

Bibliothèque numérique

medic@

**Bernheim, Hippolyte. - Neurasthénies
et psychonévroses**

***In : Revue médicale de l'Est,
1908, pp. 129-42, 174-84, 206-12***

REVUE MEDICALE DE L'EST

TRAVAUX ORIGINAUX

Neurasthénies et Psychonévroses.

(Suite)

Par le Dr BERNHEIM,

Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

L'observation suivante, très instructive, montre une *paralysie spasmodique persistante*, qui semble liée à une *auto-intoxication cérébro-spinale*.

M^{me} X..., âgée de 39 ans, mère de trois enfants, vient de Lyon me consulter pour une paraplégie qu'on a qualifiée d'hystérique. C'est une femme très impressionnable, mais qui a toujours été bien portante, n'a jamais eu de troubles nerveux, ni de crises hystériques, avant la maladie actuelle.

Celle-ci a commencé il y a neuf ans, par une rétention d'urine survenue un an après sa première couche, qui a été gemellaire et normale. Cette rétention nécessita le cathétérisme et dura quinze jours, sans cystite. Puis survint après quelques jours de santé normale une stupeur qui dura complète une quinzaine de jours; la malade resta les yeux ouverts, sans parole et sans mouvements. Au bout de ce temps, la stupeur physique et psychique commença à se dissiper; l'intelligence et la conscience complètes n'étaient revenues qu'au bout de deux mois. Mais alors se manifesta et persista pendant deux ans un état de mélancolie avec idées de mort qui a disparu complètement. L'intelligence depuis est restée intacte.

En outre, quinze jours à trois semaines après le début de la maladie, la jambe droite devient raide et resta contrac-

turée en extension pendant trois et quatre mois ; sans autre symptôme, sensitivoémoteur, au dire de la malade. Les médecins parlaient d'hémiplégie, d'hystérie. Cette contracture se dissipa graduellement au bout de trois à quatre mois ; mais depuis cette époque la malade marche mal et se trouve dans l'état qu'elle présente aujourd'hui ; les membres supérieurs n'ont jamais été affectés. Il n'y a jamais eu de crise nerveuse.

Depuis sa maladie, M^{me} X... a accouché deux fois, deux ans et trois ans après son début. Elle a nourri ses enfants sans accident aucun ; ils sont bien portants. Aucun stigmate de syphilis, ni chez elle, ni chez ses enfants.

Actuellement M^{me} X..., intelligente, impressionnable, ne présente aucun trouble ni psychique, ni neurasthénique. Elle a tous les signes d'un *tabès spasmodique* absolument stationnaire depuis plus de neuf ans, que l'affection a débuté : *contracture des membres inférieurs, pieds bots équinés, plus marqué à droite, trépidation réflexe indéfinie des deux côtés, phénomène du genou*, démarche difficile, caractéristique, frottant le sol avec la plante du pied droit, ne pouvant pas circuler seule dans la rue, sensibilité intacte ; fonctions vésicale et urinaire normales.

Pendant près de quatre semaines que la malade est confiée à mes soins, je lui apprend à marcher un peu mieux, en lui enlevant la peur, qui contribue à la paralyser quand elle est debout ; mais, sauf un peu plus d'assurance morale, je ne peux en rien modifier la paraplégie, évidemment organique, qui reste stationnaire, la maladie ne s'étant pas aggravée depuis des années.

Cette maladie paraît avoir commencé par une *confusion mentale* avec *mélancolie* qui a duré deux ans, *psychose toxique* qui a guéri complètement. En même temps *intoxication médullaire* qui a laissé une lésion incurable dans les *faisceaux pyramidaux*, donnant lieu au *tabès spasmodique*. Mais ce *tabès* n'est plus évolutif ; la désintoxication s'est faite assez tôt pour que la maladie ne subisse pas une évolution progressive, mais trop tard pour que la restitution *ad integrum* ait pu se faire, comme dans quelques-unes de

nos observations précédentes ; il est resté une infirmité considérable. Si l'évolution s'était terminée avant que la toxoinfection eût réalisé dans la moelle une lésion profonde, incurable, la maladie aurait pu passer, comme elle l'a fait d'ailleurs, sous la rubrique d'hystérie ou de neurasthénie simple.

Dans ce cas, la maladie a débuté par de la psychasthénie sans neurasthénie.

On sait d'ailleurs que les diverses toxines infectieuses, exogènes, comme celles de la grippe, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, de la scarlatine, de la variole, peuvent se localiser directement sur la moelle ou les nerfs périphériques, créer du tabes spasmodique, de la sclérose en plaques, des poliomyélites, des polynévrites, sans concomitance de neurasthénie diffuse. Ainsi en est-il aussi des auto-toxines ou cyto toxines, réveillées par le choc moral ou physique, par la diathèse nerveuse native, qui peuvent aussi affecter exclusivement le cerveau psychique, ou la moelle, ou les nerfs moteurs périphériques, sans produire les troubles somatiques généralisés dus à cette *infection multiple* qui constitue ce qu'on appelle, peut-être à tort, je le répète, neurasthénie ; à tort, parce que la maladie ne frappe pas exclusivement le domaine nerveux.

L'observation suivante montre aussi une *affection spinale qui évolue à la suite de poussées successives d'auto-intoxication nerveuse*, pouvant en imposer au début par une simple paralysie dite nerveuse ou hystérique.

M^{me} C..., 33 ans, ménagère, entra dans mon service le 16 juillet 1907, avec des symptômes de myélite.

Il y a 9 ans, à la suite d'émotions et de chagrins, elle perdit l'appétit, se sentit faible et démoralisée ; c'était donc une dépression nerveuse émotive.

Cela datait depuis un mois, quand un jour, le 18 décembre, étant sur une route, elle fut prise brusquement d'une douleur vive vers l'angle de l'omoplate gauche ; ce point douloureux l'empêcha de marcher ; elle eut comme des étouffements : on dut la ramener chez elle. Des ventouses diminuèrent les douleurs ; elle put dormir la nuit, mais avec agitation.

Le lendemain, douleurs et étouffements avaient disparu. Le surlendemain, la malade vacillait sur ses jambes qui étaient affaiblies et endormies. Sa faiblesse augmenta, et au bout de huit jours, c'était une *paralysie complète*. Le *bras droit* se prit ensuite, s'affaiblit aussi, et devint complètement paralysé au bout de quinze jours. En même temps *réten-tion d'urine* et constipation opiniâtre. *Cette paraplégie des deux jambes et du bras droit dura cinq mois.*

Parfois, trois ou quatre fois dans la nuit, les membres inférieurs se contractaient en flexion et il fallait les lui étendre, elle ne pouvait le faire elle-même.

Au bout de quatre mois, la paralysie avait diminué ; elle marchait soutenue par une aide. Au commencement du sixième mois, elle était *totale-ment guérie*.

Un an plus tard, au début de juin, un mois après une forte émotion, elle fut de nouveau prise de faiblesse dans la jambe et le bras droits ; mais la paralysie ne fut pas complète comme la première fois ; la malade pouvait avec peine lever son bras ; elle faisait quelques mouvements de la main, mais ne pouvait pas tenir une cuillère. Cette fois-ci il y avait, de plus, diminution de la sensibilité ; elle sentait peu lorsqu'on la piquait. Sa jambe gauche était aussi un peu faible, mais moins que la droite. La malade marchait difficilement, traînant la jambe droite, avec douleur au jarret ; un peu de raideur existait dans la jambe et le bras droits.

Au bout de neuf semaines, la guérison était à peu près complète, sauf un peu de faiblesse persistante. Après dix minutes de marche, elle ne pouvait plus conduire facilement sa jambe droite, pliait difficilement son genou et traînait le pied ; elle était obligée de se reposer pendant dix minutes, cette parésie persista depuis.

Pendant sa première atteinte de paralysie, elle avait présenté une obnubilation légère de la vue. Lors de la seconde, elle eut un point noir devant l'œil gauche qui persista assez longtemps et s'agrandit petit à petit. La vue se perdit de l'œil droit, devant lequel elle avait comme une « toile d'araignée ».

Il y a quatre ans, la malade a passé sept semaines au

service des yeux, où on aurait constaté une choroïdite pour laquelle on lui fit des piqûres de biiodure de mercure. Au bout de cinq semaines, la vision revint progressivement, quoique incomplètement. L'œil droit fut de nouveau atteint dans le courant de l'hiver 1906-1907.

En août 1906, subitement, la marche redevint impossible. La malade dut garder le lit. Elle tombait aussitôt qu'elle se levait. Quinze jours plus tard, le bras droit était pris. Dans le courant de la même année, elle avait des vertiges plusieurs fois par jour, qui ont disparu depuis neuf mois; elle accusait aussi des douleurs vives dans les reins et la ceinture lorsqu'elle se courbait.

La malade n'avait jamais eu de crises de nerfs; elle est de caractère calme, sans impressionnabilité spéciale.

C'est le 16 août qu'elle ne put plus marcher, ni se tenir debout sans être soutenue; elle ne sentait plus ses jambes et lorsqu'elle marchait, soutenue ou cramponnée à un meuble, elle perdait ses chaussons sans le savoir.

A son entrée, le 17 juillet 1907, nous trouvons une femme bien constituée, mère d'un enfant bien portant. Aucune trace de syphilis ancienne ni récente. Peu après son entrée, elle a eu trois vertiges avec nausées pendant sept à huit minutes.

On constate de la parésie du bras droit; la main donne 0 au dynamomètre, la main gauche donnant 25. Elle ne peut étendre complètement l'avant-bras droit; l'extension passive se fait avec une certaine raideur; elle ne peut étendre complètement les doigts de la main droite. Les autres mouvements se font avec plus de lenteur qu'à gauche. Sensibilité normale.

Le membre inférieur gauche fait tous les mouvements, avec une légère raideur, quand on veut le fléchir.

Le membre inférieur droit est paralysé; elle soulève le pied droit à 3 ou 4 centimètres au-dessus du plan du lit, mais sans pouvoir le maintenir; elle ne fait que de légers mouvements des orteils, fléchit à peine le pied et le genou, avec sensation de fatigue dans le genou; pas de troubles de sensibilité.

La malade se tient debout en écartant les bras du tronc, chancelle un peu, a la démarche spasmodique, lente, avec peu

de mouvements dans les articulations des genoux et cous-de-pied, surtout à droite. Quand elle appuie le pied, elle sent peu le sol, surtout du côté droit.

Les réflexes patellaires sont manifestement exagérés, surtout du côté droit ; pas de trépidation réflexe des pieds.

On constate de l'iritis de l'œil droit avec dépôts sur la cristalloïde ; et une légère iritis ancienne de l'œil gauche.

La malade reste au service pendant huit jours. Le repos au lit et la suggestion produisent une légère amélioration ; elle soulève le pied droit de 10 centimètres dans son lit. Le dynamomètre donne 26 à gauche, et toujours 0 à droite. Elle marche seule en tenant un peu la main droite infléchie et traînant légèrement les jambes, la droite toujours raide ; et se sent rapidement fatiguée. C'est tout ce qu'on peut obtenir. L'exagération des réflexes patellaires persiste. En somme on ne peut dégager la myélite organique que du dynamisme que la fatigue lui avait ajouté, *la maladie elle-même reste stationnaire.*

En résumé, à 23 ans, après un mois de dépression nerveuse émotive, paraplégie complète et paralysie du bras droit qui s'établit en huit jours et guérit radicalement au bout de cinq mois. Sans doute, on aurait diagnostiqué alors une paralysie purement fonctionnelle ou nerveuse.

Un an plus tard, à 24 ans, après une émotion, nouvelle paralysie dans la jambe et le bras droits, avec hypoesthésie incomplète. Nouvelle guérison au bout de neuf semaines, mais laissant cette fois-ci une faiblesse persistante dans le membre inférieur droit. Il y avait encore lieu de penser à une paralysie psychique.

Enfin, huit ans plus tard, à 32 ans, nouvelle paraplégie incomplète, et paralysie du bras droit qui cette fois laisse une impotence plus marquée, persistante, avec exagération des réflexes patellaires.

La nature organique de la myélite n'est pas douteuse. La première poussée, précédée de dépression nerveuse, ressemblant à une neurasthénie dépressive, suivie de guérison complète, et la seconde poussée, avec guérison incomplète, semble bien accuser une *auto-intoxication médullaire.*

La première fois, la moelle s'est désintoxiquée avant que des lésions permanentes ne se fussent établies. La seconde et la troisième auto-intoxication ont laissé des reliquats organiques permanents.

L'irido-choroïdite intermittente n'est-elle pas aussi due aux mêmes toxines ou toxiques qui ont fait la myélite ?

Si j'ai rapporté cette observation avec quelques détails, bien qu'elle ne rentre peut-être pas franchement dans l'histoire des neurasthénies à proprement parler, c'est qu'elle montre bien comment l'intoxication nerveuse, quelle que soit sa nature, peut déterminer des troubles paralytiques ou autres, *passagers*, qu'on qualifie du nom de neurasthéniques, ou *persistants*, qu'on qualifie d'organiques, bien que dans les deux cas, il s'agisse en réalité d'un même processus plus ou moins intense.

Relatons encore brièvement une observation qui montre *l'auto-intoxication affectant exclusivement la moelle épinière*, sans intéresser les autres domaines nerveux, sans aucun symptôme neurasthénique.

Une personne de 42 ans, institutrice, vient dans mon service le 5 mai 1907, avec tous les signes d'une sclérose latérale amyotrophique avancée. Les jambes et les cuisses sont contracturées en flexion, le genou droit fortement appuyé contre la cuisse gauche, si bien qu'il est même difficile d'interposer une compresse entre les deux genoux ; cette contracture est irrésistible et persiste sous le chloroforme ; réflexe des orteils en extension, trépidation réflexe indéfinie des pieds, provoquée par moment. Atrophie marquée des éminences thénar et hypothénar, et des interosseux ; légère flexion de la main gauche, au niveau des deuxième et troisième phalanges de l'annulaire et de l'auriculaire. La malade ne peut rapprocher deux doigts ; le pouce droit ne peut faire l'abduction complète, le gauche ne peut faire les mouvements d'abduction, ni d'opposition complète. Le dynamomètre donne 12 pour la main gauche, 9 à droite.

La maladie suit son cours ; l'appareil plâtré n'est pas supporté : il produit des escarres : la contracture est irré-

sistible ; l'atrophie augmente avec raideur dans le bras gauche ; les sphincters se prennent et la malade doit être sondée ; cystite, escarres. Elle quitte l'hôpital en août pour mourir chez elle.

Or, voici l'évolution antérieure de cette myélite. Aucun antécédent héréditaire ni nerveux personnel.

A l'âge de 24 ans, survient sans cause et assez rapidement une *hémiparésie* de la jambe et du bras droits ; la face restant indemne. La malade avait de la peine à marcher. Cette hémiparésie dura plusieurs mois et *disparut complètement* à la suite de simples bains froids.

On a dû diagnostiquer : paralysie nerveuse ou hystérique.

Quelques années plus tard, la malade ne peut préciser, nouvelle parésie *dans la jambe droite* seulement ; la marche était encore plus pénible que la première fois ; la jambe était légèrement raide. *Guérison de nouveau complète* après quelques semaines à la suite de simples frictions.

Quelques années après, à l'âge de 33 ans, nouvelle impotence dans la même jambe, troisième atteinte qui cette fois-ci ne se termina pas par guérison, mais *laissa une raideur en extension permanente dans cette jambe* : la malade ne put plus marcher que difficilement. Cette nouvelle myélite semble être restée à peu près stationnaire jusqu'à l'âge de 41 ans, 13 mois avant son entrée à l'hôpital. A ce moment les *deux jambes se contracturèrent en flexion*, la paraplégie spasmodique fit des progrès, la malade ne put plus quitter le lit, et les mains commencèrent à s'atrophier.

En résumé, à partir de 24 ans, à quelques années de distance deux évolutions, probablement auto-toxiques, de myélite avec guérison complète. Jusque là la maladie pouvait être qualifiée de neurasthénique, hystérique ou psychique. L'avenir devait cependant infirmer ce diagnostic et montrer qu'il s'agissait de *vraies myélites abortives*, qui guérissent sans traces. Au bout de neuf ans, troisième poussée qui laisse une paralysie avec contracture en extension de la jambe droite.

Enfin, huit ans après, quatrième poussée qui fait la myélite évolutive, laquelle progresse avec les symptômes de la sclérose latérale amyotrophique.

Cette observation montre qu'il ne faut pas se hâter de dire paralysie psychique ou nerveuse, quand une paralysie apparaît vite et guérit totalement en peu de temps. Seule la guérison instantanée spontanée, ou celle qu'on obtient facilement par suggestion, peut affirmer sa nature psychique pure.

Dans les observations suivantes, une neurasthénie d'origine émotive aboutit à la *polynévrite*.

Une jeune femme de 29 ans, très impressionnable, mais sans maladie nerveuse antérieure, fut violemment émue à la suite d'un attentat à la pudeur sur sa fille, quand elle entendit aux assises l'avocat défendre l'accusé et qu'elle crut à des insinuations dirigées contre elle. Depuis, elle demeura énervée, surexcitée, avec de l'insomnie, de l'inappétence.

Quinze jours après, elle fut prise de nausées, de vomissements, de douleurs dans les membres qu'elle ne pouvait plus remuer ; elle dut rester alitée. En même temps se produisit une *contracture en flexion de la jambe droite* sur la cuisse : après quelques jours, *flexion du gros orteil gauche, puis des orteils des deux pieds ; puis flexion des doigts des deux mains*.

Les vomissements durèrent quinze jours. Le médecin redressa le genou et le maintint avec des attelles. Les mains fermées se rouvrirent spontanément.

A son entrée à l'hôpital, quatre ou cinq mois après le début, toute contracture avait disparu. On constate de la *paraplégie avec atrophie musculaire*, pieds bots équiins varus paralytiques, griffe plantaire des orteils, impossibilité à la malade de redresser ou de fléchir le pied droit, de remuer les orteils ; quelques légers mouvements dans le pied gauche ; les mouvements sont conservés dans les cuisses et les jambes ; absence de contractilité électro-musculaire faradique des muscles paralysés. Sensibilité normale.

L'état demeure longtemps stationnaire. Au bout d'un an après le début, la régénération commençait à se faire, mais lentement. Six mois après, on revit la malade qui marchait, mais les pieds se renversant sur leur bord externe et les gros orteils restant infléchis sous la plante des pieds constituaient une *infirmité durable*.

Il s'agit certainement d'une *polynévrite toxique provoquée chez une nerveuse par un choc moral* ; la contracture du début passagère était une *psychonévrose greffée* sur la période initiale douloureuse de cette névrite.

Une demoiselle, de 32 ans, entre dans mon service le 4 juillet 1895 avec une polynévrite. Comme antécédents, anémie à 18 ans, impressionnabilité nerveuse à 24 ans ; elle était intelligente, honnête. A 27 ans, la malade étant fiancée depuis deux ans, allait se marier, quand ses parents s'y opposèrent. De là, tristesse, pleurs, inquiétude continue, obsédante ; au bout de sept mois, première *crise gastrique*, analogue à celles du tabes avec douleurs épigastriques intolérables et vomissements bilieux. Cette crise cessa brusquement au bout de huit jours. Trois mois après, nouvelle crise pareille durant huit jours. Ces crises se répétèrent tous les mois ou tous les deux mois pendant dix mois. En même temps, *légère parésie des membres inférieurs*. On pouvait croire à un début de tabes ; c'est une polynévrite qui se produisit. Il n'y a jamais eu de douleurs fulgurantes. Deux ans et demi après le début, faiblesse progressive dans les jambes. Au bout de trois mois la malade ne pouvait plus marcher et avait des *pieds bots équins varus paralytiques complets*, des *jambes de polichinelle* avec atrophie considérable des muscles et absence de réaction faradique. En même temps *faiblesse dans les mains* surtout dans les deux derniers doigts de la main droite, impossibilité de coudre et d'écrire. Enfin, *névrite faciale* caractérisée par une légère hémiplegie faciale gauche, de la mydriase droite, de la parésie du droit externe gauche et de la diplopie, symptômes qui persistent encore.

Cinq ans après le début, la restauration a commencé dans les membres inférieurs ; la malade exécute tous les mouvements des orteils et des pieds qui étaient perdus depuis deux à trois ans. Mais elle ne pouvait encore se tenir sur ses jambes.

N'est-ce pas là une *psychoneurasthénie émotive* qui a

créé un état toxique se traduisant par des *crises gastriques*, de la *parésie des membres inférieurs* et finissant par déterminer des *altérations dégénératives des nerfs périphériques* ?

Dans l'observation suivante, c'est la même étiologie qui fait une polynévrite moins avancée.

Une jeune fille entre dans mon service le 10 février 1896, pour une *paraplégie nerveuse*. Depuis cinq mois, elle ne marche plus, ses jambes plient ; déjà deux ou trois mois auparavant, elle accusait des douleurs vives dans les orteils et les mollets avec faiblesse dans les jambes.

Voici la cause déterminante : Cette jeune fille aimait un jeune homme que son père congédia ; de là, tristesse, pleurs, mélancolie ; elle se cachait jusque dans la cave pour pleurer. En même temps, malaise général, insomnie, sueurs, anorexie, céphalée, agitation nocturne. Cet état persistait depuis deux mois quand commença la *paralysie des jambes avec douleurs* dans les *mollets*.

Croyant à une paralysie nerveuse, dite hystérique, d'autant plus que cette jeune fille toujours nerveuse, impatiente, a eu plusieurs crise d'hystérie, j'essaie un traitement suggestif et j'arrive rapidement à enlever les douleurs et à faire marcher la malade ; mais je constate qu'elle continue à boiter de la jambe droite, que le pied reste toujours dans une certaine position varus équin et ne peut être redressé complètement, qu'il y a une atrophie notable des muscles des mollets, surtout à droite ; le pied gauche offre aussi un certain degré de varus équin, mais moins accentué que le droit. Les réflexes tendineux sont plutôt diminués.

La suggestion a dégagé l'élément fonctionnel dynamique greffé sur la marche périphérique qui est restée rebelle à la suggestion.

Ces trois observations montrent des conditions étiologiques analogues.

Nous voyons survenir en pleine santé une émotion morale vive chez des femmes déjà nerveuses et impressionnables. Il en résulte un état d'énervement, de surexcitation ; à cet

état s'ajoutent, au bout d'une quinzaine de jours, de la céphalée, des vomissements, de l'anorexie, la suppression des règles chez deux d'entre elles. La polynévrite n'apparaît qu'au bout de quelques semaines; elle a été précédée de manifestations générales qui relèvent d'un état général toxique; *cette infection générale a précédé la localisation sur les nerfs périphériques.*

On sait combien les polynévrites sont fréquentes à la suite des intoxications (alcooliques, saturnines, etc.) ou des maladies infectieuses (grippe, fièvre typhoïde, diphtérie, syphilis, tuberculose, cancer, etc.). On voit que *l'émotivité seule* peut agir comme provocatrice d'un état toxique, créer une *dyscrasie nutritive toxique* persistante qui peut se localiser sur le système nerveux périphérique, comme sur la moelle épinière.

Cette dyscrasie, d'ailleurs, n'est pas spécialisée au système nerveux. Quand un nerveux impressionnable a des troubles fonctionnels divers, de la dyspepsie, de l'entérite, des douleurs musculaires ou articulaires, des dermatoses, etc., on a l'habitude de tout rapporter au système nerveux. Une dyspepsie d'origine émotive n'est pas forcément une dyspepsie nerveuse; une entérite muco-membraneuse n'est pas une pure névrose intestinale. De même que l'émotivité crée de l'*intoxication nerveuse et spinale*, elle peut créer de l'*intoxication gastrique, intestinale, cutanée, musculaire, péri-articulaire, oculaire*, etc. L'hyperchlorhydrie avec dilatation d'estomac, les flatulences, l'entérocolite muco-membraneuse, me semblent plutôt fonctions des toxines créées par l'émotivité, comme des toxines créées par l'influenza, que des manifestations purement névropathiques. *L'idée de toxinfection substituée à celle de pur dynamisme nerveux* modifie singulièrement la conception de l'ancienne neurasthénie.

(A suivre.)

REVUE MÉDICALE DE L'EST

TRAVAUX ORIGINAUX

Neurasthénies et Psychonévroses.

(Suite)

Par le Dr BERNHEIM,

Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Des psychonévroses.

I

Nous avons vu que la plupart des syndromes nerveux, qualifiés de *neurasthénies générales*, donnant lieu à des symptômes multiples, affectant des fonctions diverses, sont des maladies toxi-infectieuses, ce ne sont pas des névroses.

Dans la minorité des cas, ces syndromes sont purement fonctionnels, sans lésion, ni toxine, dus à un simple dynamisme nerveux, d'origine émotive, ou auto-suggestive ; ce sont des névroses ou psychonévroses.

Il existe aussi des syndromes nerveux qualifiés de *neurasthénies locales* ou *partielles*, parce qu'elles sont localisées à un seul organe ou à un petit nombre d'organes ou fonctions.

Mais tandis que l'élément toxi-infectieux domine la pathogénie des neurasthénies générales, dont la plupart ne sont pas des névroses, l'élément dynamique pur ou auto-suggestif domine la pathogénie des maladies dites neurasthénies locales, qui sont pour la plupart des psychonévroses locales.

Cela se conçoit dans une certaine mesure, si on pense que les toxines, produits de dyscrasie cellulaire nutritive, ou produits microbiens, répandus par le sang et la lymphe dans tout l'organisme, ont de la tendance à le vicier tout entier, bien que chaque toxine ait ses affinités particulières, ses organes

de prédilection. Aussi le plus souvent la maladie, déterminée par elle, tout en ayant des localisations spéciales, n'en porte pas moins le cachet d'une maladie générale : troubles psychiques, moteurs, sensitifs, digestifs, sécrétoires, respiratoires, nutritifs et autres sont ordinairement associés.

Quand cependant l'une de ces localisations domine largement le tableau morbide, par exemple la psychose dépressive, ou une douleur, ou une dyspepsie flatulente, il s'agit d'une neurasthénie locale toxi-infectieuse, la toxi-infection restant localisée presque tout entière à un organe. Mais ceci constitue le plus petit nombre des cas.

La plupart des maladies dites neurasthénies locales ne sont pas toxi-infectieuses, mais sont des psychonévroses ; l'élément émotif ou suggestif qui les crée et les entretient actionne plus aisément un seul organe, une seule fonction, comme le montrent les faits que nous rapporterons.

C'est cette classe de neurasthénies locales, méritant seules le nom de psychonévroses, que nous allons examiner d'abord.

Elles sont excessivement fréquentes et variées. On peut dire que presque tous les symptômes dont l'organisme dispose et que les maladies organiques peuvent déterminer, tels que douleur, anesthésie, paralysies, convulsions, dyspnée, vomissements, etc., sont susceptibles d'être créés, à l'état de névroses, sans lésions, par le psychisme émotif ou par auto-suggestion. De plus, quand ces symptômes sont déterminés primitivement par une cause organique, ils peuvent être *entretenus* ou *reproduits* à titre de simples névroses par l'auto-suggestion, quand la cause organique a disparu.

La *sphère de la sensibilité générale* est la plus riche en psychonévroses. Douleurs de toute intensité et de toutes qualités, localisées dans toutes les régions du corps, anesthésies cutanées et profondes, perversions de la sensibilité créant des sensations bizarres, symptômes continus, intermittents, périodiques, avec exacerbations paroxystiques, ou symptômes déterminés seulement par certains actes, tout se réalise par l'imagination, sans substratum anatomique.

Citons, au hasard, quelques exemples :

Un enfant de neuf ans, entré à la clinique pour une fièvre muqueuse bénigne, présente au niveau de l'ombilic une hyperesthésie douloureuse excessive sur une zone de 5 centimètres : le moindre attouchement de cette région provoque des cris. Cette hyperesthésie, dit la mère, date de un an, consécutive à une légère excoriation de l'ombilic cicatrisée. L'enfant est rapidement guéri par suggestion et on peut alors toucher la région sans qu'il manifeste aucune douleur.

Il y a eu là exacerbation auto-suggestive d'une douleur réelle et conservation de cette douleur comme image psychique, constituant une psychonévrose de sensibilité. Ces cas sont fréquents chez les sujets impressionnables et ne sauraient échapper à l'interprétation médicale.

D'autres névroses de sensibilité douloureuse sont plus complexes et donnent lieu facilement à des erreurs de diagnostic. Voici un exemple : Un cordonnier, âgé de 53 ans, bien portant auparavant et nullement nerveux, avait depuis quatre mois une douleur excessive à l'occiput et à la nuque, avec des exacerbations lancinantes durant plusieurs heures, lui arrachant des cris, se répétant toutes les nuits et l'empêchant de dormir. Cela devint un gémissement presque continu ; il ne put plus travailler, se tenait la tête dans les mains, marchait sans oser la tourner, de peur d'exagérer ses douleurs. Cette attitude rendait sa démarche un peu irrégulière. Mon chef de clinique et mes élèves avaient accepté le diagnostic du médecin qui m'avait adressé le malade, tumeur cérébelleuse ; diagnostic qui paraissait confirmé par quelques vomissements que le malade avait eu en dernier lieu. L'intensité extraordinaire et anormale de ces douleurs subjectives me firent soupçonner un élément psychique, sans substratum organique ; ce que la thérapeutique confirma. Cette douleur était survenue à la suite d'un coryza pour lequel on avait prescrit de renifler par le nez, en la faisant revenir par la gorge et la bouche, de l'eau salée froide ; celle-ci produisait sur le pharynx une impression douloureuse, que le malade localisa à la nuque et à l'occiput et qui arriva peu à peu à persister par auto-suggestion. Je le guéris par suggestion verbale et des injections sous-cutanées d'eau simple,

lui faisant croire que c'était de la morphine ; ce ne fut pas sans difficulté ; mais en dix jours de traitement, la guérison fut radicale et persistante.

Voilà donc une psychonévrose de sensibilité douloureuse qui en imposa pour une tumeur cérébelleuse. Si le malade avait eu le moindre signe de syphilis antérieure, nul doute qu'on ne lui eût infligé un traitement mercuriel intensif qui aurait peut être, avec le temps et la suggestion médicale adjuvante, exercé une influence suggestive heureuse et confirmer faussement le diagnostic dans l'esprit du médecin traitant.

Dans ces deux cas, la psychonévrose douloureuse resta localisée. D'autres fois, elle s'étend et se complique par l'addition d'autres symptômes qui déroutent le diagnostic.

Voici, par exemple, une femme impressionnable qui, à la suite d'une contusion de l'abdomen, sans lésion sérieuse, accuse des douleurs vives persistantes. La palpation du ventre lui arrache des cris. La malade, convaincue qu'il y a quelque chose de dérangé dans la matrice, ressent des tiraillements, du malaise abdominal, des élancements douloureux qui s'exagèrent quand elle marche. C'est une psychonévrose de sensibilité abdominale. La psychothérapie bien conduite peut la guérir.

Chez telle autre, les mêmes symptômes persistent, longtemps rebelles à la suggestion et appellent à leur suite d'autres manifestations ; les douleurs se propagent au rein, au dos, dans les membres inférieurs ; la malade devient anxieuse, perd l'appétit et le sommeil. La *psychonévrose abdominale est devenue une psychonévrose générale*. Le médecin qui méconnaît le mécanisme psychique de ces phénomènes, examine l'abdomen avec soin, localise et précise les sensations, attache son attention à la rénitence souvent due à la défense musculaire, trouve, parce qu'il la crée en la cherchant, l'ovarialgie, et contribue à son insu à perfectionner l'auto-suggestion morbigène.

Cela arrive d'autant plus fréquemment que ces sensations douloureuses peuvent avoir une origine réelle, un déplacement utérin, quelques adhérences péritonéales, une salpyn-

gite, etc. ; mais ces *sensations réelles, exagérées par l'impressionnabilité nerveuse*, engendrent tout un syndrome de neurasthénie abdominale qui peut n'être qu'une psychonévrose auto-suggestive locale ou généralisée.

De plus, s'il existe chez la malade une diathèse nerveuse native disposant à l'auto-intoxication neurasthénique, celle-ci peut être éveillée par cette névrose et l'*élément toxique s'ajoute à l'élément simplement psychique*.

La maladie, quelquefois engendrée par suggestion lorsqu'elle est simplement nerveuse, dynamique, est rebelle à la psychothérapie, quand l'infection ou l'hérédité greffe sur elle ses produits de dyscrasie nutritive. De guerre lasse, le médecin impuissant appelle le chirurgien.

Que de neurasthénies abdominales laparotomisées avec ovariectomie et même hystérectomie qui ont conservé leurs souffrances physiques et morales !

Le psychisme, au lieu d'exalter la sensibilité, de faire des douleurs et de l'hypéresthésie, peut diminuer la sensibilité et faire de l'anesthésie.

Cette anesthésie, dite nerveuse ou psychique, est très fréquente dans les neuroses ; elle est localisée à une région, à un segment de membre, à un membre entier, elle peut affecter la moitié du corps, devenir hémianesthésie, avec ou sans analgésie, c'est-à-dire intéresser la sensibilité tactile seule ou en même temps la sensibilité douloureuse ; cette hémianesthésie est sensitive seulement ou sensitivo-sensorielle. Je n'insiste pas sur ces troubles que j'ai étudiés ailleurs (1).

Voici un exemple d'anesthésie traumatique.

Une jeune ouvrière de fabrique, âgée de 18 ans, reçoit une contusion simple avec gonflement notable de la main. A la suite s'établit et persiste encore au bout de quinze mois une anesthésie totale avec analgésie et absence de sens musculaire de la main droite jusqu'au poignet ; de plus, paralysie avec raideur, doigts infléchis à angle obtus, de façon que la main est fermée au quart ; la malade ne peut ni l'ou-

(1) *Revue de médecine*, 1901, p. 193-216, Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie, 2^e édition, p. 231.

vrir, ni la fermer complètement ; on arrive à l'ouvrir avec une certaine résistance, mais elle reprend sa position infléchie ; l'adduction et l'abduction du pouce sont impossibles. Tous les traitements médicamenteux, massage, hydrothérapie, électrothérapie dans un établissement spécial ont échoué. La malade n'est pas nerveuse, ni hystérique.

J'essaye en vain la suggestion directe, le pseudo-transfert par les aimants ; l'auto-suggestion paraissait irréductible. J'arrivai cependant à la guérison complète par la suggestion indirecte aidée d'un subterfuge (1).

Il ne s'agissait pas là d'hystérie, notre malade n'en avait aucun stigmate, mais bien d'une psychonévrose de sensibilité et de motilité. La contusion avait déterminé sans doute un certain degré d'impotence et d'hypoesthésie, passagère, comme le fait la compression des nerfs. Le sensorium a conservé ces impressions en les exagérant, constituant ainsi une image psychique de paralysie, ce que les auteurs appellent hystéro-traumatisme.

Les anesthésies psychiques, d'après l'enseignement classique, seraient très fréquentes dans la neurasthénie et surtout dans l'hystérie, surtout sous la forme d'hémi-anesthésie sensitive ou sensitivo-sensorielle ; le mot d'anesthésie psychique est même devenu synonyme d'anesthésie hystérique, si bien que toute anesthésie nerveuse sans lésion organique est considérée comme stigmate de l'hystérie, et constituerait même par elle seule une hystérie monosymptomatique. Je me suis élevé contre cette conception ; j'ai montré que l'anesthésie est rare chez les hystériques, lorsqu'elle n'est pas créée à son insu par le médecin qui la suggère en la cherchant et appelant sur elle l'attention des malades ; qu'elle peut être suggérée à beaucoup de personnes impressionnables qui ne sont ni neurasthéniques, ni hystériques. Une hémihypoesthésie vraie d'origine organique greffée sur une hémiplégie par lésion cérébrale, peut quelquefois, lorsqu'elle est incomplète, être perfectionnée et complétée par l'exploration médicale faisant office de suggestion. D'autres fois, cette même hémianesthésie, due à une lésion du voisinage de la

(1) Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie, 2^e édition, p. 257.

capsule blanche interne dans son tiers postérieur, n'a plus de raison d'être organique ; le choc de voisinage s'étant dissipé, elle continue à exister par auto-suggestion, jusqu'à ce que la psychothérapie l'ait guérie. Je n'insiste pas sur ces faits que j'ai développés ailleurs et j'ai conclu que *l'anesthésie psychique, nerveuse, dite hystérique, est toujours une anesthésie suggestive ou auto-suggestive. C'est une psychonévrose de sensibilité.*

Les organes sensoriels peuvent être affectés par le même mécanisme. La cécité et la surdité psychiques rarement doubles, ordinairement unilatérales, l'anosmie, l'agueusie, peuvent exister comme illusion de l'esprit, et simuler une réalité ; ce sont des *psychonévroses sensorielles.*

Une obnubilation visuelle passagère, un bruit accidentel, comme tintement d'oreille, une odeur désagréable, une sensation gustative étrange, passagèrement perçus, peuvent persister dans le sensorium comme images psychiques et être rapportés comme si les sensations étaient réelles, aux organes sensoriels. Nous avons tous eu de ces illusions transitoires qui, lorsqu'elles sont durables, deviennent des psychonévroses.

II

Dans le *domaine de la motilité*, les troubles nerveux créés par le psychisme sont aussi nombreux que dans celui de la sensibilité. Les deux peuvent s'associer comme dans le cas de la jeune ouvrière dont j'ai parlé, affectée de névrose traumatique de la main.

Voici un cas analogue. Un jeune homme se fait une blessure légère au niveau du pisiforme droit. La main se ferma tout de suite. Il y eut un certain degré d'engourdissement dans la sphère du cubital, lequel avait disparu quand le malade se présenta à une consultation. Mais depuis ce moment, il ne peut pas écarter les doigts, ni ouvrir, ni fermer spontanément la main. Le malade, qu'on croyait atteint d'une lésion du nerf cubital, fut guéri par suggestion en une séance ; tandis que chez la jeune fille, la guérison fut très difficile à obtenir.

Il y a eu peut-être une légère lésion du cubital qui produisit la paralysie, mais celle-ci survécut à sa cause, comme psychonévrose d'origine traumatique.

Ces névroses traumatiques avec impotence fonctionnelle ou paralysie complète localisée, sont très fréquentes comme accidents de travail ; elles sont toujours curables, plus ou moins facilement, lorsqu'elles ne donnent pas lieu à de la neurasthénie toxique consécutive, comme dans les cas que nous avons mentionnés.

Mais alors même qu'il ne s'agit que d'une névrose locale du membre traumatisé, douleur, paralysie, contracture, sans toxine, ni lésion, certainement justiciable de la psychothérapie, le malade oppose souvent une résistance très grande et maintient sa névrose envers et contre toutes les thérapeutiques, comme ce fut le cas chez notre jeune fille, bien qu'elle n'eût aucun intérêt à la conserver. C'est surtout lorsqu'un procès est en jeu avec le patron ou la Compagnie d'assurance, qu'une vraie opportunité morbide, souvent favorisée par les suggestions intéressées de l'entourage, entretient l'auto-suggestion quelquefois à l'insu du blessé et de bonne foi, sans simulation ; et ainsi se constitue une psychonévrose de motilité et de sensibilité, chronique et difficilement réductible.

« La prompt solution du procès en question amène souvent une amélioration marquée et dans certains cas, les accidents disparaissent brusquement et complètement aussitôt que le blessé a été indemnisé. Mais cette solution est loin d'être toujours efficace et Francotte a prouvé dans une thèse récente que beaucoup d'hystéro-traumatismes n'ont fait qu'empirer malgré l'indemnité perçue et ont fini par aboutir à la mort, dans le marasme, au bout de deux, trois ou quatre ans (1) ». Il s'agit dans ces cas de psychoneurasthénies toxi-infectieuses générales qui sont venues se greffer sur le traumatisme. Le médecin devra donc, dans les cas complexes, discerner ce qui est névrose pure, toujours justiciable de la psychothérapie après un temps plus ou moins long, malgré la ténacité de résistance, de ce qui est auto-intoxication nerveuse consécutive, toujours rebelle à la suggestion. Le pronostic dépend du diagnostic.

(1) P. RECLUS. — Leçon sur l'hystéro-traumatisme, *Écho de médecine et de chirurgie*, Paris, 1^{er} octobre 1907.

Sans doute il y a des simulations intéressées ; mais elles sont, d'après mon expérience, plus rares qu'on n'est enclin à le penser. Il ne faut pas confondre simulation avec auto-suggestion, bien que celle-ci ait souvent le caractère d'une simulation inconsciente. Les médecins qui ne connaissent ni la suggestion, ni la psychoneurasthénie toxi-infectieuse telle que je l'ai établie, s'exposent à considérer beaucoup de névroses traumatiques chroniques comme de la simulation et peuvent égarer la justice.

Ce qui est vrai, je le répète, c'est que la loi sur les accidents de travail a multiplié simplement les cas de ce qu'on appelle hystéro-traumatisme, en créant une opportunité morbide qui la suggère. Dernièrement, à Nancy, une vingtaine de médecins de réserve, pendant des manœuvres de nuit, versèrent avec leur break dans un fossé. Tous furent plus ou moins sérieusement contusionnés, tous guérirent sans accidents consécutifs. Si les blessés eussent été de simples soldats ou des ouvriers, il y eut eu probablement parmi eux des névroses traumatiques consécutives persistantes.

Outre les traumatismes, des causes nombreuses produisent des impotences fonctionnelles, motrices.

Une jeune fille a quelques douleurs à la cuisse, peut être un peu d'ostéite épiphysaire passagère à la partie supérieure du fémur. L'affection est guérie, mais la douleur persiste exagérée ou maintenue par l'impressionnabilité nerveuse ; la malade continue à boiter, évite de fléchir la cuisse, n'ose pas appliquer la plante du pied sur le sol, c'est une *pseudo-coxalgie nerveuse*, psychonévrose de sensibilité et de motilité dont l'éducation suggestive la guérit.

Je vois fréquemment le cas suivant : un de mes malades a eu un rhumatisme articulaire aigu qui est resté longtemps localisé, par exemple, à l'articulation scapulo-humérale. L'articulation est guérie ; il n'y a pas d'atrophie musculaire. Mais le malade ne peut élever son bras jusqu'à l'horizontale, sans pousser des cris. L'impression douloureuse paralysante n'est plus que dans son cerveau, car par l'entraînement suggestif j'arrive en peu de jours à neutraliser la douleur et à restaurer la motilité.

Un vieillard atteint de pneumonie est guéri depuis plusieurs semaines, mais continue à garder le lit. Quand je le fais mettre debout, il chancelle, ne peut se tenir, accuse une très grande faiblesse dans ses jambes, se croit paralysé, et tombe, s'il n'est soutenu. En peu de jours, lui donnant confiance en lui-même, je lui apprends à marcher, et je guéris cette parésie psychique, exagération par le sensorium d'une faiblesse réelle post-pneumonique.

Je viens de traiter deux dames fort intelligentes qui toutes deux, depuis de longues années, ne pouvaient marcher quelques minutes sans ressentir une lassitude extrême qui les obligeait à s'arrêter, sous peine pour l'une d'elle d'agitation nocturne avec insomnie. Cette lassitude avait survécu à d'anciens troubles nerveux guéris ; elle ne paraissait plus avoir de raison d'être organique, bien qu'elle eût résisté à tous les traitements. Je les guéris en une quinzaine de jours, en les faisant marcher graduellement un peu plus tous les jours et leur prêchant de l'assurance, de façon à inhiber cette sensation psychique paralysante.

Ce sont là des *impotences motrices auto-suggestives* ; d'autres fois ce sont des paralysies complètes d'un ou plusieurs membres, qui se manifestent à la suite d'une émotion, d'une sensation, d'un traumatisme.

Un malade impressionné par une peur subite, sent ses jambes qui se dérobent et s'engourdissent. L'impression de paralysie se présente à son esprit ; l'idée devient acte ; la paraplégie psychique existe.

D'autres fois elle se fait graduellement. Une nerveuse sent ses jambes faibles ; elle craint d'être paralysée, et hantée par cette idée, elle constate que la faiblesse tous les jours augmente, jusqu'à ce que la paralysie soit complète. Cette paralysie auto suggestive, greffée sur une sensation trompeuse, peut s'accompagner d'anesthésie, elle peut être flasque ou rigide.

La *contracture* d'un ou plusieurs membres, avec ou sans anesthésie, s'établit quelquefois brusquement, à la suite d'un traumatisme, d'une douleur, d'une émotion, d'une crise nerveuse ; ces contractures nerveuses, dites hystériques,

peuvent être passagères, ou continues et se prolonger des années, très rebelles à la suggestion. J'ai relaté l'histoire d'un malade qui, à la suite d'une entorse traitée par un appareil plâtré, eut une contracture des deux jambes qui dura pendant cinq ans, irréductible, et finit par guérir.

Si le mécanisme psychique de la paralysie flasque s'explique facilement, car on conçoit l'inhibition motrice par la peur, par la douleur, par une sensation de faiblesse ou d'engourdissement, il semble plus difficile d'expliquer le mécanisme de la *contracture psychique*.

Pour le comprendre aisément, il suffit de constater la facilité avec laquelle on peut réaliser la contracture expérimentale, ce que je montre tous les jours à mes élèves. Chez beaucoup de sujets, si j'étends l'avant-bras sur le bras, je sens une certaine rigidité, si bien que si je veux alors de nouveau fléchir l'avant-bras, le sujet résiste ; quelques-uns résistent au point que la flexion est impossible ; ils y opposent une contracture irrésistible. L'extension que je fais de l'avant-bras sur le bras suffit à donner au sujet la suggestion d'immobilisation dans cette attitude qu'il réalise par la contracture inconsciente.

Chez d'autres, qui ne réalisent qu'une contracture moindre, il suffit que je dise aux élèves : « Voyez, le bras est raide ; je ne peux plus fléchir », pour que la contracture se perfectionne, devienne complète et irréductible.

Cette contracture expérimentale est d'ailleurs facile à résoudre par la simple affirmation que le bras peut de nouveau se fléchir.

Cette manipulation me sert souvent à la clinique pour apprécier la suggestibilité des malades ; elle peut même servir à dégager certains dynamismes psychiques. J'ai actuellement dans mon service clinique un jeune homme affecté de paralysie saturnine des extenseurs de la main qui n'obéissent plus à l'électricité. Ce jeune homme non seulement ne peut pas étendre ses mains et ses doigts, mais il ne fait presque aucun mouvement avec les bras et les avant-bras qu'il ne peut pas lever en l'air. Il paraît avoir une paralysie totale des membres supérieurs. Cependant il n'en est rien. Car je

puis réaliser chez lui, par l'extension suggestive des avant-bras sur le bras, la contracture telle qu'il est impossible de les fléchir. Il est donc certain que les muscles des bras et avant-bras ne sont pas paralysés.

Le malade a une simple paralysie des extenseurs de la main par névrite dégénérative saturnine. Sur cette paralysie organique, le psychisme greffe une psychonévrose auto-suggestive de paralysie totale du membre, et sur les deux je greffe expérimentalement une psychonévrose de contracture des extenseurs de l'avant-bras sur le bras, que je ne pourrais pas produire si ces muscles étaient réellement paralysés.

Cette facilité à réaliser des contractures, constatée par Charcot, a été appelée par lui diathèse de contracture.

Elle peut se manifester spontanément chez certains malades. Tel, par exemple, a un membre immobilisé par une douleur, un traumatisme, une arthrite ; on lui applique un appareil inamovible. On enlève l'appareil ; la douleur, l'arthrite ont disparu. Mais l'immobilisation en extension a déterminé une certaine raideur qui, chez la plupart, est légère et passagère. Chez lui, à la faveur d'une impressionnabilité nerveuse spéciale, cette raideur s'exagère par le sensorium et devient contracture permanente, contre laquelle le sujet lutte en vain, une fois que l'auto-suggestion de cette contracture est ancrée comme image psychique dans le cerveau.

Une sensation brusque de douleur dans une jambe produit souvent une crampe passagère, vrai réflexe de contracture. Chez certains sujets, cette contracture peut persister ; ce réflexe psychodynamique local peut être considéré comme une sorte d'hystérie locale. Quelquefois, au lieu d'une contracture, ou convulsion tonique des membres, c'est un tremblement convulsif, ce sont des convulsions, cloniques, passagères ou persistantes plus ou moins longtemps, qui constituent cette psychonévrose ou hystérie locale, déterminée par une émotion dans le membre. De même une émotion cérébrale vive peut déterminer une réaction psychodynamique de convulsions toniques, contracture, ou des mouvements convulsifs, cloniques, *généralisés*, constituant une

vraie crise d'hystérie. La contracture localisée dans un membre comme la contracture généralisée hystérique, sont des réactions émotives réflexes qui peuvent être conservées par auto-suggestion. La crise d'hystérie n'est au fond, on le voit, qu'une psychonévrose généralisée toujours consécutive à une émotion, souvent entretenue et reproduite par le psychisme auto-suggestif.

Ces phénomènes de contracture locale émotive sont très fréquents. Je connais une jeune femme nerveuse, impressionnable, qui fait facilement de l'aphonie nerveuse ; elle a une légère arthrite sèche temporo-maxillaire droite. Or, il lui arrive fréquemment, à la suite d'émotion, d'être prise de trismus complet qui se greffe sur la sensation déterminée par l'arthrite. Ce trismus peut durer plusieurs jours et cède en quelques secondes à la manipulation douce suggestive que je fais pour ouvrir sa bouche.

Une autre cliente, affectée d'hémiplégie organique avec l'attitude caractéristique de la main, du poignet, des doigts un peu infléchis, greffe parfois sur cette raideur paralytique, à la suite d'émotion, une contracture brusque complète de tout le membre avec occlusion forcée de la main et anesthésie, que je résous facilement par le même procédé.

Nombreuses sont les *psychonévroses de stabilité et de motilité*, consistant en mouvements involontaires, ordonnés ou désordonnés, en tics, clignement des paupières, mâchonnement, mouvement choréiformes ou fausses chorées, vibratoire, malléatoire, saltatoire, salutatoire, paramyoclonus multiplex, astasie abasie, tous souvent phénomènes auto-suggestifs qui ne constituent que des symptômes et non des maladies, entités morbides. Tels encore le tremblement nerveux, la crampe des écrivains et d'autres crampes professionnelles, une série de grimaces, gesticulations, impulsions motrices, variées, bizarres ; tous ces phénomènes correspondent souvent à des représentations mentales que l'organisme exécute par auto-suggestion, qui cèdent souvent à la psychothérapie, mais résistent aussi souvent, lorsque l'habitude nerveuse acquise en a fait une sorte d'automatisme réflexe.

Le bégaiement nerveux rentre aussi dans cette catégorie de phénomènes. En voici un exemple. J'ai vu récemment un jeune homme de 14 ans qui depuis sept ans bégaiement horriblement. Quand il veut parler, la bouche et la langue sont agitées de contractures spasmodiques qu'il ne peut maîtriser ; il est intelligent, d'une impressionnabilité nerveuse moyenne, n'a jamais eu d'autre manifestation nerveuse ou hystérique. Voici comment le bégaiement s'est déclaré. Une armoire s'était renversée en l'effleurant, sans le blesser ; le choc émotif produisit le bégaiement spasmodique qui a continué depuis. Au Lycée, ses maîtres ne peuvent l'interroger.

L'année dernière, il est venu me voir ; je l'ai guéri en quelques jours, avec la plus grande facilité par l'éducation suggestive, en le faisant parler et lire à haute voix et lui inspirant confiance en lui-même. Après quelques mois de guérison complète, il s'est remis à bégayer à la suite d'une nouvelle émotion peut-être favorisée par l'évolution de croissance. Il est revenu me voir et j'ai essayé de nouveau le même procédé sans réussir ; l'auto-suggestion spasmodique bucco-lingual résiste actuellement. Et cependant il n'y a que de l'auto-suggestion, car quelquefois le jeune malade répond pendant un certain temps très bien à toutes mes questions sans le moindre bégaiement. C'est surtout lorsque je veux le faire lire à haute voix que ce bégaiement se manifeste sans que je puisse le maîtriser.

Cette observation montre combien la même psychonévrose peut être chez le même malade, tantôt facile à déraciner par la psychothérapie, tantôt difficile ou même irréductible, sans qu'on puisse toujours déterminer les conditions qui font cette docilité ou cette résistance psychique. C'est chose complexe que le psychisme. (A suivre.)

Stases veineuses dans certains cas de lésions aortiques.

Par A. HARTER,

Préparateur d'anatomie pathologique.

Nous avons pratiqué l'autopsie d'un jeune homme de 18 ans, du service de M. le Professeur Bernheim, dont voici

peuvent se bercer les plus séduisantes chimères. Je voudrais aussi que vous soyez persuadés avec force que les sciences que nous vous présentons au début de vos études sont la base nécessaire d'une médecine sûre d'elle-même. Mais je désire aussi que vous conceviez bien la relativité de vos connaissances, que vous ayiez conscience de l'inconnu scientifique qu'elles peuvent vous masquer plus ou moins complètement et que vous preniez le sentiment tout à la fois de la grandeur et de l'extrême modestie de nos conquêtes biologiques.

Messieurs, en apportant cette tournure d'esprit à vos études, vous obtiendrez un complément indispensable de votre éducation qui fera de vous des hommes qui auront gagné le sens des phénomènes biologiques et qui seront dignes de la profession médicale dont ils auront la science et la philosophie. Vous gagnerez ainsi, au cours de vos études, un véritable esprit scientifique avec les connaissances pratiques nécessaires, et vous saurez ne pas obéir étroitement au seul souci de l'utilitarisme professionnel. Quant à moi, c'est vers cet idéal que je dirigerai tous mes efforts. Vous serez mes meilleurs juges, et ce sera à vous de me dire plus tard si j'ai réussi.

TRAVAUX ORIGINAUX

Neurasthénies et Psychonévroses.

(Suite)

Par le Dr BERNHEIM,

Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

III

Voyons rapidement ce qu'il produit dans les autres domaines. Dans *celui des voies digestives*, de nombreux troubles fonctionnels sont créés par lui. Un corps étranger retenu un instant dans le pharynx peut laisser à sa suite une sensation persistante avec pharyngisme. Tics de déglutition

ou aérophagique, œsophagisme, hoquet, éructations, régurgitations, peuvent, une fois provoqués par une cause réelle créant ce réflexe, se continuer ou se répéter par une sensation imaginaire auto-suggestive, et constituer une sorte d'automatisme.

Tels sont encore les vomissements nerveux. Une personne, ayant vomi par hasard, après avoir mangé un aliment inoffensif, des carottes par exemple, conserve l'idée qu'elle ne tolère pas ce légume, et vomira chaque fois qu'elle en mangera ; alors même qu'elle n'a aucune aversion pour elles.

Une autre ayant une dyspepsie réelle hyperchlorhydrique par exemple, ne se contente pas de vomir de temps à autre, quand ses aliments ont séjourné longtemps dans l'estomac, sans être convenablement digérés ; elle finit après un certain temps de dyspepsie par exagérer ses vomissements au point qu'elle ne tolère plus rien, et rejette tout, aussitôt après avoir ingurgité. On croit à un rétrécissement cancéreux ou cicatriciel du pylore. Si aucun autre symptôme ne confirme ce diagnostic, on imagine un spasme pylorique, une maladie de Reichmann. J'ai eu beaucoup de cas de ce genre ; un récemment a été adressé à mon collègue Weiss pour subir la gastro-entérostomie. Mon collègue, mettant en doute ce diagnostic, l'a envoyé dans mon service, où j'ai fait rapidement son éducation en le faisant manger devant moi et lui apprenant à inhiber sa sensation réflexe vomitoire.

Chacun de nous a senti combien l'idée de nausées et de vomissements se présentant à l'esprit, produit une tendance au vomissement, comme l'idée de baillement produit le baillement. L'un et l'autre ont lieu par imitation. Telle personne qui a vomi une fois ou deux fois après un repas, peut conserver cette impression inscrite dans son cerveau, laquelle à chaque repas suggère le même acte.

Ce mécanisme intervient aussi dans la genèse des *vomissements incoercibles de la grossesse*. Sans doute les vomissements du début de la grossesse sont réflexes ou plutôt toxiques, associés aux autres symptômes de l'intoxication gravidique. Mais à mesure que la grossesse avance, chez la plupart, ils deviennent plus rares et disparaissent. Quand au

contraire ils persistent et que la malade rejette tout ce qu'elle avale, il y a lieu de penser qu'un élément auto-suggestif s'est ajouté à l'intoxication. Ce qui le démontre, c'est que plusieurs fois j'ai enrayé ces vomissements incoercibles gravidiques par l'éducation suggestive.

Dans l'abdomen, ce sont surtout des phénomènes douloureux que le psychisme détermine, créés de toutes pièces ou exagération de sensations réelles ; tiraillements, douleurs sourdes ou coliques excessives, simulant les coliques hépatiques, néphrétiques, appendiculaires, quelquefois avec rénitence ou contracture des muscles abdominaux pouvant faire croire à des tumeurs, ou à une péritonite localisée ou diffuse, ténésme rectal, pseudo-tympanite pouvant donner l'illusion d'une grossesse, etc., voilà une série de symptômes sans lésion organique suffisante à les expliquer, que le psychisme peut créer ou dans lesquels il joue un rôle.

Comme exemple de psychonévrose abdominale, d'origine appendiculaire, je relate l'observation suivante :

Un commerçant, âgé de 42 ans, avait depuis un an des crises excessivement douloureuses avec contracture dans la région iléo-cœcale ; ces crises se répétaient presque tous les jours et duraient de une heure à une heure et demie. Elles s'étaient développées à la suite d'une appendicite avec fièvre, qu'il avait eu en juillet 1888, mais qui était guérie ; il lui restait une certaine constipation et l'examen du ventre, après chloroformisation, ne permit de constater aucune lésion. Malgré tous les traitements, les crises devinrent de plus en plus fréquentes et tellement atroces que le malade, qui n'était pas neurasthénique ni sensible, bien que nerveux et impulsif, dut s'injecter de la morphine et arriva en mars 1889 à la dose de 10 centigrammes par jour. En dehors des accès, le ventre était souple et nullement douloureux ; ces accès continuaient à se répéter tous les jours une ou deux fois.

Je pensai à une névrose douloureuse spasmodique greffée sur une appendicite guérie, et ce diagnostic fut confirmé par Kœberlé, de Strasbourg. A cette époque, on n'opérait pas encore les appendicites aussi facilement qu'aujourd'hui.

Un an après le début, le malade vint de Lunéville à Nancy

se faire traiter par moi. Les crises avaient alors une périodicité régulière et apparaissaient à 8 heures du matin. Aussitôt que cette heure approchait, la région iliaque devenait douloureuse, la face commençait à se gripper; la région douloureuse se contracturait, la crise commençait. J'arrivais alors par simple affirmation à enlever la douleur, à résoudre la contracture, si bien que j'enfonçais le poing dans la profondeur du ventre, sans douleur.

Quand j'étais là avant l'heure fatale, j'empêchais par suggestion la crise de venir. En procédant ainsi pendant 8 jours, le malade n'eut plus de crises pendant ce temps et put être sevré de sa morphine; il rentra chez lui; je ne pus le suivre, allant en vacances. Trois ou quatre jours après son retour, les crises revinrent irrégulièrement, purent d'abord être conjurées par sa femme, à qui j'avais appris à faire la suggestion inhibitoire. Mais le malade était souvent à son bureau à un kilomètre de son logement, quand les crises commençaient, et avec elles revint l'habitude de la morphine. Je ne pus le faire revenir à Nancy et rester le temps nécessaire pour la guérison complète; car la suggestion ne paraissait avoir qu'une action inhibitoire instantanée, sans prévenir toujours le retour des crises; il aurait fallu un temps assez long et une inhibition journalière pendant des semaines de chaque crise imminente, pour déshabituer l'organisme à en faire. Le malade continua à abuser de la morphine et mourut de pneumonie.

Voilà donc une névrose douloureuse spasmodique iléo-cœcale qui se greffa sur une appendicite guérie. La surveillance des accès à heure fixe, leur inhibition immédiate par la suggestion, montre certainement qu'il s'agit d'une psychonévrose auto-suggestive.

Elle était peut-être entretenue par une lésion appendiculaire ou péri-appendiculaire, reliquat de l'appendicite ancienne. Aujourd'hui certainement, malgré le résultat heureux, mais passager, de la suggestion, je n'eusse pas hésité à conseiller la laparotomie pour enlever la cause organique qui avait créé et entretenait cette auto-suggestion de contracture douloureuse.

Dans le domaine des *voies génito-urinaires*, ce sont les pseudo-coliques néphrétiques, le ténesme vésical et urétral, l'incontinence d'urine, la rétention, l'anesthésie de la vessie et de l'urètre, le besoin fréquent d'uriner, les mictions douloureuses, etc., qui peuvent exister, sans lésion.

L'impuissance génitale peut être émotive ; certains sujets ont des érections et des éjaculations normales, mais ont une inhibition psychique en présence d'une femme. Un de mes clients était inhibé par sa femme qu'il aimait, et ne l'était pas par d'autres femmes ; c'est le cheval qui se cabre toujours par souvenir auto-suggestif devant une certaine porte.

Chez la femme, l'utérus, les ovaires, les annexes créent surtout des sensations douloureuses qui engendrent des neurasthénies locales, comme nous l'avons vu, non justifiées par les altérations organiques qui peuvent être nulles ou légères. Le vaginisme survit quelquefois à la douleur des premières approches et peut devenir une phobie douloureuse.

Dans le domaine des *voies respiratoires et cardiaque*, les troubles fonctionnels psychiques sont très fréquents, greffés souvent sur l'anxiété émotive. Dans le nez, c'est un besoin de reniflement fréquent qui devient un tic ; dans le larynx, c'est l'aphonie nerveuse, souvent liée à une laryngite catarrhale avec raucité de la voix, que le sensorium grossit et transforme en aphonie complète, c'est la toux nerveuse produite par un picotement du larynx ou de la trachée qui se continue indéfiniment, c'est l'aboïement nerveux qui répond à une représentation mentale. Dans le thorax, c'est la constriction thoracique, la strangulation, la boule rétrosternale, telles qu'on les observe dans la crise d'hystérie, la sensation subjective d'oppression sans manifestation extérieure ; les malades se plaignant d'étouffer, alors que la respiration est parfaite ; d'autrefois c'est la dyspnée avec respiration hale-tante et anxieuse, c'est la respiration irrégulière, saccadée avec pauses, c'est la polypnée par accès, avec respiration accélérée jusqu'à 200 respirations par minute ; c'est la sensation d'oppression cardiaque, c'est la pseudoangine de poitrine greffée sur l'anxiété précordiale, etc.

Le domaine cérébral fait aussi souvent des psycho-névroses. Voici des exemples. Un homme d'une trentaine d'années, marié, ayant eu la faiblesse d'avoir des relations avec sa bonne, bien que pardonné par sa femme, en eut une vive impression. Depuis ce temps-là, il y a un an, il ressent une douleur dans sa tête et a l'idée fixe que le choc moral a produit une fêlure dans son cerveau, il croit avoir perdu la mémoire. Cependant son intelligence est nette, et il n'a aucun autre symptôme que l'anxiété due à cette impression. Bien que cette obsession ait été difficile à déraciner, cependant elle n'était due qu'à une auto-suggestion créée par une sensation d'origine émotive.

Un jeune homme de 25 ans, intelligent, laborieux, ayant fait d'excellentes études, contrarié dans ses aspirations, d'une nature un peu hésitante, se démoralise, se croit déclassé, perd tout goût pour le travail, ne peut plus appliquer son esprit, reste vague et irrésolu, se croit entaché d'un vice héréditaire incurable, parce que sa mère est neurasthénique, se dit condamné à l'ennui et au désœuvrement perpétuel. Ce n'est cependant pas un mélancolique ni un hypocondriaque.

Ce n'était qu'une psychonévrose cérébrale auto-suggestive greffée sur une nature anxieuse ; je dis auto-suggestive et par conséquent psychonévrose, puisque, après 15 jours de persuasion morale, j'arrivai à lui rendre sa santé morale d'autrefois et son goût pour les études, malgré sa nature anxieuse.

Tel autre, habituellement rêveur, artiste, après avoir fourni une grande somme de travail, à la suite d'ennuis quelquefois légers grossis par son imagination, ne peut plus fixer son attention, croit avoir perdu sa faculté de production, éprouve des sensations de vide ou de lourdeur dans le cerveau, sent son imagination obsédée et flotter dans les chimères, avec des aspirations idéales vagues qui le rendent inapte à toute concentration d'esprit active. La psychothérapie arrive aussi à dissiper toute cette fantasmagorie auto-suggestive, et à rétablir la discipline intellectuelle, affirmant ainsi qu'aucune lésion ni intoxication n'était en jeu,

que l'élément dynamique psychique jouait le rôle principal dans cette psychose cérébrale.

Mais il n'en est pas toujours ainsi.

IV

J'ai signalé quelques-unes des innombrables psychonévroses dans toutes les sphères fonctionnelles qui peuvent affecter l'espèce humaine.

Elles sont toutes, on le voit, dominées par une émotion qui les crée et une auto-suggestion qui les entretient.

L'origine émotive d'un trouble fonctionnel ne suffit pas à en faire une psychonévrose. Quand une émotion produit un battement de cœur en actionnant l'innervation cardiaque, quand elle produit une dyspepsie, en actionnant l'innervation gastrique et modifiant les sécrétions de l'estomac, quand elle produit l'ictère dit catarrhal ou spasmodique, considéré aujourd'hui comme un ictère infectieux, ce ne sont pas là des psychonévroses ; car ces symptômes ne sont pas entretenus par auto-suggestion, et ils ne peuvent pas être créés par la suggestion. Les battements de cœur émotifs ne survivent pas au choc moral ; la dyspepsie et l'ictère ne sont plus commandés par le cerveau, mais par la dyscrasie nutritive, par le catarrhe gastrique ou du canal cholédoque que l'émotion a provoqués. Les psychonévroses d'origine émotive sont uniquement commandées par le psychisme.

La polyurie et l'anurie dites nerveuses ou hystériques ne me paraissent pas être des névroses. Beaucoup de sujets nerveux ont souvent de la polyurie, rendent une quantité excessive d'urine claire comme de l'eau ; mais ce processus n'a rien de psychique ; l'influence nerveuse peut s'exercer par une paralysie vasomotrice rénale ou une action sur la sécrétion. Je n'ai pu réaliser la polyurie, pas plus que l'anurie, par la suggestion expérimentale.

L'anurie dite nerveuse ne me paraît pas non plus subordonnée au psychisme, mais à une influence auto-toxique agissant sur la circulation du rein en déterminant un spasme vasculaire, ou sur les cellules sécrétoires du rein, dont elle paralyse la fonction. J'ai eu récemment dans mon service une

jeune fille sans impressionnabilité nerveuse excessive, à l'âge de la croissance, qui avait souvent pendant plusieurs jours de l'anurie ; elle n'urinait qu'une centaine de grammes ou moins encore par jour d'une eau très claire, presque sans urée, ni acide urique ; elle n'avait aucun symptôme d'urémie, mais des douleurs vives dans le bas-ventre, les aines, les cuisses, de l'irritabilité nerveuse, de l'asthénie musculaire, de la dyspepsie ; je rattachai tous ces symptômes à une auto-intoxication ou dyscrasie nutritive due à l'évolution de croissance.

De même d'autres sécrétions sont influencées par certaine toxi-infection : la salivation excessive pendant la grossesse est un symptôme d'intoxication gravidique ; les sueurs fréquentes se rencontrent souvent dans l'influenza, alors qu'il n'y a pas de fièvre. Les sueurs critiques qui succèdent souvent, comme aussi la polyurie à la défervescence des maladies fébriles, semblent dues à l'élimination des toxines par les reins, ou à l'augmentation de la pression vasculaire qui succède à l'hypotension fébrile.

Les mêmes considérations s'appliquent à l'œdème dit nerveux ou hystérique qu'on attribue à une névrose angio-paralytique, manifestation de l'hystérie. J'ai vu une de mes clientes, à la suite d'une psychonévrose traumatique, avoir successivement toutes les manifestations possibles pendant une série d'années : crises de nerfs, vomissements, anorexie, anurie, obsession du suicide sans délire. Elle a eu aussi pendant une dizaine de jours, alors qu'elle n'avait plus ni anurie, ni vomissements, ni anorexie, de l'œdème généralisé, sans albuminurie, qui a disparu spontanément comme tous les autres symptômes. Elle n'avait aucun trouble de la circulation ; certainement elle n'avait pas de paralysie vasomotrice généralisée. Cet œdème n'était pas commandé par le psychisme, aucune auto-suggestion n'entrait en jeu. J'incline plutôt à admettre une influence toxique présidant à ce phénomène comme aux autres, sans en comprendre le mécanisme.

L'anasarque d'emblée, qui est souvent le premier symptôme de la maladie de Bright *a frigore* ou scarlatineuse,

qui est contemporaine de l'albuminurie, qui n'est pas due à la pléthore aqueuse du sang, puisque la sécrétion urinaire a été suffisante jusque-là, n'est-elle pas directement liée à la dyscrasie sanguine d'origine toxi-infectieuse qui fait l'œdème, comme elle fait l'albuminurie ?

L'œdème dit hystérique, comme d'autres manifestations cutanées et autres, dites névropathiques ou hystériques, ne serait-il pas lié aussi à l'auto-toxi-infection qui constitue ces formes de neurasthénies ?

L'œdème, comme aussi l'anurie, la polyurie, l'hypéridrose, ne peut être produit par suggestion ; il est indépendant du psychisme qui entretient toutes les psychonévroses.

Je le répète pour être bien compris. Quand le psychisme produit de l'ictère, de la diarrhée, des sueurs, de la polyurie, des battements de cœur, ce sont des processus organiques qui se font par une action du système nerveux sur la digestion, la sécrétion biliaire, urinaire, sudorale, les mouvements du cœur ; ce ne sont pas des névroses. Quand le psychisme fait une anesthésie, une hyperesthésie, une paralysie, des vomissements, une crise d'hystérie sans lésion, sans toxine, susceptibles d'être guéris parfois instantanément par suggestion, ces symptômes répondent à une image psychique ; ce sont des névroses.

Nous avons vu combien souvent ces névroses se greffent sur les maladies organiques. Une faiblesse réelle d'un membre due par exemple à une névrite localisée devient une paralysie totale du membre ; une céphalée passagère grossie par le sensorium et conservée par lui, alors que la cause organique, rhumatismale et névralgique, par exemple, a disparu, devient persistante, intolérable, obsédante. Des vomissements passagers dus à une gastrite deviennent des vomissements incoercibles que l'éducation réprime. Un enrrouement par laryngite catarrhale devient une aphonie. Une colique saturnine vive provoque une crise d'hystérie qui se répète par auto-suggestion.

Ces névroses se greffent aussi sur les psychoneurasthénies toxi-infectieuses qui sont de vraies maladies organiques ; car je ne parle pas de celles qui sont auto-suggestives et qui ne sont au fond que des psychonévroses généralisées.

Un neurasthénique anxieux qui a une faiblesse musculaire réelle toxi-infectieuse peut aussi exagérer ce symptôme par auto-suggestion et en faire une paralysie, psychonévrose motrice. Un autre qui a des vertiges ou des bourdonnements d'oreilles édifie sur ces sensations réelles une obsession d'impuissance cérébrale complète. La psychothérapie peut intervenir utilement dans ces cas, faisant le diagnostic en même temps que la cure en éliminant de la maladie organique ou toxi-infectieuse fondamentale, les symptômes de psychonévrose auto-suggestive que l'imagination ajoute.

Si la psychoneurasthénie toxique peut se compliquer de psychonévroses, réciproquement, comme nous l'avons vu, celles-ci primitives peuvent appeler à leur suite une intoxication psychoneurasthénique. De cela les exemples abondent, surtout dans l'histoire des névroses et neurasthénies traumatiques, dans lesquelles on peut suivre l'évolution des symptômes.

Un sujet a reçu au bras une contusion qui produit de l'engourdissement, de l'impotence fonctionnelle, de la douleur. La contusion guérit sans trace. Mais l'engourdissement devient anesthésie complète et persiste avec l'impotence fonctionnelle, avec les douleurs du membre. C'est de la *psychonévrose localisée dans le membre traumatisé*. L'anesthésie douloureuse se propage du bras à l'épaule, au thorax, à la nuque ; la paralysie du bras vient compliquer l'anesthésie. La suggestion peut parfois dissiper ce syndrome, c'est encore la *psychonévrose qui s'est propagée*.

Mais à ces symptômes s'ajoutent de la céphalée, de l'insomnie, des vertiges, de l'inertie psychique, de la mélancolie, de l'oppression, de la dyspepsie, de la parésie des membres inférieurs avec exagération des réflexes tendineux, et ces symptômes, comme nous l'avons vu, résistent à la suggestion. C'est une *psychoneurasthénie toxi-infectieuse*, réveillée par le choc traumatique moral ; c'est la dyscrasie cytotoxique de l'organisme qui a été actionnée par lui. Nous avons longuement insisté sur ce drame morbide complexe évoqué parfois par des traumatismes peu intenses, alors que les traumatismes chirurgicaux plus intenses n'éveillent que rarement ces manifestations dites hystéro-traumatiques. Et cependant

L'anxiété nerveuse qui précède une opération est plus intense que celle qui suit un traumatisme. Il semble que ce soit plutôt la *brusquerie*, l'*instantanéité* du choc émotif que l'intensité de l'émotion qui réveille la réaction nerveuse et à sa suite parfois la dyscrasie cytotoxique qui font la psychonévrose et la neurasthénie traumatique. Le traumatisme opératoire n'est pas une surprise ; il a été précédé d'une émotion préalable à laquelle l'organisme a eu le temps de s'adapter ; l'accident *imprévu* surprend l'organisme et bouleverse sa modalité fonctionnelle nerveuse et nutritive. Ce n'est là d'ailleurs qu'une hypothèse.

Après cette digression, je reviens aux psychonévroses, simples dynamismes psychiques, bien différenciées de ce que nous appelons psychoneurasthénies, processus toxi-infectieux.

Les psychonévroses légères et passagères, simples jeux de l'imagination, existent chez nous tous et se font jour souvent dans notre horizon psychique ; notre cerveau évoque à chaque instant des impressions, des sensations, des émotions, des mouvements involontaires fugitifs, des dynamismes variés ; nous sommes tous dans une certaine mesure et pour certains actes auto-suggestibles. Tous les phénomènes provoqués par suggestion expérimentale, analgésie, catalepsie, contracture, douleurs, mouvements automatiques, hallucinations, illusions, crises de nerfs, impulsions plus ou moins irrésistibles, ne sont en réalité que des psychonévroses expérimentales.

On pourrait presque dire que les rêves hallucinatoires du sommeil sont des psychonévroses cérébrales passagères physiologiques ; ils deviennent pathologiques, lorsque ces rêves devenus actifs constituent le somnambulisme, ou lorsque ces rêves particulièrement angoissants et répétés créent des désordres fonctionnels.

(A suivre.)

7° Si la réaction a été négative sur des gens atteints de conjonctivite préexistante, cette conjonctivite n'en a jamais été augmentée.

8° Aucun accident oculaire grave n'a été constaté, malgré l'intensité de certaines réactions.

9° Une seule fois, il y a eu une élévation appréciable de la température.

Neurasthénies et Psychonévroses.

(Suite et fin.)

Par le Dr BERNHEIM,

Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

V

Y a-t-il des psychonévroses toxi-infectieuses comme il y a des neurasthénies générales toxi-infectieuses ? C'est une question de définition.

Nous avons cherché à établir que la plupart des neurasthénies qualifiées de ce nom par les auteurs sont des maladies toxi-infectieuses ; et que ce mot consacré par la tradition n'implique pas ou ne doit plus impliquer avec notre conception, l'idée de névrose, simple dynamisme nerveux, comme on le pense encore généralement.

Au contraire, la plupart des psychonévroses qualifiées telles par les auteurs sont bien des névroses, simples dynamismes nerveux. Le mot de névrose convient bien à ces syndromes nerveux auto-suggestifs, sans lésion, ni toxine. Cette psychonévrose est locale quand une seule fonction est affectée ; elle est diffuse ou générale quand plusieurs organes ou fonctions affectées donnent lieu à des symptômes multiples. La neurasthénie générale émotive ou suggestive, non toxi-infectieuse, pourrait donc s'appeler *psychonévrose diffuse ou générale*.

Sans doute les syndromes créés par les psychonévroses peuvent être déterminés aussi par les évolutions organiques ou toxiques. Que des vomissements soient provoqués par le

psychisme, par une intoxication, par une maladie d'estomac, ce sont toujours des vomissements. Qu'une paraplégie sensitive et motrice soit psychique ou organique, le trouble fonctionnel est à première vue le même. Qu'une respiration laborieuse et haletante soit due à de l'anxiété nerveuse, à une affection cardiaque ou pulmonaire, à une intoxication méningée, c'est toujours le symptôme dyspnée. L'examen physique et psychique de chaque cas montrera s'il y a lésion, maladie organique, intoxication ou simple dynamisme psychonerveux. Sans doute le diagnostic n'est pas toujours facile : toutes les évolutions organiques ou toxiques ne sont pas accessibles à nos moyens d'investigation ; le champ des hypothèses peut rester ouvert.

Il existe des toxi-infections locales qu'on pourrait appeler psychonévroses toxi-infectieuses locales, mais le mot n'est pas exact, parce qu'il ne s'agit pas de névrose (*sine materia*) ; nous préférons dire neurasthénie locale, ce mot n'impliquant plus l'idée de névrose.

Prenons un exemple. J'ai décrit la psychoneurasthénie d'évolution, toxi-infection créée par le travail organique de la croissance, donnant lieu à des symptômes multiples généraux. D'autrefois cette toxi-infection, au lieu d'être diffuse, n'affecte qu'une seule fonction. Tel enfant à chaque poussée de croissance n'a que des vomissements ; c'est une *neurasthénie gastrique*. Encore ce mot peut être critiqué à bon droit ; car rien ne dit que la toxine a besoin d'un intermédiaire nerveux pour agir sur l'estomac. Telle jeune fille, au moment de la puberté, au lieu de faire la maladie générale que nous avons décrite, a seulement un changement de caractère et de sensibilité morale, irritabilité, anxiété, insomnie, inaptitude au travail ; ou du moins c'est la localisation fonctionnelle prédominante ; nous ne dirons pas, psychonévrose cérébrale, mais *neurasthénie cérébrale auto-toxique d'évolution*.

Nous avons parlé de troubles cérébraux sans lésion constituant une psychonévrose cérébrale. Les mêmes symptômes peuvent se produire, non seulement par la toxi-infection de croissance, mais à la suite de la grippe, de la fièvre typhoïde,

dans la chlorose, ou même à la suite de préoccupations morales chez les sujets prédisposés : sensation de vide ou de vague ou de douleur dans la tête, céphalée, inaptitude au travail, aboulie, anxiété, insomnie, dépression, etc. C'est le *même syndrome* que celui de la psychonévrose cérébrale par auto-suggestion émotive ; mais *ce n'est pas la même maladie* ; il n'est pas justiciable de la suggestion ; on ne peut pas par la dynamogénie morale rendre au cerveau sa discipline et son équilibre ; c'est une évolution qui a sa durée cyclique ; la restauration fonctionnelle cérébrale se fait graduellement à mesure que le cerveau se désintoxique. Il ne s'agit pas d'une névrose, mais d'une *cérébropathie* ou *psychasthénie toxique*.

Telle est aussi, sans doute, l'*anxiété nerveuse native* qualifiée de névrose d'angoisse, que j'ai qualifiée moi-même de psychonévrose d'angoisse. Le mot névrose ne me paraît pas exact.

Elle se développe sur un fond natif héréditaire. Certains sont anxieux dès l'enfance ; leur esprit toujours inquiet se tourmente de tout et de rien ; cette anxiété peut rester modérée, ou bien ne vient que par périodes ; elle n'empêche pas l'action et reste compatible avec une vie normale, malgré certaines impuissances passagères. Chez d'autres, elle s'exagère, obsède le cerveau, enlève toute initiative, crée des malaises, de l'insomnie, des cauchemars, de l'aboulie, un état permanent de doute et d'inquiétude. Sur cette anxiété peuvent d'ailleurs se développer des phobies, peur de la solitude, peur des microbes, phobies respiratoire, cardiaque, etc., etc.

Quand cette anxiété est simple, sans complication, il semble que la suggestion doive facilement la dissiper, qu'elle doive chasser ces fantômes imaginaires et remonter le moral. Le plus souvent il n'en est rien. La persuasion peut apprendre au malade à lutter contre certaines auto-suggestions secondaires greffées sur son anxiété native ; mais celle-ci même n'est pas une auto-suggestion ; elle est constitutionnelle, fonction de l'organisation nerveuse du sujet, engendrée par sa dyscrasie nutritive. C'est une psychasthénie auto-toxique ; ce n'est pas une psychonévrose.

Quelquefois l'anxiété est localisée à certaines choses ; anxiété d'être seul, de traverser une rue, de rencontrer un chien, d'avoir un anévrysme, etc. ; c'est une *obsession anxieuse*, une *phobie*. Ces anxiétés partielles peuvent être passagères, de nature auto-suggestive. Une dame ayant eu un vertige dans la rue, n'ose plus la traverser seule, sous peine d'anxiété vertigineuse. Un sujet ayant failli être mordu par un chien n'a pu se corriger de la peur d'en rencontrer.

Ces phobies, simplement auto-suggestives, peuvent être considérées comme des psychonévroses que l'éducation peut réprimer, comme elle réprime chez les enfants la peur des croquemitaines, parfois non sans difficulté.

Mais la plupart de ces phobies, agoraphobie, claustrophobie, microphobies, peur des poisons, peur des couteaux, nosophobies et autres, même alors qu'elles existent à titre de manifestations isolées, avec peu ou point d'anxiété générale, ne sont pas des suggestions accidentelles ; ce sont de vraies *psychoses partielles*, natives, bien qu'elles ne puissent surgir qu'à un certain âge, constitutionnelles, qui entretiennent l'obsession ou l'auto-suggestion : le sujet est obligé de s'y adapter, car elles défient souvent toute thérapeutique. Ce sont des psychasthénies ou neurasthénies cérébrales.

Un mot encore sur certaines douleurs qu'on qualifie tantôt de neurasthéniques, tantôt de neuro-arthritiques, tantôt de rhumatisme musculaire erratique, tantôt de psychonévroses, c'est-à-dire imaginaires. Certaines personnes ont toute leur vie des douleurs, sans cause apparente, inoffensives, mais tenaces, tantôt dans une région du corps, tantôt dans une autre, à la région précordiale, à l'épaule, aux reins, dans une jambe ou ailleurs, douleurs venant par accès, durant un temps variable, plusieurs jours ou plusieurs mois, faibles ou intenses, souvent subjectives, non déterminées par la pression, tantôt fibreuses, tantôt musculaires, rarement, mais quelquefois localisées dans un nerf. Si le sujet est migraineux, s'il a de l'acide urique en excès, on appellera cela de l'arthritisme. S'il est impressionnable, on dira névrose de sensibilité. Mais beaucoup de ces sujets n'ont ni rhumatisme articulaire, ni migraine, ni diathèse urique, ni impressionnabilité nerveuse excessive.

Cette diathèse douloureuse résiste d'ordinaire à tous les traitements généraux ; les douleurs, quelquefois tenaces, restent rebelles aux médications diverses, aux frictions, au massage, à l'électricité, à l'hydrothérapie, à la suggestion, à moins que ces interventions thérapeutiques ne coïncident avec la résolution spontanée des crises douloureuses.

Ces douleurs ne sont-elles pas analogues à celles que produisent certaines maladies toxiques ou infectieuses, les douleurs grippales, saturnines, alcooliques, tuberculeuses, cancéreuses, syphilitiques et autres, créées par les toxines microbiennes ? Leur persistance, leur résistance aux médications, leur fréquent retour pendant toute la vie, tout cela n'indique-t-il pas des douleurs constitutionnelles, cytotoxiques, liées à une disposition native ? N'avons-nous pas tous nos dispositions natives, j'allais dire notre microbisme latent ? L'un a ses migraines, l'autre a ses dyspepsies, le troisième sa migraine ophtalmique, le quatrième ce qu'il appelle ses rhumatismes, mot vague qu'on attribue un peu à toutes les douleurs que le malade ne comprend pas, ni le médecin non plus ; et tous ces symptômes surviennent spontanément ou par une cause fortuite qui actionne la diathèse native.

Ces déterminations auto-toxiques, quand elles se traduisent par des douleurs ou d'autres manifestations nerveuses, peuvent être considérées comme des neurasthénies générales ou partielles ; ce ne sont pas des psychonévroses.

Le champ des psychonévroses est assez vaste pour qu'on ne l'étende pas outre mesure à toutes les manifestations qui nous apparaissent sans lésion et que nous ne pouvons pas expliquer. Le mot « c'est nerveux » satisfait quelquefois les médecins et les malades, s'il ne les guérit pas. Mais je suis enclin à suspecter autre chose que le psychisme pur, quand je constate des troubles fonctionnels, sans substratum organique apparent, mais opiniâtres et rebelles à la thérapeutique.

VI

Résumons les conclusions principales de cette étude, qui n'est pas basée sur des vues de l'esprit, mais sur l'observation des faits éclairée par la doctrine de la suggestion :

1° La neurasthénie, telle qu'elle est décrite dans les livres classiques, n'est pas une entité morbide.

Sous ce nom on a décrit des troubles psychiques, nerveux et fonctionnels divers.

2° Ces troubles peuvent être toxi-infectieux ; ils comprennent :

a) La psychasthénie dépressive, avec prédominance de symptômes psychiques, constituant une mélancolie simple anxieuse ;

b) La neuropsychasthénie ou psychoneurasthénie, constituée par une association de troubles nerveux et psychiques, avec prédominance des uns ou des autres ;

c) Des neurasthénies simples (toxi-infectieuses) caractérisées par des symptômes nerveux et fonctionnels divers, avec peu ou point de symptômes psychiques.

3° Ces trois variétés, de nature auto-toxique ou toxi-infectieuse, peuvent avoir une évolution cyclique, régulièrement ou irrégulièrement périodique, à intervalles plus ou moins éloignés, ou être chroniques, continues, avec exacerbations ou rémissions : elles ne sont pas justiciables de la psychothérapie, laquelle n'agit que sur l'élément auto-suggestif qui peut s'y ajouter.

4° Les troubles nerveux et fonctionnels qui les constituent peuvent s'accompagner de symptômes accusant une détermination organique nerveuse, souvent légère et curable : telles que parésie, exagération des réflexes patellaires, phénomène du pied, dilatation inégale des pupilles.

5° Ces déterminations organiques nerveuses toxiques peuvent être plus profondes et amener des altérations plus persistantes constituant une maladie organique bien nette : *tabes spasmodique, névrites périphériques, psychoses dépressives persistantes.*

6° Les troubles fonctionnels divers qui accompagnent ces neurasthénies, gastrite, hyperchlorhydrie, entérite muco-membraneuse, peut-être troubles oculaires, cutanés, tachycardie et autres, peuvent être dus aux mêmes toxines qui font les manifestations purement nerveuses.

7° Les causes de cette toxi-infection dite neurasthénique sont : la diathèse nerveuse native héréditaire, les émotions mo-

rales, les chocs traumatiques ; certaines maladies infectieuses, telles que *influenza*, *fièvre typhoïde*, les affections du tube digestif, les maladies des organes génito-urinaires ; certaines évolutions physiologiques de l'organisme, la *dentition*, la *croissance*, la *puberté*, la *menstruation*, la *ménopause*, l'*état gravidique*, l'*état puerpéral*, l'*involution sénile* ; les maladies des organes à sécrétions internes.

8° Des troubles nerveux et fonctionnels généraux, analogues aux précédents, qualifiés aussi de *neurasthéniques*, se développent, sans toxine, ni infection, ni lésion organique constatable ; ces troubles, *purement dynamiques*, *justiciables de la psychothérapie*, sont d'*origine émotive et auto-suggestive* : ils succèdent à une émotion, à un traumatisme, ou se greffent par émotivité sur diverses maladies, dont ils peuvent être détachés par le traitement psychique. Il est préférable de réserver la dénomination de *neurasthénies* aux troubles nerveux toxi-infectieux, et de réserver celle de *névroses* ou *psychonévroses* à ceux qui sont purement dynamiques, entretenus par auto-suggestion ;

9° Ces psychonévroses, au lieu d'être généralisées ou diffuses, ressemblant ainsi symptomatiquement aux neurasthénies toxi-infectieuses, peuvent être partielles ou locales. Ces *psychonévroses partielles* sont *excessivement nombreuses* et affectent tous les domaines fonctionnels, sensibilités tactile, profonde, sensorielles, viscérales, motilité, fonctions digestive, respiratoire, cardiaque, génito-urinaire, fonctions cérébrales, etc. Ces troubles, plus ou moins tenaces, sont justiciables de la psychothérapie.

10° Ces mêmes syndromes fonctionnels nerveux locaux peuvent être créés par des toxines microbiennes ou organiques ; on peut les appeler alors *neurasthénies locales* pour les différencier des psychonévroses locales.

Le diagnostic différentiel, en cas de neurasthénies et de psychonévroses, devra toujours être fait entre ce qui est organique, ce qui est toxique, ce qui est purement dynamique.

