

XXXVIII. — INERTIE HYSTÉRIQUE DU DIAPHRAGME

I. EXPOSÉ CLINIQUE.

II. DIAGNOSTIC : Avec la paralysie hystérique de Duchenne (de Boulogne).

III. TRAITEMENT.

I. — Exposé clinique.

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

Vous le voyez immédiatement, ce jeune malade fait de temps en temps, d'une manière intermittente, à intervalles assez courts et assez réguliers, une inspiration profonde, suspicieuse. Regardez, d'autre part, comment se font les mouvements respiratoires. Vous remarquez que son diaphragme est inerte pendant l'inspiration, la paroi abdominale non refoulée restant immobile; il présente un état de parésie diaphragmatique, et sa respiration offre, au plus haut point, le type costal; en un mot, il respire comme une femme. La gêne respiratoire qui résulte de cet état spécial, l'oblige de temps à autre à faire cette inspiration forcée, cette inspiration profonde et suspicieuse intermittente qui nous a frappés tout d'abord.

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

DIAGNOSTIC.

393

Ce sujet est d'ailleurs manifestement un hystérique. On le pique, on peut traverser de part en part un pli de la peau avec une épingle sans qu'il sente. Il présente aussi des phénomènes d'angiospasmé, et la piqûre reste absolument exsangue. Du côté droit, nous notons plutôt de l'hyperesthésie.

C'est surtout chez de jeunes sujets que vous rencontrerez ce type d'inertie diaphragmatique. J'ajoute qu'il n'a aucune gravité.

II. — Diagnostic.

J'ai dit que cette affection n'est décrite par aucun auteur classique. J'en excepte Duchenne (de Boulogne) qui a si bien étudié les symptômes de la paralysie du diaphragme qu'il rapporte à trois causes : 1° le saturnisme; 2° l'hystérie; 3° les inflammations des organes voisins du diaphragme. J'en ajoute une quatrième : la parésie diaphragmatique dans les accès d'asthme intenses et prolongés. Mais, je vois de notables différences entre cette inertie diaphragmatique d'un hystérique qui « a désappris de respirer par son diaphragme » et la paralysie diaphragmatique hystérique de Duchenne. La description que le célèbre clinicien donne de cette dernière affection me servira de terme de comparaison.

Les symptômes de la paralysie diaphragmatique, dit-il, sont les suivants : « Au moment de l'inspiration, l'épigastre et les hypocondres se dépriment, tandis qu'au contraire la poitrine se dilate; les mouvements de ces mêmes parties se font dans un sens opposé, pendant l'expiration. » Et quoiqu'il démontre, avec juste raison, que cet accident n'est pas aussi grave qu'on l'avait pensé tout d'abord, il nous montre des mouvements respiratoires plus fréquents qu'à l'état normal, l'existence d'une forte dyspnée au moindre effort, l'affaiblissement de la voix, la difficulté de l'expectoration et de l'expuition, et il admet l'efficacité d'un seul traitement : la faradisation localisée du muscle par l'intermédiaire des nerfs phréniques.

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

III. — Traitement.

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

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

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

Des frictions excitantes avec le *liniment de Rosen*, en même temps qu'une sorte de *massage méthodique* des parois thoraciques, et la provocation d'une respiration bien rythmée, ont guéri complètement, en une ou deux semaines, ces troubles respiratoires qui ont tant effrayé l'entourage.

XXXIX. — LES NEURASTHÉNIES LOCALES

- I. NEURASTHÉNIE LOCALE PÉRIPHÉRIQUE. — Topoalgies.
 II. NEURASTHÉNIES VISCÉRALES. — 1° Neurasthénie gastrique. — 2° Neurasthénie cardiaque. — Pseudo-neurasthénie. — Tachycardie orthostatique. — Trois stigmates neurasthéniques : asthénie neuro-musculaire, méiopragies fonctionnelles, état cérébral.
 III. DIAGNOSTIC.

Les localisations qui existent dans l'hystérie se montrent également dans cette maladie si bien décrite par Bouchut, sous le nom de « nervosisme », puis par Beard et Weir Mitchell sous celui de « neurasthénie », et au sujet de laquelle Blocq a bien voulu rappeler que j'ai donné le premier travail de ce genre, en France du moins (1).

A cette époque, le mot neurasthénie « locale » n'était pas prononcé, quoique j'aie cité quelques exemples à ce sujet; il ne l'a pas été davantage dans les livres plus récents de Levillain, Bouveret et Mathieu. Or, comme l'hystérie, la neurasthénie, qui éveille l'idée d'une affection nerveuse à manifestations multiples et générales (*non unam sedem habet, sed morbus totius corporis est*), peut se traduire pendant un temps plus ou moins long par un seul accident périphérique ou viscéral.

I. — Neurasthénie locale périphérique.

Elle prend surtout la forme douloureuse. On voit souvent, comme je le disais dès 1882, des malades « tourmentés par des douleurs incessantes, variables, vagues et indéterminées par leur siège comme par leur nature..., par des sensations de brûlure, de cuisson ou d'hyperesthésie ».

(1) HUCHARD, La neurasthénie (*Union médicale*, 1882). — Blocq, La neurasthénie et les neurasthéniques (*Gaz. des hôp.*, 1891).

Ces douleurs, sur les caractères cliniques desquelles j'ai encore plus tard insisté (1), présentent encore d'autres caractères importants : elles ne sont presque jamais augmentées par la pression, même la plus profonde, elles ne suivent pas le trajet des filets nerveux, ce qui les distingue des névralgies ; elles ne s'accompagnent jamais d'hyperesthésie cutanée à leur niveau ; elles sont constituées par des points ou plutôt par des plaques douloureuses « localisées dans une région variable, mais non en rapport avec un district anatomiquement ou physiologiquement délimité ».

Blocq, qui a insisté avec raison sur ce dernier élément de diagnostic, a créé, pour bien caractériser ces douleurs, le nom de *topoalgie* (2) (τόπος, endroit, άλγος, douleur), mot qu'il faut conserver, parce qu'il indique sinon la nature, du moins le siège vague de l'affection. Du reste, la description qu'il en a donnée est trop fidèle, pour que je ne cède pas au désir de la rappeler.

« Le plus habituellement, c'est d'une douleur localisée qu'il s'agit. Le malade, si c'est un homme, se plaint d'une douleur abdominale ou lombaire, douleur plus ou moins intense, atroce dans quelques cas, dont le siège ne correspond à aucune zone anatomiquement ou physiologiquement délimitée... Une femme demandera conseil pour une plaque douloureuse, siégeant au niveau d'un sein, sans substratum pathologique évocable après exploration. On observera d'autres fois des douleurs de la langue, l'obsession dentaire (Galippe), des plaques douloureuses entre les sourcils, sur les membres, sans aucun autre signe morbide. Dans la plupart des cas de ce genre, sur lesquels notre attention a été attirée, l'exploration nous a fait découvrir des altérations peu intenses, mais très nettes de la sensibi-

(1) H. HUGHARD, Algies centrales des neurasthéniques (*Soc. méd. des hôp.*, 1892).

(2) Blocq, Sur un syndrome caractérisé par de la topoalgie : neurasthénie monosymptomatique, forme douloureuse (*Gaz. hebdom.*, 1891). — Nouveaux faits de topoalgie (*Journ. des Praticiens*, 1892). — Möbius, Die Topoalgie (*Schmidl's Jahrb.*, 1892).

lité (analgésie plutôt qu'hyperesthésie), au niveau de ces régions douloureuses. Cette forme (comme son analogue hystérique) est en général extrêmement tenace. »

Les neuf observations citées concernent des algies neurasthéniques siégeant au niveau des seins, de la région lombaire, de la partie antérieure de la cuisse, de l'épigastre, du V deltoïdien, de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil du pied droit, à la paume de la main, entre les deux sourcils.

Ces algies neurasthéniques s'installent parfois spontanément, d'une façon subite, d'autres fois d'une façon progressive et lente ; dans quelques cas, elles succèdent à un traumatisme ou à de fortes émotions. Elles ne suivent pas, je le répète, le trajet des nerfs et ne présentent pas de points douloureux augmentés ou réveillés par la pression, ce qui les distingue des névralgies. Elles ne s'accompagnent pas d'hyperesthésie, ni d'aucun des stigmates de l'hystérie, ce qui les différencie des douleurs spéciales à cette dernière névrose. Enfin, elles sont fixes et continues, parfois avec quelques accès paroxystiques revenant aux mêmes heures, elles sont tenaces et offrent une grande résistance à tous les moyens antinévralgiques ou anesthésiques, pouvant persister pendant des mois ou des années (jusqu'à dix et même quinze ans).

Une femme de cinquante-quatre ans, à la suite de malheurs financiers éprouvés par son mari, sent depuis quatre ans une douleur vive sous forme de plaque irrégulière, large comme trois pièces de cinq francs et s'étendant du milieu de la mâchoire inférieure jusqu'à la partie correspondante et latérale du cou. Cette douleur continue, avec paroxysmes presque réguliers tous les soirs, résiste à tous les moyens employés. On pense qu'elle peut provenir des dents, et sept dents furent enlevées sans résultat, dans l'espace d'une année. Depuis quelques mois, les douleurs sont devenues presque intolérables, augmentant par la

mastication, empêchant le sommeil; elles ne sont calmées pour quelques heures que par les injections de morphine, dont la malade a fini par abuser (7 à 10 centigrammes par jour). Elle montre la plaque douloureuse sur laquelle il est possible d'appuyer fortement sans augmenter la douleur; le maxillaire inférieur et la cavité buccale ne présentent aucune lésion.

Les médications les plus diverses ont été employées par les nombreux médecins qu'elle a consultés : électricité, hydrothérapie, pulvérisations de chlorure de méthyle, pointes de feu, hypnotisme et suggestion; cocaïne et atropine en injections; tous les sels de quinine, antipyrine, phénacétine, exalgine, aconitine, colchique, salicylate de soude, salol, valériane d'ammoniaque.

II. — Neurasthénies viscérales.

Parfois, par son siège, la topoalgie neurasthénique peut simuler une affection d'organe. Ainsi, dans un cas, elle a persisté pendant plusieurs années au creux épigastrique, ce qui avait fait croire pendant longtemps à une dyspepsie gastralgique; dans un autre, elle s'était fixée à la région du cæcum, ce qui avait simulé une typhlite, une péri-typhlite ou une appendicite.

Un fait intéressant est relatif à une jeune fille de dix-huit ans, non hystérique, que j'ai suivie pendant plus de cinq ans, et qui souffrait d'une douleur telle dans la région sous-ombilicale, qu'elle n'avait pas voulu marcher, ni se tenir debout depuis près de six ans. A son sujet, bien des diagnostics divers ont été émis par les nombreux médecins appelés à la voir successivement; on a été jusqu'à croire à une péritonite localisée, et je suis convaincu qu'il s'agissait là d'une variété d'algie neurasthénique.

La neurasthénie peut donc se localiser sur un organe pendant des mois et même des années (neurasthénie viscé-

rale). Je n'entreprendrai pas de décrire toutes ses localisations; il suffit de signaler celles qui se produisent du côté de l'estomac et du cœur.

1° *Neurasthénie gastrique.* — En Allemagne, Leube (1) a décrit sous le nom de « dyspepsie nerveuse » des troubles digestifs sous la dépendance de l'innervation du muscle gastrique et nullement causés par des modifications dans le chimisme stomacal. Cette opinion exclusive n'est pas conforme aux observations cliniques, et la neurasthénie gastrique se traduit par des symptômes relevant le plus souvent de l'hypochlorhydrie, quelquefois de l'hyperchlorhydrie, comme j'en ai vu deux exemples. Bouveret, qui a bien étudié ces faits, décrit deux formes « d'atonie gastro-intestinale neurasthénique » : une forme légère, avec conservation de l'embonpoint et absence de troubles notables de la nutrition; une forme grave, dans laquelle l'amaigrissement fait parfois des progrès rapides et considérables, et la nutrition est profondément atteinte, au point de donner l'idée d'un cancer de l'estomac. « Le caractère important, et qui me paraît propre, dit-il, à ce second degré de l'atonie neurasthénique, c'est une diminution notable de la motilité de l'estomac; six heures après le repas, il contient encore des aliments, quelquefois même le matin à jeun l'évacuation n'en est pas encore complète. L'innervation des muscles de l'estomac est troublée par défaut, au même titre que l'innervation des glandes gastriques. L'atonie est tout à la fois glandulaire et motrice.

J'ai vu trois cas semblables, relatifs à cette forme grave et tenace de la neurasthénie qui s'était localisée pendant plusieurs années sur l'estomac, en l'absence de la plupart des autres symptômes nerveux imputables à cette affection.

Un des caractères principaux de ces manifestations neurasthéniques est leur ténacité, et il est permis de supposer

(1) *Deutsche Arch. klin. Med.*, 1879.

HUCHARD. — Consultations, 2^e édit.

qu'un grand nombre d'affections fonctionnelles de l'estomac, rebelles à toutes les médications, n'ont pas d'autre origine. La thérapeutique est le plus souvent en défaut, parce qu'elle ne voit qu'un organe atteint, alors que tout l'organisme est en souffrance. Tel est l'intérêt pratique qui s'attache à la question de toutes les neurasthénies locales.

2° *Neurasthénie cardiaque.* — A ce sujet, on cite beaucoup les auteurs étrangers, et parmi eux : Anjel (1), qui aurait reconnu l'instabilité du tonus artériel ; Weber (2), qui a étudié le pouls des neurasthéniques, sans rien ajouter à ce que l'on savait déjà ; Beard et Rosenthal, qui ont même une tendance à attribuer la maladie à un trouble de l'innervation vaso-motrice, la vaso-contriction pouvant alterner avec la vaso-dilatation et donner lieu ainsi, tour à tour, à des phénomènes d'excitation et de dépression nerveuses.

En France, la neurasthénie localisée au système circulatoire a été mieux étudiée encore, par Bouchut qui, dès 1860, dans sa magistrale étude sur « l'état nerveux ou nervosisme », a bien vu la plupart des faits signalés par Beard et qu'il est de mode aujourd'hui de sacrifier à l'auteur américain ; par Krishaber, dans son étude de 1873 sur la « névropathie cérébro-cardiaque ». En 1883, dans le *Traité des névroses* et dans des publications ultérieures, j'ai décrit le *pouls instable* de la neurasthénie, les troubles de l'appareil circulatoire, et les symptômes de la pseudo-angine de poitrine neurasthénique. Bouveret a encore noté la « tachycardie permanente » qui peut durer, avec ou sans période d'acalmie, pendant fort longtemps, même pendant des années.

Dans mon étude sur la cardiosclérose (3), j'ai fait allusion à un syndrome nouveau qui n'est décrit par aucun auteur : l'*arythmie angoissante paroxystique*. Tout à coup, d'une

(1) *Arch. f. Psych.*, 1884.

(2) *Boston med.*, 1888.

(3) *Revue de médecine*, 1892.

façon inattendue, au milieu du meilleur état de santé en apparence, survient une arythmie désordonnée (*delirium cordis*), avec pulsations fortes, faibles et inégales, s'accompagnant presque toujours d'une sensation angoissante sans angine de poitrine. L'accès dure pendant quelques heures, pendant une journée, ou même pendant plusieurs jours, et dans la suite, pendant plusieurs semaines ; puis il se termine par la prompte régularisation des battements cardiaques qui peuvent conserver leurs caractères normaux pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois, jusqu'à la crise suivante qui survient presque toujours spontanément et sans cause. D'autres fois, cependant, l'arythmie est permanente, traversée seulement par des paroxysmes d'irrégularités cardiaques. De là, deux formes : l'arythmie angoissante paroxystique, et l'arythmie angoissante permanente.

J'ai vu une femme de quarante ans, qui avait été prise spontanément, sans cause connue, un jour en marchant, d'un accès de palpitations caractérisées surtout par une arythmie considérable, avec sensation angoissante. Depuis cette époque, à sept ou huit reprises différentes, les mêmes accès arythmiques la reprirent et cessèrent spontanément après un ou deux jours. La sensation angoissante, limitée à la région précordiale, sans douleur et sans irradiations douloureuses, accompagne toujours ces accès, à ce point que l'on croit à l'existence d'une angine de poitrine. Je vois la malade le lendemain d'une de ses crises, et je ne constate alors que quelques irrégularités cardiaques. Il n'y a aucun signe d'affection du cœur, ou encore d'affection de l'appareil gastro-intestinal qui aurait pu, par action réflexe, produire ces accès de tachyarythmie. L'angine de poitrine doit être certainement mise hors de cause, et en m'appuyant sur les caractères de ces accès, sur l'existence de quelques stigmates de neurasthénie dont je parlerai plus loin, je conclus au diagnostic de neurasthénie cardiaque, diagnostic confirmé par la suite.

Un ingénieur de trente-cinq ans a été atteint subitement pendant la nuit d'une arythmie qui n'a jamais disparu depuis et qui n'est liée, ni à une affection cardiaque, ni à une maladie quelconque capable d'agir par action réflexe. De temps en temps, cette arythmie permanente est caractérisée par des paroxysmes aigus, pendant lesquels le cœur bat follement avec des irrégularités et des inégalités des plus nombreuses, une sensation d'angoisse sans douleur à la région précordiale. Au bout d'un jour ou deux, l'accès disparaît, mais en laissant toujours persister l'arythmie cardiaque, dont la nature et l'origine avaient été toujours méconnues. Il y a un an, à la suite d'une chute sur la tête, les phénomènes de neurasthénie s'accusent et se généralisent, ce qui confirme le diagnostic de neurasthénie cardiaque à forme arythmique, que j'avais établi. Ici, la neurasthénie, sans autre symptôme, est restée localisée pendant plus de dix ans sur le système circulatoire, et elle s'est généralisée seulement depuis une année, sous l'influence d'un traumatisme.

On observe encore, du côté de l'appareil circulatoire, d'autres troubles résultant de l'asthénie cardio-vasculaire : dilatation cardiaque, tachycardie, état d'hypotension artérielle.

A la suite de certaines maladies infectieuses dont l'action hypotensive est bien connue (fièvre typhoïde, grippe), ou encore d'une façon spontanée, on peut voir survenir un syndrome que j'ai constaté depuis plusieurs années et que j'ai étudié sous le nom de *tachycardie orthostatique* (1). Non pas que je songe à la rattacher à l'albuminurie du même nom ; mais, comme cette dernière, la tachycardie se montre et s'accroît lorsque le sujet passe de la position horizontale à la station verticale, à ce point que les pulsations peuvent monter de 90 à 120 et même 140 ou 150. Dans ces

(1) H. HUCHARD, Quinine et vaso-constriction (*Soc. de thérap. et Journ. des Praticiens*, 1900).

conditions, le malade éprouve des sensations de malaise, de faiblesse, d'adynamie, que l'on met trop souvent sur le compte d'un état neurasthénique réel, et contre lequel on abuse des glycérophosphates, des ferrugineux, des arsenicaux, de la kola, et même de l'acide phosphorique proposé dernièrement pour remédier à l'état d'hypoacidité urinaire fréquent chez les neurasthéniques (1). Ici, l'indication thérapeutique contre cette pseudo-neurasthénie, ou contre cette asthénie vasculaire, consiste dans le relèvement de la tension artérielle par les préparations de *quinine*, d'*ergot de seigle*, les injections sous-cutanées de *sérum artificiel*.

III. — Diagnostic.

La neurasthénie peut donc se fixer et se localiser pendant des mois et même des années sur l'estomac et sur le cœur, comme sur d'autres organes.

Alors, comment reconnaître la nature de la maladie ?

Par l'existence de symptômes importants et primordiaux, auxquels Charcot a donné le nom de « stigmates » et qui seraient : la céphalée, l'insomnie, l'état de dépression cérébrale, l'asthénie neuro-musculaire, les douleurs rachialgiques, etc. Il me semble que le nombre de ces stigmates est exagéré, puisque quelques-uns d'entre eux — la céphalée, l'insomnie, les douleurs rachialgiques — font assez souvent défaut. Ils doivent être réduits à trois : l'*asthénie neuro-musculaire*, les *méiopragies* (2) fonctionnelles des organes, l'*état cérébral* des sujets.

L'état de la sensibilité morale et physique des neurasthéniques est très important à connaître, et c'est lui qui met le plus souvent sur la voie du diagnostic. Déjà, en 1883, dans le *Traité des névroses*, j'avais tenté de le caractériser dans les lignes suivantes :

(1) CAUTRU, *Journal des Praticiens*, 1900.

(2) Le mot « méiopragie » (de *μείον*, moins, et *πρασσειν*, fonctionner veut dire : diminution d'aptitude fonctionnelle des organes.

« Tous les genres de sensibilité sont atteints : la sensibilité morale, qui imprime souvent à leurs sentiments une exquise délicatesse, à leur caractère une vive susceptibilité, et qui leur donne une grande impressionnabilité pour toutes les émotions tristes ou gaies; la sensibilité organique s'exagérant dans toutes les régions, à la périphérie comme dans les viscères... Tout est contradiction dans leur état morbide : grandes souffrances pour un petit malaise; faiblesse du système nerveux avec exagération de sensibilité morale et physique; signes de neurasthénie alternant avec ceux de la surexcitabilité nerveuse; atonie considérable du système musculaire avec ces développements instantanés et inattendus de forces extraordinaires, etc. Leur système nerveux est, en un mot, dans un état de faiblesse irritable, prompt à s'exalter comme il est prompt aussi à s'affaïsser. »

Il faut ajouter que ces malades « n'éprouvent rien à demi et parlent toujours au superlatif », que la dominante de leur caractère réside dans les préoccupations et les découragements faciles, dans l'indécision constante, le manque d'énergie, la *diminution de la volonté* et de la faculté d'attention. Ce sont des pessimistes, voyant tout en noir, craignant tout, mais cependant cherchant à être rassurés, ce qui n'existe pas pour les hypocondriaques, inaccessibles à tout raisonnement. L'hypocondrie est la maladie des idées fixes; la neurasthénie, la maladie des sensations fixes. L'hystérique est atteint d'une véritable perversion de la volonté, *il ne sait pas et ne veut pas vouloir*, comme je l'ai dit naguère (1); le neurasthénique *ne peut pas vouloir*, et il est atteint d'une véritable catalepsie de la volonté, qui l'immobilise en quelque sorte pendant un temps plus ou moins long. Son caractère anxieux se révèle par les longs mémoires qu'il écrit sur sa maladie, par les lettres de rappel qu'il adresse à son médecin, après l'avoir cependant consulté aussi complètement que possible. Ce sont des polygraphistes; ils écrivent

(1) État mental des hystériques (*Arch. de neurologie*, 1882).

en effet beaucoup, ce sont des malades « aux petits papiers », comme le dit Charcot, et le meilleur spécimen de ce genre nous est fourni par les « lettres névropathiques » du D^r Dumont (de Monteux), atteint certainement de neurasthénie.

On doit insister sur la connaissance de l'état mental de ces malades, sur leur asthénie neuro-musculaire, sur les méiopragies fonctionnelles de leurs organes, si l'on veut dépister les neurasthénies locales, périphériques ou viscérales, que j'ai signalées.

La connaissance des neurasthénies locales a une grande importance pratique, même au point de vue chirurgical. Il y a de grandes « névralgies pelviennes » qui appartiennent à la classe des topoalgies et contre lesquelles la thérapeutique locale est naturellement sans action.