre de neurasthéniques éprouvent de nouveau, vers quatre ou cinq heures de l'après-midi, la sensation de la faim, sensation toute pathologique, car, à ce moment-là, la digestion du repas de midi est loin d'être achevée. Le patient doit donc résister à cet appétit factice, et je ne me range pas à l'avis de ceux qui conseillent d'introduire un goûter entre le dîner et le souper. Le dernier repas est reculé jusqu'à sept heures du soir au moins. Ce long intervalle entre le dîner et le repas du soir est nécessaire à l'achèvement de la digestion gastrique, laquelle, dans les cas anciens et graves, n'est même pas encore entièrement accomplie au bout de sept heures. Ce repas du soir est notablement

moins copieux que celui de midi, et le patient ne doit se mettre au lit que trois heures au moins après l'avoir terminé. Se coucher trop tôt a de graves inconvénients; pendant les premières heures du sommeil, la digestion stomacale est ralentie, le patient se réveille au milieu de la nuit, et cette aggravation des troubles dyspeptiques est une cause commune d'insomnie. Ces préceptes touchant la distribution des repas ont été formulés d'une façon très précise par M. Bouchard (1), à propos du traitement de la dilatation de l'estomac; je les crois très applicables au traitement de l'atonie gastro-intestinale des neurasthéniques.

Il importe beaucoup que le malade consacre aux repas un temps suffisant, près d'une heure pour le repas de midi, une demi-heure à trois-quarts d'heure pour celui du soir, et qu'il pratique une mastication et une insalivation très complètes des aliments. Beaucoup de dyspepsies sont dues à la fâcheuse habitude de manger vite et de ne mâcher que d'une façon très imparfaite. Il est certain que cette habitude aggrave les symptômes gastriques de l'atonie gastro-intestinale. Si les dents sont mauvaises ou en nombre insuffisant et que le malade ne puisse faire usage de dents artificielles, je conseille de hacher toutes les viandes, tous les aliments solides, et je recommande au patient de garder chaque bol alimentaire dans sa bouche aussi longtemps que s'il

---

(1) BOUCHARD. *Les Auto-intoxications*. Paris, 1887.

devait le soumettre à une véritable mastication. Il est utile, en effet, que ce bol alimentaire soit convenablement insalivé. Tout dyspeptique doit se préoccuper de l'hygiène de sa bouche (1), et se nettoyer les dents fréquemment, avant et après chaque repas. Cette pratique n'est pas superflue dans les cas d'atonie gastro-intestinale. Les dents malpropres sont le refuge d'une foule de microbes qui, déglutis avec les aliments et la salive, peuvent aisément, dans un estomac dont les mouvements sont ralentis et les sécretions insuffisantes, devenir la cause de fermentations anormales, lesquelles aggravent encore les troubles digestifs d'origine nerveuse.

Le choix des aliments est, on le conçoit de reste, d'une importance capitale. Aujourd'hui, beaucoup de médecins recommandent aux dyspeptiques de faire un usage prépondérant de la viande et des œufs; les végétaux sont plus ou moins complètement proscrits. C'est la diète carnée, à peine mitigée. Je ne partage point cette opinion. Il est vrai que l'usage exclusif de la viande et des œufs produit dans quelques cas, non dans tous, une certaine amélioration des malaises qui suivent à bref délai l'ingestion des aliments; mais cette amélioration ne dure pas longtemps, et la diète carnée a, dans le traitement de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique, de très sérieux inconvénients. Il y a quelques années, je l'ai souvent

---

(1) BOUCHARD. *Les Auto-intoxications*, Paris 1887.

conseillée ; depuis, j'y ait tout à fait renoncé. Elle agit d'une façon fâcheuse sur la nutrition. En quelques semaines, les malades maigrissent, perdent les forces qui leur restent et souffrent d'une constipation encore plus prononcée. J'ai été particulièrement frappé de l'amaigrissement rapide ; j'ai vu des patients qui, sous l'influence de ce régime exclusif, perdaient deux ou trois kilogrammes de leur poids dans l'espace d'un mois. Cette perte de poids est d'autant plus fâcheuse que, dans le second degré de l'atonie gastro-intestinale, les malades sont déjà fort amaigris.

Un régime mixte et varié est de beaucoup préférable à tous les régimes exclusifs. Il s'agit seulement de faire un choix judicieux des aliments. Ce choix est déterminé, soit d'après les propres observations des malades sur la digestibilité des substances qu'ils ingèrent, soit d'après les résultats que donne le cathétérisme de l'estomac pratiqué de cinq à sept heures après les repas. J'ai déjà indiqué les aliments qui conviennent pour le déjeuner du matin. Voici l'énumération de ceux entre lesquels le patient peut choisir pour composer les repas de midi et du soir : viandes de bœuf très cuites et de préférence rôties ; viandes de mouton, qui peuvent être peu cuites ou très cuites, au gré du malade, également rôties ; pieds de veau et de mouton préparés sans vinaigre ; riz de veau dépouillés de la graisse, également préparés sans vinaigre ; volailles rôties ou bouillies et très cuites ; poissons maigres de rivière frits avec très peu de beurre ; végétaux frais très cuits, cuits à

l'eau pendant plusieurs heures, puis rapidement passés au beurre très frais ; purées très cuites et bien passées de pommes de terre, de lentilles, de pois, de châtaignes ; pain très cuit et rassis, en petite quantité ; fromage très frais, de vache ou de chèvre ; fruits très cuits en marmelade ; comme fruits crus, des pêches, des fraises, des raisins très murs. J'ai souvent vérifié l'exactitude de cette proposition de M. Bouchard sur la digestibilité des fruits crus : ce sont les fraises, les pêches et les raisins que les dyspeptiques neurasthéniques digèrent le mieux.

Assurément le patient doit manger modérément et ne pas surcharger son estomac affaibli d'une trop grande quantité d'aliments. Dans les formes sévères de l'atonie gastro-intestinale, il y a rarement lieu d'insister sur cette prescription, car les malades, soit qu'ils manquent d'appétit, soit qu'ils redoutent les malaises après le repas, ont souvent plus de tendance à diminuer qu'à augmenter la quantité de leurs aliments. C'est précisément pour leur permettre de faire à midi un repas moins copieux, et cependant suffisant, que je leur recommande d'ajouter deux œufs frais presque crus au déjeuner du matin.

On voit que de ce régime mixte sont éliminés les mets de haut goût, les apprêts compliqués, les graisses et les végétaux crus. La proscription des graisses ne doit pas être absolue ni définitive. Les neurasthéniques ont besoin de quelques substances grasses. De temps en temps, il est bon de leur permettre de manger un peu de beurre frais

et de ne pas rejeter complètement les parties grasses de la viande. Les végétaux très cuits et surtout les purées de légumes conviennent particulièrement dans les cas où la constipation est très prononcée. Enfin il est encore utile de rompre, à de rares intervalles il est vrai, la monotonie du régime, en permettant un peu de jambon et de gibier. Si l'usage habituel des mets excitants peut avoir des conséquences fâcheuses, l'usage intermittent et très modéré peut, au contraire, exercer une stimulation favorable sur la muqueuse gastrique et contribuer à en rétablir la sécrétion.

La diète lactée exclusive, souvent conseillée d'une façon banale dans le traitement des affections gastriques, ne convient pas au traitement de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique, surtout lorsque l'estomac est dilaté. J'ai vu quelques malades ainsi traités, et qui depuis des mois buvaient quatre à cinq litres de lait par jour. Ces énormes quantités de liquide sont loin de favoriser la rétraction de l'estomac dilaté; de plus, elles sont souvent mal digérées, comme le prouvent les alternatives fréquentes de constipation et de diarrhée, et même de diarrhée lientérique. Cependant il ne faut pas aller jusqu'à la proscription absolue du lait. Dans les formes les plus communes de l'atonie gastro-intestinale, le lait constitue un bon aliment pour le repas du matin, soit pur, soit associé à une petite quantité de thé ou de café.

Nous avons vu que M. Weir Mitchell conseille

la diète lactée d'une façon temporaire, au début de son traitement systématique des formes graves de la neurasthénie féminine. Cette sorte de diète lactée préparatoire convient encore et peut donner de bons résultats dans certaines formes sévères de l'atonie gastro-intestinale, lorsque ni la viande ni les végétaux ne sont digérés dans l'estomac. Dans les cas de ce genre, il est préférable de multiplier les repas et d'alimenter le malade à peu près comme on alimente un nouveau-né, c'est-à-dire toutes les trois heures. A chaque repas, la quantité de lait est peu considérable, 100 à 150 grammes, de façon à ce que chaque ingestion de lait ne forme dans l'estomac qu'un coagulum de petit volume, condition favorable à l'action du suc gastrique. Au bout de quelques jours, progressivement, comme dans le traitement systématique de M. Weir Mitchell, on ajoute au lait, des œufs, des purées très cuites de lentilles ou de pommes de terre, du poisson ou de la volaille hachée, puis de la viande de bœuf et de mouton également hachée; en même temps, le nombre des repas est diminué, et le patient est ainsi ramené au régime alimentaire plus substantiel des formes moins graves de l'atonie gastro-intestinale.

Il faut encore se préoccuper des boissons. Dans les cas de dilatation prononcée de l'estomac, M. Bouchard recommande beaucoup de réduire la quantité des boissons au minimum possible. Le malade ne boit pas au premier repas du matin, et, à chacun des deux repas de midi et du soir, il n'absorbe que 300 à 350 grammes de liquide, soit

trois quarts de litre environ en vingt-quatre heures. La boisson est de l'eau additionnée d'un peu de bière, de vin blanc, ou de quelques gouttes de rhum. Le vin rouge est proscrit. Beaucoup de neurasthéniques supportent assez bien la privation des boissons; cependant, même dans les cas où l'atonie s'accompagne de dilatation de l'estomac, je ne crois pas qu'il soit nécessaire de réduire à ce point la quantité des liquides ingérés. Comme la plupart des régimes exclusifs, l'extrême réduction des boissons n'est pas sans quelques inconvénients; elle contribue à l'amaigrissement et à la perte des forces, et, comme le fait observer M. Bouchard lui-même, une certaine quantité d'eau est nécessaire pour assurer la dépuración du sang par la voie rénale. Assurément le neurasthénique dyspeptique doit boire modérément, mais on peut bien lui permettre deux ou trois verres de liquide à chacun des deux principaux repas. Quant à la proscription du vin rouge, elle peut être seulement temporaire. Elle n'est vraiment indispensable que dans les cas où l'atonie, avec ou sans dilatation de l'estomac, s'accompagne de fermentations acides. Je conseille volontiers au malade de varier sa boisson, comme il varie ses aliments. L'usage habituel des eaux vraiment alcalines m'a paru fâcheux. Il faut préférer l'eau commune, quand elle est de bonne qualité, ou les eaux de table très faiblement minéralisées. Le malade y ajoute à son gré un peu de vin rouge, de vin blanc, de bière, ou quelques gouttes d'une liqueur à son choix.

L'usage du tabac est funeste au plus grand

nombre des neurasthéniques, et particulièrement à ceux qui souffrent d'atonie gastro-intestinale. Le patient doit donc entièrement cesser de fumer.

Il est des cas d'atonie gastro-intestinale neurasthénique graves à ce point, qu'on ne peut se défendre de craindre pour la vie du patient. A l'amaigrissement rapide se joint une véritable intolérance gastrique; l'ingestion des aliments est suivie d'un vomissement plus ou moins précoce et abondant, éliminant une notable quantité des aliments ingérés. J'ai vu quelques cas de ce genre, et voici le régime alimentaire qui m'a donné les meilleurs résultats : un demi-litre à un litre de lait, trois ou quatre œufs frais peu cuits ou mieux crus, un peu de volaille ou de poisson très cuit et haché, 50 à 100 grammes de sucre qu'on ajoute au lait. Ces aliments sont répartis en trois repas, dont le principal a lieu au milieu du jour. Le patient s'étend sur le dos, au lit, pour prendre ce repas, et reste immobile, dans le décubitus horizontal, jusqu'à trois heures de l'après-midi. J'attache la plus grande importance à cette prescription du repos absolu pendant et immédiatement après le principal repas. Je ne conseille pas d'autres médicaments que la solution d'acide chlorhydrique dont je parlerai tout à l'heure. Sous l'influence combinée du repos et de ce régime alimentaire, j'ai vu plusieurs fois cesser l'intolérance gastrique et le malade revenir graduellement au régime mixte des formes communes de l'atonie gastro-intestinale.

Dans les cas auxquels je viens de faire allusion, l'intolérance gastrique est associée au syndrome de l'atonie, quelquefois même à un certain degré de dilatation de l'estomac. Il est des cas où elle existe seule, et ces cas se rencontrent dans la neurasthénie, comme dans l'hystérie. C'est ce qu'on décrit sous le nom de vomissement nerveux. L'intolérance est telle, que le vomissement est à peu près complet et suit immédiatement l'ingestion des aliments. On a conseillé de faire prendre, avant le repas, de l'opium, de la morphine, de la cocaïne, de la valériane, de la belladone, etc., médicaments destinés à diminuer l'excitabilité de la muqueuse gastrique. M. Ewald a même donné la formule d'une solution qui associe la plupart de ces médicaments. Je crois que, dans quelques cas de vomissements nerveux, l'isolement est un élément indispensable du traitement. Dans un cas que j'ai récemment traité, les vomissements, après avoir résisté à toute médication, ne commencèrent à diminuer que lorsque la malade, jeune fille devenue neurasthénique à la suite d'une vive frayeur, fut entièrement séparée de sa famille.

Les alcalins conviennent peu au traitement de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. J'ai vu bon nombre de cas de dyspepsie nerveuse nullement améliorés, mais plutôt aggravés, par l'usage prolongé des eaux alcalines ou du bicarbonate de soude aux repas. L'indication des alcalins est ici tout à fait accidentelle. Encore convient-il de faire observer que, dans les cas de

fermentations d'acides secondaires, l'usage de la solution d'acide chlorhydrique est préférable et donne de meilleurs résultats.

La pepsine ne donne que des résultats médiocres ou nuls. D'ailleurs la plupart des pepsines sont des poudres de peu d'activité.

Un des meilleurs moyens de remédier, dans une certaine mesure, à l'insuffisance du suc gastrique, c'est assurément l'usage de la solution d'acide chlorhydrique à 1 pour 100 ou pour 200, dont le malade prend une ou deux grandes cuillerées, dans un peu d'eau, immédiatement après chacun des deux principaux repas. Il est bon d'interrompre de temps en temps l'emploi de cette solution pendant plusieurs jours.

On peut encore avoir recours aux préparations pancréatiques ; mais à toutes les préparations pharmaceutiques, il faut préférer celles qu'on fait soi-même, et les plus simples sont certainement les meilleures. On prend un pancréas de porc aussi frais que possible, on le dépouille de la graisse, puis on le hache. Cette pulpe de pancréas est additionnée d'un poids d'eau égal ou double, puis portée à une température modérée (45° à 50°) pendant trente à quarante minutes. On passe ensuite à travers un linge assez fort. C'est le liquide exprimé que le patient doit ingérer. Il en prend un demi à un verre à bordeaux, à la fin des deux principaux repas. Cette préparation très simple doit être préférée à toutes celles qui contiennent de l'alcool. Je l'ai souvent employée, non seulement dans l'atonie neurasthénique, mais encore

dans les cas de dyspepsie des convalescents. Il est probable que le ferment pancréatique peut aussi, dans une certaine mesure, suppléer à l'insuffisance du suc gastrique.

M. Ziemssen conseille la galvanisation de l'estomac pendant quelques minutes avant le repas de midi et du soir. Les électrodes sont très larges, comme la main, et même de dimensions encore plus grandes, et faites d'une plaque métallique recouverte de peau ou d'éponge. La grande électrode, qui correspond au pôle positif, est placée en arrière, à gauche, en rapport avec la paroi postérieure de l'estomac ; l'autre électrode plus petite et représentant le pôle négatif, est placée en avant sur l'épigastre ou l'hypocondre gauche, immédiatement au-dessous des côtes. Le courant doit être modéré ; il suffit que le patient éprouve une sensation de chaleur sous l'électrode négative. Cette galvanisation de l'estomac m'a donné de bons résultats ; elle réveille quelquefois l'appétit, et la diminution des malaises après le repas témoigne qu'elle exerce une influence favorable sur les sécrétions de la muqueuse et sur la tonicité des fibres musculaires de l'estomac. Dans un cas récent, j'ai même pu obtenir, au bout d'un mois de cette galvanisation locale, une diminution légère mais réelle de la dilatation de l'estomac.

Un autre moyen de stimuler les fonctions languissantes de l'estomac, consiste à appliquer au patient, une heure ou une demi-heure avant le principal repas, l'un des procédés hydrothérapeutiques plus particulièrement appropriés au trai-

tement général des états neurasthéniques, l'enveloppement dans le drap mouillé, ou mieux encore la douche en pluie, la douche en jet brisé modéré alternativement chaude et froide, le jet et la pluie étant particulièrement dirigés sur la région abdominale. La réaction générale qui suit l'application extérieure du froid, s'accompagne d'une stimulation plus ou moins prononcée, mais toujours réelle, de toutes les fonctions, et même des fonctions digestives. Chez un neurasthénique anorexique, j'ai réussi par ce procédé à provoquer le retour de la sensation de la faim.

Une certaine diététique, la galvanisation de l'estomac et l'hydrothérapie combinées constituent, à l'heure qu'il est, le meilleur traitement de l'atonie gastrique des neurasthéniques. La séance de galvanisation a lieu dans la matinée, avant le repas de midi, et la douche est donnée vers 5 ou 6 heures, avant le repas du soir.

Les lavages de l'estomac n'ont que des indications restreintes. Dans le cas d'atonie invétérée, l'estomac n'arrive pas à l'état de vacuité complète, et, à de certains intervalles, la réplétion est poussée, surtout lorsque la dilatation est assez prononcée, au point d'aggraver sérieusement les malaises après les repas et d'augmenter gravement les troubles de la digestion gastrique. Enfin il peut encore arriver que des fermentations acides secondaires s'établissent dans l'estomac dilaté. Ce sont là deux indications des lavages. Mais il faut se garder de les multiplier outre mesure, sous peine d'aggraver encore l'atonie de la muqueuse

et des fibres musculaires de l'estomac. Le lavage doit être envisagé comme un traitement de certaines complications intercurrentes, non comme un traitement de l'affection elle-même.

La constipation, qui fait très rarement défaut, témoigne de la participation du gros intestin à l'atonie gastro-intestinale. La diminution et la disparition de la constipation sont toujours des signes d'un pronostic favorable et qui coïncident généralement avec une amélioration parallèle des troubles gastriques. Il y a donc intérêt à traiter la constipation. L'usage habituel des purgatifs est inefficace et même dangereux ; il augmente encore l'atonie du gros intestin. Tout au plus est-il permis de prescrire de temps en temps une dose modérée de rhubarbe, d'aloès ou de podophylle. Ces médicaments sont préférables aux purgatifs salins. Les lavements ont moins d'inconvénients que les purgatifs ; ce sont des lavements d'eau fraîche, de macérations de graines de lin, d'eau additionnée de glycérine. Les lavements procurent des évacuations, mais ils n'ont pas grande action sur l'atonie elle-même du gros intestin. Deux moyens méritent plus de confiance, le massage et l'application des courants continus.

Le massage de l'abdomen a lieu chaque matin, au réveil, le patient étant encore au lit. Je l'ai décrit déjà à propos du traitement systématique de M. Weir Mitchell. Il se compose de pressions et de frictions, de plus en plus énergiques, exercées avec l'extrémité des deux mains réunies, sur le gros intestin, dans le sens des mouvements

péristaltiques, depuis le cæcum jusqu'à l'S iliaque, c'est-à-dire de la fosse iliaque droite à la gauche, en passant par les hypocondres. Du reste, le relâchement et l'amaigrissement de la paroi abdominale permettent de sentir assez bien la corde formée par les divers segments du gros intestin rétracté. Ces frictions sont répétées, toujours dans le même sens, pendant vingt ou trente minutes. Elles ont un double résultat; elles font cheminer d'une façon toute mécanique les masses stercorales retenues dans les ampoules du côlon, et elles provoquent des contractions de la tunique musculuse. J'ai vu plusieurs fois, dans des cas de constipation rebelle, chaque séance de massage suivie d'une évacuation. On peut terminer la séance par des pressions et des malaxations exercées, au niveau de la région ombilicale, sur la masse de l'intestin grêle.

Pour l'application des courants continus, on se sert des mêmes électrodes que pour la galvanisation de l'estomac. La plus grande électrode, le pôle positif, reste fixée sur la région lombaire gauche ou sur l'épigastre; l'autre électrode plus petite, le pôle négatif, est posée alternativement sur l'une et l'autre fosse iliaque. Chaque séance dure dix, vingt ou trente minutes. J'ai vu également cette galvanisation locale du gros intestin suivie régulièrement d'une évacuation.

La combinaison, ou plutôt l'emploi alternatif, du massage et de la galvanisation, constitue un excellent traitement de la constipation habituelle, et à coup sûr bien préférable à l'emploi systé-

matique des purgatifs et même des lavements.

La colite glaireuse est le plus souvent améliorée par le traitement qui réussit à combattre heureusement la constipation. Cependant, lorsque cette complication est ancienne et prononcée, le massage doit être pratiqué avec modération, et il vaut mieux ne recourir qu'à la galvanisation. La muqueuse est enflammée, et la présence de points douloureux sur le trajet du côlon, ainsi que le mélange d'un peu de sang aux mucosités, doit faire craindre la présence de quelques érosions ou ulcérations, lésions que pourraient aggraver les frictions et les pressions exercées sur l'intestin malade. On a conseillé d'agir directement sur la muqueuse avec des lavements de bromures, de térébenthine, de nitrate d'argent. On a même proposé l'usage interne de petites doses de sublimé. J'ai employé la plupart de ces moyens sans grands résultats. De tous les lavements médicamenteux, celui qui m'a paru le mieux réussir est un lavement de 400 à 500 grammes d'eau tiède contenant 4 à 6 grammes de chlorate de potasse. Ce lavement doit être pris, le patient étant au lit, le matin, après l'évacuation spontanée ou provoquée des matières accumulées dans le gros intestin ; il est gardé le plus longtemps possible, une demi-heure à une heure au moins. On en répète l'usage par série de cinq ou six jours, particulièrement après les crises, quelquefois fébriles et douloureuses, au milieu desquelles sont éliminées les masses glaireuses. Dans un cas récent, ce traitement, prolongé pendant plusieurs mois, a

donné une guérison à peu près complète ; du moins la constipation a beaucoup diminué et les crises douloureuses sont devenues bien plus rares.

Le relâchement de la paroi abdominale existe fréquemment, surtout lorsque le patient est amaigri et que l'atonie gastro-intestinale dure depuis longtemps. M. Glénard a fort bien démontré le rôle que joue cet affaiblissement de la paroi abdominale dans la pathogénie de bon nombre des malaises et des douleurs dont souffrent les dyspeptiques neurasthéniques. Augmenter la tension abdominale diminuée, c'est là très certainement une importante indication du traitement, que M. Glénard a très ingénieusement remplie à l'aide de sa sangle hypogastrique. C'est une large bande de tissu ferme et résistant, maintenue par des sous-cuisses, et qui exerce une forte compression sur la partie sous-ombilicale de la paroi abdominale. Beaucoup de malades sont remarquablement soulagés par l'usage constant de cette sangle hypogastrique. Chez certaines femmes neurasthéniques, les sensations pénibles dans l'abdomen, dues sans doute au prolapsus des viscères, s'élèvent parfois jusqu'aux proportions de véritables douleurs, vives, intolérables, dès que la station verticale est prolongée pendant quelques minutes. Or, l'expérience prouve que ces sensations pénibles et ces douleurs sont beaucoup atténuées, quelquefois même entièrement supprimées, par la compression permanente de la région sous-ombilicale. Je donne des soins à plusieurs femmes neurasthéniques, chez lesquelles la station verticale et la

marche sont grandement facilitées par l'usage de la sangle hypogastrique de M. Glénard.

La constriction de la taille par le corset trouble les fonctions de l'estomac et n'est pas sans influence sur le prolapsus et la dilatation de cet organe. Aussi, dans tous les cas d'atonie gastro-intestinale neurasthénique, faut-il conseiller d'éviter cette constriction de la taille, et, dans les cas graves, faire comprendre à la malade la nécessité de supprimer entièrement le corset. On le remplacera par une sorte de ceinture maintenue par des bretelles passant sur les épaules, et à laquelle sont fixées les diverses pièces du vêtement.

Le traitement du deuxième degré de l'atonie gastro-intestinale est long, très long, et ce n'est pas en quelques jours qu'on peut obtenir même une amélioration. Le malade et le médecin ont donc l'un et l'autre besoin de patience et de persévérance. On ne doit pas oublier non plus que l'atonie gastro-intestinale n'est que l'une des nombreuses manifestations d'un état général du système nerveux. Il est donc nécessaire que le traitement local des troubles digestifs soit toujours associé au traitement général de la neurasthénie. C'est dans une judicieuse combinaison de ces deux traitements que résident toutes les chances de succès.

FIN

# TABLE DES MATIÈRES

---

INTRODUCTION. . . . .	1
I. — DÉFINITION ET NATURE DE LA NEURASTHÉNIE. . . . .	4
II. — ÉTIOLOGIE . . . . .	7
III. — PRINCIPALES FORMES CLINIQUES. . . . .	30
<i>Neurasthénie féminine.</i> . . . .	30
<i>Neurasthénie traumatique.</i> . . . .	39
<i>Neurasthénie commune.</i> . . . .	44
IV. — PRINCIPAUX SYMPTÔMES OU STIGMATES NEURASTHÉNIQUES. . . . .	49
<i>Céphalée.</i> . . . .	50
<i>Insomnie</i> . . . . .	52
<i>Dépression cérébrale.</i> . . . .	55
<i>Affaiblissement de la motilité.</i> . . . .	59
<i>Rachialgie.</i> . . . .	60
<i>Dyspepsie par atonie gastro-intestinale.</i> . . . .	62
V. — SYMPTÔMES DE LA NEURASTHÉNIE. . . . .	65
<i>Symptômes cérébraux.</i> . . . .	66
<i>Vertiges.</i> . . . .	67
<i>Etats d'anxiété.</i> . . . .	68
<i>Préoccupations hypocondriaques.</i> . . . .	78
<i>Troubles de la sensibilité</i> . . . . .	79
<i>Troubles de la motilité.</i> . . . .	82
<i>Idiosyncrasies.</i> . . . .	87
<i>Troubles des organes des sens.</i> . . . .	89
<i>Troubles de la circulation.</i> . . . .	94
<i>Troubles des sécrétions.</i> . . . .	99
<i>Troubles des voies digestives.</i> . . . .	99
<i>Troubles de l'appareil génital.</i> . . . .	124
<i>Troubles des voies urinaires.</i> . . . .	125
<i>Troubles des voies respiratoires.</i> . . . .	127

VI. — ASSOCIATIONS DIVERSES DES SYMPTÔMES, MARCHÉ DE LA NEURASTHÉNIE . . . . .	128
<i>Cérébrasthénie.</i> . . . . .	129
<i>Myélasthénie.</i> . . . . .	132
<i>Forme aiguë de la neurasthénie.</i> . . . . .	137
VII. — PRONOSTIC DE LA NEURASTHÉNIE. . . . .	139
VIII. — DIAGNOSTIC DE LA NEURASTHÉNIE. . . . .	147
IX. — TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE. . . . .	158
<i>Méthode de M. Weir Mitchell.</i> . . . . .	161
<i>Indications de l'isolement.</i> . . . . .	182
<i>Indications du repos.</i> . . . . .	184
<i>Indications du massage et de l'électricité.</i> . . . . .	187
<i>Hydrothérapie.</i> . . . . .	191
<i>Climats d'altitude.</i> . . . . .	194
<i>Suggestion hypnotique.</i> . . . . .	196
<i>Agents pharmaceutiques.</i> . . . . .	197
<i>Traitement de l'atonie gastro-intestinale.</i> . . . . .	200



Biblioteka Główna WUM

**K.9163**



000019227



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)