

tions 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. t. I) sera traitée surtout par les moyens diététiques et par les purgatifs, seulement en cas de nécessité. 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*, la *phénacétine* et beaucoup d'autres médicaments inventés dans ces derniers temps agissent d'une manière analogue.

Le traitement parfois très difficile de l'*insomnie* neurasthénique mérite encore une courte mention spéciale. Comme l'*insomnie* n'est certainement la plupart du temps que la *conséquence* de l'excitation psychique et surtout des idées d'angoisse, il est naturel que le grand rôle dans ces conditions, parmi toutes les prescriptions imaginables, revient à l'influence suggestive. C'est elle que le médecin mettra certainement le plus à contribution. 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 sommeil. 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 ; tandis que 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 surtout le *sulfonal* (1,5 — 2,0) dans une abondante solution aqueuse, par ex., dans du thé ou de la soupe (2 à 3 h. avant le coucher) et le *trional* également recommandable. 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, plus pour des motifs tirés de la pratique que dans des vues scientifiques, 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 désigne du nom de « *névroses traumatiques* ». Par la désignation « *névrose* » 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. Ces états ont été observés autrefois déjà depuis longtemps, 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 de toutes les violences corporelles possibles.

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 connaissance, paralysie générale des membres). En d'autres cas cependant, l'intensité du traumatisme, ou l'endroit spécial sur lequel il porte (chute sur le sacrum, sur le dos, sur le côté, etc.) est tel qu'il ne peut pas bien être question d'une véritable commotion matérielle du cerveau. Quelquefois encore dès l'abord il peut y avoir des lésions organiques réelles (contusion, hémorragie, fracture) qui cependant sont susceptibles de guérir complètement.

La caractéristique maintenant c'est qu'après le décours complet de toutes les conséquences matérielles plus ou moins graves du début du traumatisme, il ne s'ensuit pas, comme on pouvait s'y attendre, une guérison totale. Le malade revient à lui, fait des efforts pour se lever, et l'amélioration continue jusqu'à un certain degré. Malgré cela, il persiste une série de symptômes qui ne disparaissent pas et qui continuent à entraver l'appétit au travail ou à la paralyser complètement. Examine-t-on des malades de ce genre, on

ne leur trouve aucun signe quelconque d'une grosse lésion, soit du système nerveux, soit 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, destitués de toute énergie et 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 des douleurs à l'endroit qui a été principalement atteint par le traumatisme, notamment le dos, la région du sacrum, les parois du thorax, 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. Les réflexes sont souvent vivaces, parfois affaiblis, en tout cas pas altérés comme on le constate dans les véritables affections organiques. Fréquemment, mais nullement dans tous les cas, l'exploration des *fonctions des sens* révèle des altérations. Cette exploration doit comprendre tout l'*ensemble des organes des sens*. La *peau* de presque tout le tégument externe est souvent manifestement insensible envers toutes les excitations douloureuses, piqûres d'aiguilles, courants électriques, etc. Il y a *analgésie*. 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, comme cela ne peut se rencontrer en cas de maladie organique des nerfs. 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 de la colonne vertébrale et surtout une *excessive impressionnabilité* à la pression des parties du corps qui ont été primitivement 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.

Si l'on se demande maintenant quelles sont les *causes* et l'*essence* intime de ce tableau morbide particulier, caractérisé d'abord par des troubles intellectuels, en second lieu par des sensations douloureuses subjectives, des anesthésies sensorielles et l'impuissance motrice, il y a deux éléments dont il faut spécialement tenir compte. En premier lieu on a songé que l'ébranlement corporel du système nerveux, même sans être accompagné de grosses lésions anatomiques, peut provoquer les altérations fonctionnelles les plus graves. Cette idée fut le motif pour lequel on adopta le terme spécial de *névrose traumatique* afin de désigner les états morbides susdits. Seulement, plus on met de temps et de persévérance pour étudier minutieusement ces états, plus on en arrive à conclure que cette manière de voir n'a pas de raison d'être pour la pluralité des cas. Aussi bien nous croyons encore aujourd'hui qu'il y a des états morbides qu'on doit effectivement envisager comme des névroses traumatiques dans l'acception rigoureuse du mot et comme des troubles fonctionnels durables, à la suite d'un véritable ébranlement matériel du cerveau, mais cette hypothèse ne s'applique nullement à la grande majorité des névroses traumatiques, et ici également c'est l'ensemble des influences psychiques accompagnant le traumatisme (accident), qui donne naissance à la névrose. Le traumatisme est inséparable 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*, l'*hypocondrie* et l'*hystérie*. On serait par conséquent parfaitement autorisé, aujourd'hui que les idées concernant l'essence des névroses traumatiques ont été précisées davantage, de n'employer cette désignation que comme un terme collectif symptomatique et de la remplacer par le mot « *neurasthénie traumatique* » et d'« *hystérie traumatique* ». La désignation de névrose traumatique n'a d'ailleurs été toujours usitée par nous que dans un sens *symptomatique* et

cela d'une façon complètement justifiée. D'autre part cependant il n'y a pas à dénier que précisément à la suite d'accidents les affections neurasthéniques et hystériques qui se déclarent ont souvent un certain *cachet sui generis*, offrent un tableau d'ensemble tel qu'on n'en rencontre pas souvent dans l'hystérie et la neurasthénie commune. L'état psychique du malade est particulièrement caractéristique ; il est évidemment occasionné par les circonstances extérieures. C'est du découragement, de la perte d'énergie, de la dépression, de la tendance à se lamenter et à chercher querelle, en outre une *opiniâtreté* rebelle qui accompagnent cet état psychique et résistent à tous les moyens de guérison. On cite des cas nombreux où de semblables malades, en dépit de l'accomplissement de tous leurs désirs, ont vécu de longues années dans une neurasthénie persistante, incapables de tout et ont même sombré dans une démence formelle. C'est donc toujours pour des raisons pratiques que le terme « névrose traumatique » peut encore être employé dans de tels cas, pourvu seulement qu'on ne l'applique que dans le vrai sens.

Partout où il s'agit de symptômes hystériques manifestement locaux (anesthésies, paralysies, contractures à l'endroit lésé), on parlera tout simplement encore d'*hystérie*, au besoin avec un adjectif qualificatif : « hystérie traumatique ».

Reconnaître avec certitude les « névroses traumatiques » ne présente la plupart du temps pas grande difficulté. Généralement l'existence de grands traumatismes matériels se laisse aisément éliminer. Il est plus malaisé de distinguer s'il s'agit d'un état morbide réel ou d'une *simulation*. Ici il n'y a pas de simples critères qui décident, comme on le supposait, mais en dernière analyse l'observation minutieuse de tout l'état morbide (si possible dans un hôpital) et la prise en observation des conditions générales (la conduite du malade, sa manière d'être antérieure, les circonstances extrinsèques, et ainsi de suite). D'après l'expérience que nous possédons, nous devons dire qu'une parfaite simulation *consciente* et *intentionnelle* ne se rencontre pas très souvent, quoiqu'elle ait réellement lieu. Très fréquemment, à la vérité, il se présente des *exagérations* et des simulations apparentes quand les malades accusent des symptômes qui, à un examen plus exact, n'existent pas ou du moins n'existent pas toujours. Un état de choses semblable ne prouve pas cependant l'existence d'une simulation *voulue*, parce que dans toutes les psycho-névroses (hystérie, hypocondrie) cela se rencontre tous les jours. Une dame hystérique qui prétend ne pas savoir sortir du lit, et qui, conduite par le médecin, marche parfaitement ; une autre qui prétend ne pas tolérer le plus léger attouchement du dos et qui, quand on détourne son attention, sent à peine une forte pression ; une troisième qui

affirme éprouver des douleurs d'estomac rien qu'après avoir avalé une gorgée de thé et qui immédiatement après digère avec appétit tout un beefsteak ; aucun médecin n'osera les taxer de simulation. Des choses similaires se présentent naturellement aussi dans « les névroses traumatiques », vu qu'elles ne sont autre chose que des faits parfaitement analogues. Quoi qu'il en soit, il est très difficile de décider la question si importante souvent en pratique de savoir jusqu'à quel point *ces* malades hypocondriaco-neurasthéniques ont droit à une *indemnité* ou à un secours de la *caisse d'assurances*. A cet égard, nous sommes ordinairement d'avis que les médecins appréciateurs ne doivent pas être trop condescendants, parce que au point de vue *thérapeutique* il est nécessaire avant tout de guérir les malades de leur manie d'avoir contracté une maladie grave. En premier lieu, on *essayera* toujours par conséquent de procurer une amélioration ou même la guérison, et c'est naturellement de nouveau à l'*influence psychique* bien appropriée au malade qu'il faut attacher le plus de prix. En outre toutes les autres méthodes de traitement (bains, frictions, électricité, gymnastique hygiénique) que nous avons appris à connaître dans les chapitres précédents, entrent aussi en ligne de compte. De cette manière on réussit parfois indubitablement à réaliser des amendements, si pas des guérisons. Toutefois l'expérience apprend qu'il ne faut pas escompter avec trop d'assurance un résultat *durable*. Ce sont précisément les « névroses traumatiques » qui donnent, paraît-il, un pronostic particulièrement défavorable, quoique malheureusement tel soit aussi trop souvent le cas pour la neurasthénie et l'hypocondrie graves où le traumatisme n'est pas en cause. Il nous semble d'un intérêt pratique majeur d'« étouffer dans leur germe » et dès leur *première origine*, si possible, les névroses traumatiques. Que de fois nous avons eu occasion d'observer des malades victimes d'un accident qui, à la suite de la guérison complète et évidente de quelque légère lésion extérieure, commençaient à se plaindre sans cesse de tous les maux nerveux possibles. C'est le cas ici de couper d'emblée, si c'est possible, à la racine de toutes ces plaintes et de faire comprendre aux malades qu'ils sont *totale*ment rétablis hic et nunc. Si une neurasthénie traumatique a déjà traîné des années, on ne parvient que très difficilement à persuader le patient de l'inanité objective de ses souffrances.