

phase expiratrice. Alors, l'air expiré est fortement poussé hors du poumon et passe par les fosses nasales, en produisant un bruit sonore. Le seul moyen pour contraindre le diaphragme à une contraction normale, c'est la lecture à haute voix. Cette contraction inspiratrice du diaphragme n'a pas encore été décrite et a reçu de son auteur le nom de *bradytonie tremblante du diaphragme* (1).

III. — Traitement.

Notre malade a déjà été traité par divers médecins ; il a pris du valériane d'ammoniaque ; pendant longtemps il a été soumis à une médication bromurée qui a déterminé une éruption médicamenteuse très accusée. On lui a encore prescrit de l'iodure, du sulfate de spartéine. Rien de tout cela n'a réussi, comme on le 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. Ici, cette hystérie monosymptomatique a guéri rapidement, sans doute parce qu'une médication rationnelle et inspirée par la pathogénie lui a été opposée. C'est peut-être là tout le secret des rapides guérisons de ces formes hystériques qui ne sont rebelles qu'en raison de l'ignorance où nous restons de leur vrai mécanisme.

(1) LADISLAV SYLLABA, *Sbornik klinicky*, 1899.

XLV. — LES NEURASTHÉNIES LOCALES

- I. HISTORIQUE ; DEUX FORMES ÉTIOLOGIQUES. — Neurasthénie, mot nouveau, maladie ancienne. Nombreuses formes cliniques, deux formes étiologiques et cliniques : neurasthénie héréditaire et neurasthénie acquise. Déduction thérapeutique.
- II. NEURASTHÉNIE LOCALE PÉRIPHÉRIQUE. — Topoalgies ou algies centrales des neurasthéniques ; leurs caractères cliniques. Résistance à tous les moyens antinévralgiques. Emploi de l'électricité. Observations. Forme douloureuse le plus souvent.
- III. NEURASTHÉNIES VISCÉRALES. — 1° Neurasthénie gastrique : grande variabilité des sécrétions et du chimisme stomacal. Exemple de neurasthénie locale de l'intestin. — 2° Neurasthénie cardiaque : hypotension artérielle, palpitations, arythmie, pouls instable, tachycardie orthostatique. — 3° Neurasthénie respiratoire. — Trois stigmates neurasthéniques : asthénie neuro-musculaire, méiopragies fonctionnelles, état cérébral.
- IV. DIAGNOSTIC. — Caractère des neurasthéniques (catalepsie de la volonté). État psychique : phobies diverses, anxiété morale, névrose d'angoisse ou angorisme. Neurasthénique déprimé et neurasthénique excité. Neurasthénie héréditaire et neurasthénie acquise. Neurasthénie et hypocondrie.
- V. QUELQUES MOTS SUR LE TRAITEMENT. — Importance du traitement moral. Suggestion persuasive, non autoritaire. Traitement de Weir Mitchell : isolement, repos absolu, massage, électricité, suralimentation. Neurasthénies avec hypertension ou avec hypotension artérielle. Rôle de l'atonie gastro-intestinale et des ptoses viscérales. Indications thérapeutiques basées sur les deux formes de neurasthénies : par dégénérescence héréditaire et neurasthénie acquise. Importance de la psychothérapie et de l'isolement, surtout dans la première forme. Repos, altitude, voyages, hydrothérapie, massage, électricité, alimentation. Impuissance et nocuité des médicaments. Acide formique et formiates, ibogaïne, médication phosphorique. Conclusion.

I. — Historique ; deux formes étiologiques.

Les localisations morbides de l'hystérie se montrent également dans cette maladie si bien décrite dès 1857-1860 par Bouchut sous le nom de « nervosisme », puis par Beard en 1869-1880, 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, ni même dans les publications de Charcot. 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.

Avant de traiter cette question, je dois dire que, si la neurasthénie est un mot nouveau, elle n'est pas une maladie nouvelle. En effet, elle a été décrite depuis longtemps par de nombreux auteurs sous des noms différents : irritation spinale de Franck (1821), névrosisme de Brachet (1832), névralgie générale de Valleix (1841), névrose protéiforme de Cerise (1842), hyperesthésie générale de Monneret (1857), état nerveux et nervosisme de Sandras, de Bouchut (1857-1860), névropathie cérébro-cardiaque de Krishaber (1873), neurasthénie vago-sympathique de Glatz (1891), épuisement nerveux, faiblesse irritable du système nerveux, neurasthénie que j'oppose à la « neurataxie », nom sous lequel j'ai proposé, en 1883, de désigner l'hystérie. Dans le Traité des maladies nerveuses de Louyer-Villermay en 1816, le second volume sur l'hypocondrie renferme quelques observations et de judicieuses remarques que l'on peut certainement mettre sur le compte de la neurasthénie. Enfin, dans notre Traité des névroses, trois chapitres différents sont consacrés à l'étude de l'irritation spinale, de la névralgie générale, de la neurasthénie (2). Sous ces trois noms, il s'agit bien certainement

(1) HUCHARD, La neurasthénie (*Union médicale*, 1882). — BLOCC, La neurasthénie et les neurasthéniques (*Gaz. des hôp.*, 1894). Comme la plupart des auteurs ont oublié ce travail, j'ai le devoir de reproduire les lignes suivantes de P. Blocc : « L'article de M. Huchard sur la neurasthénie constitue, en France du moins, un travail didactique complet, le premier dans ce genre que nous ayons à signaler sur ce sujet. » (Blocc, *Études sur les maladies nerveuses*, 1894.)

(2) AXENFELD et HUCHARD, *Traité des névroses*, 2^e édition, 1883.

de modalités diverses de l'état neurasthénique, et Bouchut l'a si bien compris qu'il a admis plusieurs formes de son nervosisme : hypocondriaque, aigu ou chronique, cérébral, spinal, cardiaque, gastrique, douloureux, utérin, etc. Ce sont bien là les formes de neurasthénie, cérébrale, spinale ou rachialgique, névralgique, cardialgique, gastro-intestinale et génitale, admises ensuite en 1891 par Pitres (de Bordeaux).

Sans doute, les formes cliniques sont multiples ; mais, selon moi, même au point de vue clinique, les formes étiologiques ont une importance autrement grande, et il y a une distinction à établir entre la neurasthénie par *dégénérescence héréditaire* et la neurasthénie *acquise* le plus souvent par surmenage. La première est plus grave et plus rebelle, elle est davantage psychique, plus voisine de la vésanie, de l'hypocondrie et d'une sorte de folie lucide, plus accessible à la suggestion hypnotique, plus susceptible d'être heureusement modifiée par l'isolement des malades ; la seconde est moins rebelle à la médication et plus facilement curable sous l'influence du simple repos et de l'alimentation ; elle présente beaucoup moins de troubles mentaux, elle résiste à l'action de la suggestion hypnotique, qui demande à être maniée avec beaucoup de prudence, comme Dekhterew l'a judicieusement fait remarquer (1). Donc, au double point de vue clinique et thérapeutique, cette distinction des deux neurasthénies doit être conservée.

II. — 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) DEKHTEREW (de Saint-Petersbourg), *Congrès pour l'avancement des Sciences*, Caen, 1894.

Ces douleurs, sur les caractères cliniques desquelles j'ai encore plus tard insisté, présentent 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* (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 (1) :

« 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. HUCHARD, Algies centrales des neurasthéniques (*Soc. méd. des hôp.*, 1892). — Blocq, Sur un syndrome caractérisé par de la topoalgie; neurasthénie monosymptomatique, forme douloureuse (*Gaz. hebdomadaire*, 1891). Nouveaux faits de topoalgie (*Journ. des Praticiens*, 1892). — MOEBIUS, Die Topoalgie (*Schmidl's Jahrb.*, 1892). — P. WEILL, Des neurasthénies locales (*Thèse de Nancy*, 1892).

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

Les 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 centrales des neurasthéniques*, comme je les ai encore désignées en 1892 dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, et cela pour montrer leur siège cérébral, s'installent parfois spontanément et 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). A ces formes locales monosymptomatiques, P. Blocq a opposé souvent avec avantage la faradisation localisée du siège des phénomènes douloureux, à l'aide du pinceau électrique.

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, sels de quinine, antipyrine, phénacétine, exalgine, aconitine, colchique, salicylate de soude, salol, valérianate d'ammoniaque. Tous ces moyens ont échoué parce que ces douleurs ont un siège cérébral analogue à celui des amputés d'une jambe qui souffrent parfois vivement d'une douleur à l'extrémité de leur membre supprimé.

III. — 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 il ne s'agissait là que d'une variété d'algie neurasthénique.

La neurasthénie peut donc se localiser sur un organe pendant des mois et même des années (neurasthénie *viscérale*). Je n'entreprendrai pas de décrire toutes ses localisations; il suffit de signaler celles qui se produisent du côté de l'estomac, du cœur, de la respiration.

1° *Neurasthénie gastrique*. — On 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. Il s'agit alors d'une véritable parésie gastro-intestinale semblable à la fatigue et à l'*amyosthénie* ou faiblesse musculaire que l'on remarque si souvent chez les neurasthéniques, cette faiblesse musculaire ayant son origine dans le système nerveux central et non dans le muscle, comme les recherches et expériences de Ballet l'ont démontré (1). D'après Glatz, cette atonie gastro-intestinale serait une des manifestations les plus communes de la neurasthénie. Cependant cette opinion exclusive ne serait pas conforme à tous les faits, et la neurasthénie gastrique se traduirait encore par des symptômes relevant le plus souvent de l'hypochlorhydrie, quelquefois de l'hyperchlorhydrie, comme j'en ai vu plusieurs exemples.

Bouveret décrit deux formes « d'atonie gastro-intestinale neurasthénique » : une forme légère, avec conservation de l'embonpoint et absence de troubles notables de

(1) LEUBE, *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1879. — PAUL GLATZ, Étude sur l'atonie et les névroses de l'estomac (*neurasthenia vago-sympathica*) (*Progrès médical*, 1891). Dyspepsies nerveuses et neurasthénie, Paris, 1898. — BALLEET, De la fatigue chez le neurasthénique (*Congrès français des neurologistes*), Bruxelles, 1903.

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 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 des neurasthénies locales.

J'ai vu chez un hystéro-neurasthénique un cas de *névrose intestinale* caractérisé par de vives douleurs abdominales, par un météorisme tellement considérable qu'il gênait gravement les fonctions de la circulation et de la respiration et qu'il produisait de temps en temps des symptômes de pseudo-étranglement intestinal. Cet état persista pendant près de deux ans et disparut sans laisser aucune suite. On peut rapprocher ce fait de ceux qui ont été étudiés par Cherchewsky (1).

(1) CHERCHEWSKY, *Revue de médecine*, 1883.

Tout en restant tenaces sur le même organe, les manifestations neurasthéniques se font remarquer par une grande variabilité symptomatique. Le fait se confirme surtout pour l'estomac. Nous avons parlé déjà de ce cas intéressant de chimisme gastrique très variable dans le cours du tabes. Or la neurasthénie est remarquable par les grandes variations dans les sécrétions; les caractères des urines, des sécrétions salivaire et sudorale changent d'un jour ou d'une semaine à l'autre, et la sécrétion gastrique est tellement variable que « le même malade pourra être classé parmi les hyperchlorhydriques ou parmi les hypochlorhydriques, suivant le jour de l'examen ». Linossier, qui a insisté judicieusement sur ces faits dont la réalité m'a été démontrée par de nombreuses observations, a rapporté l'histoire d'un neurasthénique hypochlorhydrique qui, arrivé à Vichy avec des traces seulement d'acide chlorhydrique libre et 1,4 d'acidité chlorhydrique totale, est devenu vingt jours plus tard hyperchlorhydrique avec 1,61 d'acide chlorhydrique libre et 2,56 d'acide chlorhydrique total. On conçoit l'importance de ces faits au point de vue du traitement (1).

2° *Neurasthénie cardiaque*. — A ce sujet, on cite beaucoup les auteurs étrangers; parmi eux: Anjel, qui aurait reconnu l'instabilité du tonus artériel; Weber, 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-constriction pouvant alterner avec la vaso-dilatation et donner lieu ainsi tour à tour à des phénomènes d'excitation et de dépression nerveuses (2).

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

(1) LINOSSIER, Variabilité des sécrétions chez les neurasthéniques (*Bull. de thérapeutique*, 1900).

(2) ANJEL, *Arch. f. Psych.*, 1884. — WEBER, *Boston med.*, 1888.

nervosisme », a bien vu la plupart des faits signalés par Beard; 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 (*palpitations*) et les symptômes de la *pseudo-angine de poitrine* neurasthénique également signalée par Landouzy. Bouveret a encore noté la *tachycardie permanente* qui peut durer, avec ou sans période d'accalmie, pendant fort longtemps, même pendant des années, et qui dans un cas s'est terminée par la mort avec asystolie. Mais, s'agissait-il réellement d'une simple neurasthénique, alors que l'on avait constaté chez elle une hypertrophie de la glande thyroïde, datant de vingt ans ?

Dans mon étude sur la cardiosclérose, j'ai fait allusion à un syndrome nouveau qui n'est décrit par aucun auteur : l'*arythmie angoissante paroxystique*. Tout à coup, d'une façon inattendue, au milieu du meilleur état de santé en apparence, survient une arythmie désordonnée (*delirium cordis*), avec pulsations fortes, ou 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 (1).

J'ai vu une femme de quarante ans, qui avait été prise

(1) HUCHARD, Étude sur la cardiosclérose (*Revue de médecine*, 1892).

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 tachy-arythmie. 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 à 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 à 150, et, dans presque tous les cas que j'ai observés, cette tachycardie orthostatique était sous la dépendance d'une *cardioptose* plus ou moins accusée. Dans ces 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 (2). 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*, d'*adrénaline*, les injections sous-cutanées de *sérum artificiel*.

3° *Neurasthénie respiratoire*. — Elle est la plus rare des neurasthénies viscérales, et parmi les treize observations

(1) H. HUCHARD, Quinine et vaso-constriction (*Soc. de thérap. et Journ. des Praticiens*, 1900). — R. VANYSECK, Tachycardie orthostatique, etc., *Sbornik klinický*, Prague, 1905.

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

d'asthme chez les névropathes étudiées par Brissaud, on n'en trouve qu'une se rapportant à un neurasthénique. Elle se manifeste sous forme de polypnée analogue à celle de l'hystérie, de toux saccadée et sèche qui a été autrefois bien décrite par Sandras, de dyspnée et d'asthme dont plusieurs observations ont été rapportées par Bernheim (de Nancy) et Fiessinger (1).

IV. — 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. 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* fonctionnelles des organes, l'*état cérébral* ou *psychique* des sujets.

État psychique. — L'état de la sensibilité morale et psychique des neurasthéniques est très important à connaître, et c'est lui qui met le plus souvent sur la voie du diagnostic. J'ai tenté autrefois de le caractériser ainsi (2) :

« 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

(1) SANDRAS, *Traité des maladies nerveuses*, 1851. — BRISSAUD, *Revue de médecine*, 1890. — BERNHEIM, *Revue de l'hypnotisme*, 1892. — FIESSINGER, L'asthme neurasthénique (*Journal des Praticiens*), 1902.

(2) HUCHARD, *Traité des névroses*, 1883. (Voir encore la description de « l'état mental des neurasthéniques » dans notre second volume : *Nouvelles consultations médicales*).