

tête !), des bains entiers et des demi-bains tièdes (au besoin des exercices de natation). En cas de trouble des organes génitaux, les bains de siège froids (pas le soir !) et des douches sur les organes génitaux et sur la moelle lombaire sont usités. — Après cela vient l'usage des *bains de mer* qui doivent être instamment préconisés dans beaucoup de cas de neurasthénie. Nous conseillons surtout le séjour à la mer aux neurasthéniques maigres et anémiques, vu que l'augmentation d'appétit qui en résulte et le repos leur sont souvent excessivement avantageux. En revanche, les neurasthéniques fortement nourris se trouvent parfois parfaitement bien d'une *tournee dans les montagnes*, pas trop fatigante.

Ce n'est que sous le *rapport symptomatique* que les *moyens internes* trouvent à s'employer dans la neurasthénie. Les *préparations de fer* et de *quinquina*, la *solution de Fowler* se prescrivent en cas d'anémie concomitante, les *stomachiques* (acide chlorhydrique, pepsine, amers) en cas de désordres dyspeptiques. La *constipation* (v. tome I) sera traitée surtout par les moyens diététiques et par les purgatifs, seulement en cas de nécessité. Le *massage* de l'abdomen est quelquefois parfaitement adressé à la constipation habituelle, et d'ailleurs le massage a acquis un grand crédit en ces derniers temps comme moyen général de réconfortation dans les états nerveux. Son emploi se justifie le mieux à la suite du traitement électrique, contre les états qui sont compliqués de sensations douloureuses dans les nerfs et les muscles. Contre les *manifestations vasomotrices* (sensation de chaleur, congestions, battements de cœur) on prescrit souvent de l'*ergotine* (Pilul. de 0,05, 4 à 6 par jour). En outre les *préparations de brome* (poudre composée de bromure de potassium et de sodium, eau bromée) s'emploient fréquemment dans toutes les crises *d'excitation nerveuse*. La céphalalgie *nerveuse* et d'autres phénomènes nerveux se trouvent parfaitement bien de l'usage de l'*antipyrine*. — L'*antifébrine* et la *phénacétine* agissent d'une manière analogue.

Le traitement parfois très difficile de l'*insomnie* neurasthénique mérite encore une courte mention spéciale. Avant tout il faut se garder avec soin de l'abus des narcotiques puissants (chloral et morphine). On s'assurera d'abord si un traitement rationnel de l'état général ou d'autres remèdes ne sont pas capables de provoquer le sommeil. Parfois un bain chaud d'une demi-heure pris le soir amène le calme et le repos. Dans d'autres cas il suffit d'une compresse froide qui enveloppe la tête ou qu'on place dans la nuque. La faradisation générale pratiquée le soir est réputée par beaucoup de malades comme ayant une vertu soporifique. Parmi les agents qui poussent au sommeil on peut parfois essayer une dose modérée d'alcool. Dans certaines conditions, un verre de bière ou une gorgée de vin généreux

agissent avantageusement dans le même sens. Si on n'y parvient pas, on recourra d'abord au *bromure de potassium*. De petites doses de ce remède n'opèrent probablement que par une influence morale ; de plus grandes doses (3,0 à 5,0 grammes pris à la fois dans un verre d'eau) ont un effet narcotique certain. Parmi les autres moyens hypnotiques, mentionnons encore l'*extrait de chanvre indien*, le *tannate de cannabine* (poudres de 0,2 à 0,5), l'*uréthane* (le soir 1,5 à 3,0 en solution aqueuse), la *paraldehyde* qui a un goût détestable (le soir 3,0, à 5,0) et le *sulfonal* récemment préconisé par (KAST) (1,5-2,0 dans une grande solution aqueuse, par ex., dans du thé ou de la soupe, 2 à 3 heures avant le coucher). En général on ne comptera pas trop sur l'effet durable de ces remèdes et on attachera toujours la plus grande importance au traitement général de la maladie.

CHAPITRE ONZIÈME.

NÉVROSES TRAUMATIQUES.

Comme suite aux deux chapitres précédents, traitant de l'hystérie et de la neurasthénie, nous devons encore parler d'une série d'états morbides, qui, quoique tenant par un lien étroit aux maladies prémentionnées, n'en présentent pas moins certains caractères spéciaux. Il s'agit de ces complexes symptomatiques nerveux qui se déclarent comme conséquence d'*ébranlements violents de tout le corps*, ou parfois aussi de *traumatismes circonscrits à des parties déterminées du corps* et qu'on appelle pour ce motif du nom de « *névroses traumatiques* ». Par la désignation « *névrosé* » on exprime que les symptômes nerveux produits par le traumatisme ne dépendent pas de *grosses lésions matérielles du système nerveux*, mais sont dues à de fines altérations, que jusqu'ici on n'a pas su démontrer anatomiquement.

Voyons d'abord les états provoqués par des commotions violentes et *générales* de tout l'organisme, et disons qu'ils ont été observés en premier lieu après les *accidents de chemin de fer* par des médecins anglais et américains qui les ont décrits sous les noms de « *railway spine* » et « *railway brain* ». Bientôt cependant on ne tarda pas à constater que des phénomènes morbides exactement semblables se montrent également à la suite d'autres violences corporelles.

Le *tableau morbide* fourni par ces états est très caractéristique. D'ordinaire l'injure initiale est tellement considérable (chute, choc, etc.) qu'immédiatement après se déclarent les symptômes connus de la *commotion cérébrale* et de la *commotion spinale* à un degré plus ou moins intense : perte de connais-

sance, paralysie générale des membres, collapsus, pouls petit, d'ordinaire ralenti, peau froide, pâleur de la face, respiration anxieuse, vomissements, rétention d'urine, etc. Des cas de l'espèce peuvent se terminer en quelques heures par la mort, sans que l'autopsie permette de retrouver une altération réellement constatable à la vue, du cerveau ou de la moelle. Dans d'autres cas au contraire le premier choc se passe malgré sa violence, et il ne reste qu'une série de troubles objectifs et subjectifs qui persistent quelquefois pendant un temps considérable et ne sont pas encore dissipés après des années. A ces états qui survivent convient parfaitement la désignation de *névrose traumatique générale*. Il est digne de remarque que celle-ci ne succède pas toujours à des ébranlements graves, mais aussi à des injures moindres, et quand les symptômes de la commotion initiale n'ont pas été particulièrement accusés. Nous reviendrons encore une fois sur ce point en parlant de la nature intime des névroses traumatiques.

Les graves phénomènes du début de la commotion se dissipent après quelques jours ou même plus tôt. Le malade revient à lui, fait des efforts pour se redresser, et l'amélioration continue jusqu'à un certain degré. A partir de ce moment persiste une série de symptômes qui ne disparaissent pas et qui continuent à entraver l'aptitude au travail ou à la paralyser complètement. Examine-t-on des malades de ce genre, on ne leur trouve aucun signe quelconque d'une lésion appréciable, ni du système nerveux, ni d'aucun organe interne.

Ce qui frappe avant tout, c'est une *modification* particulière du *moral*. Ces malades sont d'humeur triste, découragés, inhabiles à toute occupation, ne se complaisent plus aux relations de famille et d'amitié. Intérieurement ils ne font que se préoccuper de l'accident qui leur est advenu et de ses conséquences éventuelles. Leur sommeil est troublé, parfois agité par des rêves. Parmi les malaises subjectifs dont ils se plaignent, signalons surtout les douleurs à l'endroit qui a été principalement atteint par le traumatisme, notamment au dos, à la région du sacrum, aux parois du thorax, à la hanche, etc. De plus ils accusent de la céphalalgie, des vertiges, de l'abattement, des troubles visuels, des bourdonnements d'oreille, des photopsies, de l'inappétence et ainsi de suite. L'*examen objectif* démontre souvent l'existence d'un *affaiblissement général de la motilité*. Beaucoup de malades sont encore capables d'assez bien marcher seuls, mais se fatiguent vite : d'autres ne savent avancer qu'avec lenteur et d'un pas raide, en étant soutenus, se plaignent de douleurs dans le dos pendant la marche, et pour ce motif appuyent la main sur la région rénale, etc. La nutrition des muscles reste d'ordinaire bonne. L'excitabilité électrique des nerfs et des muscles est

en tous points normale. Cependant l'*exploration de la sensibilité* fait voir des modifications très importantes et utiles au point de vue du diagnostic. Ces modifications intéressent constamment l'*ensemble des organes des sens*.

La surface cutanée est parfois, sur toute l'étendue à peu près du corps, d'une insensibilité marquée vis-à-vis de toutes les impressions douloureuses, comme les piqûres d'aiguille, les courants électriques, etc. — L'*analgésie* est manifeste. En quelques endroits on constate une *anesthésie* complète qui affecte un membre en totalité ou seulement une zone circonscrite d'une extrémité ou du tronc. La limite qui sépare les parties anesthésiées de la peau de celles à sensibilité normale, est le plus souvent assez nettement tracée en même temps que disposée d'une manière capricieuse. Parfois l'enveloppe cutanée est particulièrement insensible vis-à-vis de certains excitants (froid, chaleur, etc.) ou, tout au contraire, jouit encore d'une excitabilité spéciale. A l'examen des *yeux* on constate quelquefois de la diminution de l'acuité visuelle, un rétrécissement du champ de la vision, une perception indistincte des couleurs. Fréquemment l'*ouïe* est obtuse d'un ou des deux côtés. L'*odorat* est souvent considérablement diminué, et le *goût* presque perdu, au point que la quinine, le vinaigre et d'autres substances à forte saveur n'éveillent plus aucune sensation gustative.

Indépendamment des symptômes susdits qui traduisent un affaiblissement de la sensibilité et de la motilité, on observe des *phénomènes d'excitabilité sensitive et motrice*. Nous venons de signaler les douleurs de tête, les mouches volantes, les bruits dans l'oreille. Plus caractéristiques encore sont les *hyperesthésies* de la peau, la sensibilité à la pression dans les gouttières vertébrales et surtout une excessive impressionnabilité au contact des parties du corps qui ont été originairement atteintes par la cause traumatique. Parmi les symptômes d'excitation motrice, relevons les *tensions* et les *raideurs musculaires*, de nouveau localisées de préférence aux membres que le traumatisme a frappés. Un fort *tremblement* se rencontre aussi quelquefois. Les *réflexes* se comportent différemment d'après les cas ; parfois ils sont considérablement exaltés. Le grisonnement et la chute des cheveux sont à citer parmi les *altérations trophiques*. Les atrophies musculaires appréciables ne s'observent que dans les névroses traumatiques plus localisées (voir plus bas).

Si l'on se demande maintenant quelles sont les *causes* et l'*essence* fondamentale de cet état morbide particulier, caractérisé surtout par des troubles intellectuels, des anesthésies sensorielles et l'impuissance motrice, il y a deux éléments dont il faut spécialement tenir compte. Et d'abord un élément purement *corporel*, l'ébranlement du système nerveux. Il est incon-

testable qu'un ébranlement de l'espèce, même quand il est exempt de toute grosse lésion anatomique, peut occasionner les altérations fonctionnelles les plus graves du système nerveux. Et si, immédiatement après le choc, on voit se produire des symptômes menaçants, il n'est assurément pas possible non plus de dénier que des conséquences durables peuvent survivre à ce premier choc et constituer de la sorte le fondement des manifestations subséquentes de la névrose traumatique. En outre il n'y a pas à douter qu'un second *élément*, purement *moral*, doit encore être pris en considération. Le traumatisme est accompagné d'un fort saisissement. L'accident éveille chez le malade la crainte d'une maladie incurable, d'une incapacité permanente de travailler et de gagner sa subsistance. Les démarches et les fréquents conflits auxquels donnent lieu les caisses de secours et les sociétés d'assurances, contribuent de leur côté à augmenter l'inquiétude des malades. Ces dispositions morales sont pour une grande part dans la détermination d'un état qui a les rapports les plus étroits avec la nervosité générale, la neurasthénie et l'hypocondrie. Dans tel cas donné il est malaisé de séparer rigoureusement les suites du traumatisme matériel de ces influences d'ordre moral.

Chez plusieurs malades — et alors il s'agit réellement de causes purement morales — les symptômes morbides qui succèdent au traumatisme relèvent entièrement du domaine de l'hystérie. En ces cas ce n'est pas névrose traumatique qu'il faut dire, mais *hystérie traumatique*. Dans l'avant-dernier chapitre nous avons fait voir que cette dernière est très fréquente. Il faut comprendre également sous cette rubrique la plupart des cas de « *névrose traumatique locale* ». En effet on observe assez souvent qu'à la suite de traumatismes qui atteignent une extrémité, se manifestent dans la jambe ou le bras lésé des désordres nerveux qu'il est impossible de rapporter à une altération locale des nerfs : paralysies flasques, anesthésies, contractures, hyperesthésies, etc. Nous avons déjà décrit ces états, en partie dans le chapitre traitant des « *névralgies articulaires* » (v. plus haut p. 38), en partie aussi dans le chapitre précédent. Ici également l'élément moral connexe au traumatisme joue certainement au point de vue causal le principal rôle.

Cependant il convient pour le moment de ne pas confondre encore tous ces divers états avec la névrose traumatique proprement dite, quoiqu'il faille convenir qu'il n'y a pas moyen de tracer de ligne de démarcation exacte entre elle et l'hystérie, que ces deux états ont une étroite affinité l'un avec l'autre et qu'ils peuvent même se présenter ensemble à l'observation. Au surplus, sous le rapport diagnostique, on pourrait toujours établir cette

différence que dans la névrose traumatique véritable l'élément purement somatique de l'ébranlement matériel a également son importance causale.

En ce qui concerne la *marche* de la névrose traumatique générale essentielle, presque tous les observateurs s'accordent à dire qu'elle est extrêmement longue. Il importe en effet de savoir au point de vue pratique que la plupart des cas graves de cette catégorie ne sont pas susceptibles d'une guérison complète. Les doléances et les malaises des patients durent des années sans aggravation marquée, il est vrai, mais aussi sans qu'on puisse constater de l'amélioration. Souvent même la maladie prend une tournure encore moins favorable, vu que *les facultés intellectuelles* peuvent *baisser graduellement* et la maladie finir par la démence complète.

Le *traitement* de la névrose traumatique s'appuie sur les principes fondamentaux que nous avons appris à connaître dans les deux chapitres précédents en parlant du traitement de l'hystérie et de la neurasthénie. La bonne direction morale du malade est de la plus grande importance. D'autre part le *courant électrique* (galvaniser au long de la colonne vertébrale, galvaniser et faradiser les muscles et les nerfs, promener la brosse faradique sur la peau), puis les *bains* et les *frictions*, à l'intérieur la *quinine*, le *fer*, les *préparations de strychnine* méritent le plus de créance.