

RM 121

T 73 / 15

1898

v. 15

pte 2

TRAITEMENT
DES
MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

DEUXIÈME PARTIE
NÉVROSES — TROUBLES TROPHIQUES —
MALADIES DES NERFS

CHAPITRE PREMIER

NOTIONS PATHOLOGIQUES ET INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES GÉNÉRALES

SUR LES

NÉVROSES

PAR

GILBERT BALLEZ,

Professeur agrégé à la Faculté de Paris,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

I

Notions pathologiques.

Il y a dans la terminologie médicale des expressions qui reflètent, à travers les changements que subit leur signification, les progrès ou tout au moins les vicissitudes de la médecine elle-même. Que cette signification s'étende, se restreigne ou se transforme, chacune de ses modifications correspond à une étape du progrès. Quand Cullen en 1769 introduisit le mot *névrose* dans le vocabulaire pathologique, il l'appliqua « à tous

les états contre nature du sentiment et du mouvement où la pyrexie ne constitue pas une partie de la maladie primitive et à tous ceux qui ne dépendent pas d'une affection topique des organes, mais qui procèdent d'une affection plus générale du système nerveux ». Fort de ce criterium imparfait, il engloba sous le vocable nouveau, à côté de l'épilepsie, de la danse de Saint-Weit et de l'hystérie, des syndromes comme l'apoplexie, la dyspepsie, des symptômes comme les palpitations, la syncope et la dyspnée, des maladies infectieuses comme le tétanos et la coqueluche, des troubles de la nutrition comme le diabète. La nosologie de cette époque (comme celle d'ailleurs des années qui vont suivre, comme celle de Pinel, de Georget, de Dubois (d'Amiens), se ressent, on le voit, des incertitudes d'une pathologie encore dans l'enfance, dont l'horizon ne s'étend guère au delà de la symptomatologie et reste fermé aux notions élémentaires de la pathogénie.

A vrai dire, sommes-nous beaucoup plus avancés que nos devanciers? Prétendre le contraire serait sans doute une évidente exagération. Pourtant, même aujourd'hui, il serait difficile de donner des névroses une définition qui soit à l'abri de toute critique. Ces affections n'ont pas cessé de constituer un cadre d'attente où nous groupons un peu pêle-mêle des états morbides dont la symptomatologie plus ou moins complexe exprime un trouble des fonctions nerveuses (intellectuelles ou sensitives, motrices ou trophiques, vaso-motrices ou sécrétoires) qui n'est en relation directe avec aucune lésion organique connue ni avec aucun trouble humoral défini. Mais ce cadre s'est considérablement rétréci à mesure que la médecine a progressé : on serait surpris d'y voir placer aujourd'hui l'apoplexie et la syncope, le diabète ou la coqueluche. Il fut un temps peu éloigné de nous où l'on y mettait l'ataxie locomotrice, et si hier encore le tétanos y était rangé, il en a été définitivement exclu pour prendre place parmi les maladies infectieuses. Du train dont vont les choses, on peut se demander si, dans un avenir prochain, quelque membre subsistera de l'ancien groupe des névroses.

Il est en effet, à l'heure actuelle, battu en brèche de toutes parts. La plus grande précision qu'on apporte à déterminer la place exacte qui revient dans une bonne classification nosologique au *symptôme*, au *syndrome* et à l'*affection*, permet d'éviter des confusions à la faveur desquelles on avait indûment surchargé ce groupe. D'un autre côté, les progrès de l'histologie pathologique et de la pathologie humorale autorisent à rattacher à des altérations bien ou incomplètement définies mais positives des solides ou des liquides, des troubles fonctionnels jusque-là considérés comme indépendants et dans une certaine mesure autonomes. Une revue sommaire va montrer par quelques exemples à quel point l'édifice est vermoulu et s'il lui reste du moins quelques parties solides et encore résistantes.

Lorsqu'on jette un coup d'œil sur les classifications des névroses, même les plus récentes, on voit que les auteurs, sans doute pour satisfaire aux exigences de la pratique, ont été conduits à méconnaître ou à perdre de vue la distinction fondamentale qu'on doit maintenir, en saine nosologie, entre une expression clinique et une affection caractérisée. Ils ont été ainsi amenés à décrire à côté des névroses de la sensibilité, où trouvent place les hyperesthésies (névralgies de diverses natures, myosalgies, hyperesthésies des sens), les anesthésies circonscrites ou diffuses, des névroses du mouvement, les unes à forme d'hyperkinésie (contractures, convulsions, spasmes de divers ordres), les autres à forme d'akinésies (paralysies des muscles de la vie de relation ou végétative). Il n'est pas nécessaire de beaucoup insister pour montrer combien une semblable façon d'envisager les choses est défec-tueuse. Un symptôme reste une expression clinique dont la pathogénie et l'étiologie sont plus ou moins bien établies, mais qu'on ne saurait élever au rang d'entité morbide. Que la névralgie faciale dépende d'une lésion avérée des os du crâne ou des méninges, d'une infection comme le paludisme, ou que sa cause prochaine nous échappe, pas plus dans un cas que dans l'autre elle ne mérite la dénomination de névrose. Ne

sait-on pas d'ailleurs qu'elle peut être une manifestation de l'hystérie? Auquel cas, en conservant la terminologie classique, cette névrose serait symptomatique d'une autre névrose. C'est la confusion introduite dans la nomenclature. On pourrait faire les mêmes remarques à propos des paralysies et des contractures, des spasmes et des anesthésies. Conservons donc aux symptômes leur valeur et leur dénomination de symptômes; leur place est dans un chapitre de *séméiologie*, non de *nosographie*.

Tout au plus, faute de mieux, peut-on provisoirement maintenir au nombre des névroses certains syndromes à physionomie plus spéciale, à pathogénie vague et indéfinie, comme la tropho-névrose faciale, l'asphyxie locale des extrémités avec l'érythromélangie et l'acroparesthésie, les spasmes fonctionnels, la tétanie, les migraines. Mais il doit du moins rester bien entendu qu'il s'agit là d'une concession temporaire, et que cette concession, commandée pour l'heure par les exigences de la classification clinique, n'implique en aucune façon la reconnaissance de ces syndromes comme espèces morbides.

S'il se trouve quelques affections, parmi celles depuis longtemps décrites sous le nom de névroses, qui aient droit à cette appellation, c'est dans le groupe des névroses dites *générales* et *complexes* qu'il faut les aller prendre. On fait entrer habituellement dans ce groupe l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, la catalepsie, la neurasthénie, le goître exophtalmique, la maladie de Parkinson. Cette énumération suffit à montrer combien il est lui-même hétérogène; déjà du reste on est autorisé à le réduire.

La *catalepsie*, par exemple, ne saurait plus prétendre au rang d'entité nosologique: elle n'est le plus ordinairement qu'une manifestation de l'hystérie ou l'accompagnement de certaines psychoses dépressives.

La *maladie de Parkinson* a été, faute de place ailleurs, classée parmi les névroses, mais tout indique qu'elle n'est pas appelée à s'y maintenir. On a justement fait remarquer que l'idée de névrose

implique celle d'une certaine variabilité de symptômes, que les alternances qu'on y observe éloignent la pensée d'une lésion immuable et définitivement acquise, et que précisément l'inverse se rencontre dans la paralysie agitante (Brissaud). Certes, si cette affection est sous la dépendance de lésions fixes, il faut reconnaître que nous ne savons ni quelles sont ni où sont localisées ces lésions; celles qu'on a décrites dans les muscles, la moelle, la protubérance, les pédoncules sont inconstantes et contingentes. Quoi qu'il en soit, si l'on persiste à faire de la maladie de Parkinson une névrose, on est obligé de reconnaître qu'il s'agit là d'une névrose très différente des autres, non seulement par sa symptomatologie, mais surtout par son évolution progressive « qui ne se dément jamais jusqu'à la dernière heure ».

Bien que par ses affinités morbides, son étiologie, les fantaisies de sa marche, sa curabilité possible, le *goître exophtalmique* présente des caractères qui portent à le considérer comme une névrose bulbaire, on n'ignore pas qu'une autre opinion rencontre aujourd'hui des partisans (Möbius, Renaut, Joffroy). D'après la manière de voir en question, la maladie de Basedow aurait sa place marquée parmi les organopathies: elle dépendrait d'une lésion primitive du corps thyroïde sur la nature de laquelle, d'ailleurs, il n'y a pas d'accord. Quelle que soit l'opinion qu'on se fasse du point de départ de l'affection, qu'on admette ou non un trouble bulbaire primitif, il n'en paraît pas moins établi que la perturbation des fonctions du corps thyroïde et de sa sécrétion est l'intermédiaire non douteux entre les causes qui provoquent le goître exophtalmique et les symptômes par lesquels il se traduit. Un élément toxémique intervient dans la physiologie pathologique de la maladie de Basedow qui oblige à la considérer, sinon comme une organopathie, au moins comme une névrose à pathogénie très spéciale.

Le jour où, à la suite des observations de Bravais et de Jackson, on a connu l'épilepsie dite partielle et précisé les relations qui rattachent à certaines lésions corticales certaines formes de crises comitiales, on a pu penser que le moment n'était pas éloigné où l'on pénétrerait la pathogénie jusque-là

fort obscure du *Morbus sacer*. Ces espérances n'ont pas encore été réalisées et la constance des lésions du cerveau dans l'épilepsie dite essentielle (sclérose névroglique de Chaslin) au moins de lésions primitives, causes et non effet de l'affection, n'est pas encore suffisamment établie. Toutefois, ce que nous savons de certaines des causes occasionnelles des accès épileptiformes et du rôle que jouent dans leur étiologie notamment les intoxications d'origine externe (alcool, absinthe, essences, plomb), ou les auto-intoxications (embarras gastrique, surménagement), ou même les infections, tout cela nous oblige à envisager l'attaque épileptique comme l'expression clinique d'une excitation corticale qui vraisemblablement, dans le plus grand nombre des cas, est d'origine toxique. Mais pour que la toxémie accidentelle ou transitoire produise ses effets, il faut, suivant toute apparence, que l'écorce cérébrale soit prédisposée à la réaction anormale qui constitue la crise comitiale : or, quoi qu'on ait pensé, cette prédisposition semble constituée bien moins par une tendance virtuelle et toute dynamique du cerveau, conséquence de l'hérédité névropathique, que par une atteinte portée dans les premiers temps de la vie intra ou extra-utérine à la constitution et au développement normal de l'organe. En somme, c'est la lésion cérébrale, fort variable d'ailleurs quant à son siège, son importance et sa nature (lésion osseuse, méningée ou corticale — macroscopique ou microscopique — traumatique, ou infectieuse), qui crée l'état d'opportunité épileptique, ce sont des conditions accessoires (émotions, troubles congestifs suite de digestions défectueuses, excès passager d'alcool, auto-intoxication d'origine intestinale ou gastrique, etc.) qui, favorisées par cet état d'opportunité, provoquent l'apparition de l'accès. Bien que la pathogénie du mal comitial puisse être ainsi ramenée à quelques procédés assez simples, la variabilité des lésions et des circonstances qui dans chaque cas conditionnent d'une part la prédisposition à l'épilepsie, d'autre part l'attaque d'épilepsie elle-même, nous autorise à dire qu'on ne peut plus envisager le mal comitial comme une maladie autonome : à regarder les choses de près, il n'y a

pas une névrose épileptique, mais des syndromes épileptiformes dont le traitement sera subordonné à la nature des éléments causaux permanents ou accidentels qui les déterminent.

L'individualité de la *chorée* n'est guère mieux établie que celle de l'épilepsie. Tout le monde s'accorde à reconnaître que cette expression sert à désigner des affections fort dissemblables. Il y a des chorées hystériques (chorée simple, chorée rythmée), des chorées proches parentes de la maladie des tics et qui se relie à la dégénérescence mentale. On discute encore sur la nature de la chorée d'Hugtinton, sur celle des chorées chroniques. Les chorées infantiles constituent elles-mêmes un caput mortuum qui renferme des cas fort dissemblables. La chorée de Sydenham représente un type cliniquement assez bien défini par sa physionomie, sa marche, les circonstances dans lesquelles elle survient : mais on est en train de se demander si elle ne se relie pas étroitement à une infection du système nerveux : la preuve décisive n'en a pas été donnée encore ; toutefois, en faveur de cette opinion il existe de puissantes présomptions. En somme, le temps n'est vraisemblablement pas éloigné où la chorée essentielle sera absorbée dans le groupe des chorées dites symptomatiques ; l'expression ne servira plus à désigner une entité nosologique, mais l'une des manifestations cliniques soit de maladies infectieuses, soit d'états nerveux plus généraux et mieux catalogués.

La revue rapide à laquelle nous venons de nous livrer n'a eu d'autre but que de montrer combien est artificielle et par cela même nécessairement provisoire la famille pathologique dont on va s'occuper dans les pages qui suivent. Si le travail de dissociation qui menace d'en disperser les membres respecte quelques-uns d'entre eux, il semble que ce doive être la *neurasthénie* et l'*hystérie*.

L'*hypocondrie*, qui, il y a quelques années, figurait encore à côté de ces dernières, en a été séparée : on se refuse aujourd'hui à y voir autre chose qu'une forme de délire ou d'obsession mentale, susceptible de se montrer dans des conditions

très diverses : au cours par exemple d'affections organiques comme la paralysie générale, ou de certaines psycho-névroses comme la mélancolie, ou chez certains émotifs ou débiles à tendances obsédantes ou délirantes.

Quant à l'hystérie et à la neurasthénie, elles ont l'une avec l'autre plus d'un point de contact ; on doit dire plus : il y a entre elles des rapports intimes et étroits. La preuve en est qu'elles s'associent communément, à la suite par exemple des grands chocs moraux qui réalisent ce qu'on a improprement appelé l'hystéro-neurasthénie traumatique. Elles ont même étiologie, physiologie pathologique analogue, elles sont appelées à avoir fortune commune. S'il doit subsister quelque chose du groupe des névroses, l'hystérie et la neurasthénie seront certainement les deux membres survivants de ce groupe. Mais déjà l'un et l'autre ont eu à subir des assauts. Le jour où, à côté de l'hystérie qu'on pourrait appeler constitutionnelle, on a décrit des hystéries acquises, toxiques ou infectieuses, on a été bien près de descendre la grande névrose de son piédestal pour la réduire au rôle d'une expression clinique, traduisant une forme particulière de déchéance des fonctions psychiques, et pouvant être aussi bien accidentelle et transitoire qu'originelle et durable. De même n'a-t-on pas cherché à rattacher la neurasthénie à certains troubles viscéraux, gastriques, intestinaux ou hépatiques, dont elle dépendrait étroitement comme le syndrome dépend des lésions organiques auxquelles la physiologie pathologique le rattache ?

Cependant il nous paraît difficile de dénier à l'hystérie et à la neurasthénie une certaine autonomie ; elles méritent vraiment le nom de névroses, si par névroses on entend des affections du système nerveux sans lésions anatomiques (je ne dis pas sans trouble de nutrition) de ce système, affectant dans leur marche et leur évolution des variations qui sont incompatibles avec l'hypothèse d'une altération permanente de l'axe nerveux. Leur étiologie habituelle et leur psychologie pathologique, plus encore que leur symptomatologie, leur assignent une place à part parmi ces affections. Il n'est pas de

névrose où l'hérédité joue un rôle plus fréquent, plus accusé et mieux avéré que dans l'étiologie de l'hystérie et de la neurasthénie. Si les autres causes, troubles organiques, intoxications, infections, chocs moraux, peuvent, à titre exceptionnel, les engendrer de toute pièce, quand leur action est très intense, ce n'est pas la règle, et ces causes n'interviennent le plus souvent qu'à titre de causes occasionnelles, non déterminantes. D'autre part, la psychologie pathologique nous montre que dans la neurasthénie comme dans l'hystérie il existe un état psychique particulier, une sorte d'insuffisance cérébrale se traduisant par la difficulté à concentrer l'attention, à acquérir la certitude, à synthétiser les divers éléments constitutifs de la vie mentale, d'où résultent l'aboulie, les doutes, les obsessions, et tout le cortège de distractions et d'idées fixes qu'entraîne à sa suite le rétrécissement du champ de la conscience. En somme, l'hystérie et la neurasthénie nous apparaissent comme des états liés le plus ordinairement à un vice originel du système nerveux, comme la révélation d'une sorte d'impuissance de ce système presque toujours native, rarement acquise. Cette impuissance est fort différente de celle qui caractérise d'autres états très voisins de l'hystérie et de la neurasthénie, la débilité mentale, la folie morale et tous ceux qu'on a qualifiés d'états de dégénérescence. Mais elle s'en rapproche par les causes qui lui donnent naissance, et aussi par quelques parentés symptomatiques. C'est ainsi que les doutes et les obsessions sont à la fois des manifestations des états dits dégénératifs et des simples états neurasthéniques. Comme la dégénérescence mentale, l'hystérie et la neurasthénie ont leurs *stigmates* et leurs *accidents* : ainsi le parallèle commencé sur le terrain étiologique se poursuit sur celui de la symptomatologie.

II

Indications thérapeutiques générales.

Si l'on voulait appliquer dans leur rigueur les considérations qui précèdent, la partie de cet ouvrage consacrée au traite-