

chondrie, ou plutôt des caractères essentiels que l'on prête à ces deux maladies. C'est ce que nous allons examiner, en commençant par l'hystérie.

» *Hystérie.* — Voici quels seraient les principaux caractères de l'hystérie : névrose à symptômes bien définis et toujours les mêmes, accompagnée de la sensation d'une boule qui remonte à la gorge, se montrant sous forme d'attaques convulsives et apyrétiques, séparées par des intervalles notables, sans altération de la nutrition.

» Ces phénomènes diffèrent notablement du *nervosisme*, qui est ainsi caractérisé par M. Bouchut dans son expression générale : névrose à symptômes tellement mobiles et variables que l'on trouve à peine deux malades qui se ressemblent ; dans laquelle il n'y a ni convulsions ni ascension de boule ; qui est marquée ou par une marche continue ou par des accès rapprochés, souvent fébriles, et qui produit une détérioration profonde de l'organisme.

» On voit par ce qui précède que le nom d'*hystérie* n'est donné qu'à la forme convulsive de cette maladie, et que la réunion des symptômes non convulsifs, appelée jusqu'à présent *hystéricisme*, *hystérie vaporeuse* ou *sensitive*, *névropathie protéiforme* (Cerise), qui dépend de l'hystérie, se trouve distraite de l'affection hystérique comme une névrose particulière, sous le nom de *nervosisme*.

» Cette séparation dans les formes convulsive et vaporeuse de l'hystérie peut certainement être proposée ; il est même fort possible qu'elle soit acceptée ; mais il me semble qu'une semblable scission aura toujours contre elle de grandes difficultés.

» En effet, la forme vaporeuse ou protéiforme de l'hystérie existe certainement seule ; elle est même la plus fréquente des deux à l'état d'isolement ; mais la forme convulsive se rencontre rarement sans être précédée ou accompagnée de la forme vaporeuse, c'est-à-dire que les phénomènes protéiformes ou vaporeux servent de prodromes éloignés aux attaques convulsives ou se montrent dans leur intervalle. On voit par là que les deux manifestations, convulsive et vaporeuse, dénotent le même fond morbide, produisant les vapeurs ou le nervosisme quand la susceptibilité nerveuse est médiocre, et produisant le mouvement réflexe de l'attaque convulsive quand la susceptibilité nerveuse est intense ou que les causes occasionnelles sont violentes.

» Quant aux symptômes différentiels du nervosisme et de l'hystérie convulsive, je trouve que leur opposition a été exagérée. Ainsi, on doit accorder certainement que la forme convulsive est plus tranchée, plus définie que la forme vaporeuse, mais cependant cette dernière n'est pas tellement protéiforme qu'on la trouve à peine semblable sur deux personnes. On observe assez souvent chez les femmes vaporeuses la réunion des symptômes suivans : gonflement de la région épigastrique et des hypochondres, névralgie intercostale, palpitations, sentiment de

dyspnée, quelquefois de boule, qui, partant de l'estomac, remonte jusqu'au milieu de la région sternale, et même jusqu'à la gorge, sans être suivi de mouvemens convulsifs. On voit par là que la sensation de boule ascendante qui donnerait un cachet caractéristique à l'hystérie, c'est-à-dire à la forme convulsive, se trouve aussi, mais moins souvent, dans le nervosisme, c'est-à-dire dans la forme vaporeuse. Lorsque celle-ci vient à augmenter d'intensité par suite d'un surcroît dans l'intensité de la cause, la sensation de la boule s'exagérant finit par donner lieu aux mouvemens réflexes de l'attaque convulsive.

» La nutrition serait conservée dans l'hystérie convulsive et très détériorée dans le nervosisme. Je regrette fort de ne pouvoir adopter cette opinion, car voici ce que j'ai remarqué : toutes les femmes affectées d'hystérie convulsive sont maigres absolument ou relativement... Et quand on a l'occasion d'observer de ces femmes qui passent de la forme vaporeuse à la forme convulsive, on constate facilement un surcroît de maigreur et de détérioration.

» Toutes ces raisons me semblent démontrer qu'on ne peut pas opérer une séparation radicale entre les formes convulsive et vaporeuse de l'affection hystérique, c'est-à-dire entre l'hystérie et le nervosisme. Cette séparation est aussi arbitraire et aussi illégitime que celle que l'on voudrait tenter entre le vertige et l'attaque de la maladie épileptique... Malgré leurs dissemblances, on les regarde comme deux manifestations différentes du mal épileptique, parce qu'elles se rencontrent habituellement chez les mêmes individus, et que souvent l'une sert de prodrome à l'autre, comme cela se fait entre la forme vaporeuse de l'hystérie et la forme convulsive.

» Passons maintenant à l'hypochondrie et voyons si cette maladie est distincte du nervosisme.

» *Hypochondrie.* — Pour un grand nombre de médecins « l'hypochondrie est caractérisée par une préoccupation constante sur des souffrances réelles ou imaginaires. » Or, cette définition n'est guère donnée et acceptée que depuis le commencement du siècle. Les anciens médecins, c'est-à-dire Sydenham, Sennert, Willis, Highmore, Hoffmann, Stahl, Stoll, etc., appelaient *hypochondrie* une maladie à symptômes multiples, mobiles et variables, qui avaient pour foyer ou pour siège principal la zone des hypochondres et de l'épigastre... Après les avoir énumérés, ces auteurs ont bien soin d'ajouter qu'on ne les trouve pas tous réunis sur le même sujet...

» Parmi les symptômes de l'hypochondrie des anciens médecins, il en est un qui a dû vous frapper, c'est l'appréhension qui tourmente le patient au sujet de sa maladie et des suites qu'elle peut avoir. Ses terreurs sont excitées tantôt par l'état du pouls, tantôt par la gêne de la respiration ; enfin, chez quelques-uns l'imagination est tellement frappée, qu'ils se croient atteints d'autres maladies, ou même victimes d'une fascina-



tion. Ce travers morbide de l'intelligence qui figure au nombre des symptômes de l'hypochondrie, mais qui pourtant ne le caractérisait pas pour les anciens, a paru tellement essentiel dans cette maladie, à plusieurs nosographes de la fin du siècle passé, Sagar, Sauvages, Cullen, etc., qu'ils le firent figurer dans la définition de l'hypochondrie. C'est encore pour cela que ces nosographes classèrent l'hypochondrie dans les hallucinations (Sauvages, Sagar) ou les maladies imaginaires (Linné).

» A partir de cette époque, l'hypochondrie fut, pour ainsi dire, entièrement absorbée et effacée par un de ses symptômes, par cette altération particulière de l'intelligence, qui consiste à s'exagérer la gravité d'une maladie, ou même à considérer comme réelle une maladie imaginaire, c'est-à-dire par le symptôme *nosomanie*.

» Les auteurs de ce siècle ont presque tous marché sur la trace des précédents nosographes. C'est par là qu'il faut comprendre pourquoi Frank, Georget, MM. Falret, Brachet, Dubois (d'Amiens), Michéa, etc., ont tous, à l'exception de Loyer-Villermay, Hufeland, Trouseau, Pidoux, et quelques autres, présenté l'hypochondrie comme une névrose de l'intelligence. Quand on lit ces auteurs distingués, qui font justement autorité dans la science, on voit que c'est la nosomanie qui, sous l'ancien nom d'hypochondrie, domine toute la maladie.

» Il y a même plus, c'est que les symptômes fournis par l'abdomen, le thorax, etc., tels que les éructations, les palpitations, etc., qui ont toujours servi à constituer l'hypochondrie des anciens... ne sont plus nécessaires pour caractériser l'hypochondrie des modernes. Il suffit maintenant de se croire affecté d'une maladie grave que l'on n'a pas, pour être considéré comme hypochondriaque.

» Ce désordre particulier de l'intelligence existe réellement comme fait pathologique; il est impossible dès lors de ne pas le compter au nombre des maladies qui affligent l'espèce humaine. Mais dans un but de précision analytique, on doit le distinguer sous le nom de *nosomanie*, de l'hypochondrie de Willis, Hoffman, Stoll, etc., bien que souvent il figure parmi les symptômes de cette dernière maladie...; le symptôme nosomanie n'est pas plus essentiel à l'affection hypochondriaque, que le symptôme palpitations ou le symptôme éructations...

» Il me semble, en un mot, que l'on doit comprendre les rapports de la nosomanie et de l'hypochondrie des anciens, de la même manière à peu près que ceux de l'hydrophobie et de la rage. En effet, on sait que la rage a l'hydrophobie pour symptôme, mais on sait aussi que ce symptôme, surtout chez les animaux, n'est pas constant, essentiel à la rage; d'un autre côté, on admet avec raison qu'en dehors de la rage on peut observer l'hydrophobie. Eh bien! on peut en dire autant de la nosomanie et de l'hypochondrie.

» Nous allons voir que les anciens avaient déjà distingué de l'hypochondrie la crainte exagérée de la maladie, seulement ils n'avaient pas donné

un nom particulier à ce dernier symptôme; ils le comprenaient sous le nom générique de *mélancolie*... La mélancolie des anciens, ainsi comprise, c'est-à-dire comme renfermant la nosomanie des modernes, était parfaitement distinguée de l'hypochondrie. En effet, Sennert nous apprend que la mélancolie s'appelle hypochondriaque quand elle a sa source dans les hypochondres... L'hypochondrie, dit encore cet auteur, est une maladie plus étendue et plus générale que la mélancolie hypochondriaque; il ajoute que la mélancolie ne se trouve pas exclusivement dans l'affection hypochondriaque. En effet, il reconnaît et décrit au long une mélancolie idiopathique ou primitive, puis des mélancolies symptomatiques d'affections autres que l'hypochondrie. Tout ce qui a trait à la mélancolie en général et à ses espèces est exposé par Sennert dans la partie consacrée aux maladies de la tête, tandis que l'histoire de l'hypochondrie se trouve dans le livre où il traite des maladies de l'abdomen (1).

» Après cette excursion dans l'histoire de l'hypochondrie, discutons la question que nous nous sommes proposée et que je dois rappeler; la voici: Le nervosisme est-il distinct de l'hypochondrie? Il est évident que le nervosisme n'est pas différent de l'hypochondrie, quand on comprend cette dernière maladie comme les anciens; mais si, comme la plupart des médecins actuels, on entend la nosomanie sous le nom d'hypochondrie, le nervosisme et l'hypochondrie sont deux maladies différentes.

Ainsi envisagé, l'état nerveux peut exister comme espèce pathologique particulière et distincte; il peut aussi se présenter comme état morbide associé à d'autres névropathies diversement caractérisées. C'est en effet l'état nerveux ou, si l'on veut, le nervosisme, qui forme en quelque sorte le *fond commun* de l'hystérie et de plusieurs autres affections générales du système nerveux, on le retrouve pareillement chez les individus atteints de névroses locales (notamment d'hyperesthésies), soit à titre de cause prédisposante, d'imminence morbide, soit à titre de conséquence tardive, de complication.

2044. Au point de vue de la *physiologie pathologique*, nous avons à examiner plusieurs questions: Quelle est la cause prochaine de l'état nerveux? Comment se produisent et se relient les uns aux autres les phénomènes si multiples et si divers qui traduisent l'existence de cette névrose? Enfin quelle en est la nature intime?

A. — Sur la première question, celle de la cause prochaine du nervosisme, tous les systèmes médicaux semblent avoir épuisé leurs efforts.

(1) De même, après avoir exposé tout ce qui est relatif à l'état nerveux (hypochondrie des anciens), dans le chapitre des *névroses*, consacré aux altérations du sentiment et du mouvement, à l'exclusion de celles de l'intelligence, nous renvoyons au chapitre des *vésanies* pour l'étude de la nosomanie (hypochondrie des modernes, *hyperesthésie psychique* de Romberg). A. A.



Déjà, à l'occasion des névroses en général, nous avons mentionné quelques-unes des hypothèses qui ont eu cours à ce sujet : depuis le racornissement ou la laxité de la fibre, où le solidisme se complait, jusqu'aux humeurs ou corrosives ou trop diffuses qui expliquent tout aux yeux des humoristes. Ne trouvons-nous pas un retour vers ces idées dans les écrits du professeur qui attribue les névroses à une oscillation des molécules nerveuses (*névropallie* et *névroxopallie*) ? Et dans les ouvrages en grand nombre, où une altération du sang, principalement la chloro-anémie, est donnée comme la cause immédiate, constante, de presque toutes les perturbations nerveuses, ne reconnaît-on pas, sous une expression rajeunie, cette même âcreté ou ténuité des humeurs, si familière à nos devanciers ? Nous ne nous arrêterions pas à la discussion de ces hypothèses, s'il n'y avait là une question de fait et d'application qu'il importe d'élucider. En attribuant, comme on a de la tendance à le faire aujourd'hui, toutes les névropathies à l'état anémique, on généralise outre mesure, ce nous semble, une vérité partielle. Sans doute ces deux élémens : *anémie* et *névropathie*, se trouvent fréquemment associés ; le fait est incontestable, et, ajoutons-le, il est important à connaître, au point de vue thérapeutique. Mais s'ensuit-il qu'il puisse servir de base à tout un système pathogénique, et de la coïncidence habituelle du trouble nerveux et de l'altération du sang, sommes-nous en droit de conclure à la subordination nécessaire de l'un à l'autre, à la génération immédiate de l'un par l'autre ? Nous ne le pensons pas, et cela pour plusieurs raisons :

a. *L'anémie ne préexiste pas toujours.* — Sans même faire intervenir la pléthore vraie (condition hématologique dont le domaine semble se rétrécir de jour en jour, à mesure que s'étend celui de l'anémie avec symptômes pseudo-pléthoriques), il nous suffira de rappeler les exemples, assez rares sans doute, mais cependant bien avérés, d'état nerveux aigu et grave, se développant en pleine santé, à la suite de quelque violente et soudaine commotion morale.

b. *L'anémie peut exister sans état nerveux.* — Quel est le clinicien qui ne se souvient d'avoir vu certaines femmes chlorotiques se plaignant à peine de quelque vague malaise, d'un peu d'essoufflement, etc., alors que la teinte cireuse des tégumens, la blancheur des membranes muqueuses, l'intensité et la continuité des bruits vasculaires révélaient manifestement une *aglobulie* des plus avancées ?

c. *Quand l'anémie existe, il s'en faut que l'intensité de la névropathie coïncidente soit toujours proportionnée au degré d'altération du sang.* Nous croyons qu'il suffit d'énoncer cette proposition ; car ce qui est vrai de l'anémie absente, l'est, à plus forte raison, de l'anémie légère. Au surplus il est d'observation que chez des personnes tourmentées par les affections nerveuses les plus cruelles, les plus persistantes, on ne parvient quelquefois qu'avec une extrême difficulté à saisir quelques

indices d'anémie ou d'hydrémie, tel qu'un bruit doux, intermittent dans la région carotidienne, etc., alors que d'autres individus, avec une décoloration profonde, des souffles vasculaires très forts, ne sont pas ou sont à peine souffrants.

À la vérité, on peut faire à cet égard une objection spécieuse : on peut alléguer le désaccord, si fréquemment noté en clinique, entre le degré d'une altération matérielle, quelle qu'elle soit, et la violence des symptômes qui en sont l'expression fonctionnelle. Mais, comme les discordances de cette espèce, ainsi que nous avons essayé de l'établir ailleurs (*Remarques préliminaires*, 1770 a et b) dépendent justement du mode d'affection du système nerveux, comme c'est de ce mode d'affection même qu'on prétend cette fois donner l'explication, il s'ensuit que l'argument tiré de l'exemple d'autres affections perd ici toute valeur. La question subsiste tout entière. Dire que l'appauvrissement du sang n'est que l'une des causes, et non la plus essentielle, de l'état névropathique, qu'est-ce, sinon convenir qu'il faut chercher en dehors de l'anémie d'autres causes plus puissantes, plus immédiatement actives, dont le concours lui est indispensable, à elle, mais qui peuvent se passer du sien, et devenir efficaces sans l'appoint qu'elle leur donne ? Ces causes, il est vrai, sont extrêmement obscures, mais il nous semble y avoir profit pour la science à mettre des inconnues à la place des erreurs (1).

d. *Que serait-ce, si à cette altération permanente et uniforme du sang nous demandions la raison des symptômes divers et mobiles au plus haut degré de l'état nerveux ; si nous y cherchions le pourquoi de leur progression irrégulière, de leurs subites exacerbations, de leurs intermissions non moins imprévues, de leurs caractères si différens chez deux malades également anémiques, et, chez le même sujet, de leurs oscillations continues, du spasme à la paralysie, de l'insensibilité profonde à la douleur aiguë, etc. ?*

e. Un dernier point que nous devons signaler, c'est que souvent *l'anémie se développe consécutivement à la névropathie* : à mesure que les accidens, surtout les accidens douloureux, persistent et se multiplient, on voit la nutrition languir, les malades pâlissent et s'amaigrissent (sans que toutefois cette cachexie arrive en général au degré d'une véritable émaciation). La réalité de ce mode d'évolution est reconnue ou concédée par tous ceux qui ont fait de l'état nerveux une étude approfondie ; et même à priori on ne conçoit pas qu'il puisse en être autrement : comment croire, en effet, qu'une perturbation générale et profonde du système nerveux, système exciteur de toutes les fonctions de

(1) Nous sommes heureux de pouvoir citer, à l'appui de cette appréciation, l'autorité de M. le professeur Andral ; maintes fois nous avons entendu notre vénéré maître s'élever contre la complaisance excessive avec laquelle certains médecins mettent toute névrose sur le compte d'une chlorose vraie ou supposée.



l'économie, puisse exister, sans que les actes de la vie nutritive en soient troublés à la longue ?

Loin de nous cependant la pensée de nier l'importance de l'altération du sang comme condition favorable, et souvent même comme cause décisive des manifestations névropathiques. Tout ce que nous cherchons à établir, c'est que ces dernières ont essentiellement leur raison d'être dans une disposition particulière du système nerveux qui ne saurait être considérée comme la conséquence pure et simple de l'anémie. Cette disposition, on l'appellera *mobilité* ou *polarité*, *faiblesse*, *diathèse nerveuse*, ou de tel autre nom, peu importe, pourvu qu'on n'en méconnaisse pas la valeur ; pourvu qu'on étudie les causes éloignées (diathèses diverses, prédispositions originelles) ou prochaines (commotions morales violentes, etc.) qui lui donnent naissance, et cela quelquefois en l'absence de tout état anémique constatable ; pourvu qu'on admette enfin la nécessité de compter avec elle et de la combattre par d'autres moyens que ceux réclamés par le seul défaut de l'élément globulaire du sang.

B. — Ce qui précède nous permettra d'être bref sur la théorie de l'état nerveux, proposée et soutenue avec un grand talent par M. Beau. D'après les idées de ce savant maître, non-seulement l'état nerveux serait constamment sous la dépendance de l'*aglobulie*, mais encore celle-ci aurait presque invariablement pour origine le trouble des fonctions digestives, ou *dyspepsie*. L'état anémique et névropathique une fois constitué, deviendrait à son tour la condition *sine qua non* du développement des diathèses si le malade en porte en lui le germe, ou même des maladies accidentelles, dont il affronterait les causes productrices dans un état de moindre résistance organique ou vitale. Ainsi : trois séries de symptômes : *accidens primitifs* ou dyspeptiques proprement dits ; *accidens secondaires*, comprenant tout ensemble l'anémie et les névropathies diverses ; *accidens tertiaires* : maladies diathésiques ou autres. Il est certain que telle est souvent l'évolution des actes morbides ; mais est-elle toujours et nécessairement la même ? Nous avons déjà tenté d'apprécier la valeur pathogénique de l'anémie ; un mot maintenant sur les deux autres termes de la théorie en question, à savoir : 1° sur la dyspepsie considérée comme cause de l'appauvrissement du sang, et 2° sur l'anémie (avec ou sans perturbations nerveuses prédominantes), comme cause du développement des maladies diathésiques.

1° Le trouble des voies digestives, nous le reconnaissons volontiers, échappe souvent quand il est peu marqué (dyspepsie *latente*) ; mais encore est-il que chez certains anémiques la dyspepsie manque à peu près complètement, même pour un observateur habitué à en saisir les plus faibles indices. Puis, quand elle existe, cette dyspepsie est souvent hors de toute proportion avec l'état d'anémie et de névrose, état que cependant on envisage comme en étant la conséquence. Enfin, dans bien des cas, *les voies digestives ne s'affectent que secondairement,*

comme tant d'autres appareils organiques, l'intégrité fonctionnelle de tous étant liée à celle du système nerveux. Lorsque, par exemple, à la suite d'une vive frayeur ou de quelque autre cause de ce genre, des symptômes névropathiques éclatent dans divers points de l'économie, céphalalgie, dyspnée, palpitations, etc., et qu'en même temps on voit l'appétit se supprimer, les digestions devenir pénibles, les selles rares, etc., ce n'est évidemment que par suite d'un choix tout à fait arbitraire, que nous irons mettre ces symptômes dyspeptiques au premier rang en leur subordonnant tous les autres. Quoi ! voici une cause dont l'action s'adresse visiblement au système nerveux, et cependant elle ne parviendrait à modifier les fonctions de ce même système qu'après avoir, par un détour jugé indispensable, impressionné tout d'abord les voies digestives ? Pourtant, comment nier que celles-ci, au contraire, ne fassent bien souvent que subir le contre-coup de l'affection nerveuse, quand on a journellement sous les yeux les faits de *lésions organiques* du cerveau et de ses membranes, entraînant à leur suite l'anorexie, le vomissement, la constipation, etc. : c'est à dire quand la clinique nous donne la preuve d'une influence dont la physiologie suffirait à faire prévoir la réalité et la force ? C'est le système nerveux qui tient partout sous sa dépendance immédiate les sensations, et dans l'espèce, l'appétit, la soif, le besoin de défécation ; — les sécrétions, sécrétion de la salive, du suc gastrique, pancréatique, etc. ; — les mouvements, et par conséquent les contractions péristaltiques, etc.

Donc c'est quelquefois la névropathie qui engendre les troubles dyspeptiques au lieu d'en être le produit ; d'autre part nous savons aussi que l'anémie, loin d'être toujours cause de la névropathie, n'en est quelquefois que la conséquence, l'effet.

2° Maintenant quelle part les accidens primitifs et secondaires de la dyspepsie (état des voies digestives, du sang et du système nerveux) prendront-ils au développement des maladies ultérieures ? Leur influence, facile à démontrer dans certains cas, est très problématique, nous semble-t-il, pour beaucoup d'autres. On rencontre, il est vrai, un assez grand nombre d'individus chez lesquels (pour ne parler que des affections diathésiques) l'évolution des tubercules ou du cancer est précédée et semble favorisée par un état de faiblesse ou de cachexie antérieur ; encore s'agirait-il de déterminer si quelquefois cet affaiblissement, ce n'est pas déjà la maladie organique qui commence, loin d'être seulement une condition qui en prépare le développement. Mais combien ne voit-on pas de personnes qui tournent impunément toute leur vie dans un cercle de souffrances névropathiques, sans que les lésions dont, pour des raisons d'hérédité ou autres, on redoute chez elles la formation, sans que ces lésions arrivent jamais à se constituer ? D'autre part, que de fois certains néoplasmes diathésiques, surtout le cancer, prennent naissance sans avoir été précédés d'aucun état cachectique appréciable.



En faveur de l'importance de la dyspepsie et de l'anémie dans la production de l'état nerveux, on allègue les bons effets du traitement tonique, reconstituant. Application hasardée, selon nous, de l'adage : *Naturam morborum ostendunt curationes*. Car d'abord les succès sont peu nombreux, quand on veut bien compter les faits d'état nerveux chronique fortement caractérisés qui se terminent par la guérison. Puis il ne faut pas oublier de combien d'éléments divers ce traitement se compose et quel rôle capital y jouent les préceptes de l'hygiène; certes, l'efficacité, malheureusement déjà assez bornée, de l'intervention médicale, se réduirait ici à bien peu de chose, s'il fallait s'en tenir à la seule médication directe de la dyspepsie ou de l'aglobulie, et si l'on ne mettait en œuvre une série de moyens variés qui modifient l'ensemble de la constitution, et ne laissent pas, naturellement, que d'agir sur les fonctions digestives, d'influer sur la composition du sang, etc.

C. — Quant à rechercher quelle est la *nature intime* de l'état nerveux, nous ne l'entreprendrions même pas. Les théories que nous avons déjà mentionnées (2044. A.) sont tout au plus des tentatives ingénieuses; d'ailleurs, par leur caractère gratuitement hypothétique, elles échappent à toute discussion. Mais ce qu'il nous sera permis de faire remarquer, c'est l'inconvénient de certaines dénominations, dérivant de ces mêmes vues de l'esprit, et qui tendent à donner une idée inexacte ou incomplète de l'état morbide qu'elles servent à désigner. Comme il s'agit de phénomènes multiples, différens et quelquefois même opposés soit chez divers sujets, soit dans divers organes, il ne saurait être question exclusivement ni de *débilité*, ni de *névrossthénie*, etc. : le nom de *faiblesse irritable* nous semble mieux choisi pour exprimer la diversité des phénomènes qui s'offrent à l'observateur, depuis les paralysies et les anesthésies jusqu'aux spasmes et aux douleurs névralgiques; il a de plus l'avantage de rappeler les indications principales du traitement : fortifier, calmer.

2045. *Diagnostic*. — a. Établir le caractère dynamique ou nerveux d'un phénomène donné, c'est 1° constater l'absence de toute lésion d'organe qui justifie ce même phénomène, et 2° reconnaître certaines particularités d'étiologie, de début, de marche, etc., propres aux névroses. Pour arriver à ce double résultat, à l'égard de chacun des symptômes de l'état nerveux, on suivra les règles que nous avons indiquées en traitant des diverses hyperesthésies, anesthésies, spasmes, convulsions, paralysies, etc., objet des articles précédens. Nous n'y reviendrons pas ici. Contentons-nous d'insister sur l'importance qu'il y a, quand on se trouve en face d'un symptôme de ce genre, à ne pas s'en laisser imposer par sa *prédominance* pour croire à son *isolement* : bien souvent un interrogatoire attentif permettra de découvrir un grand nombre de troubles fonctionnels simultanés, là où d'abord on n'aura cru voir qu'un seul symptôme, et c'est à reconnaître la généralité de l'affection et à

établir l'enchaînement de ses divers élémens que se réduit, à proprement parler, le diagnostic de l'état nerveux.

Soudaineté des manifestations symptomatiques; marche irrégulière, intermittente des accidens; caractère bizarre de quelques-uns, souvent leur intensité excessive, leur multiplicité même, leur mobilité, c'est-à-dire la facilité avec laquelle ils se succèdent, se déplacent, alternent et semblent se transformer les uns dans les autres; données étiologiques : hérédité, âge, sexe, causes morales, etc., telles sont les principales données de ce diagnostic, qui ne présente, en général, pas de sérieuses difficultés.

b. Une question d'une haute importance est celle de savoir si l'état nerveux est, pour nous conformer à la division de M. Bouchut, *primitif* ou *consécutif*; de reconnaître si c'est à une névrose pure et simple que l'on a affaire, ou bien si le désordre quelquefois très vaguement accusé du système nerveux n'est pas l'expression insolite et en quelque sorte détournée de quelque lésion viscérale en voie de formation ou même d'une altération organique existant actuellement, mais encore latente. Les praticiens les plus habiles sont quelquefois embarrassés pour se prononcer nettement à cet égard, et ce n'est pas trop d'une observation attentive et longtemps continuée pour atteindre en pareil cas à une certitude complète.

2046. *Pronostic*. — On ne meurt que très exceptionnellement par le seul fait de l'état nerveux; mais on en guérit bien difficilement. Sandras nous semble avoir plutôt atténué qu'exagéré le pronostic de cet état morbide, lorsqu'il dit : « Les douleurs n'y sont pas vives, mais pleines d'ennui et de découragement; c'est certainement une existence misérable que celle des névropathiques. Pour la durée, il est vrai de dire que peu de maladies sont aussi longues. »

*Traitement*. — Quatre indications principales (Bouchut).

1° *Attaquer la cause de l'état nerveux*, quand on peut la découvrir (et quand on peut la combattre) : « Vie calme et tranquille, exempte des agitations, des chagrins, des préoccupations et des soucis causés par les revers de fortune, les passions et leurs excès, loin du bruit des villes, à la campagne, au milieu d'amis joyeux et dévoués. Si la maladie dépend de la spermatorrhée ou d'une affection de matrice, d'un vice des humeurs tel que la goutte, la syphilis, de la pléthore ou de la chlorose, etc., il en résulte des indications particulières qu'il importe de ne pas négliger... »

2° *Fortifier la constitution*. — Stimulans et toniques, si les malades peuvent en supporter l'usage : régime alimentaire substantiel dont on s'efforcera d'assurer la tolérance par une foule de moyens détournés qui donnent de l'appétit ou facilitent la digestion; séjour dans l'atmosphère maritime ou aux eaux minérales; exercice musculaire; frictions sèches ou médicamenteuses; bains tièdes, salés, ferrugineux,



hydrothérapie; préparations de fer, de manganèse, d'arsenic; les amers, surtout le quinquina; sulfate de quinine, s'il y a de la fièvre avec paroxysmes quotidiens; opium (voir ce que nous en avons dit à l'article GASTRALGIE, n° 1877, p. 252).

3° *Combattre les troubles locaux par des moyens appropriés.* — Les douleurs, les spasmes, les paralysies, les troubles sécrétoires réclament l'emploi de moyens différens et trop variables dans chaque cas pour que nous puissions les énumérer en détail.

4° *Arrêter les complications.* — Remplir les indications qui précèdent, c'est suivre la voie la plus rationnelle pour prévenir le développement des maladies aiguës ou chroniques qui peuvent compliquer le nervosisme; mais quand ces complications existent (maladies chroniques des voies digestives, du foie, de l'utérus, des poumons, spermatorrhée, etc.), elles exigent par elles-mêmes une médication particulière qui varie suivant les organes atteints et la nature de l'affection.

## ARTICLE LIII.

## DE LA CHORÉE.

2047. *Bibliographie.* — GREG. HORTIUS. *Obs. med. singularium.* Ulmæ, 1528, in-4. — *De admirandis convulsivis motibus*, sect. III et sect. VII.
- L. R. EMMELINUS. *Dissert. de chorea Sancti Viti.* Heidelberg, 1729.
- TH. SYDENHAM. *Schedula monit. de nov. febris ingressu* (*Opp. omn.* Lugd. Bat., 1740, in-8, p. 526). — *Médecine pratique*, trad. de JAULT. Avignon et Paris, 1799, in-8, t. II, p. 607.
- WEDEL. *Dissert. de chorea Sancti Viti.* Ienæ, 1682.
- B. MARTINUS. *Dissert. inaug. med. exhibens casum de chorea Sancti Viti.* Argentor., 1730, in-4.
- G. P. BRÜCKMANN. *Enarratio choreæ Sancti Viti et epilepsiæ.* Francof. ad Mœn., 1745, in-8.
- FÜRSTENAU. *Diss. de Sancti Viti saltu sive chorea, vulgo Veitstanz.* Rintel., 1750.
- BASSEVILLE. *An choreæ Sancti Viti evacuantia narcotica et cardiaca.* Paris, 1753.
- DETHARDING. *Diss. de chorea Sancti Viti.* Rostock, 1760. — SPANGENBERG. *Même sujet.* Gœttingæ, 1764.
- SCHWARZ. *Diss. de tarentismo et chorea Sancti Viti.* Viennæ, 1766.
- BEER. *Diss. de chorea.* Vienne, 1769. — V. DE BELEN (J. J. DONGKERS). *Même sujet.* Louvain, 1782, in-8. — EWART. *Même sujet.* Edinburgi, 1786.
- HOPFENGÄRTNER. *Ueber die menschlichen Entwicklungen.* Stuttgart, 1792, in-8.

- MARC. *Diss. sistens historiam morbi rarioris spasmodici.* Erlangen, 1792, in-8.
- SALT. *Diss. de chorea.* Edinb., 1796. — SALMON. *Même sujet, ibid.*, 1796. — J. G. ENGELHART. *Même sujet.* Lundæ, 1798, in-8.
- WICHMANN. *Ideen zur Diagnostik.* Hanovre, 1794-1802, in-8, Bd. I.
- BERENDS. *Diss. de morbi genesi quem Viti choream dicunt.* Trajecti ad Viadr., 1799, in-8.
- KETTERLING. *Diss. de chorea Sancti Viti.* Erfurt, 1803.
- BIDAULT DE VILLIERS. *Obs. sur une danse de Saint-Guy* (*Journal de médecine de Corvisart, Leroux et Boyer*, an XI, t. V, p. 227).
- F. ROBERTSON. *Inaug. essay on chorea Sancti Viti.* Philad. 1805.
- J. M' MULLIN. *On the treatment of chorea Sancti Viti by purgation* (*Edinb. med. and surg. Journal*, 1805, t. I, p. 25).
- V. MESMER. *Diss. inaug. de chorea.* Landshut, 1809, in-8.
- THILENIUS. *Med. u. chir. Bemerkungen.* Francfort, 1809, 2 vol., in-8, t. I.
- J. BERNI. *Monographia choreæ Sancti Viti.* Prague, 1810, in-8 (trad. en allemand par J. A. SOHLER, sous le titre: *Abhandlung über d. Veitstanz.* Vienne, 1829, in-8).
- A. MACARY. *Obs. sur le bérubéri sthénique.* Paris, 1810, in-8.
- TH. M. BOUTEILLE. *Traité de la chorée ou danse de Saint-Guy.* Paris, 1810, in-8.
- TH. FARGUES. *Diss. de chorea.* Edinb., 1811, in-8.
- DARTIGUES. *Diss. sur la danse de Saint-Guy ou myotyrbie.* 1812, Thèses de Paris, in-8.
- CHR. F. A. KERST. *De zinco ejusque usu medico præcipue in chorea.* 1812, in-8.
- A. REEVE. *Observ. on the treatment of chorea Sancti Viti* (*Edinburgh med. and surg. Journal*, 1812).
- WINIKER. *Etwas über die Choreæ Sancti Viti* (*Horn's Archiv f. med., Erfahrung*, 1812, I. Bd. p. 180).
- R. WATT. *Cases of periodical jactitation or chorea* (*Lond. med. chir. Transact.* 1814, t. V, p. 1).
- J. SCHEFFER. *Diss. de chorea.* Vienne, 1815, in-8.
- KINDER WOOD. *History of a case of chorea Sancti Viti* (*Lond. med. chir. Transact.* 1816, t. VII. — *Communicated by J. ABERNETHY*).
- KACZKOWSKI. *Diss. de chorea Sancti Viti spinali vitio sæpe assignanda.* Vilna, 1816, in-8.
- J.-G. WAGNER. *Pathol.-therapeut. Abhandl. üb. d. Veitstanz.* Würzburg, 1817, in-8.