

DOCTEUR. LE GÉARD

LE TRAITEMENT
DES
PSYCHO-NÉVROSES

IMPORTANCE ET NÉCESSITÉ
DE LA MÉDICATION OPIACÉE



LIBRAIRIE MALOINE, S. A.
27, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 27
PARIS

1939

LE TRAITEMENT
DES
Psycho-Névroses

DU MÊME AUTEUR :

Considérations sur le traitement des États psycho-névropathiques. Article paru dans « Le Concours Médical », 7 janvier 1934.

La Neurasthénie. 1 volume, préface du Docteur Paul VOIVENEL, Parisis-Édition, 34, rue des Acacias, Paris 1934.

Classification des États nerveux dépressifs ou asthéniques. Article paru dans « Le Concours Médical » du 15 novembre 1935.

En préparation :

La Névrose de Charles Baudelaire.
Étude de psychologie pathologique (1 volume).



FR 2170
T 12 D 25

DOCTEUR LE GÉARD



LE TRAITEMENT
DES
Psycho-Névroses

**IMPORTANCE ET NÉCESSITÉ
DE LA MÉDICATION OPIACÉE**



LIBRAIRIE MALOINE
27, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

—
1939

Il a été tiré de cet ouvrage :
10 exemplaires sur papier Japon
numérotés de 1 à 10
30 exemplaires sur papier Ingres
numérotés de 11 à 40
et
50 exemplaires sur papier pur fil à la forme
numérotés de 41 à 90.



L'édition courante a été tirée
sur papier blanc Riviera.



Tous droits de reproduction, traduction
et adaptation réservés pour tous pays,
y compris la Russie.

Copyright by Maloine 1939

INTRODUCTION

INTRODUCTION

« Ita necessarium est ut sine eo
claudicet et manca sit medicina ».

THOMAS SYDENHAM.

Quinze ans, passés dans l'étude ou la pratique des maladies nerveuses, nous ont permis de faire cette constatation regrettable, que nous rapportons sans détour : les maladies nerveuses fonctionnelles, appelées communément névroses et psycho-névroses, ne sont pas toujours traitées — bien qu'il y ait, en France notamment, d'excellent spécialistes — aussi efficacement qu'elles pourraient l'être.

Parmi les multiples raisons qui conditionnent cet état de choses, il en est une qui joue un rôle capital et qu'il n'appartiendrait qu'aux médecins de faire disparaître : c'est, plus encore par suite d'une prévention injustifiée, quoique louable intentionnellement, que par suite de la méconnaissance de sa nécessité ou de son importance, l'utilisation insuffisante de la seule médication spécifique — la médication opiacée —

capable de ramener, dans la majorité des cas, si elle est bien appliquée, l'équilibre du système nerveux, lorsqu'il se trouve être gravement compromis.

Et ceci parce que, indépendamment des états anxieux, sérieux ou graves, pour lesquels la médication opiacée est la seule médication efficace, les trois quarts des états psycho-nerveux se présentant cliniquement sous forme de psycho-névroses « combinées » ou mixtes, c'est-à-dire constituées par la réunion, chez un même malade, des différents syndromes nerveux autonomes et nosologiquement distincts, aucune des médications usuelles, employées seules ou associées les unes aux autres, ne répond, comme nous le montrerons plus loin, par ses propriétés pharmacodynamiques, à la complexité de ces états, et ne peut être employée utilement ou sans inconvénient.

*
* *

L'objet de ce travail n'est autre que de rappeler ou de faire connaître, avec les grands principes directeurs et les grandes lignes du traitement des états psycho-névropathiques tels qu'ils se présentent habituellement en clinique, c'est-à-dire sous forme de psycho-névroses

mixtes, l'importance et la nécessité de cette médication fondamentale et indispensable, « inconnue ou négligée ».

Puisse cet ouvrage, à une époque où les troubles nerveux fleurissent plus que jamais, servir de guide à ceux dont la splendide mission est de comprendre, de soulager et de guérir les malades, qui comptent, à coup sûr, parmi les plus malheureux qui soient, parce qu'ils sont, sans parler de leur mal excessivement douloureux et pénible, les moins bien compris et les plus mal soignés.



CHAPITRE I^{ER}

ÉTUDE CLINIQUE
DES
PSYCHO - NÉVROSES

CHAPITRE I^{er}.

ÉTUDE CLINIQUE
DES PSYCHO-NÉVROSES

Considérations Générales.

« Mais je dois déclarer tout de suite que
« si les trois névroses simples sont possibles et
« même se rencontrent en pratique, elles sont
« exceptionnelles. Le plus souvent ces états
« s'associent pour constituer des formes com-
« binées ».

P. Hartenberg.

Le démembrement de la « neurasthénie », telle qu'on l'entendait il y a cinquante ans, s'imposait.

Il est légitime, en effet, de distinguer théoriquement et pratiquement les diverses psychonévroses autonomes qui la constituaient et que l'on avait confondues à tort ; nous voulons par-

ler des psycho-névroses dépressives, entendez asthéniques ou « dysthéniques » (*dus, sthenos*, trouble de la force nerveuse), des psycho-névroses émotives et anxieuses ou « dysthymiques » (*dus, thumos*, trouble de l'émotivité) et, enfin, des psycho-névroses d'énervement ou d'irritabilité.

Ce qui justifie cette façon de voir, c'est qu'on rencontre, en effet, des malades dont les troubles sont exclusivement tributaires d'une de ces psycho-névroses.

Cette distinction étant admise, il n'en demeure pas moins vrai que ces derniers malades sont excessivement rares et que la très grosse majorité des névropathes, — en mettant à part les déprimés mélancoliques cyclothymiques, que nous ne considérons pas ici comme atteints de psycho-névrose — réalisent des psycho-névroses « combinées », des états psycho-névropathiques mixtes qui unissent, chez un même sujet, les signes de la dépression nerveuse et cérébrale à ceux de l'hyperémotivité, de l'anxiété et de l'irritabilité nerveuse, (psycho-névrose totale¹).

1. La psychasthénie de Pierre Janet n'est pas autre chose qu'une psycho-névrose totale constitutionnelle dont le traitement se confond, pour ce qui concerne ses accès paroxystiques graves, avec celui que nous préconisons pour les états mixtes psycho-névropathiques dont ce travail fait l'objet.

Nous disons psycho-névrose totale et non « combinée », car il est possible, mais non certain, conformément à la conception

C'est certainement dans la fréquence de ces états mixtes qu'il faut voir les raisons pour lesquelles, pendant si longtemps, on a confondu les états anxieux, émotifs et irritables avec les états dépressifs, appelant les uns et les autres du terme, étymologiquement très précis, mais devenu ambigu par suite d'un mauvais emploi, d'états neurasthéniques, de neurasthénie.

En résumé, tout ceci fait que, si nosologiquement la classification moderne des psycho-névroses est légitime, chaque syndrome psychonerveux pouvant constituer et constituant en fait, parfois, une psycho-névrose autonome, pratiquement, c'est-à-dire dans plus des trois quarts des cas, les divers syndromes psychonerveux se combinent chez un même malade, réalisant alors une psycho-névrose mixte.

Cliniquement et thérapeutiquement, on peut donc, d'une façon générale, assimiler les psycho-névroses aux psycho-névroses mixtes. C'est ce que nous faisons dans cet ouvrage.

de Pierre Janet, que la psychasthénie et toutes ses manifestations relèvent pathogéniquement d'un abaissement du potentiel nerveux et de la tension psychologique. Dans ce cas, la dépression nerveuse et cérébrale serait un effet et en partie une cause de la maladie, puisque c'est elle qui donnerait naissance aux syndromes émotif, anxieux et irritable.

(Suite de la note de la page précédente).

SYMPTOMATOLOGIE DES PSYCHO-NÉVROSES MIXTES

Les psycho-névroses mixtes se caractérisent donc par de la dépression nerveuse physique et cérébrale ou asthénie, de l'hyper-émotivité, de l'anxiété et de l'irritabilité, sans oublier certaines manifestations qui, sans appartenir en propre à chacun de ces divers syndromes, sont comme la résultante de l'action des uns sur les autres (les obsessions, par exemple, qui sont des troubles anxieux¹ avec presque toujours un fort appoint dépressif).

I. — Le Syndrome dépressif ou d'asthénie nerveuse.

(*Psycho-névrose asthénique, Neurasthénie vraie*)

Le syndrome dépressif ou asthénique se traduit par des signes physiques et par des signes cérébraux, les uns et les autres coexistant, avec cependant une prédominance, en général.

1. Pour faciliter la description, nous rangerons les obsessions parmi les manifestations du syndrome anxieux.

a) Les signes physiques.

Dans la sphère physique, la dépression nerveuse se traduit par une sensation générale d'accablement corporel plus ou moins marqué; c'est l'*asthénie* ou manque de force (*a* privatif et *sthénos* force, qui n'a pas de force).

Envisagée du point de vue plus spécialement neuro-musculaire, l'asthénie prend le nom de *myasthénie* (*myo*, muscle, *a* privatif, *sthénos* force).

L'asthénie, chez certains sujets, en particulier chez « les déprimés constitutionnels », suit et souligne la courbe du rythme très particulier de l'activité de ces malades; cette courbe atteint son paroxysme le matin¹ pour décroître vers la fin de l'après-midi, jusqu'au coucher.

Accompagnant l'asthénie et dérivant d'elle, citons la *fatigabilité* extrême, empêchant tout

1. C'est ce qu'on a appelé la dépression matutinale alcalosique. Cette dépression serait due à une alcalinité excessive des humeurs. Vers la fin de l'après-midi l'équilibre acido-basique tendant vers la normale, la dépression disparaît ou s'atténue considérablement (c'est la guérison de 5 heures).

Non pas un travail soutenu, difficile, exigeant un effort réel, mais des mouvements, une certaine activité, en acidifiant les humeurs, améliorent ces sujets, les mettent en train, alors que le repos physique complet, en dehors des périodes d'épuisement aigu, les aggrave, généralement. C'est ce qui a fait nommer la dépression alcalosique, dépression paradoxale (Montassut).

travail soutenu et *l'atonie musculaire*, atonie affectant les muscles de la vie de relation (d'où attitude spéciale : traits tombants, dos vouté, etc...) et surtout les muscles de la vie végétative, ce qui entraîne un ralentissement de toutes les fonctions viscérales, de tous les appareils (atonie gastro-intestinale avec dyspepsie, digestions lentes et pénibles, constipation, parfois dilatation et ptose gastrique ; insuffisance glandulaire ; diminution de la puissance sexuelle, utéro-ptose chez la femme ; hypotension artérielle — laquelle est souvent corrigée par suite de l'hyperémotivité associée¹ — ; troubles circulatoires périphériques par stase ; asthénie cardiaque ; rachialgies, etc...).

b) Les signes cérébraux.

Dans la sphère cérébrale ou psychique, la dépression se manifeste par une tendance à *l'anidéation* (Tastevin) ou difficulté de penser, de rassembler ses idées, d'évoquer ses souvenirs, avec de *l'aproséxie* ou difficulté de fixer l'attention et par conséquent de poursuivre un travail intellectuel (conversation, lecture, calcul, rédaction, etc...). La mémoire, la volonté et toutes les fonctions cérébrales sont également

1. Ce qui est le cas dans les psycho-névroses mixtes.

affaiblies. L'activité de l'esprit est diminuée et cet « *abaissement de la tension psychologique* » ou « du niveau mental » (P. Janet) entraîne un état mental et affectif particulier¹, avec impression d'étrangeté, indifférence, « morne incuriosité », (laquelle contraste avec l'anxiété associée), tristesse, ennui, sentiments d'incomplétude, de dépersonnalisation, affaiblissement du sentiment ou fonction du réel.

Enfin, n'oublions pas de signaler les céphalées ou maux de tête qui accompagnent la dépression cérébrale.

II. — Le Syndrome d'Hyperémotivité et d'anxiété.

(*Névrose émotive. Névrose d'angoisse. Psycho-névrose anxieuse*).

Lorsque le syndrome d'hyperémotivité constitue une névrose autonome, il s'accompagne presque toujours d'anxiété. Ceci cependant n'est pas obligatoire, car il y a des hyperémotifs qui ne sont pas des anxieux ; l'inverse, par contre, ne se rencontre pas.

1. Il ne faut pas assimiler l'asthénie nerveuse à la dépression mélancolique, l'une relevant de la pathologie de l'énergie, l'autre de la pathologie de l'humeur ou de l'affectivité, tout en reconnaissant les liens qui unissent ces deux syndromes.

Dans les psycho-névroses mixtes, le syndrome d'hyperémotivité devient, nécessairement, un syndrome d'hyperémotivité anxieuse, puisque l'hyperémotivité s'associe à la dépression nerveuse, et que, comme on le sait, celle-ci transforme l'hyperémotivité en anxiété.

A) L'Hyperémotivité.

L'Hyperémotivité dont souffrent les malades revêt divers caractères, suivant qu'on l'envisage du point de vue physique ou du point de vue psychique.

a) *Du point de vue physique*, à l'excès d'émotivité se rattachent l'acuité extrême des organes des sens et leur trop grande impressionnabilité. Ceux-ci deviennent alors la source d'une irritabilité exaspérante, très pénible pour les malades. Le moindre bruit les fait sursauter, une lumière un peu vive les impressionne douloureusement et les aveugle ; tout les accable et les anéantit ; ils ne peuvent plus rien supporter.

En rapport avec cette hyperreflectivité, il convient de citer, parmi la multitude des troubles que présentent ces malades, les tremblements, les sueurs profuses, les palpitations de cœur, les bouffées de chaleur, le dermatographisme, l'instabilité vaso-motrice, la polyurie, les frissons avec chair de poule, les spasmes (boule à

la gorge, au creux de l'estomac, crampes, etc...), bref, un ensemble de signes traduisant l'instabilité du système vago-sympathique et son hypertonie (*neurotonie ou amphotonie*), avec ou sans prédominance habituelle de l'un des deux systèmes antagonistes (*sympathicotonie*, décelée par le réflexe solaire positif¹ ; *vagotonie*, décelée par le réflexe oculo-cardiaque positif ; l'une et l'autre mises en évidence par certaines épreuves pharmacodynamiques : la première par l'adrénaline, la seconde par la pilocarpine).

b) *Du point de vue psychique*, l'excès d'émotivité ou hyperémotivité proprement dite fait des malades des êtres chez lesquels la plus petite émotion provoque un choc violent, le moindre heurt moral, le moindre froissement devient une blessure et détermine un ébranlement douloureux par son intensité ou par sa fréquence.

Il suffit même parfois d'une pensée, d'un souvenir, d'un désir, d'un regret, d'une note mélodieuse, d'une parole, d'un regard pour les faire vibrer, les griser jusqu'à l'extase, la volupté ou, au contraire, les briser jusqu'au désespoir. Ce sont des âmes d'artiste.

1. Ou par le R. O. C. négatif ; la vagotonie l'est de même par le R. S. négatif.

B) L'Anxiété.

Il y a lieu de distinguer :

a) *L'anxiété diffuse*. Lorsque l'anxiété reste comme flottant à l'état libre, ne se fixant pas d'une manière durable sur un objet déterminé, on a affaire à l'anxiété diffuse.

Dans ce cas, deux éventualités sont possibles : ou bien l'anxiété ne survient que d'une façon passagère, réalisant un accès *d'angoisse aiguë*, ou bien elle persiste, d'une façon plus ou moins permanente : c'est *l'état anxieux chronique*.

Dans cet état chronique, l'anxiété, qui peut passer par ses trois degrés successifs, *l'inquiétude*, *l'anxiété proprement dite* et *l'angoisse* (Littré), fait que ces malades souffrent d'appréhensions excessives au moindre prétexte, de craintes sans fondement légitime (*attente anxieuse*, de Freud) et sont tourmentés par le doute, l'incertitude, l'hésitation continuelle, l'impossibilité des résolutions définitives.

b) *L'anxiété systématisée : les Phobies et les Obsessions*. Lorsqu'au lieu de demeurer diffuse, l'anxiété se fixe d'une façon plus ou moins durable mais toujours transitoire sur une idée, un sentiment déterminé, elle engendre des

accidents anxieux psychiques tels que la *maladie du doute*, du *scrupule* et surtout les *phobies* ou *peurs morbides* (peur des maladies, de la mort, des microbes, de la folie ; peur de tuer, de voler, d'incendier ou phobies d'impulsion, paraissant pousser les malades à accomplir des actes délictueux, immoraux ou criminels, que leur conscience réproouve, ainsi que leurs sentiments et qui, par bonheur, n'aboutissent jamais à l'acte et se bornent à la peur de l'accomplir ; peur des espaces ou agoraphobie et peur d'être enfermé ou claustrophobie, ces deux phobies se rattachant aux phobies des lieux ; peur des actes physiologiques ; peur des infirmités ; peur des objets, des éléments ; peur des êtres vivants à laquelle se rattachent la timidité morbide, le « trac », la peur de rougir ou éreutrophobie, la phobie du regard, etc...).

Nombreuses ont été les classifications des phobies (classification de Westphall, de Legrand du Saulle, d'Arnaud, de Pitres et Régis, etc...). Elles sont toutes plus ou moins arbitraires.

Il est facile de concevoir que la quantité et la variété des phobies doivent être innombrables, puisque toute sensation, toute idée, tout acte, susceptible d'être redouté, peut devenir le point de départ d'une phobie.

Lorsque les accidents anxieux précédents, qui surviennent par intermittence, deviennent permanents, envahissant le champ de la conscience, l'assiégeant continuellement et ne laissant plus le moindre répit aux malades, on a affaire à des *obsessions*, lesquelles se divisent en obsessions phobiques ou phobies obsédantes et en obsessions idéatives ou obsessions proprement dites. (Classification de Régis).

Pour nous, qui les avons étudiées à fond depuis plus de quinze ans, les obsessions représentent bien une cristallisation de l'émotivité anxieuse sur une représentation idéo-affective¹. Cela, tout le prouve, et l'analyse psychologique et l'expérience thérapeutique. (La lutte contre l'idée morbide est vaine, alors que la sédation expérimentale de l'anxiété [opium] amène automatiquement la disparition de l'obsession).

Cependant, il est indiscutable que la dépression psychique constitue un facteur qui joue un rôle, non pas dans la naissance, mais dans la persistance, dans le « parasitisme » de l'idée obsédante. Si l'on veut, l'émotivité anxieuse crée la phobie et la dépression cérébrale tend à transformer la phobie en obsession ; c'est ce

1. Représentation *fortuite*, comme le prouve, entre autres, le polymorphisme si fréquent de l'obsession, et *non symbolique* (Freud.), dans la majorité des cas, du moins.

qui explique que les phobies se voient surtout dans la névrose d'angoisse et les obsessions dans la psychasthénie¹, qui n'est pas autre chose, *cliniquement*, qu'un état névropathique mixte, reposant sur de fortes prédispositions constitutionnelles.

III. — Le syndrome d'irritabilité nerveuse.

(*Névrose d'énervement ; Psycho-névrose irritative* ²).

Le syndrome d'irritabilité nerveuse est le dernier venu dans la nosologie. Beaucoup de spécialistes, encore, ne lui accordent pas une individualité propre ; ils le confondent avec le

1. Ce qui confirme cette façon de voir, c'est qu'il existe, dans les états psychasthéniques, des obsessions non anxieuses, ou « ruminations », sans caractère anxieux véritable, dues à la stagnation mentale, par suite d'une diminution du fonctionnement cérébral, laquelle engendre une tendance à la monodétermination, premier stade de l'anidation. Qu'il s'ajoute un élément anxieux à cette rumination et voilà une obsession proprement dite constituée.

Quant à l'interprétation des effets de certaines substances euphoriques, comme l'opium, sur les obsessions proprement dites, elle est assez complexe. Sans doute, ces substances atténuent et font disparaître l'anxiété et à ce titre les obsessions, mais étant aussi des stimulants cérébraux, des « noosthéniques » puissants, elles ne prouvent pas que l'anxiété soit le seul facteur en cause et qu'un élément de dépression cérébrale n'ait pas agi.

2. Décrite par Hartenberg, récemment.

syndrome d'hyperémotivité. Alors que l'on a décrit une « constitution émotive » (Dupré), une « constitution anxieuse » — variété de la constitution émotive — une « dépression constitutionnelle » (Montassut), on n'a pas isolé classiquement une « constitution irritable », qui, cependant, existe. F. Achille-Delmas a bien décrit une « dépression excitable », mais ça n'est pas tout à fait la même chose, car l'irritabilité, à laquelle il fait allusion, est trop mêlée à la dépression constitutionnelle.

Il existe, cependant, une irritabilité nerveuse autonome, vierge de tout alliage névropathique.

Ce qui a favorisé, probablement, la confusion de l'irritabilité nerveuse avec l'hyperémotivité, c'est que, très souvent, l'irritabilité s'exprime par des manifestations qui appartiennent à ces deux syndromes. La nature et le mécanisme de celles-ci ne sont pas les mêmes, mais leur expression est commune.

Ainsi, par suite du peu de signes qu'a le système nerveux pour exprimer ses divers déséquilibres et sa souffrance, la névrose d'angoisse et la névrose d'énervement ont une symptomatologie physique commune sur bien des points.

Néanmoins, on peut dire, d'une façon générale, que l'énervé a une symptomatologie essentiellement motrice, extériorisée, dynamique et

objective ; l'émotif une symptomatologie essentiellement sensitive, contenue, statique et subjective.

Schématiquement, on peut donc considérer que l'un exprime, manifeste ; l'autre sent, ressent, éprouve.

Signes physiques.

Dans le domaine cérébro-spinal, l'irritabilité nerveuse se traduit par de l'agitation motrice avec secousses, tremblements, trépidations, fourmillements dans les membres, « impatiences musculaires », besoin de remuer sans cesse, de s'étirer, d'aller et venir, de gesticuler, de parler, de soupirer, de bâiller, comme pour se soulager plus d'un prurit généralisé que d'une tension neuro-musculaire trop haute, car, ne l'oublions pas, l'énervé qui peut être un asthénique, comme c'est le cas dans les psycho-névroses mixtes qui nous occupent, n'a rien de commun avec l'hypersthénique, « l'hypomaniaque », excité ou mieux survolté physiquement, psychiquement et affectivement. (On se rappellera, à ce propos, que l'ancienne neurasthénie, qui n'était autre qu'une psycho-névrose mixte, était dénommée « faiblesse irritable », terme qui soulignait l'association possible et même fréquente de l'irritabilité nerveuse avec l'asthénie).

Dans le domaine neuro-végétatif, l'irritabilité s'exprime par de l'accélération des diverses fonctions organiques, par une tendance aux spasmes, par de l'excitation génitale, par de l'insomnie, etc...

Signes psychiques et affectifs.

Les signes psychiques et affectifs du syndrome d'irritabilité nerveuse sont représentés : par une certaine accélération des opérations mentales, mais accélération stérile, pénible, inutilisable (les mots partant avant les idées), par de la mauvaise humeur, de l'impatience qui empêche toute application, tout effort soutenu, tout travail demandant de l'immobilité, de la réflexion, par de l'irascibilité, une tendance à la colère au moindre prétexte, aux gestes impulsifs, aux décisions inconsidérées, aux crises de larmes, aux tics, à la logorrhée.

*
*
*

ÉTIOLOGIE OU ÉTUDE DES CAUSES DES PSYCHO-NÉVROSES MIXTES.

Chez un malade présentant une psychonévrose mixte, on relève deux sortes de causes, généralement coexistantes.

1° *La première comprend les causes occasionnelles* ou déterminantes, qui se confondent avec tout ce qui peut altérer l'intégrité fonctionnelle du système nerveux : maladies infectieuses, intoxications, perturbations endocriniennes, traumatismes, surmenage, irrégularités, insatisfactions et abus sexuels, chocs affectifs ou émotionnels, affections organiques diverses, périodes critiques (puberté, ménopause), fautes d'hygiène alimentaire, physique, morale), etc...

2° *La seconde comprend les causes prédisposantes*, causes presque toujours les plus importantes dans l'étiologie de cet état et qui se confondent avec la constitution du malade.

Celle-ci est représentée, à des degrés variables, soit par la « constitution émotive » de Dupré et la « constitution anxieuse », soit par la « constitution asthénique », soit par la « constitution irritable », ou plus souvent encore, par la coexistence de ces trois constitutions chez un même sujet. On a alors affaire à la « constitution psychasthénique » de P. Janet, qui n'est autre que la « dépression constitutionnelle », telle que l'entend Montassut, par exemple, et qui, d'après nous, n'est pas forcément une modalité, comme le pense Achille-Delmas, de la « constitution cyclothymique », puisqu'il y a des « déprimés constitutionnels » qui, d'une

part, n'ont jamais présentés de phases d'excitation ni de dépression, de dépression plus marquée que d'habitude, s'entend, et d'autre part, dans le cas où on relève chez eux des périodes de dépression aiguë, ont des raisons, des causes occasionnelles pour expliquer celles-ci.

En dehors des cas de psycho-névrose mixte relevant de la cyclothymie, ce qui se voit, mais moins fréquemment que la « dépression mélancolique » proprement dite et de quelques rares cas de psycho-névrose mixte accidentelle et entièrement acquise (?), chez tous les malades atteints d'une psycho-névrose mixte, on relève ces deux ordres de causes étiologiques, en proportions variables. —

Pratiquement, les malades qui présentent un état mixte psycho-névropathique se ramènent à deux catégories, qu'il est d'ailleurs assez aisé par l'interrogatoire et l'examen clinique de distinguer :

1° les *émotifs constitutionnels* devenus asthéniques, anxieux et irrités, quatre-vingt-dix fois sur cent, à la suite d'un épuisement du système nerveux en rapport avec leur tendance innée à l'hyperémotivité, autrement dit, à la suite d'un surmenage émotionnel.

A ce propos il est juste de remarquer que l'émotif, à moins qu'il ne soit doué d'une rési-

stance exceptionnelle, est presque fatalement conduit à voir baisser un jour ou l'autre son potentiel nerveux.

Le fait de sentir exagèrement ébranlé indiscutablement le système nerveux et peut provoquer son épuisement. Celui-ci se produit chez l'émotif selon deux mécanismes. Tantôt il est consécutif à un choc émotionnel unique mais intense, foudroyant (ruine, déshonneur, deuil, catastrophe, etc...); tantôt il résulte d'une longue suite d'émotions modérées, voire légères mais constamment renouvelées.

Dans le premier cas, il se produit une véritable « hémorragie de la sensibilité », laissant le sujet pantelant, littéralement « vidé ».

Dans le second cas, « une émotion fatiguant plus l'organisme et spécialement le système nerveux que le travail physique ou intellectuel le plus intense », surtout si celle-ci est déprimante, pénible, il se produit des fuites d'énergie incessantes, qui petit à petit privent de ses réserves nerveuses le malade et le conduisent à la dépression-maladie.

Nous ne parlerons pas, à l'opposé de l'épuisement nerveux par surmenage émotionnel, par « anémie émotive », de l'épuisement par « congestion de la sensibilité », fréquent aussi chez les émotifs-nés.

La nappe profonde de la sensibilité ne se renouvelant pas, « l'affectivité étant emprisonnée », l'émotivité étant refoulée par suite de « rétention affective », par suite de conditions de vie non conformes aux tendances, aux inclinations, aux goûts, aux désirs profonds des malades (amour impossible, vocation contrariée, exigences sentimentales, artistiques, intellectuelles, sexuelles étouffées, etc...), il se crée un état anxieux, en vertu de ce principe qui veut que l'anxiété soit la forme naturelle que tend à prendre le potentiel psychique ou affectif non dépensé chez les émotifs constitutionnels, état anxieux qui mine la résistance du système nerveux et donne naissance à un syndrome asthénique. L'association de ces syndromes constitue un état mixte.

2° les *psychasthéniques constitutionnels*, nés avec des prédispositions plus ou moins fortes à l'émotivité anxieuse, à l'asthénie et à l'irritabilité nerveuse. Qu'un facteur occasionnel, un de ceux que nous avons cités précédemment, agisse sur le système nerveux de ces malades latents, de ces prédisposés qui n'attendent qu'une occasion, parfois, pour présenter des troubles aigus et paroxystiques et voilà que se trouve réalisé un état mixte psycho-névropathique.

En somme, dans la première catégorie de malades, un seul des trois syndromes dépendant d'une constitution morbide (constitution émotive), les deux autres étant acquis (asthénie et irritabilité nerveuse¹), l'état psycho-névropathique, en tant que psycho-névrose mixte, n'est pas constitutionnel à proprement parler ; dans la seconde catégorie, par contre, les trois syndromes se trouvant exister depuis toujours à l'état plus ou moins latent, l'état psycho-névropathique est bien constitutionnel, en tant qu'état mixte, que l'on admette d'ailleurs que le syndrome de dépression cérébrale (abaissement de la tension psychologique) soit le générateur des deux autres syndromes² ou que l'on estime que les trois syndromes sont indépendants, c'est-à-dire, tout en s'aggravant réciproquement, ce

1. L'irritabilité peut être *acquise*, et résulter de l'action énervante de la dépression, ou *constitutionnelle*, du moins en partie ; dans ce cas, un seul des trois syndromes est entièrement acquis.

2. Soit par « dérivation » (P. Janet) de l'influx nerveux qui, ne pouvant être dépensé par le cerveau en état de diminution fonctionnelle, se dériverait sous forme d'émotivité, d'angoisse, d'agitations stériles et désordonnées, d'irritabilité, dans le système nerveux végétatif ; soit par diminution de l'inhibition qu'exercent physiologiquement et classiquement les centres nerveux supérieurs sur les centres nerveux inférieurs et en particulier sur le système émotionnel. (Hartenberg).

qui est quasi obligatoire, ne dérivent pas les uns des autres, ne se conditionnent pas¹.

1. C'est seulement dans ce cas que la psychasthénie serait *pathogéniquement* une psycho-névrose mixte, à proprement parler; dans l'autre cas, dans l'autre éventualité, elle ne serait mixte que cliniquement, symptomatiquement.

P. S. — Nous avons dit qu'il est aisé de distinguer par l'interrogatoire, l'étude des antécédents, l'évolution et l'examen clinique les *émotifs constitutionnels*, devenus anxieux, asthéniques et irrités à la suite d'un facteur occasionnel ayant épuisé le système nerveux, des *psychasthéniques* proprement dits.

Cela est vrai dans la majorité des cas où les deux types cliniques sont nettement tranchés.

En effet, chez les premiers (les émotifs) on relève, en dehors de leur phase dépressive, une adaptation normale aux réalités de la vie, une activité suffisante, un rendement pratique et social satisfaisant, parfois même brillant, (c'est le cas de bien des grands hommes hyperémotifs), chez les seconds (les psychasthéniques), par contre, même en dehors de leur phase aiguë, franchement morbide, on note de tout temps une tendance plus ou moins marquée au doute, symptôme capital de la psychasthénie, aux obsessions ou préoccupations obsédantes (scrupules, etc...), une difficulté de l'adaptation à la réalité du fait, (diminution du sentiment du réel), une ambivalence affective, une tendance de l'affectivité et en particulier de la sexualité à la non-évolution ou à la régression vers les étapes infantiles, étapes physiologiquement transitoires et prépubérales chez les sujets normaux.

En un mot, les premiers, *constitutionnellement*, ne souffrent que d'un syndrome morbide (l'hyperémotivité), les seconds d'une ébauche de tous les syndromes psycho-névropathiques que nous avons rappelés (la constitution psychasthénique).

CHAPITRE II

LE TRAITEMENT

DES

PSYCHO-NÉVROSES MIXTES

CHAPITRE II.

LE TRAITEMENT DES PSYCHO-NÉVROSES MIXTES.

Le traitement des psycho-névroses mixtes comprend, schématiquement :

1° *Le traitement des causes occasionnelles.*

2° *Le repos physique et moral.*

3° *Le traitement spécial, ou proprement dit*
qui se divise en :

a) traitement principal.

b) traitement adjuvant.

4° *La psychothérapie.*

1. — Le traitement des causes occasionnelles.

« Le premier soin qu'imposent les névro-
« ses, c'est la recherche de leurs causes. Celles-
« ci seront combattues de la façon la plus
« énergique, mais généralement cela ne suffit
« pas : le déséquilibre nerveux persiste malgré
« la disparition des facteurs étiologiques.

« Pratiquement, il faudra donc traiter la
« névrose elle-même, comme on le ferait si
« elle était essentielle.

Prof. F. JOUIN.

A propos du traitement des causes occasionnelles¹ deux fautes sont à éviter, car l'une et l'autre peuvent compromettre la guérison.

La première, assez rarement commise, consiste à soumettre un malade atteint de psychonévrose mixte à un traitement spécial, directement dirigé contre ses symptômes nerveux, sans s'être assuré que les causes occasionnelles, qui ont pu jouer un rôle dans l'éclosion de l'affection nerveuse, ont complètement cessé d'agir.

La seconde, extrêmement répandue par contre, consiste à chercher indéfiniment le facteur étiologique, c'est-à-dire occasionnel, à soumettre le malade, successivement, à l'action de tous les traitements étiologiques possibles, et à laisser de côté le traitement spécial ou nervin, oubliant que, *neuf fois sur dix, les états névropathiques sont davantage des séquelles, par suite de la prédisposition constitutionnelle des malades, que des réactions du système nerveux sous l'action d'un facteur étiologique encore présent, en un mot, que les états névropathiques sont des affections devenues autonomes,*

1. Les facteurs étiologiques des psychonévroses étant comme on le sait de deux ordres, occasionnels et constitutionnels, et ces derniers étant immuables, le traitement étiologique se confond avec le traitement des causes occasionnelles, d'où le titre de ce paragraphe.

essentielles, qui demandent à être traitées d'une façon directe, nous voulons dire neurologiquement, spécialement, par un traitement spécifique et réactionnel, parce qu'une fois l'abaissement de la tension psychologique réalisé, l'asthénie profondément installée, l'hyperémotivité anxieuse cristallisée en une obsession précise et tenace, elles persistent, presque toujours, malgré la disparition des causes occasionnelles. (Ceci se voit surtout chez les psychasthéniques).

Et, on oublie, alors, que le traitement de ces dernières, généralement du ressort de la médecine générale, ne saurait être considéré que comme le prélude de toute cure et non point, ainsi qu'on le fait habituellement, comme l'élément principal du traitement d'ensemble.

II. — Le repos.

a) *Le repos physique.* Le repos physique sera proportionné à l'épuisement, à l'asthénie du malade. Il ira du repos physique complet, passagèrement, (alitement systématique, cure de Weir-Mitchell) au repos physique relatif, « proportionnel » comme dit A. Deschamp (augmentation du temps de repos, suppression des occupations fatigantes); celui-ci suffit en général.

b) *Le repos moral*. Le repos moral d'importance capitale, sera obtenu par la disparition des *facteurs extrinsèques* (changement de milieu, isolement plus ou moins absolu, simplification de la vie, amélioration des conditions morales de l'existence, dans la mesure du possible) et des *facteurs intrinsèques* — émotivité, anxiété, irritabilité et dépression morbides — qui conditionnent le tourment moral des malades.

Contre ces derniers, seul le traitement nervein ou spécial sera efficace, et non pas de vaines exhortations à l'optimisme et à l'euphorie, comme si la joie de vivre dépendait de la volonté, ainsi que la plupart des médecins, d'après leur conduite, pourraient le laisser croire.

Il y a dans le corps médical, c'est notre devoir de le dire, quoique à regret, trop de confrères « courtelinesques, pourtant distingués par les titres, qui », comme l'a écrit Voivenel¹, « conseillent *Sérénité* à de pauvres bougres dont l'imagination anxieuse perfore la paix, comme un chalumeau oxhydrique perfore une plaque de métal ».

Cela ne devrait plus être !².

1. Cf. préface de notre ouvrage « La Neurasthénie ».

2. Voir à la fin du livre « La Psychothérapie ».

*
* *

III. — LE TRAITEMENT SPÉCIAL.

Le traitement spécial, quelles que soient l'étiologie et constitution du malade, comprend deux temps, qui peuvent d'ailleurs se compenser plus ou moins.

Le premier est représenté par le traitement principal, spécifique, ou encore, polysyndromique.

Le second par le traitement adjuvant (parfois inutile, le résultat étant acquis par le premier), traitement de consolidation ou complémentaire, c'est-à-dire s'adressant plus particulièrement à tel ou tel syndrome ou symptôme accentué ou rebelle.

A

Le traitement principal.

(La médication opiacée).

a) *Le traitement principal doit être nécessairement polysyndromique.*

Le traitement principal doit être, pour remplir son rôle comme il faut, spécifiquement polysyndromique, autrement dit, il doit répondre

pharmacodynamiquement à la complexité de l'état psycho-névropathique qu'il est chargé de combattre. Plus explicitement, ceci signifie que, l'état psycho-névropathique mixte étant à la fois un état dépressif, un état d'hyperémotivité anxieuse et un état d'irritabilité nerveuse, le traitement devra être : 1° neuro et psychotonique, c'est-à-dire stimulant de la fonction sthénogène et de la tension psychologique; 2° euphorique, c'est-à-dire calmant de l'émotivité anxieuse; 3° sédatif, c'est-à-dire calmant de l'irritabilité et de l'éréthisme nerveux; au total, spécifiquement dirigé contre les trois syndromes constituant l'état psycho-névropathique mixte.

C'est parce que ces trois propriétés ne sont, pour ainsi dire, presque jamais réalisées, que les maladies nerveuses, qui, huit fois sur dix, se présentent comme des psycho-névroses mixtes ou combinées, sont, il faut avoir le courage de le dire sans ambage, si mal soignées, et que les malades nerveux errent de médecin en médecin, c'est-à-dire de déception en déception.

b) *Insuffisance ou nocivité des médications usuelles en tant que traitement principal.*

Les médications habituellement employées par les médecins, spécialistes compris, se résument en :

1° *Excitants nervins.* Eh bien, tous les excitants usuels, sans exception, non seulement, ne remontent pas d'une façon sensible, durable et profitable la « tension psychologique », qui une fois abaissée, effondrée, ne reprendra son niveau que sous l'action d'une médication « noosthénique »¹, mais encore ils augmentent, à coup sûr, l'irritabilité nerveuse, l'hyperreflectivité, l'hyperémotivité, l'anxiété et l'angoisse, provoquant même ces troubles lorsqu'ils n'étaient qu'à l'état latent. Selon l'expression imagée de Ch. Fiessinger les excitants sont tous de véritables « coups de trique médicamenteux ».

Parmi les excitants nervins, une place particulière a été occupée par un médicament désastreux, la *strychnine*, médicament qui fut, il y a quelques années, très à la mode et dont on a voulu faire à tort, la médication souveraine de l'asthénie nerveuse; elle ne l'est déjà pas pour l'asthénie physique, encore moins pour l'asthénie cérébrale, qui est, comme on le sait, la plus importante² du syndrome dépressif.

1. Nous devons ce terme au professeur Fonssagrive qui s'en servait pour désigner tous les stimulants des facultés intellectuelles.

2. L'éminent neurologue qu'est Hartenberg s'exprime très justement quand il dit : « ... On peut inférer légitimement que la fatigue du neurasthénique est une fatigue à siège central. Elle n'est due ni à la conscience de l'hypotonie

Nous avons vu trop de désastres engendrés par l'administration de ce remède pour que nous n'insistions pas, tout particulièrement, pour proscrire son usage.

La strychnine, puissant excitant de la réflexivité médullaire et vago-sympathique, n'a absolument aucun effet sur la dépression cérébrale. Quant à son action réelle sur l'hypotonie des muscles lisses et striés, qui pourrait être d'une certaine utilité, s'il s'agissait d'un syndrome

« musculaire, ni à l'imprégnation locale des terminaisons nerveuses des muscles : elle est produite par l'épuisement même des centres cérébraux. Ce n'est pas la fonction automatique du tonus qui est diminuée, mais la fonction active de la motricité musculaire... Nous pouvons donc conclure que la fatigue neurasthénique est un phénomène central, traduisant l'affaiblissement des centres psycho-moteurs du cerveau. » Cf. Traitement des Neurasthéniques, p. 31.

C'est précisément là où est la différence entre la fatigue, qui suit le travail, et l'asthénie, qui le précède.

Mais alors, nous ferons très respectueusement remarquer au docteur Hartenberg que nous ne le comprenons plus, lorsqu'il fait de la strychnine, médicament qui agit sur la moelle, le bulbe et le sympathique (tonus, réflexivité) et pas du tout sur les centres cérébraux, la médication spécifique de la neurasthénie, lorsqu'il écrit : « je considère la strychnine comme le médicament héroïque de l'asthénie : elle est à la dépression ce que la morphine est à la douleur ».

L'inefficacité de la strychnine se comprendrait encore mieux, s'il était vrai que l'asthénie *névropathique*, comme certains le disent, n'existe pas, ou plutôt n'est qu'une manifestation dépressive de l'anxiété, ce qui nous semble faux et équivaut non plus au démembrement légitime de la « neurasthénie » mais à sa négation.

dépressif pur, sans aucun mélange d'irritabilité et d'anxiété, mais rien de plus, car, ne l'oublions pas l'hypotonie n'est pas la cause mais seulement l'effet de l'asthénie, elle est littéralement noyée dans l'insondable inconvénient résultant de son action angogène, irritante et hyperémotivante, d'une brutalité inouïe.

Ce que nous disons de la strychnine s'applique, dans l'ensemble, à tous les autres excitants : coca, kola, caféïques, alcool, etc...

Échec partiel ou total, aggravation de certains symptômes, voici ce qui résume l'action des excitants dans les psycho-névroses mixtes.

2° *Calmants* : On doit adresser aux calmants les mêmes reproches qu'aux excitants, mais à rebours. Tous les calmants actifs *habituellement employés* — à l'exception des sédatifs spéciaux, d'action partielle ou trop particulière comme les sédatifs du sympathique (ésérine) ou du vague (atropine) — sont des dépresseurs des fonctions nerveuses et de l'activité cérébrale. Ainsi, ils accroissent l'asthénie des malades et diminuent encore leur tension psychologique. Dans la mesure où ils calment l'irritabilité, ils dépriment. On avouera qu'on ne saurait s'en servir avec avantage. En outre, n'étant nullement euphoriques, leur action sur l'anxiété

et les manifestations anxieuses, si importantes cependant (inquiétude, anxiété, angoisse, obsession-phobies), est absolument nulle.

Par calmants actifs, nous entendons les bromures, le gardénal, le chloral, etc... Nous ne parlons pas des sédatifs antispasmodiques comme la valériane, le cratægus, la passiflore, la ballotte, qui ne sont pas des dépresseurs, pour la bonne raison qu'il ne font pas grand'chose et que leurs effets sont tout à fait superficiels et insuffisants.

Quant aux hypnotiques (véronal, sulfonal, allonal, trional, dial, sonéryl, somnifène et d'une façon générale tous les dérivés de la série barbiturique, etc...), ou ils ne sont pas doués de propriétés sédatives marquées, et dans ce cas n'ont aucune action sur l'irritabilité et l'érethisme nerveux, ou ce sont des sédatifs, et alors, semblables aux calmants actifs, ils dépriment le système nerveux.

En outre, quelle que soit la variété pharmacodynamique à laquelle ils appartiennent, la narcose qu'ils provoquent contre-indique leur emploi.

3° *Toniques généraux ou reconstituants.*
Pour les toniques généraux ou reconstituants, ici encore, échec, et échec complet, facile à comprendre.

Indépendamment que leur action sur l'émotivité anxieuse et l'irritabilité nerveuse est théoriquement et pratiquement nulle, leur action sur le syndrome dépressif l'est aussi, car, dans l'obscurité actuelle de la pathogénie de ce syndrome, dans l'ignorance présente qui concerne l'essence, la nature intime de l'asthénie nerveuse et de l'asthénie cérébrale, comme d'ailleurs des autres syndromes nerveux, seule une médication symptomatique, ou plus exactement symptomatico-fonctionnelle (car toute médication symptomatique, en matière de maladie nerveuse, devient fonctionnelle, en vertu de l'application du grand principe qui veut que la fonction crée l'organe) peut être de quelque utilité. Toutes les autres médications sont vaines, en tant que médications principales, spécifiques du syndrome dépressif.

A quoi bon, alors, pour ce qui concerne l'asthénie, introduire dans l'organisme des substances, soit disant, neurophiles (glycérophosphates, lécithines, manganèse, phosphore, calcium, magnésium), ou reconstituantes (arsenic sous forme de cacodylates, d'arrhéнал, sérum hématopoïétique, oxygène, suc de viande, ferrugineux, quinquina, etc...), quand le pouvoir de réaction sthénique est aboli, paralysé et quand l'état dépressif n'est nullement en

rapport avec un état de misère physiologique, d'anémie, d'amaigrissement¹, quand la tension psychologique n'a pas été remontée.

L'emploi immédiat, dans le premier temps d'une cure, des reconstituants et des toniques « nervins » ou généraux ne fait que traduire l'incompréhension et l'incompétence du médecin... et cependant, il est si courant qu'il en devient banal, tristement et tragiquement banal.

*
* *

En résumé, excitants, calmants, toniques et reconstituants, qu'ils soient employés seuls ou associés, n'ont pas les propriétés requises, nécessaires et suffisantes, pour rétablir l'équilibre psycho-nerveux. Ils ne constituent pas, ainsi qu'il le faudrait, un traitement polysyndromique, c'est-à-dire dirigé électivement contre les

1. Pierre Janet s'exprime ainsi, très justement, dans le même ordre d'idée : « la maladie nerveuse, bien qu'elle soit « souvent accompagnée de faiblesse du corps, est autre chose « qu'un simple affaiblissement organique ou musculaire... « sans doute, on espère ou on suppose par sous-entendu que « la tension psychologique se relèvera toute seule, à la suite « de l'augmentation des forces. Cela arrive quelque fois, mais « ce n'est ni général, ni nécessaire et quand le relèvement « des forces se fait seul par le repos, la suralimentation (et les « médications toniques, *c'est nous qui ajoutons*) on ne pré- « pare que l'agitation et le désordre ». Cf. « Les médications « psychologiques ».

trois syndromes constituant les psycho-névroses mixtes. Par conséquent, en tant que traitement principal de ces états, en tant que médicaments spécifiques et moyens de cure systématiques du déséquilibre nerveux total, ils sont à rejeter.

En un mot, ce ne sont que des médications nocives, (comme les excitants et les calmants qui sont des armées à deux tranchants), insuffisantes ou inefficaces (comme les médicaments du système neuro-végétatif, les antispasmodiques anodins et légers, les reconstituants et les soit disants toniques ou fortifiants).

c) *Nature du traitement principal ou spécifique : la médication opiacée.*

Mais alors, le traitement principal, autrement dit spécifique, des psycho-névroses mixtes est-il impossible, irréalisable ? Va-t-on en être réduit à attendre, dans les meilleures conditions d'hygiène physique et morale possibles, une amélioration ou une guérison qu'apportera une évolution heureuse de l'état nerveux ?

Si la thérapeutique habituellement employée, non seulement par des neuro-psychiatres d'occasion, mais encore par des spécialistes qui devraient être qualifiés, nous inclinerait à répondre oui, dix ans de pratique des maladies nerveuses, durant lesquels nous avons soulagé et

guéri d'innombrables patients, nous permettent de répondre non, catégoriquement.

La pharmacopée possède depuis longtemps, pour ne pas dire depuis toujours¹, une médication spécifique du déséquilibre nerveux total, tel qu'il apparaît dans les psycho-névroses mixtes, médication capable, dans un nombre important de cas, si elle est bien appliquée, d'obtenir des résultats, sans elle, impossibles.

Cette médication, c'est la médication opiacée. Aucune autre, en dehors d'elle, n'est, à la fois, une substance *stimulante, neuro et psycho-tonique* ou « *noosthénique* », c'est-à-dire capable de remonter la tension psychologique éffondrée, et de remettre à son cran habituel le tonus nerveux, *sédative*, c'est-à-dire calmante de l'irritabilité nerveuse, de l'agitation, et surtout *euphorique*, c'est-à-dire capable de créer un état de bien-être physique et moral, de combattre l'hyperémotivité anxieuse morbide, syndrome le plus important des psycho-névroses mixtes

1. Il est même douloureux de penser, à ce propos, que des malades non améliorés ou guéris, actuellement, parce qu'on ne les soumet pas à la thérapeutique par l'opium, l'auraient été, il y a plusieurs siècles, probablement. En effet, à ce moment, la pharmacopée disposant de bien moins de produits que de nos jours — produits, pour les 8/10^e d'entre eux, inefficaces ou sans intérêt d'ailleurs — il est à peu près certain qu'on les aurait soignés par la médication opiacée.

et, pour peu qu'il soit accentué, rebelle à toute autre médication.

En somme, ce qui fait qu'elle est une médication irremplaçable c'est le double et merveilleux pouvoir, qu'elle est seule à posséder, d'être à la fois une substance stimulante et une substance apaisante, pouvoir qui leur permet d'agir sur le système nerveux intelligemment, pourrait-on presque dire, car non seulement elle stimule sans irriter et elle calme sans déprimer, mais encore elle ne stimule que les fonctions qui ont besoin d'être stimulées et elle n'apaise que les fonctions qui ont besoin d'être apaisées.

C'est en cela, c'est en cette action régulatrice idéale et mystérieuse que résident tout son incomparable pouvoir et, très vraisemblablement, pour une part tout au moins, ses effets euphoriques si précieux.

Oui vraiment, en dehors d'elle, le thérapeute ne possède, actuellement, aucune autre médication, capable d'influencer, énergiquement, les symptômes complexes et en apparence opposés (dépression-excitation) des malades atteints de psycho-névroses mixtes.

Sans elle, pour ces derniers, surtout s'ils sont sérieusement atteints, le rôle du médecin, quand celui-ci ne veut pas employer des remèdes mal

supportés, inefficaces ou nocifs, se borne à des paroles d'encouragement, d'espoir et de consolation. Consciemment ou non, le médecin laisse les malades à leur triste sort.

Comme Sydenham, paraphrasant la parole de F. de le Boë, le neuro-psychiatre en 1939, malgré tous les progrès de la chimie médicale, peut redire ces mots qui exprimaient la vérité, il y a trois siècles : « Sans l'opium je renoncerais à la médecine, car celle-ci serait alors manchote et bancal » « ita necessarium est sine eo claudicet et manca sit medicina ».

Et cependant, pratiquement, elle n'est pour ainsi dire pas employée, soit que les médecins l'ignorent, ou ignorent jusqu'à sa nécessité absolue, ce qui est le cas pour les 90% d'entr'eux, (praticiens de médecine générale¹) soit qu'ils aient contre elle une prévention injustifiée et franchement ridicule, ce qui est encore une forme de l'ignorance.

1. Il est profondément douloureux de voir que si les praticiens de médecine générale font appel aux spécialistes quand il s'agit d'affections organiques de la neurologie, les 3/4 d'entre eux se gardent bien d'en faire autant, quand il s'agit de psychonévroses. Ils croient pouvoir traiter ces états, ou bien pensent qu'ils sont sans gravité. L'une et l'autre de ces opinions sont fausses et c'est ce qui explique le tragique abandon des pauvres malades nerveux.

Le corps médical a, en effet, dans l'ensemble, une véritable phobie des opiacés dont il ignore les multiples propriétés (*toniques*¹, *sédatives*, *euphoriques*), les incomparables bienfaits, après tout, sans grands risques, car étant très actifs et doués de propriétés spécifiques, ce qui permet de s'en tenir à eux seuls ou presque et de les administrer à petites doses, ils sont relativement très peu toxiques par rapport aux autres associations médicamenteuses avec lesquelles on gava littéralement les malades sans le moindre avantage, la plupart du temps.

Nous avouons être indigné de cet état de chose, car nous avons trop soulagé et guéri, par la médication opiacée, de malades, qui

1. Si l'action narcotique (« la narcose est d'ailleurs une action toxique et non médicamenteuse de l'opium ». G. Pouchet), sédative et euphorique de l'opium est connue, son action stimulante, noosthénique et neuro-tonique est méconnue par le plus grand nombre. Gallien, cependant, préconisait déjà l'opium dans les formes dépressives de l'aliénation : Sydenham, plus tard, remarquer qu'il est un « excellent et puissant cordial » et Brown s'était même écrié paradoxalement, « me Hercle opium non sedat ! », affirmation exagérée certes, mais utile pour réagir contre la tendance générale à faire de l'opium une substance exclusivement sédative, voire hypnotique ou déprimante, ce qui n'est pas à dose médicale, s'entend.

Disons, en passant, que nous avons été étonné de trouver l'opium, dans l'excellent ouvrage « Les États anxieux » des professeurs H. Claude et Lévy-Valensi, classé parmi les « déprimants ». Conf. p. 408.

n'avaient retiré aucun bénéfice des multiples traitements suivis, et cela depuis des années, des années de torture et d'angoisse.

Nous ne parlerons pas de ceux qui se sont suicidés, de ceux que l'on pourrait ranger dans le dossier que Voivenel appelle d'une façon imagée « le cimetière » et qui se sont tués, las de souffrir et croyant être incurables, parce qu'on ne les a pas soulagés comme il était du devoir des médecins de le faire et comme on aurait pu le faire, en les soumettant prudemment et méthodiquement à la médication opiacée.

Dans une étude parue il y a quelques années nous écrivions ces lignes, que nous croyons devoir rapporter ici, car elles traduisent exactement notre pensée :

« Conscient de la nécessité absolue, des
« immenses avantages et aussi — car nous con-
« naissons notre métier — des inconvénients
« possibles de la médication opiacée, nous avons
« apporté tous nos soins pour éviter de trans-
« former un déprimé anxieux en un toxico-
« mane, soulagé de ses troubles névropathiques
« certes, mais devenu l'esclave d'une tyranni-
« que et dangereuse servitude (quoiqu'il ne
« faille pas exagérer, car il est moins dange-
« reux de prendre de l'opium que de prendre

« régulièrement des barbituriques¹, ou autres
« drogues qui tuent, alors qu'à doses modérées,
« l'opium — de nombreuses observations en
« font foi — a pu être pris des vies longues et
« entières². »

La prescription des opiacés comporte indiscutablement des risques.

Toute la science, toute l'habileté, toute la valeur et, nous dirions, toute la raison d'être du médecin spécialiste — si non à quoi bon être spécialiste — consiste à se servir de ces médications irremplaçables en les rendant inoffensives.

Des précautions élémentaires sont à prendre, naturellement (direction et application du

¹ et ². Ce qui est à éviter évidemment, autant que possible, par tous les moyens, en dehors de certains cas de nécessité absolue (douleurs chroniques intolérables et rebelles), mais ce qui prouve aussi la non toxicité ou le peu de toxicité de l'opium, pris à doses médicales ou tout au moins modérées.

A ce propos Bussel a raison d'écrire dans sa thèse condamnant la loi de 1916 sur les toxiques, loi louable dans son esprit mais mal appliquée : « si la toxicomanie était libre on ne verrait guère comme avant la loi que des morphinomanes, héroïnomanes et nous avons dit que de tous les toxiques c'étaient les plus inoffensifs. Au lieu de cela on les voit recourir, au hasard des offres des trafiquants, à la cocaïne, qui est terriblement dangereuse ou à tous les ersatz qu'on se procure plus facilement de pharmacie en pharmacie, comme tous les barbituriques qui sont infiniment plus nocifs et qui provoquent trop souvent des accidents mortels » in « État mental des toxicomanes » par Bussel. Jouve et Cie. Édit. Paris 1936.

traitement réservées au médecin ; ignorance du malade en ce qui concerne la nature de la médication employée ; cessation du traitement le plus tôt possible et régression très lente des doses, après un emploi prolongé, afin d'éviter l'état de besoin ; utilisation des formes les plus maniables, les plus « humanisées » et les moins toxiques de la médication opiacée, comme, par exemple, le phosphate de codéïne, le laudanum ; proscription totale et absolue, en dehors de cas exceptionnels, de certains alcaloïdes, comme la morphine, l'héroïne, moins efficaces d'ailleurs, en général.

Mais ces précautions n'équivalent pas à l'abandon de la médication opiacée, comme on le fait actuellement, privant la médecine d'une de ses médications fondamentales et irremplaçables.

De même que les interventions chirurgicales comportent inéluctablement des aléas — aléas infiniment plus grands que ceux, somme toute minimes, de la médication opiacée — ce qui n'empêche pas qu'on opère tous les jours des malades, de même, on doit prescrire la médication opiacée aux grands déprimés anxieux qui souffrent cruellement et pour lesquels elle ne saurait être remplacée, les autres médications étant un leurre.

Si le corps médical oublie la célèbre phrase de Sydenham, — vieille de quatre siècles —, qui fut un médecin de génie, il méconnaît aussi cette parole du savant du ^{xx}e siècle : « la personnalité de l'opium est telle qu'il a son autonomie et son importance en thérapeutique est si grande, qu'on peut juger un médecin sur la façon dont il joue de l'opium et de ses dérivés ». Professeur Laignel-Lavastine.

Cette non utilisation de l'opium, ce n'est plus de la prudence — parfaitement légitime —, c'est l'abstention totale et absolue de la seule médication susceptible de soulager ou de guérir, dans l'état actuel de la science, des malades pour lesquels la vie est devenue véritablement intolérable et cela, si elle est bien maniée, sans danger. Nous disons sans danger, en nous plaçant sur le terrain de l'expérience, qui seul compte et a le droit de régler notre conduite, et non d'après des vues de l'esprit.

Sur plusieurs centaines de malades, traités par nous durant des semaines et même de longs mois, par la médication opiacée, malades revus longtemps après leur guérison — *qui, nous insistons, sans elle n'aurait pas eu lieu* — nous n'avons JAMAIS constaté un seul malade

ayant contracté l'habitude inutile de l'opium¹.

Cela il faut le méditer.

Nous pouvons donc conclure que, bien prescrite, par un médecin spécialiste, conscient de ses responsabilités et rompu à ce genre de cures, la médication opiacée, quand elle est nécessaire, — et elle l'est très fréquemment² — ne comporte que des avantages, d'incalculables avantages.

1. Le Professeur Chatelain en concordance d'idées absolue avec nous s'exprime ainsi : « J'ai prescrit de l'opium, au cours de ma carrière à des milliers de malades, et cependant je ne crois pas que personne puisse me reprocher un seul cas où il serait devenu une habitude, une fois le mal passé.

Le nerveux, précisément parce que nerveux, le supporte, et s'en trouve bien, à des doses que ne prendrait pas impunément un bien portant ». In « Nerfs sains et nerfs malades » par le Prof. Chatelain. Payot. Éditeur.

2. En effet, les 8/10^e des névropathes présentent une psycho-névrose mixte, qui, pour peu qu'elle soit accentuée et rebelle, doit être traitée par l'opium. Quant aux 2/10^e qui restent, plus de la moitié souffre de psycho-névrose *anxieuse*, dont le seul remède spécifique est encore l'opium.

On comprendra, dès lors, l'importance incomparable de cette médication souveraine, puisqu'elle est le spécifique irremplaçable des 9/10^e des malades nerveux dès qu'ils sont assez fortement touchés. Quant aux *mélancoliques*, dont nous ne parlons pas dans ce livre, mais qui constituent, surtout dans les formes légères de leur psychose, une bonne fraction de la clientèle des neuro-psychiatres, c'est encore l'opium qui « est et restera pendant longtemps » comme le dit le Professeur Chatelain, « le remède héroïque de la mélancolie », quoique, d'après notre pratique, dans cet état, la médication opiacée ne donne pas les brillants résultats qu'elle donne dans les psycho-névroses proprement dites. (Voir plus loin : causes des échecs de l'opium).

d) *Application, effets et posologie de la médication opiacée. (Le Phosphate de Codéïne et le Laudanum de Sydenham).*

Afin qu'elle soit à la fois efficace et inoffensive, la médication opiacée est appliquée, par nous, sous la forme de deux excellentes préparations : le phosphate de codéïne et le laudanum de Sydenham.

Toutes les fois que cela est possible et spécialement dans les cas sérieux, rebelles, nous donnons la priorité au phosphate de codéïne, car, comme l'a écrit le professeur Gilbert Ballet « le phosphate de codéïne nous a donné des résultats souvent plus prompts et plus accusés que ceux produits par l'opium (entendez l'opium total : laudanum par exemple) : la stimulation chez les déprimés est plus nette, le calme obtenu chez les anxieux plus marqué. » En outre, mieux supporté que le laudanum, il engendrerait beaucoup plus lentement que lui l'accoutumance.

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces préparations, elles réalisent cette stimulation du système nerveux, que nous souhaitons pour voir disparaître les manifestations d'asthénie et de dépression qui constituent une des principales caractéristiques des psycho-névroses mixtes.

En même temps, chose tout à fait remarquable et unique, non seulement cette stimulation n'entraîne aucune augmentation des phénomènes d'irritabilité, d'hyperémotivité et d'anxiété, mais encore elle s'accompagne d'une sédation rapide et profonde de tous ces symptômes, sédation qui lui est directement proportionnelle et égale.

La tension psychologique se relève rapidement et toutes les manifestations de son insuffisance s'estompent et disparaissent. L'aprosxie disparaît et l'attention volontaire, ainsi que l'effort intellectuel, devient plus aisée et plus féconde ; la volonté se raffermi, la mémoire se précise, la tendance à l'anidéation s'efface, la rumination mentale s'apaise, les céphalées se calment, un renouveau de vie mentale se fait sentir.

En même temps que renaît l'activité cérébrale, l'asthénie, l'épuisement physique diminue graduellement. Le malade sent renaître une énergie qu'il ne connaissait plus, ses fonctions organiques, troublées par l'asthénie nerveuse, s'accélèrent, son appétit est stimulé, tous les signes dépressifs, que nous avons décrits, s'évanouissent.

Le moral, l'affectivité et l'humeur qui ne sont en grande partie que le reflet de la cènes-

thésie se transforment et le malade passe du *tædium vitae* à la paix intérieure.

La joie renaît dans son âme et un sentiment d'euphorie, antagoniste de l'état anxieux, baigne tout son être. Les obsessions, les phobies, qui ne pouvaient être chassées du champ de sa conscience, n'étant plus alimentées par l'anxiété, ne trouvent plus de raison d'être, perdent, chaque jour, de la force et se font de moins en moins tyranniques. Un frein semble jouer sur son hyperesthésie sensitivo-sensorielle et son hyperreflectivité, modérant ses réactions et, par le fait même, diminuant ses déperditions d'énergie.

En somme, le système nerveux tout entier (cerveau, moelle, sympathique), sous l'action de ces deux préparations, reprend des habitudes de réactions saines, équilibrées, réactions aussi bien physiologiques et biologiques que psychologiques et morales.

L'assimilation et la nutrition intime des cellules nerveuses, qui paraissaient languissantes s'intensifient.

A côté de l'effet réel, biologique exercé par le phosphate de codéïne et le laudanum, l'effet moral, résultant de l'idée d'une guérison possible, née de l'amélioration ressentie, est d'une force curative d'un dynamisme incomparable.

1^o Posologie du Phosphate de Codéïne.

« Le Phosphate de Codéïne, médicament encore peu connu, est un excellent neuro-tonique. Administré en injection, il donne un sentiment d'euphorie très apprécié par les malades.

« Il est indiqué surtout chez les déprimés anxieux ».

Docteur P. Hartenberg.

« Les effets du Phosphate de Codéïne sur l'organisme sont d'une innocuité absolue... ses effets sédatifs sont très accusés... et il procure à l'économie ce sentiment de puissance, cette tonicité tant recherchée... Sa supériorité sur la morphine est considérable, car l'habitude funeste ne suit pas l'absorption. L'appel de l'organisme ne se produit pas avec le phosphate de codéïne. »

Docteur H. Guimbail.

Le Phosphate de Codéïne¹ est employé sous forme de solution injectable. Administré par la

1. On sait que la codéïne est un des alcaloïdes les moins narcotiques, les moins hypnotiques de l'opium, tout en ayant une action sédatrice et stimulante, particulièrement sur les centres cérébraux, remarquable. Son action euphorique est nette, sans être brutale et intense, comme celle de la morphine qui, par cela même, favorise la toxicomanie. — La codéïne étant très peu soluble, on emploie ses sels. Nous donnons la préférence au phosphate, à cause des molécules d'acide phosphorique qu'il renferme et qui peuvent être utiles vis-à-vis du système nerveux de nos malades.

voie buccale, son action sédatrice, euphorique et stimulante ou tonique (surtout sur la « tension psychologique ») serait infiniment moins marquée et il exercerait en outre sur les voies digestives et sur le transit intestinal un certain ralentissement, qui fait absolument défaut, en se servant de la méthode hypodermique.

Les injections, quotidiennes, seront faites de préférence le matin, dès le réveil si possible, d'une part, parce que c'est à ce moment que les manifestations morbides sont généralement les plus marquées, et, d'autre part, pour que le système nerveux des malades, maintenu, sans interruption, dans un équilibre satisfaisant, contracte, plus aisément, l'habitude d'un fonctionnement normal. Et puis, le résultat obtenu, lentement, très lentement décroissantes, après être resté le temps nécessaire à la dose maxima.

Pour les raisons que nous avons exposées plus haut, le médecin doit garder la direction absolue de la cure. Il reste le seul juge des doses et du nombre d'injections à faire.

On emploie la méthode des doses progressives. La dose de début et d'essai est d'habitude inférieure à un centigramme. La progression quotidienne dépend de la sensibilité du malade et de ses réactions (un à deux milligrammes).

On monte, jusqu'à ce que les symptômes morbides s'effritent et disparaissent (4-6-8-10-12 centigrammes, parfois plus).

Si le médecin est habile et a l'habitude de cette médication, difficile à bien manier, aucune réaction désagréable n'est généralement constatée et le traitement est parfaitement bien supporté.

Combien de temps doit-on demeurer à la dose maxima ?

Autant de temps, dirons-nous, qu'il faut pour voir les principaux symptômes morbides régresser franchement et disparaître. Lorsque le malade est, non seulement amélioré, mais encore sur le point d'être complètement guéri, on est alors autorisé à diminuer les doses.

Un mois, deux mois, parfois plus, sont d'habitude nécessaires pour arracher un malade à à une psycho-névrose mixte sérieuse.

Nous ne saurions trop insister sur la nécessité de diminuer très lentement, presque insensiblement les doses, si l'on veut éviter une rechute et un retour offensif des manifestations morbides.

Ces dernières considérations (dose maxima, durée du traitement, régression lente, etc...) concernent aussi bien le phosphate de codéïne que le laudanum de Sydenham.

2° Posologie du Laudanum de Sydenham.

Le laudanum de Sydenham, médicament classique — ce qui ne veut pas dire employé quand il faut — des états anxieux graves et qui s'obtient en faisant macérer 100 grammes de poudre d'opium dans 1000 grammes d'alcool à 30° (43 gouttes ou 1 gramme équivalent à 1 centigramme de chl. de morphine ou à 4 centigrammes environ de phosphate de codéïne) est employé, lui aussi, selon la méthode courante des doses progressivement croissantes.

Il sera donné le matin à jeun, dans une infusion de bourdaine afin d'éviter qu'il constipe.

Dans certains cas, mais rarement, la dose quotidienne sera partagée en deux et une partie sera donnée le soir, une heure avant le repas.

Comme pour le phosphate de codéïne, on débutera par des doses faibles, cinq à dix gouttes, afin de tâter la susceptibilité des malades et on atteindra 60-80-100 gouttes et même davantage, en augmentant de une à deux gouttes le nombre des gouttes quotidiennes.

A aucun moment le malade ne doit être indisposé par la médication¹. S'il accuse des

1. « La très grande majorité des anxieux supportent très bien ces fortes doses, sans accoutumance et sans constipation » a écrit très justement le regretté M. de Fleury.

nausées, de la somnolence, une langue pâteuse, c'est que le laudanum est mal donné, qu'il est administré à trop fortes doses ou à doses trop rapidement progressives, en dehors de quelques rares cas d'intolérance idiosyncrasique ou de sujets ayant des organes (foie, reins) en mauvais état.

Lorsque le moment est venu de diminuer les doses, on diminue progressivement le nombre des gouttes journalières (une à deux) pour gagner, sans heurt, la dose initiale.

Au point de vue de la régression des doses, l'emploi du laudanum rend la chose plus facile que l'emploi du phosphate de codéïne. C'est pour cela, qu'il nous arrive, au moment de faire marche arrière, de substituer le laudanum au phosphate de codéïne, quand il y a eu avantage à se servir de celui-ci. On établit alors l'équivalence sur la base de 40 gouttes de laudanum, pour 4 centigrammes de phosphate de codéïne, environ.

Une formule¹, que nous employons couramment, est la suivante :

1. Cette formule est d'ailleurs variable, quant aux proportions du laudanum qu'elle contient par rapport aux autres médications, que l'on peut choisir différentes, mais, autant que possible, neutres ou peu actives aux doses indiquées, à moins d'une raison particulière contraire, car elles ne sont là qu'à titre psychologique.

Teinture de Valériane	5 gr.
Teinture de Belladone	xx gouttes
Laudanum de Sydenham	15 gr.

de x à cl gouttes, ou plus, progressivement.

L'avantage de cette formule est de dissimuler au malade, dans une certaine mesure, la prescription du laudanum. D'ailleurs, toutes les fois que l'on pourra, il sera préférable de charger une personne de l'entourage d'administrer la préparation. Ainsi le malade restera étranger à la nature et aux doses de sa médication. Lorsqu'on ne pourra s'adjoindre la collaboration d'une tierce personne sûre, cette formule permet encore au médecin, lorsque le moment est venu de descendre les doses, de diminuer, à l'insu du malade, la quantité de laudanum absorbé, en abaissant, chaque semaine par exemple, quand il prescrit une nouvelle provision de médicament, la proportion du laudanum contenu dans la formule. Le malade, qui généralement n'a pas étudié en détail la formule, ne diminuant pas le nombre des gouttes prises, croira prendre toujours la même quantité de produit actif. Il peut y avoir intérêt à procéder ainsi avec des malades pusillanimes qui craindraient de voir reparaître leurs troubles en cessant la médication ou qui auraient des velléités toxicomaniaques.

Remarque

concernant la médication opiacée.

Une médication opiacée de substitution
ou adjuvante : Le Pantopon.

De ce qui précède, il faut se souvenir que de toutes les médications opiacées, c'est au phosphate de codéïne, employé en injections sous cutanées, que l'on donnera la préférence, à priori.

Mais, il faut savoir que si, pour une raison quelconque (nécessité des injonctions quotidiennes, etc...), son utilisation se révélait impossible ou difficile, ou bien encore si elle ne donnait pas les résultats que l'on était en droit d'attendre d'elle, on instituerait la cure par le laudanum¹, à moins que cette dernière préparation ne soit mal supportée par les voies digestives ou que la méthode hypodermique apparaisse comme préférable.

1. Le laudanum du codex est le laudanum dit de Sydenham, du nom de Thomas Sydenham, médecin anglais du XVII^e siècle qui inventa une formule assez proche du laudanum de Sydenham actuel.

On peut, à la place du laudanum de Sydenham, employer le laudanum de Rousseau, inventé par l'Abbé Rousseau, médecin de Louis XIV, et préparé par fermentation d'un mélange aqueux de miel et d'opium. Il est deux fois et demie plus riche en opium que le laudanum de Sydenham et par là même moins maniable.

Dans ce cas, on serait autorisée à essayer le PANTOPON (opium total).

Introduit dans la thérapeutique en 1909 par le professeur Sahli, de Berne, le pantopon renferme sous forme de chlorhydrates tous les alcaloïdes de l'opium. C'est en quelque sorte un laudanum injectable.

On se rappellera qu'un centigramme de pantopon correspond à un demi-centigramme de morphine, soit à 21 gouttes environ de laudanum du Sydenham (N. C.) et à 2 centigrammes de phosphate de codéïne.

Bien que, comme on le sait, nous préférions ces deux dernières préparations, plus maniables et plus prudentes, le pantopon, contrairement à la morphine ne détermine ni cette sensation d'euphorie intense, dangereuse pour le malade, ni cette sidération béate, profonde et brutale que l'on observe parfois avec le fameux alcaloïde du tableau B.

Comme le phosphate de codéïne, il s'injecte le matin, autant que possible.

On débute par des doses faibles (un 1/2 centigramme) que l'on élève lentement. Les résultats obtenus, on fait marche arrière, d'autant plus imperceptiblement que la médication a été donnée pendant plus longtemps.

En résumé, il faut avoir présent à l'esprit cette notion que, dans le choix d'une préparation opiacée, il n'y a pas de lois absolues ; il n'y a que des principes généraux.

Tel malade qui peut très bien avoir été soulagé et guéri par le pantopon ou le laudanum, n'aurait pas réagi au phosphate de codéïne et vice versa.

Aussi, avant d'abandonner la médication opiacée et de conclure à son inefficacité, faut-il essayer successivement ses différentes préparations et ses différents dérivés, en donnant toutefois la priorité à ceux d'entre eux qui sont les plus maniabiles et les plus « humanisés ».

Les causes d'échecs de la thérapeutique par la médication opiacée.

Pour dire toute la vérité, nous nous devons de signaler que la thérapeutique par la médication opiacée compte des échecs et n'est pas une panacée pour tous les malades atteints de psycho-névroses.

Elle a, en effet, à son actif de trop beaux résultats pour que nous hésitions, dans la crainte de diminuer son prestige, à dire qu'il y a des

cas, peu nombreux certes, mais certains où elle n'apporte pas l'amélioration et la guérison escomptées.

Diverses causes expliquent les échecs de la thérapeutique par l'opium et ses dérivés.

Parmi ces causes signalons :

1° Tout d'abord l'intolérance de certains organismes à la médication opiacée.

Un mauvais foie, de mauvais reins, une susceptibilité trop grande, une sorte d'anaphylaxie parfois, qui contraste avec l'accoutumance habituelle bien connue, obligent le médecin à priver de l'opium les malades justiciables pourtant en principe de cette médication héroïque.

2° Ensuite, une insensibilité ou une parasensibilité idiosyncrasique qui fait que certains systèmes nerveux ne réagissent pas ou réagissent d'une façon qui n'est pas courante à la médication opiacée.

La stimulation et la sédation du système nerveux que l'opium semble si intelligemment combiner s'exercent mal ; l'euphorie, dans ces conditions, ne se produit pas et les malades ne retirent pas de la médication opiacée les bénéfices que l'on attendait d'elle.

3° Enfin, une insensibilité encore, mais qui cette fois au lieu de dépendre de la nature intime, de la complexion des cellules nerveuses

du malade, de sa façon habituelle de réagir, dépend d'un état passager, d'un état cyclothymique qui rend réfractaire le système nerveux aux effets de l'opium, le paralyse en quelque sorte¹.

Notons que si la cyclothymie peut expliquer l'étiologie et la pathogénie de certains cas de psycho-névrose proprement dite, quatre vingt dix fois sur cent, il s'agit d'états mélancoliques.

En effet, c'est presque une règle que, lorsque la médication opiacée, bien supportée par les malades, ne provoque pas de réactions salutaires, on a affaire à des mélancoliques cyclothymiques ou, pour parler plus simplement, à des mélancoliques.

1. Une preuve que la médication opiacée agit sur un système nerveux, paralysé dans son pouvoir de réaction et même d'absorption, nous est donnée par le fait qu'elle peut être supprimée brusquement, c'est-à-dire du jour au lendemain, sans inconvénient et sans provoquer un état de besoin chez des mélancoliques qui y ont été soumis quotidiennement et à assez forte dose, pendant un temps relativement long.

Dernièrement encore, un de nos malades mélancoliques, que nous avons cru devoir mettre à la médication opiacée, ne retirant aucun bénéfice appréciable de cette médication, au lieu de diminuer ses doses progressivement, cessa du jour au lendemain de prendre les 80 gouttes de laudanum de Sydenham qu'il prenait sans interruption depuis un an. Il n'éprouva aucun inconvénient de cette suppression brutale d'un médicament auquel il était habitué. Tout autre malade aurait présenté des manifestations traduisant un état de besoin.

L'inéfficacité de l'opium peut donc servir à établir le diagnostic entre mélancoliques et névropathes déprimés et anxieux, dans la majorité des cas du moins.

Que la médication opiacée dans les cas de mélancolie n'agisse pas ou agisse mal, sans parler du déterminisme, dont le mécanisme nous échappe, qui empêche le système nerveux de réagir, cela se comprend, puisque pour que l'opium agisse il est nécessaire que les malades souffrent de dépression, d'anxiété et d'irritabilité, or les mélancoliques ne sont pas ou ne sont qu'accessoirement déprimés, anxieux et irrités.

On sait, en effet, que ce qui caractérise la mélancolie, indépendamment de sa périodicité, c'est la perte du désir, du goût de vivre, c'est l'inintérêt, l'incuriosité, la « morne incuriosité » comme disait Ch. Baudelaire. Rien d'étonnant donc en ce que l'opium ne donne pas de résultat essentiels¹ chez les mélancoliques et fasse ce

1. Nous disons essentiels parce qu'en général la dépression et l'anxiété concomitantes qui accompagnent la perte du désir de vivre et la douleur morale chez les mélancoliques, se trouvent fréquemment atténuées par l'opium. C'est la raison pour laquelle cette médication peut être prescrite avantageusement chez de tels malades. Mais encore une fois, ses résultats, ici, n'ont rien de comparable avec ceux obtenus chez les psychonévropathes déprimés, irrités et anxieux, soulagés à tous points de vue.

que ferait une injection de morphine chez un homme qui ne souffre pas.

B

Le traitement adjuvant.

Le second temps du traitement spécial est représenté par le traitement adjuvant.

Ce traitement s'applique, soit en même temps que le traitement principal, en association avec lui, soit après, lorsque le malade n'est plus qu'un convalescent (simple déprimé, simple nerveux).

Il comprend des médications, des régimes, des pratiques ou moyens thérapeutiques, d'action localisée, partielle et suffisamment douce, pour ne pas nuire aux autres symptômes ou syndromes auxquels ils ne s'adressent pas (proscription des excitants et des sédatifs déprimants).

Tantôt, il lutte seulement contre un symptôme particulier rebelle, comme par exemple l'insomnie, la céphalée, les troubles dyspeptiques, les vertiges, l'impuissance sexuelle, l'amaigrissement, l'anémie, etc¹..., tantôt, il renforce

1. Nous passerons sous silence complètement le traitement adjuvant concernant les symptômes particuliers (insomnie, névralgie, etc...), d'une part, parce qu'il est suffisamment connu de tous les médecins et ne présente pas, ainsi, grand

ou prolonge l'action du traitement principal, spécialement contre un des trois syndromes constitutifs des psycho-névroses mixtes.

A ce dernier point de vue, ce traitement comprend :

1° *Les adjuvants neuro-toniques.*

2° *Les adjuvants sédatifs de :*

- a) l'émotivité.
- b) l'irritabilité.
- c) l'anxiété.

Nous serons bref dans leur étude, car ils sont, contrairement à la médication opiacée, assez bien connus de tous les médecins.

I. — *Les adjuvants neuro-toniques.*

Nous signalerons parmi les médications :

a) *L'acide phosphorique* employé à hautes doses, 40 à 100 gouttes par jour (Joulié) prises en 3 fois, dans un grand verre d'eau, aux repas, pendant une huitaine de jours, avec repos intercalaire d'un temps égal et reprise.

intérêt et, d'autre part, parce qu'il nous entrainerait à un développement disproportionné pour ce travail consacré essentiellement à l'importance et à la nécessité de la médication opiacée dans le traitement des psycho-névroses mixtes et aux grands principes directeurs, aux grandes lignes du traitement de ces états.

L'acide phosphorique est employé habituellement à trop petites doses (10 à 20 gouttes par jour), pour donner des résultats nets. C'est un excellent neuro-tonique qui, une fois la tension psychologique remontée, les symptômes associées à l'asthénie amendés et la réaction opérée par le phosphate de codéine ou le laudanum, complète utilement une cure.

En outre, c'est un aphrodisiaque inoffensif et très efficace dans l'asthénie génitale, à condition de l'employer à hautes doses. A ce titre là, il est généralement méconnu; c'est regrettable, car il est très actif et n'a pas les inconvénients bien connus des autres substances aphrodisiaques (cantharides, yohimbine, ergotine, strychnine, etc...).

b) *Le nucléinate de soude* (J. Lépine, Douath, Lowenstein), sel très riche en phosphore, administré en injections soit tel quel, soit associé à l'arsenic (Courbon, Lassablière).

c) *L'arsenic*¹, employé en injections sous-cutanées ou intra-musculaires et à doses suffisantes sous forme de *cacodylate de soude*, très

1. On sait que l'on explique l'action neuro-tonique de cette substance par sa fixation sur le noyau des cellules nerveuses et sa substitution au phosphore et plus souvent encore par le remplacement de ce métalloïde déficient.

pur¹, ou d'*arrhénal*², lorsque le foie le permet. L'arsenic est particulièrement indiqué lorsqu'à la dépression s'associe un état de dénutrition, d'anémie, d'amaigrissement.

d) Très fréquemment, nous associons l'arsenic à un *sérum artificiel minéral*, employé en injections hypodermiques, dont la formule varie selon les cas (*chlorure de magnésium, glycérophosphate de manganèse, de magnésie, etc...*).

Ce sérum agit physiquement, en stimulant modérément les centres nerveux et en accroissant le tonus, sans provoquer toutefois d'excitation (théorie et mécanisme de Chéron et de Maurice de Fleury), et chimiquement, en apportant aux cellules nerveuses des substances utiles à leur nutrition et à leur régénération.

e) *Les préparations opothérapiques*³: extraits orchitiques, ovariens, surrénaux, totaux, etc...

1. La pureté du produit est nécessaire pour la tolérance parfaite des hautes doses : 30 à 50 centigrammes par jour et par injection; séries de 10 à 15 injections quotidiennes avec repos d'une semaine entre chaque série.

Pratiquement nous nous servons de la « Cacodyline Jammes » et de la « Magnésio-cacodyline Jammes », préparations d'une pureté absolue qui permettent l'emploi, sans réaction fâcheuse, des plus hautes doses de cacodylate.

2. On sait que l'arrhénal ou méthylarsinate de soude, contrairement aux cacodylates, peut s'administrer par la voie orale.

3. Il nous semble utile de faire remarquer que les effets de l'opothérapie mono ou pluriglandulaire (comme par exemple

Parmi les moyens physiothérapeutiques neuro-toniques nous citerons :

a) *L'hydrothérapie*, tiède ou froide (à surveiller) sous forme de douches.

b) *Les frictions*, faites le long de la colonne vertébrale avec de l'eau de Cologne et un gant de crins, le matin au lever et après la douche, et renouvelées, si c'est nécessaire, dans le courant de la journée.

Procédé inoffensif, facile, bon marché et efficace, les frictions constituent un excellent petit moyen pour relever le tonus, diminuer momentanément l'asthénie neuro-musculaire et la sensation d'accablement physique qui l'accompagne. Elles doivent faire partie, non seulement du traitement, mais encore, de l'hygiène des nerveux prédisposés à l'asthénie.

c) *Les massages, l'électrothérapie, l'actinothérapie, l'héliothérapie, la crénothérapie, etc...*

le crinosthényl) dans la neuro-asthénie, ne sont vraiment remarquables que s'il existe un rapport entre ce syndrome et une déficience endocrinienne nette, ce qui est assez rare, contrairement à ce que beaucoup ont l'air de penser.

II. — Les adjuvants sédatifs.

A) de l'Émotivité.

Il s'agit surtout de médications. Citons :

a) *La phényléthylmalonylurée*, employée à doses fractionnées et souvent répétées (méthode des « doses filées ») : 1 à 2 centigrammes, 2-3-4-5-6-7 fois par jour, jusqu'à totaliser 4-6-8-10-12-14 centigrammes dans les 24 heures. En solution, prise par gouttes, elle est très active, très maniable. Sous cette forme, et employée comme nous venons de le dire, elle n'est, pour ainsi dire, pas déprimante. On peut d'ailleurs lui associer un correctif, qui, à ce point de vue, la neutralise complètement. C'est ce qui a été réalisé dans deux excellentes préparations, mises dans le commerce sous les noms d'*Eunéryl* et de *Kaneuron*, et que nous prescrivons tous les jours, avec de très beaux résultats.

b) *Les médications correctrices du déséquilibre neuro-végétatif*. Quand celui-ci est net, précis, nous employons utilement :

1° contre l'hyperexcitabilité sympathique ou sympathicotonie : l'ésérine¹ et la pilocar-

1. L'action de l'ésérine comme tous les médicaments similaires est très complexe. Cette substance, en effet, n'est pas seulement vagotrope, comme le fait remarquer Laignel-Lavastine ;

pine¹, le nitrate d'amyle, la choline, les hyp-sulfites, le tartrate d'ergotamine, etc...

2° contre l'hyperexcitabilité parasymphatique ou vagotonie : la belladone, l'atropine, la scopolamine, l'adrénaline, la jusquiame, le bleu de méthylène (H. Lundberg).

3° contre l'hyperexcitabilité neuro-végétative totale, sympathique et parasymphatique (neurotonie ou amphotonie) : le cratægus oxyacantha, le calcium, les barbituriques, etc...

c) *Les médications acidifiantes*, car il est avéré que la majorité des émotifs anxieux et déprimés présente une alcalinité des humeurs avec souvent carence calcique (pH élevé; calcémie < à 0,009).

Parmi les médications acidifiantes, les plus maniables sont : l'acide phosphorique (déjà vu à propos des neuro-toniques), le chlorure de

avant d'exciter le vague, antagoniste du sympathique, elle excite passagèrement le sympathique ; elle est donc amphotrope. Conf. « Thérapeutique du Sympathique » par Laignel-Lavastine. Ceci montre l'efficacité douteuse, à l'heure présente, de ce genre de médications et la nécessité, si l'on veut soulager sûrement, de ne les employer qu'à titre d'adjuvants et non pas, ainsi qu'on le voit faire trop souvent, comme médications principales, chez de grands malades (anxieux, émotifs, etc...).

1. La pilocarpine agit en excitant le parasymphatique ; c'est donc un sédatif indirect de l'hyperexcitabilité sympathique, comme la choline.

calcium ou *per os*, en injections intra-veineuses, substance à la fois acidifiante, recalciante donc reconstituante, désensibilisante, neuro-tonique, sédatrice et antispasmodique (amphotrope à prédominance sympathique), très intéressante, d'action très complexe, totalement inoffensive et sans aucune toxicité ; enfin l'hématoporphyrine (Vinchon), sous forme d'Hémédonine.

Parmi les moyens physiothérapeutiques sédatifs de l'émotivité nous pourrions mentionner : l'hydrothérapie tiède ou chaude (douches, tubs) ; l'électricité (électricité statique ; haute fréquence, d'arsonvalisation), les bains de lumière, etc...

B) de l'irritabilité nerveuse.

Parmi les médications, le meilleur de tous les sédatifs de l'irritabilité nerveuse est encore la phényléthylmalonylurée, employée comme nous venons de le dire au paragraphe de l'émotivité. Laisant de côté les bromures, sauf exceptionnellement, pour les raisons que l'on sait (dépresseurs, gastralgiques, acnéiques), on pourra encore se servir dans les cas d'irritabilité légère des petits anti-spasmodiques : lupulin, extrait de laitue, valériane, passiflore, ballotte, cratægus, sans demander à ces substances plus que ce qu'elles peuvent donner.

Parmi les moyens physiothérapeutiques, l'*hydrothérapie chaude*, employée pendant un temps plus long que lorsqu'il s'agit de combattre l'émotivité (bains chauds, surveillés tout de même, pour ne pas trop affaiblir les malades) est utile pour combattre l'irritabilité nerveuse.

C) de l'Anxiété.

Si nous avons séparé l'anxiété de l'émotivité, c'est parce qu'il convient de ne pas confondre deux syndromes, très souvent associés, dont l'un même dérive de l'autre, mais cependant, du point de vue thérapeutique, très différents.

L'émotivité n'est qu'une hyperreflectivité du système émotionnel ; l'anxiété est plus que cela ; c'est une hyperreflectivité spéciale, reposant sur un malaise cénesthésique, une souffrance, et non pas seulement une exagération, un hyperfonctionnement du système nerveux qui préside à nos émotions.

Alors que dans l'émotivité, on apaise et guérit les malades en calmant et en faisant disparaître leur éréthisme nerveux, dans l'anxiété véritable, profonde, si on ne se sert que de sédatifs, on ne soulage les malades que dans la faible proportion où l'émotivité associée, jouant le rôle de coefficient, amplifie l'anxiété ;

l'anxiété, en tant qu'anxiété, c'est-à-dire dans son essence, demeure la même.

Si le phosphate de codéïne et le laudanum ont une action si brillante sur l'anxiété, ce n'est pas seulement, comme nous l'avons dit, parce qu'ils sont de remarquables sédatifs, c'est encore et surtout, parce qu'ils sont des substances euphoriques, c'est-à-dire créant un état de bien être, lequel n'est probablement que la résultante de leur action à la fois calmante et stimulante, autrement dit équilibrante sur tout le système nerveux.

Le phosphate de codéïne et le laudanum de Sydenham sont généralement suffisants pour amener une sédation complète de l'anxiété quelles que soient son intensité et ses formes.

Cependant en cas de paroxysme anxieux ou de crise d'angoisse suraigue, il pourra y avoir intérêt à donner au malade, en plus de ces médications fondamentales, une cuillère à soupe du mélange suivant, avec, de préférence, une tasse d'infusion chaude (Prof. A. Le Grand) :

(Sirop de Codéïne . . .		ââ 100 grammes
(Sirop d'Ether		

Nous pouvons signaler que certains auteurs (H. Feuillade, Tinel, nous mêmes), ont obtenu, parfois, une atténuation marquée de l'anxiété,

en particulier des formes impulsives de ce syndrome (phobies d'impulsion et impulsions anxieuses) par l'adjonction aux médications opiacées, s'il s'agit d'état sérieux, ou par l'utilisation exclusive, s'il s'agit d'état bénin, du *chlorure de calcium*¹ employé en injections intra-veineuses (5 à 20^{cm3}, d'une solution de 5 à 10°/o).

Depuis quelques temps, nous essayons avec un certain succès, et à titre d'adjuvant, dans l'anxiété morbide et même l'asthénie anxieuse, le *bromogalactogluconate de calcium* (Calcibronat Sandoz), le *gluconate de calcium* en solution, pur ou associé à d'autres médications, comme, par exemple, le « *Calcium-Plé* » (gluconate de calcium à 10°/o, suractivé par le magnésium glycérophosphorique (2 p. 100) et par le manganèse glycérophosphorique (0,02 cgr°/o).

Enfin l'*hydrothérapie* sous forme de tubs très chauds et très courts, le *repos au lit* plus ou moins prolongé, la *respiration rythmée* selon les règles hindoues, la *centrothérapie* ou

1. Dans l'émotivité anxieuse on a préconisé le *chlorure de calcium* ou le *chlorure de magnésium*, *per os*, à la dose de 3 à 4 gr. ; la *tricalcine adrénalinée* ; le *chlorure de sodium* à 10°/o, en injections intra-veineuses et le *sulfate de magnésie*, en injections intra musculaires ; toutes ces médications agissent surtout comme acidifiants.

réflexothérapie nasale-sympathique (méthode de Bonnier ou variantes), peuvent être considérés comme de petits moyens adjuvants pour combattre, non pas l'anxiété morbide, proprement dite, mais l'angoisse physique, lorsqu'elle est légère ou passagère, mais rien de plus.

Remarque générale

concernant le traitement « adjuvant ».

I. — *Le traitement « adjuvant », traitement principal des psycho-névroses autonomes, à l'exception des psycho-névroses anxieuses graves, voire sérieuses ou rebelles*¹.

Il convient de remarquer que les divers moyens ou médications que nous venons de passer en revue, à propos du traitement adjuvant des psycho-névroses mixtes, ne sont pas autre chose que les médications ou moyens

1. Avec les psycho-névroses anxieuses graves ou rebelles, nous pourrions classer aussi certains cas de dépression cérébrale ou psycho-asthénique, qui, sans être à proprement parler des psycho-névroses mixtes, seront justiciables de la médication opiacée, employée en tant que noosthénique capable d'opérer une réaction sur la tension psychologique.

employés en tant que traitement principal respectif des divers syndromes psycho-nerveux qui, lorsqu'ils se présentent isolément en clinique, forment les psycho-névroses autonomes, à l'exception toutefois des psycho-névroses anxieuses, dont le traitement spécifique, pour peu qu'elles soient accentuées ou rebelles, se confond avec celui des psycho-névroses mixtes (phosphate de codéïne, laudanum...).

Cependant, ces médications et moyens ne représentent pas exclusivement toute la thérapeutique des psycho-névroses autonomes.

C'est ainsi que certaines médications sédatives, telles que les bromures par exemple, certaines médications hypertoniques, telles que la strychnine, proscrites totalement dans les psycho-névroses mixtes pour combattre respectivement les syndromes d'irritabilité et de dépression, pourront trouver, passagèrement ou accessoirement, un emploi utile dans le traitement des psycho-névroses simples ou autonomes, les malades étant sensés, par définition, ne plus présenter de signes de dépression s'ils sont énervés et de signes d'irritabilité s'ils sont déprimés.

Néanmoins, dans l'ensemble, ces médications ne seront guère employées, car elles ne se montreront ni nécessaires, ni très utiles.

II. — *Le traitement « adjuvant », traitement principal des psycho-névroses mixtes bénignes.*

Enfin, quand il s'agit de psycho-névroses mixtes légères, bénignes, voire d'un degré moyen, mais à évolution naturellement favorable et rapide — et elles sont légion ; ce sont elles qui constituent la foule des « petits nerveux » — le traitement adjuvant, bien appliqué, associé au repos, à l'hygiène physique et morale, à la psychothérapie, dans de bonnes conditions de cure, peut suffire et suffit souvent à ramener l'équilibre psycho-nerveux.

Le traitement adjuvant devient le traitement principal ou spécifique.

Il n'est pas nécessaire, alors, de recourir à la médication opiacée, médication somme toute assez délicate dans ses applications et comportant — nous devons le dire, malgré la haute considération que nous avons pour elle, à cause des résultats inestimables qu'elle nous a permis d'obtenir — quelques inconvénients, négligeables lorsqu'elle est indispensable, mais que l'on ne fera pas supporter gratuitement aux malades, c'est-à-dire sans nécessité absolue.

Dans ces cas de psycho-névroses mixtes bénignes, puisque, comme nous l'avons rappelé et démontré, aucune médication en dehors de

l'opium et de ses dérivés n'est polysyndromique, bien que le complexe morbide, l'état psycho-névropathique le soit, le médecin choisira la médication qui s'adressera au syndrome prédominant, tout en veillant à ce qu'elle n'accentue pas les autres syndromes associés (élimination des excitants et des sédatifs déprimants).

Ainsi, on pourra espérer qu'en rétablissant l'équilibre sur un point, cet équilibre partiel entraînera l'équilibre total, les autres facteurs de cure aidant.

IV. — LA PSYCHOTHÉRAPIE

ou

LE TRAITEMENT MORAL.

« Pratiquement le traitement moral ne
« fait qu'apporter un réconfort momentané,
« qui ne va pas au fond des choses, qui ne
« touche jamais le tuf. »

Docteur Maurice de Fleury,
de l'Académie de Médecine.

Tant parce qu'elle a un rôle réel, que parce qu'on a pris l'habitude de lui consacrer une place importante, voire exclusive — ce qui est tout simplement « une lourde, une dangereuse sottise » comme disait M. de Fleury — nous

serions incomplet si nous ne parlions pas de la psychothérapie dans le traitement des psycho-névroses.

C'est donc par là que nous achèverons l'étude théorique de ce livre.

Après tout ce que nous venons de dire, le lecteur aura compris de lui-même que la psychothérapie ne saurait être une méthode de traitement spécifique, nécessaire et suffisant des psycho-névroses, telles que nous les avons définies.

Le problème du traitement moral ne se pose donc pas ; il n'est pas à résoudre ; sa solution se dégage d'elle même de ce qui précède, de toutes les pages de cet ouvrage, martelant et clamant la nécessité d'un traitement médicamenteux doué de propriétés spécifiques. Mais puisque nous voulons discourir sur la psychothérapie, il ne nous restera qu'à résumer cette solution qui s'impose à nous, en y ajoutant quelques considérations générales.

La psychothérapie, entendue dans son sens habituel de thérapie par les moyens psychiques, ne peut remplacer le traitement médicamenteux ou plus exactement physico-chimique

pour la grande raison que, quelle que soit leur étiologie — même si celle-ci relève d'une psychogénèse, c'est-à-dire est constituée par des causes morales (chocs émotionnels, insatisfaction affective, refoulement, etc...) — les psycho-névroses, lorsqu'elles sont fortement constituées et méritent d'être considérées comme des états pathologiques proprement dits, ne sont pas des affections imaginaires, des affections d'essence psychique, des affections sine materia.

Ce sont des affections qui pour être fonctionnelles — nous nous rappelons d'ailleurs que leurs manifestations consistent, pour la plus grande part, non pas en troubles purement psychiques c'est-à-dire en représentations purement cérébrales, mais en troubles somatiques, musculaires, viscéraux, circulatoires, sécrétoires, etc... — n'en sont pas moins en rapport avec un ou plusieurs, généralement plusieurs, états anormaux et fondamentaux du système nerveux tout entier, (dépression, anxiété, irritation nerveuse), états qui constituent l'élément essentiel et en quelque sorte la substance même, comme dit P. Hartenberg, de la maladie, des psycho-névroses.

L'interprétation que donne le malade de ses troubles peut être imaginaire, entendez inexacte, la forme que prennent certains de ses

symptômes psychiques (obsessions, phobies) peut être fortuite ou conditionnée par des circonstances morales, il n'en reste pas moins vrai que ceux-ci reposent sur des perturbations réelles, biologiques du système nerveux.

On ne saurait donc trop flageller le coupable et inhumain nihilisme thérapeutique de certains psychothérapeutes systématiques qui, à l'instar de Dubois, de Berne, proclament ce sophisme, tenu à priori pour évident : « A maladie morale, convient et doit suffire un traitement moral ». Comme l'a écrit le professeur Chatelain « c'est vouloir faire marcher un homme avec une jambe cassée ».

*
*

Ceci dit, il n'en demeure pas moins vrai que, si la psychothérapie ne remplace pas le traitement proprement dit, elle demeure un adjuvant précieux, quand elle est intelligemment appliquée.

Le médecin, l'employant souvent comme Monsieur Jourdain faisait de la prose, s'en servira, sous ses différentes formes et au gré des circonstances, pour aider les malades.

Ici, elle prendra le nom de suggestion, d'auto-suggestion, de compréhension amicale et

intelligente, de réconfort, de distractions, de conseils, d'encouragements, là, elle s'exercera sous forme d'explications, démontrant aux malades que, si on ne peut enlever une idée fixe comme on arrache un clou (faillite de l'hypnotisme) et qu'il faut attendre qu'elle disparaisse d'elle-même par la sédation de l'anxiété sous jacente, exactement comme une fleur d'une plante, à laquelle on a coupé les racines, se fane, il n'a rien à craindre de ses terribles phobies d'impulsion, réduites à demeurer de simples craintes d'actes qui ne s'exécuteront pas ; ici, elle exigera l'isolement, là, elle se fera « active » et rééduquera, réadaptera tel agoraphobique, tel timide, tel phobique de l'impuissance ; ici, elle fera admettre l'inévitable et apprendra la résignation sereine à cet insuffisant, à ce déprimé constitutionnel qui ne peut réaliser toutes ses ambitions et qui en souffre, là, sous forme de psychanalyse, elle recherchera le symbolisme de telle phobie ou le conflit qui se cache sous telle obsession et, en le révélant au malade, en le mettant à jour, en le débridant, pourra, dans certains cas heureux¹, affaiblir sa virulence, diminuer sa charge explosive, exactement

1. Nous disons « dans certains cas heureux », car dans la majorité des cas, comme l'ont écrit judicieusement Devaux et Logre, « il ne suffit pas de remonter à la cause occasionnelle

comme en incisant un abcès, celui-ci fait moins mal et tend à se résoudre.

Elle enseignera aussi les règles d'hygiène morale, affective et physique, nécessaires pour garder l'équilibre reconquis ; elle se fera non

de la préoccupation anxieuse et de démasquer l'erreur affective pour en supprimer la raison d'être, pas plus qu'il ne suffit de connaître la source d'un torrent pour être à même d'en arrêter le cours. C'est beaucoup moins dans l'émotion occasionnelle que dans le terrain profond d'émotivité constitutionnelle que réside le secret du pronostic et du traitement de l'anxiété morbide », (conf. « Les anxieux » par Devaux et Logre, p. 281. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1917).

En outre, le mécanisme freudien des obsessions, auquel nous avons déjà fait allusion, en passant, précédemment, intervient, d'après nous, dans un nombre relativement restreint de cas.

D'une façon générale, sans vouloir solutionner, ici, complètement, le problème de l'interprétation psychanalytique des obsessions et la valeur de la doctrine freudienne, nous croyons pouvoir dire, à ce sujet, avec Devaux et Logre : « même en admettant, pour expliquer la genèse des obsessions, la doctrine du refoulement d'anomalies sexuelles contemporaines de l'enfance, comment concevoir que, chez « tel individu plutôt que chez tel autre, l'état mental obsessif « soit la conséquence de ces anomalies extrêmement fréquentes, et si communes que Freud, avec grande raison, les « considère comme des phénomènes habituels et physiologiques, avant l'âge de la puberté ? Si chez certains sujets plutôt « que chez certains autres, une occasion aussi banale qu'une « tendance à la masturbation, à l'inversion sexuelle fruste et « passagère ou à l'inceste subconscient, sous forme de prédilection de la fille pour le père et du garçon pour la mère, « ont pour effet de provoquer, tardivement, dans la jeunesse « et à l'âge adulte, des manifestations anxieuses si intenses, si « prolongées et si spéciales, ne peut-on pas dire que l'anomalie première réside, non dans la sexualité, mais dans la

seulement curative mais encore prophylactique, préventive.

Et ce rôle bien que modeste, secondaire, hormis certains cas très spéciaux et les cas où le malade n'est que très légèrement atteint et

« réaction émotive elle-même ? Si, chez de tels sujets, la « pudeur fait tant de façons et se scandalise si fort, et à si longue échéance, des perturbations éphémères de la vie psycho-sexuelle, n'est-ce pas parce qu'ils sont, avant tout et dès leur naissance, des *scrupuleux*, c'est-à-dire des *anxieux constitutionnels* », (Devaux et Logre, « Les Anxieux », p. 104-105).

Et Francis Heckel, renchérissant, va jusqu'à écrire : « Au point de vue thérapeutique, Freud prétend que la découverte du complexe original qui est à la base des réactions hyperémotives dans la névrose d'angoisse, suffit à déterminer leur disparition lorsqu'elle a été communiquée au malade ! *Je ne pense pas que jamais Freud ni ses disciples, puissent montrer à des confrères compétents et ayant conservé leur lucidité critique, un seul cas de guérison authentique obtenu par ce procédé...* En règle générale, l'investigation psychanalytique est aussi inopérante au point de vue thérapeutique qu'elle est mal établie, d'emploi peu pratique et dangereuse. C'est une méthode troublante pour un patient émotif, suggestible et obsédable... Elle est donc avant tout, et de la façon la plus certaine, une cause d'émotivité indiscutable et, par l'auto-analyse qu'elle demande, une raison d'obsession et d'anxiété ». (« La Névrose d'Angoisse », p. 211, par F. Heckel ; Masson, éditeur, Paris 1917).

Sans être aussi exclusif et hostile envers la psychanalyse, nous reconnaissons que cette méthode est plus un moyen d'investigation utile et ingénieux pour sonder le subconscient, qu'elle a permis d'étudier, et découvrir la genèse, le mécanisme de certaines anomalies sexuelles, (sadisme, masochisme, exhibitionnisme, homosexualité, narcissisme ou auto-érotisme) acquises à la suite de chocs ou traumatismes moraux et émotionnels, ayant entraîné une fixation ou une régression de la

qui ne rentrent pas dans le cadre de ce livre, est suffisamment grand, noble et humain pour que la médecine soit fière de la psychothérapie et voit en elle un de ses plus beaux auxiliaires.

sexualité et de l'affectivité aux stades infantiles pré-pubères, qu'un moyen thérapeutique pour traiter les états anxieux et en particulier les obsessions.

Répétons-le, celles-ci doivent être combattues avant tout médicalement, nous voulons dire pour les médications sédativo-euphoriques, jointes à l'hygiène physique et morale, base de tout traitement sérieux et vraiment efficace.

Néanmoins, maniée avec prudence et intelligence, et à titre complémentaire, la psychanalyse pourra être un auxiliaire du médecin, ne serait-ce qu'en éclairant, qu'en instruisant le malade, qu'en lui révélant, par exemple, le caractère banal et courant de certains souvenirs (perversions sexuelles infantiles transitoires et liées à l'évolution instinctive physiologique) que son scrupule excessif et morbide considérait comme de lourdes fautes ou de graves et exceptionnelles anomalies et, par le fait, les entretenait.



CHAPITRE III

OBSERVATIONS DE MALADES

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS DE MALADES

« Abusus non tollit usum ».

Une étude thérapeutique sans observation est comparable à un livre de géographie sans carte.

C'est pour cette raison que nous avons écrit ce chapitre.

Dans une première partie, nous rapporterons les observations de malades gravement atteints, chez lesquels la médication opiacée s'est montrée nécessaire et souveraine, illustrant ainsi tout ce que nous avons dit au sujet de l'importance de cette médication.

Mais comme l'étude de la thérapeutique des psycho-névroses par l'opium et ses dérivés comporte non seulement les applications de cette médication, mais encore ses contre-indications, dans une seconde partie, nous citerons quelques observations de malades concernant les cas les plus typiques pour lesquels la médication opiacée est inutile ou contre-indiquée.

Et ainsi, tout en ayant eu comme objectif principal le traitement des psycho-névroses mixtes, celui de tous les états psycho-névropathiques se trouvera illustré.

A

OBSERVATIONS DE MALADES

traités par la médication opiacée.

« J'ai prescrit de l'opium au cours de ma carrière, à des milliers de malades et cependant je ne crois pas que personne puisse me reprocher un seul cas où il serait devenu une habitude, une fois le mal passé.

« Le nerveux, précisément parce que nerveux le supporte, et s'en trouve bien à des doses que ne prendrait pas impunément un bien portant. » Professeur Chatelain.

Observation n° I.— En 1930, M^r E. M, 24 ans, présente depuis 6 ans, à la suite d'une fièvre typhoïde, un état névropathique grave et rebelle qui se caractérise :

1° par une asthénie neuro-musculaire intense, profonde et un effondrement de la « tension psychologique », ce qui entraîne une aprosexie quasi-complète, et une impossibilité totale d'accomplir tout travail physique ou cérébral.

2° par une irritabilité nerveuse extrême avec impatience, insomnie, énervement, impossibilité de s'adonner posément à une occupation,

3° enfin, par une hyperémotivité anxieuse suraiguë se traduisant par de l'hyperreflectivité, de l'hyperesthésie sensitivo-sensorielle, une sensibilité extraordinaire et pénible, ensemble qui tient le malade dans un état de vibrations douloureuses continuelles,... et plus important que tout cela encore, par des obsessions constantes, qui torturent sans répit l'esprit de ce jeune homme, obsessions qui ont revêtu la forme si dramatique des phobies d'impulsion (peur de tuer, de se tuer, puis peur d'accomplir tous les actes répréhensibles ou criminels possibles).

Dans ces conditions, la vie de ce malade devient bientôt intolérable.

Tant au point de vue physique qu'au point de vue moral, ce malheureux jeune homme est un très grand malade.

Dans ses antécédents héréditaires, on ne relève rien de particulier, seulement chez sa mère un certain degré d'hyperémotivité. Ses antécédents personnels, par contre, montrent qu'il est un déprimé constitutionnel émotif, anxieux et irritable.

Voici brièvement raconté l'histoire de la maladie de ce jeune homme.

Après un calvaire de 2 mois, passés sans qu'il ait osé confier son tourment à un médecin ou à son entourage — ce qui est classique —

« de peur de paraître fou¹ », ce malade se décida enfin, à consulter un médecin, qui nullement averti de ce genre d'affections, essaya de le raisonner et lui prescrivit quelques reconstituants (phytine, glycérophosphate, liqueur de Fowler, etc...).

Après 1 mois de traitement, n'étant pas soulagé, le malade alla consulter un neuro-psychiatre. Ce spécialiste, qui semble ne pas s'être bien rendu compte de la gravité des manifestations morbides pour lesquelles il était consulté, conseilla contre l'état dépressif des injections de cacodylate de soude et contre l'état « nerveux » un peu de gardénal (0,05 à 0,10 par jour). Le résultat fut nul. Le gardénal accrût l'asthénie sans apaiser en quoi que ce soit l'émotivité anxieuse ; quant à l'effet du cacodylate, il passa inaperçu.

Le malade et sa famille décidèrent alors de consulter un neurologue connu. En dehors de quelques médications secondaires, que nous passerons sous silence, ce spécialiste conseilla la thérapeutique par la strychnine, en injections,

1. Il faut que les médecins connaissent la tendance qu'ont les malades à ne pas se confier franchement et par conséquent à se laisser passer pour moins malades qu'ils ne le sont. Si certains exagèrent, la plupart font le contraire et ceci contribue à ce qu'ils ne soient pas traités aussi énergiquement qu'il conviendrait.

à hautes doses et à doses progressives ; en même temps il prescrivit, chose pour le moins paradoxale, une préparation bromurée dont les effets ne pouvaient qu'annihiler ceux, d'ailleurs néfastes, de la strychnine et vice et versa. Comme il était à prévoir, la strychnine n'améliora pas l'asthénie d'un iota ; par contre, elle accrût terriblement l'hyperémotivité anxieuse, l'irritabilité et l'irrésistibilité apparente des phobies d'impulsion. Quant au bromure, il ne fit qu'accroître la dépression nerveuse et cérébrale déjà si marquée du malade.

Ce nouvel échec d'une thérapeutique médicamenteuse devait amener notre malade, à penser que son état relevait, peut être exclusivement, d'un traitement moral¹.

Après plusieurs semaines d'appel à la volonté, au self-control, le malheureux sortit du

1. Il nous semble indiscutable que l'usage des médications usuelles, banales, couramment appelées toniques ou sédatives, médications qui, comme nous l'avons montré, ne s'adressent pas spécifiquement aux syndrômes aigus des psycho-névroses et en particulier des psycho-névroses mixtes, en n'apportant aucun soulagement aux malades nerveux, a contribué à pousser certains médecins distingués dans le nihilisme thérapeutique et à ne demander aide et assistance pour leurs malades qu'à la psychothérapie. Nous ne pouvons pas comprendre autrement l'attitude de médecins aussi éminents et aussi fourvoyés dans l'erreur que le professeur Déjerine et le professeur Dubois, de Berne, par exemple.

cabinet du psychothérapeute, anxieux, pantelant et encore plus déprimé qu'il n'y était entré. Ceci n'a rien d'étonnant, car comment veut-on qu'à une maladie nerveuse grave, faite d'asthénie profonde, d'irritabilité et d'anxiété aiguë avec obsessions tenaces, rebelles, un traitement moral, c'est-à-dire des paroles et des exhortations, puisse suffire !

Ne se résignant pas à souffrir et à abandonner la lutte, le malade passa de médecin en médecin. Bref, c'est après avoir essayé tous les traitements usuels possibles et imaginables (reconstituants, sédatifs, opothérapie, hydrothérapie...), après avoir passé en dernier lieu, 2 ans entiers dans le repos le plus absolu, sans résultat appréciable, que ce malade échoua à notre cabinet, convaincu d'être atteint d'une de ces affections incurables, pour lesquelles la médecine ne peut rien.

Après nous être assurés, qu'il n'y avait aucun trouble biologique de nature à perpétuer l'état psycho-névropathique, nous instituâmes un traitement par les injections de phosphate de codéine faites le matin au réveil. Comme cela se voit généralement, les effets heureux de la médication se firent sentir brusquement ; après huit jours de traitement, on était alors à 4 centigrammes et demi, ce malheureux éprouva la

sensation inqualifiable de sortir d'un enfer, de renaître à la vie.

Sa torturante anxiété, son effroyable douleur morale, ses obsessions constantes et terribles, son asthénie physique et cérébrale accablante, son irritabilité s'évanouirent comme « un morceau de glace sur le feu ». Sa tension psychologique effondrée et que ni le repos, ni les toniques nervins n'avaient pu faire remonter, remonta brusquement.

Nous continuâmes à augmenter la dose quotidienne (à raison de 2 milligrammes) jusqu'au moment où elle atteint 13 centigrammes. Le malade fut maintenu environ 2 mois à cette dose maxima et jamais aucune réaction désagréable, aucun malaise ne fut constaté. Parallèlement à ce traitement : repos, distractions, hygiène, hydrothérapie tiède, etc...

Lorsque nous jugeâmes le moment venu de cesser le traitement, la guérison semblant acquise, nous baissâmes insensiblement les doses (2 milligrammes en moins jusqu'à 3 centig. ; à partir de cette dose, 1 milligramme en moins tous les jours).

Ainsi le malade atteignit le zéro médicamenteux sans heurt, sans rechute ; quelques injections d'un sérum neuro-tonique et reconstituant (cacodylate-magnésium) vinrent, à la fin de la

cure, masquer la cessation des injections de phosphate de codéine et faciliter ainsi le sevrage d'une médication, qui avait du être employée à doses assez hautes et longtemps, étant donnée la gravité du cas.

En dehors d'un peu d'acide phosphorique et d'un peu phényléthylmalonylurée, prise à dose réfractée, aucune autre médication ne vint s'ajouter au traitement ci-dessus indiqué. Nous aurions estimé insuffisamment complète la cure de ce malade, si nous avions omis de le renseigner sur la qualité de son système nerveux, sur sa résistance possible et sur les moyens prophylactiques à mettre en œuvre pour éviter une rechute.

Il nous a été donné de revoir ce malade plusieurs fois depuis sa guérison ; celle-ci s'est maintenue depuis bientôt huit ans.

Observation n° II. — M^{me} H. de G., 45 ans, traitée en 1931. Veuve, sans enfant.

Antécédents personnels : constitution émotive très nette ; par contre, les tendances constitutionnelles à la dépression, à l'asthénie sont extrêmement légères, même douteuses, contrairement au malade précédent.

Antécédents héréditaires : rien d'intéressant, si ce n'est une certaine émotivité chez son père (hérédité croisée, classique).

M^{me} de G. en dehors d'une émotivité trop vive, peut être considérée comme ayant eu une vie normale jusqu'en 1927.

A cette époque, elle contracte la syphilis, malgré une vie très « rangée » dans l'ensemble.

A la nocivité biologique de l'infection se surajoute celle, très grande chez un sujet prédisposé, du choc émotionnel, éprouvé en apprenant la nature de la redoutable affection.

Petit à petit apparaît un état anxieux sérieux, compliqué secondairement d'asthénie physique et cérébrale.

La malade est constamment obsédée par l'idée de sa maladie vénérienne et par des phobies d'impulsion ; elle se voit paralytique générale, tabétique, etc... La vie devient impossible ; le sommeil est compromis ; les nuits se passent dans une angoisse affreuse ; tout travail, toute distraction deviennent impossibles ; tous les appareils sont touchés : digestions lentes, constipation, essoufflement, somnolence post prandiale, hypotension artérielle coupée de poussées d'hypertension paroxystique anxieuse, maux de tête, rachialgie, tremblement, troubles circulatoires, etc...

*
* *

Le premier médecin consulté — qui n'est pas un spécialiste — met naturellement sur le compte de l'infection tréponémique l'état psycho-nerveux présenté par cette malade.

Plusieurs séries d'injections anti-spécifiques sont pratiquées (Novarsénobenzol - Bivatol - Quimby - Cyanure de mercure). Le B-W dans le sang devient négatif complètement, avec un Verne à 3, après 14 mois de traitement.

Hélas, l'état psycho-névropathique — ce qui ne nous étonne pas — ne s'améliore pas ; il s'aggrave même et apparaît indépendant de l'infection vénérienne.

Une ponction lombaire est alors pratiquée. Les réactions de B-W, de Guillain au benjoin colloïdal sont négatives ; il n'y a pas d'hyperalbuminose, pas de lymphocytose, non plus.

Le médecin traitant et la malade, après 2 ans de soins spécifiques sont alors d'avis de consulter un neurologue. On en voit même deux.

Ils conseillent la continuation du traitement spécifique malgré les réactions biologiques satisfaisantes.

Le premier prescrit en outre divers sédatifs (gardénal, bromure, « passiflorine », « Euphytose », etc...) sans résultat.

Le second conseille un traitement par la strychnine contre l'état dépressif ; résultat que l'on suppose : aggravation de l'état anxieux sans compensation du côté dépressif (asthénie).

Une cure d'isolement et de repos avec hydrothérapie se montre inefficace. La douleur morale est intense et l'asthénie extrême. C'est à ce moment, que lisant un jour dans un journal un fait divers (crime), la malade est soudain obsédée par la pensée qu'elle pourrait être poussée à accomplir un crime. Telle pensée la torture,

La malade désespérée erre de médecin en médecin et songe à en finir. Toutes les médications usuelles possibles et imaginables, tous les moyens physiothérapiques sont essayés en vain.

*
* *

C'est au début de 1931 qu'elle vient à notre consultation.

Nous étions le 16^e médecin appelé à lui donner des soins. Les examens de laboratoire usuels sont pratiqués à nouveau : réactions de B-W et de Verne dans le sang : négatives ; B-W et réaction de Guillain, au benjoin dans le liquide céphalo-rachidien : négatives également ; dosage de l'urée sanguine : 0 gr. 31 ;

calcémie : 0,118 par litre ; urine : pas d'albumine, pas de glucose. L'examen somatique nous montre une maigreur extrême, une grande hypotonie musculaire. La tension artérielle au Vaquez : 11-6 ; oméga anxieux sur le front ; règles normales et régulières.

Système nerveux : réflexes tendineux, pupillaires : normaux ; sensibilité normale ; pas d'Aroyll-Robertson ; pas de Romberg.

Système sympathique : dermatographisme nette ; sudation abondante ; pouls instable ; réflexe oculo-cardiaque : ralentissement notable ; réflexe solaire : pas de ralentissement du pouls. Glandes endocrines : métabolisme normal ; rien d'évident du côté endocrinien.

Devant cet état de chose, nous diagnostiquons : état dépressif, irritable et anxieux, développé sous l'action combinée du choc émotionnel consécutif à la révélation de l'affection syphilitique et de la nocivité réelle de cette maladie sur l'organisme en général et le système nerveux en particulier, ensemble qui a précipité dans une psycho-névrose mixte grave une malade constitutionnellement émotive.

Supprimant toute autre médication à cette malade droguée jusqu'ici inutilement, nous lui appliquons le traitement par le laudanum. Celui-ci fait merveille, mais semblant ne pas

être très bien supporté par les voies digestives, nous le remplaçons au bout de 15 jours par le phosphate de codéine en injection. La dose initiale est de 4 centigrammes ; la progression quotidienne de 2 milligrammes. Parvenue à 7 centigrammes, la malade éprouve une sédation nette de l'anxiété et de l'irritabilité et une stimulation de tout son système nerveux déprimé. La dose maxima devait être de 8 centigrammes. Elle fut maintenue un mois environ.

A partir de la 25^e injection, nous associons un sérum neuro-tonique arsenical.

Très vite la malade se transforme au point de vue physique et moral.

Après avoir souffert des années, elle est guérie à la suite de notre traitement, qui a duré environ 3 mois et demi.

Cette malade que nous avons revue en 1935, remariée depuis un an, a gardé l'équilibre psycho-nerveux que nous lui avons redonné.

Observation n° III. — M^{me} J. T., 40 ans, traitée en 1930.

Il s'agit d'une femme amenée ou plutôt traînée à notre consultation par son mari.

Celui-ci nous apprend qu'en 1927, sa femme avait accouché d'un enfant qui devait mourir deux ou trois mois après.

La grossesse et l'accouchement avaient déjà amené des troubles anxieux, de l'énervement et un certain degré d'asthénie. La mort de son enfant aggrava son état.

Dès ce moment, l'appétit disparut complètement, les digestions se firent lentement, un amaigrissement considérable se développa, les nuits devinrent blanches bourrées de cauchemars anxieux.

L'anxiété, qui était diffuse, petit à petit se systématisa et des idées de culpabilité, d'indignité, des remords vinrent torturer le cerveau de cette pauvre femme cependant consciente du caractère morbide de sa douleur morale : idées que si son enfant était mort, c'était de sa faute, etc...

Le mari et l'entourage la montrèrent au médecin qui l'avait accouchée.

Sur ses conseils, on usa de tous les moyens usuels : changement d'air, voyage, médications toniques, reconstituants et sédations (gardénal, bromure, valériane).

Aucun résultat. On changea de médecin. On la montra à un « spécialiste de l'estomac ! » : radio, régime, ceinture anti-ptose, etc... ; résultat toujours nul.

La famille se souciait beaucoup plus des troubles digestifs, de l'amaigrissement que des

manifestations « nerveuses », décida de confier cette malade à un médecin, directeur d'une maison de régime et de repos.

Elle entra donc dans l'établissement de ce confrère qui, à côté de soins généraux (repos, hydrothérapie, régime alimentaire, massages, etc...) crut bien faire de lui donner une médication bromurée.

Ne constatant aucune amélioration, la malade quitta l'établissement.

C'est à ce moment que nous la vîmes.

Il y avait bientôt 3 ans, qu'elle était dans le même état nerveux lamentable.

Son poids, habituellement de 56 kilogrammes, était tombé à 42 kilos. Son asthénie était accentuée, son anxiété extrême, sa douleur morale intense et son irritabilité vraiment pénible.

Nous apprîmes, que vers l'âge de 20 ans, un peu avant son mariage, elle avait déjà présenté un état « neurasthénique », à la suite d'une déception de nature sentimentale.

Constitutionnellement, c'était une émotive, légèrement déprimée, une petite « psychasthénique ».

*
* *

Organiquement et biologiquement, rien d'autre, en dehors de ce qui a été signalé, n'étant relevé chez cette malade, nous essayâmes le traitement par le phosphate de codéine associé, tenant compte de l'amaigrissement considérable, à un traitement arsénical (0 gr. 30 de cacodylate par jour) et magnésium (0 gr. 20 de chlorure de magnésium).

Avec les précautions d'usage, nous atteignîmes la dose maxima de 8 centigrammes de phosphate de codéine par jour.

Après 2 mois et demi de ce traitement, la malade, dont le poids était passé à 49 kilos et ne cessait d'augmenter, avait repris son calme, sa force. Ses idées anxieuses de culpabilité avaient totalement disparu. Ne voulant pas absorber de médication par la bouche et craignant de mal les supporter, nous ne nous servîmes que du phosphate de codéine en injections.

La régression des doses s'accomplit avec cette médication sans le moindre incident, sans le moindre retour offensif du mal.

La malade, avec laquelle nous sommes restés en relation, s'est maintenue en parfaite santé. En 1936, elle pesait 54 kilos et menait une vie normale.

Observation n° IV. — M^{lle} V. M., 26 ans, malade traitée en 1934.

M^{lle} V. M. est une employée de magasin, de constitution émotive plutôt que dépressive, qui, à la suite de la mort de sa mère, est tombée dans un état de dépression anxieuse et irritable. Comme cela se voit souvent, l'émotivité anxieuse a ouvert la porte à l'asthénie.

Une insomnie tenace s'est peu à peu installée; depuis, les nuits se passent dans une rumination mentale anxieuse continuelle. L'obsession de la mort s'est emparée de l'esprit de cette jeune fille et des questions, qui y ont trait, la harcèlent sans cesse: Pourquoi meurt-on? Que devient-on après la mort? Bientôt l'angoisse de mourir subitement s'empare d'elle, elle n'a plus alors de repos, de tranquillité morale.

Tourmentée sans cesse, d'une irritabilité extrême, l'appétit ayant totalement disparu, des symptômes très nets d'asthénie neuro-musculaire et d'asthénie cérébrale viennent s'ajouter au lugubre tableau réalisé par l'émotivité anxieuse.

L'entourage, qui ne comprend guère cet état — ce qui n'est pas étonnant — essaie de la secouer, de la distraire. Hélas, les distractions n'ont aucun effet; elle ne peut d'ailleurs ni lire, puisque son attention ne se fixe pas et que son

cerveau se fatigue vite, ni suivre un spectacle quelconque puisque le champ de sa conscience est constamment envahi par les mêmes représentations anxieuses.

Elle perd 6 kilos. L'asthénie, le matin surtout, est extrême. La malade éprouve des « sentiments d'incomplétude » ; elle ne « se sent plus dans la vie réelle ».

Après 3 mois de souffrance, cette jeune fille est allée consulter un médecin, non spécialisé. Celui-ci lui a donné quelques paroles d'encouragement avec un traitement reconstituant et quelques hypnotiques. Aucune amélioration n'est survenue.

On a changé de médecin. Le nouveau confrère, ayant crû déceler un état de sympathicotomie, l'a traitée par la gènesérine. Résultat nul. Il lui a fait ensuite des injections intra-veineuses de chlorure de calcium et d'hyposulfite de magnésium : pas d'amélioration sensible, en dehors d'une très légère diminution de l'asthénie neuro-musculaire. Ces remèdes ont été laissés et remplacés par du gardénal à petites doses. L'irritabilité semble avoir regressé nettement, mais les obsessions, l'anxiété n'ont pas été sensiblement améliorées ; le niveau mental est toujours bas et dans l'ensemble l'état est stationnaire.

C'est alors qu'un autre médecin, conseille l'hydrothérapie sous forme de douches froides et la cessation de toute médication.

Au bout d'une semaine, l'anxiété et l'énervement atteignirent un degré jusque-là inégalé sans compensation nette du côté de la dépression, de l'asthénie. La vie devint intolérable...

Il fallut changer encore de médecin.

On essaya un abcès de fixation. Souffrances physiques, fièvre, incision, etc... sans la moindre réaction heureuse...

La malade, continuant ses pérégrinations, finit chez un confrère qui déclara à la famille, qu'il était en présence d'une « hystérique » (?) et qu'il fallait marier cette malade, afin de lui changer les idées.

Cette jeune fille ne se maria pas, mais fit la connaissance d'un jeune homme et devint sa maîtresse. Malheureusement, son état affectif, cérébral et nerveux ne subit de cela aucune amélioration. Comme elle le disait elle-même, elle était trop atteinte pour pouvoir profiter d'un dérivatif quelconque, même d'un dérivatif aussi puissant que l'amour.

A ce moment, cette malade eut une grippe qui nécessita les soins d'un médecin de médecine générale. Ce fut son chemin de Damas. Ce confrère lui conseilla de nous consulter.

Nous la primes en main dès sa convalescence de la grippe.

*
*
*

Ne pouvant lui appliquer un traitement par injections quotidiennes, pour différentes raisons, nous entreprîmes chez cette jeune fille une cure par le laudanum de Sydenham.

La dose de début (dix gouttes de notre formule, ce qui équivalait à sept gouttes de laudanum pur), fut portée lentement à cent gouttes (80 gouttes de laudanum), à raison d'une progression de deux gouttes par jour.

A 46 gouttes du mélange, première réaction d'euphorie ; à 80 gouttes, disparition à peu près complète de toutes les manifestations anxieuses et irritables ; grande amélioration de l'asthénie physique et cérébrale. La dose de 100 gouttes du mélange fut maintenue pendant près de 2 mois. La régression des doses demanda 1 mois et demi. Aucun incident à signaler ; aucune velléité toxicomaniaque. La malade, cependant fine, perspicace et intelligente, n'a même jamais su, bien que ce fut elle qui comptât ses gouttes, faute d'une tierce personne, à laquelle des 3 médications conjuguées (valériane, belladone et laudanum) revenait le mérite de l'avoir guérie.

Observation n° V. — M^{lle} J. S., 29 ans, traitée en 1930.

En 1930, nous sommes appelés auprès de M^{lle} J. S. atteinte depuis 14 mois « d'anémie cérébrale », euphémisme employé, par la malade et sa famille, pour désigner une psycho-névrose mixte grave.

Nous sommes le 15^e médecin consulté, appelé à lui donner des soins.

Nous trouvons une jeune fille, pâle, émaciée, présentant un accablement physique, une asthénie si marquée qu'elle ne peut se tenir debout — c'est sur une chaise longue qu'elle nous reçoit — le visage contracté, le front plissé, les muscles de l'arcade sourcillière ébauchant l'oméga mélancolique et exprimant une profonde douleur morale, une souffrance intérieure aiguë.

Avec peine, d'une voix cassée, éteinte et qui sort difficilement, tant l'angoisse l'étreint « vox faucibus haesit », cette jeune malade nous met au courant de son histoire que nous rapportons : c'était pendant l'hiver 1928-1929 ; une grippe compliquée de bronchite l'avait tenue au lit près d'un mois. Une asthénie anormale avait succédé à l'affection aiguë et malgré le repos, quelques reconstituants, les forces ne revenaient pas. Les choses en étaient là, lorsqu'une

lecture, un beau jour, vint réveiller et cristalliser un état anxieux qui, sous forme d'inquiétude vague, incoordonnée en s'ajoutant à l'état dépressif, faisait souffrir cette jeune fille depuis déjà quelque temps. Des scrupules religieux, des obsessions, des remords anxieux avaient pris possession de l'esprit de notre malade et bientôt sans arrêt la torturaient. Elle se demanda, si elle ne devenait pas folle. Des obsessions de contraste, terriblement douloureuses, lui donnèrent l'impression qu'un étranger, qui n'avait rien de sublime, contrairement à celui du poète, s'était substitué à sa volonté, ou plutôt qu'il y avait deux personnes en elle : son moi ancien, raisonnable, bon, pieux et un être damné, qu'elle ne connaissait pas, qu'elle répudiait, l'ange des mauvais désirs et de la « folie lucide ».

Une lutte effroyable, jour et nuit, mit aux prises ces deux êtres si diamétralement opposés. Une pareille douleur morale devait aboutir bientôt à un épuisement complet.

Malgré des croyances religieuses excessivement fermes, des idées de suicide vinrent, à ce moment, assaillir l'esprit de cette jeune fille cherchant un refuge quelque part. Le remords qui naquit de ces idées, devait aggraver encore son anxiété et son tourment moral.

Le confesseur de cette malade, son directeur de conscience fut le premier homme qui recueillit ses confidences et l'aveu de ses souffrances.

Cet homme, qui semble bien s'être rendu compte du caractère morbide des idées de sa pénitente, lui conseilla de consulter un médecin.

Il faudrait ne pas connaître la complète ignorance psychiatrique des médecins non spécialisés, pour être surpris de la thérapeutique, qui lui fut appliquée.

Avec des paroles et des exhortations à « réagir », on lui administra des toniques (vins phosphorés, strychninés, caféïnés, kola, cacodylate, etc... douches froides) qui accrurent encore son angoisse et son tourment.

Un véritable défilé chez la plupart des médecins en renom de la ville la conduisit un jour chez un neurologue.

Celui-ci, conseilla deux prescriptions médicamenteuses : 1° injections « d'antasthène », tous les jours ; 2° le soir, après le repas 2 cuillerées à café de « vériane Buriat ».

Qu'un médecin spécialiste des maladies nerveuses prescrive à une malade, aussi atteinte que l'était cette jeune fille frôlant le désespoir, le suicide, ces deux préparations — bonnes en elles-mêmes, quand elles sont réservées à des cas bénins, appropriés ou en tant qu'adjuvants

— cela nous semble une erreur et une erreur assez grave. Comme l'a très justement écrit Maurice de Fleury « certains suicides ne sont, en vérité, que des homicides par imprudence ».

Si cette jeune fille, qui pendant des mois et des mois subit, pour ainsi dire sans être secourue, sans sommeil réparateur, sans répit d'un instant, de pareilles tortures, s'était suicidée — encore que le suicide soit relativement rare chez ce genre de malades n'appartenant pas à la classe des mélancoliques proprement dits — le neurologiste, qui avait accepté la tâche de la soigner, aurait été moralement responsable de sa fin tragique.

Ce ne fut qu'après plusieurs mois de cette thérapeutique inefficace, que la famille de cette malheureuse vint nous prier de nous occuper d'elle et de prendre en mains son traitement.

Après avoir expliqué à la malade la signification de ses symptômes et leur nature, nous la mîmes au laudanum de Sydenham, ne pouvant pas lui faire suivre un traitement par injections de phosphate de codéine, les injections n'étant pas acceptées facilement et bouleversant, rien qu'à leur pensée, la patiente.

Ce fut la mère de la malade que nous chargeâmes d'administrer le remède.

On débuta par huit gouttes; la progression fut de 2 gouttes par jour; la dose maxima devait atteindre cent vingt gouttes (120). Trois fois par semaine, nous fîmes une injection de magnésio-cacodyline Jammes (chlorure de magnésium 0 gr. 20; cacodylate de soude 0 gr. 30); le soir, tous les jours, nous prescrivîmes un cachet de 0 gr. 03 de phényléthylmalonylurée, d'ailleurs supprimé lorsque la malade fut à 46 gouttes de laudanum.

Nous maintînmes notre malade à la dose maxima de laudanum pendant 3 mois.

Grâce aux précautions usuelles : pas de constipation, (bourdaine); pas d'anorexie, au contraire; traitement admirablement bien supporté.

Amélioration « miraculeuse » disait la malade.

Guérison totale après 5 mois de traitement.

La précieuse médication fut abandonnée sans aucune difficulté et nous montra, une fois de plus, l'inanité des craintes, à son sujet, de la plupart des médecins.

Pas de récurrence depuis.

Observation n° VI. — Bien que le pauvre garçon, dont nous allons rapporter maintenant l'observation, ait réalisé une forme excessivement pénible de psycho-névrose mixte, dans laquelle les manifestations dépressives (asthénie physique et cérébrale) ont tenu une place importante, il ne nous semble pas, qu'il s'agisse d'un déprimé de naissance. Nous pensons avoir à faire tout simplement à un nerveux, entendez un émotif constitutionnel, un de ces malades démontrant, ainsi que nous l'avons dit, que tous les syndromes constitutifs des états psycho-névropathiques mixtes ne reposent pas toujours sur des prédispositions innées et que un ou deux d'entr'eux peuvent être secondaires et acquis.

Voici brièvement narrés les faits.

Le jeune P. B., 19 ans, né de parents normaux — quoique la mère puisse être considérée comme une nerveuse, une émotive — est un jeune homme bien constitué, grand, musclé, paraissant éveillé, intelligent dans ses réparties, et qui semblerait même très robuste physiquement si son dos voûté ne venait lui donner un air de lassitude, de fatigue.

Jusqu'à l'âge de 14 ans, sa santé a été florissante, son équilibre psycho-nerveux satisfaisant malgré une certaine tendance à l'hyperémotivité

(timidité, spasmes divers, etc...), son activité physique et intellectuelle assez brillante (il aimait les sports, les études ne le fatiguaient pas, il occupait sans efforts disproportionnés un bon rang en classe), ce qui était la preuve que son capital énergétique, son potentiel nerveux était normal.

A partir de cet âge — il se trouvait alors en seconde, au lycée, au début de l'année scolaire — son caractère, son activité, son rendement en un mot subit rapidement de profonds changements, au point que ses parents et ses maîtres l'accusèrent de se relâcher et de manquer de bonne volonté.

Lui, qui terminait toutes ses années scolaires assez brillamment, avec des prix, acheva sa seconde dans les derniers de la classe et sans avoir une nomination au palmarès.

L'année du baccalauréat fut encore plus mauvaise et la fin de sa rhétorique fut marquée — ce qui était à prévoir — par un échec. On en était là, ses parents sur le point de l'envoyer dans une maison qui prépare au baccalauréat les élèves récalcitrants et n'attribuant l'incapacité de leur fils qu'à la paresse, une paresse volontaire, lorsque P. B. leur révéla, dans un moment de douloureuse sincérité et d'abandon désespéré, que médicalement parlant il lui était

impossible de continuer ses études, qu'il était malade, qu'il ne pouvait s'adonner à aucun travail malgré la meilleure bonne volonté, qu'il n'avait plus d'attention et qu'une fatigue physique et cérébrale intense, mêlée d'anxiété, d'angoisse et d'énervement, l'empêchait complètement d'étudier.

P. B. confessa à son père, après quelques réticences, qu'il en était arrivé-là à la suite de deux années de masturbation quotidienne. Mal renseigné sur les dangers de la masturbation à cet âge — à l'âge de la jeunesse qui est, comme l'a remarqué très justement le Professeur Pierre Janet et contrairement à ce que l'on pense communément, la période la plus rude et la plus dure de la vie¹, à l'âge où le système nerveux a justement besoin de toutes ses réserves énergétiques — ce jeune homme s'était livré au vice solitaire, d'abord avec une certaine retenue, puis frénétiquement.

1. « Il est un âge, légèrement variable suivant les pays et les milieux où tous les grands problèmes de la vie se posent simultanément. Le choix d'une carrière, et le souci de gagner son pain, tous les problèmes de l'amour, et pour quelques-uns tous les problèmes religieux : voilà des préoccupations qui envahissent l'esprit des jeunes gens et qui absorbent complètement leur faible force de pensée. Ces mille influences manifestent une insuffisance psychologique qui reste latente pendant les périodes moins difficiles ». Professeur Pierre Janet.

Un état d'asthénie physique, puis d'asthénie cérébrale, bientôt compliqué d'éréthisme nerveux, d'irritabilité, était apparue, rendant tout travail soutenu impossible.

Ayant lu, un jour, dans un livre pseudo-scientifique un effroyable et erroné portrait du masturbateur, ou plutôt les terribles lendemains réservés au masturbateur (paralyse, folie, impuissance, maladie de la moëlle épinière, que sais je, encore !!!), P. B. s'était juré de mettre un terme à ses pratiques vicieuses.

Du jour au lendemain, dans un bel effort de volonté il ne se masturba plus.

Malheureusement le mal était fait, nous voulons dire la dépression nerveuse et cérébrale était acquise. Non seulement, la continence sexuelle absolue ne fit pas disparaître celle-ci, mais encore, il semble qu'elle ait engendré, succédant brusquement aux pratiques masturbatoires, un état anxieux suraigu.

Des angoisses, des obsessions (peur de mourir subitement, peur de tuer, peur de voler, kleptomanie ou plus exactement kleptophobie, remords anxieux, peur d'être un anormal sexuellement parlant, etc...) torturèrent son esprit sans répit.

Le père de P. montra son fils à divers médecins. Tous conseillèrent l'abandon des pratiques

masturbatoires et une vie réglée, hygiénique. Tour à tour, tous les médicaments toniques, calmants, reconstituants, furent essayés sans résultat. L'hydrothérapie froide, tiède, chaude, le repos, la psychothérapie sous forme de suggestion, de psychanalyse, d'éducation de la volonté furent tentés mais en vain.

Un médecin, estimant non sans raison, que les pratiques masturbatoires comme Lasègne aimait à le rappeler « sont souvent les premières manifestations d'un état morbide, d'une névrose cérébrale » et qu'avant de devenir une cause, elles sont un des effets de la maladie, voulut traiter ce qu'il appelait « la névrose masturbatrice ».

Le jeune P. B. fut alors soumis à un traitement bromuré. L'ensemble si complexe de ses troubles (asthénie, anxiété, irritabilité) ne se trouva pas amélioré par ce traitement.

Bref, l'état psycho-nerveux, excessivement pénible et qui semblait devoir entraver complètement le développement intellectuel de notre jeune malade, se perpétuait, et après deux ans de soins, de repos, persistait aussi intense et douloureux qu'au début.

C'est alors qu'un confrère, médecin non spécialisé, nous conduisit le jeune P. et nous demanda de l'aider et si possible de le guérir.

L'examen et l'interrogatoire nous permirent de diagnostiquer un état mixte psycho-névropathique fait d'asthénie physique et cérébrale indiscutable, d'anxiété et d'irritabilité. L'anxiété, tout au moins l'émotivité et l'irritabilité peut être, nous apparurent reposer sur des prédispositions constitutionnelles ; quant à l'asthénie, elle était acquise indiscutablement, résultat de la masturbation. La psycho-analyse du malade nous fit entrevoir, des tendances narcissiques et homo sexuelles infantiles, mais en voie de disparition nette, et vraisemblablement, en rapport avec un simple stade de l'évolution sexuelle normale, stade appelé à disparaître et en train de faire place aux tendances hétérosexuelles. En somme, du point de vue des instincts, rien de bien anormal ; simplement une évolution un peu tourmentée, comme cela se voit chez bien des nerveux, normaux une fois adultes.

L'enfant fut conseillé, dirigé. Nous lui expliquâmes la signification de son état. Nous lui fîmes comprendre, combien il s'était porté tort en se livrant à son vice solitaire, mais nous lui donnâmes l'assurance, qu'il n'y avait rien de perdu et que tout pouvait s'arranger avec des soins et de la ferme volonté. Nous lui expliquâmes que très certainement la cessation brusque

de la masturbation avait déclenché les troubles anxieux, d'autant plus aisément que celle-ci avait créé un éréthisme sensitivo-sensuelle et un état d'asthénie de tout le système nerveux; marchant sur les 20 ans, nous lui conseillâmes des rapports avec les femmes tous les 10 à 15 jours et en dehors de cela, mentalement une vie chaste; interdiction de la masturbation complète ou incomplète, c'est-à-dire sans éjaculation, comme il l'avait pratiquée souvent.

Ceci dit, nous le mîmes au laudanum de Sydenham, seule médication nous apparaissant comme devant donner des résultats, puisque les autres médications avaient été essayées sans succès et que les injections de phosphate de codéine ne pouvaient être faites facilement. La dose de début fut de 6 gouttes, la progression quotidienne de une goutte, la dose maxima de 60 gouttes; il fut maintenu 3 mois à la dose maxima; régression lente; traitement terminé au bout de 8 mois. Comme adjuvant, hydrothérapie froide, frictions alcoolisées, acide phosphorique. Guérison totale. Menant une vie normale, à tous points de vue, P. B. est rentré dans le commerce. Son équilibre s'est maintenu jusqu'à présent, c'est-à-dire 3 ans après la fin de la cure (1935-1938).

Observation n° VII. — M^r E. R. 30 ans, traité par nous en 1934, est un malade qu'il ne serait pas exact de classer parmi les sujets atteints de psycho-névrose mixte, bien qu'on relève chez lui quelques stigmates dépressifs. Ces stigmates, en effet, nous ont paru, d'une part, relativement très légers, d'autre part, secondaires à un état anxieux accentué et par conséquent fatalement obligé de provoquer un certain épuisement du système nerveux, épuisement qui n'est pas suffisamment développé pour être considéré comme parallèle du syndrome anxieux que présente le malade.

M. E. R., qui vit à la campagne où il est propriétaire et mène la vie d'un gentleman-farmer, est venu nous consulter, parce que depuis près de deux ans, il est affecté de deux cruelles infirmités : la première consiste à rougir intempestivement, à propos de tout et à propos de rien et à être obsédé de cet état de chose; c'est l'obsession de la rougeur ou éreutophobie; la seconde, n'est autre que l'impuissance virile émotive.

L'éreutophobie est certainement de ces deux infirmités, la plus pénible, parce qu'elle se manifeste non pas seulement dans des circonstances particulières mais encore pour ainsi dire continuellement.

Voici sa genèse.

M. E. R., émotif et inquiet constitutionnel, a toujours présenté une tendance à rougir et à traduire son émotivité excessive de cette façon, réaction qui contraste avec son allure virile et sa constitution physique admirable, car c'est un homme bien bâti et qui, en dehors de son état anxieux, est doué d'une santé magnifique.

Un jour, une jeune fille, pour laquelle il avait autre chose que de la sympathie et devant laquelle il venait de rougir légèrement, lui fit remarquer son émotion.

A partir de cet instant, la phobie de rougir était née. La crainte de rougir ne devait plus le quitter ; elle devait provoquer dorénavant la rougeur toutes les fois qu'il serait devant quelqu'un.

Au début, cette tendance à rougir ne devait se présenter que par intermittence et seulement devant certaines personnes (femmes, jeunes filles, etc...) ; plus tard, elle se déclencha en toutes circonstances et devant n'importe qui ; plus que cela même, puisque seul, à la simple pensée de son infirmité, notre malade se mettait à rougir.

Les répercussions normales de cette phobie devaient dépasser tout ce que l'on pourrait supposer.

Le malheureux essaya d'organiser son existence de façon à souffrir le moins possible ; il réduisit sa vie sociale, vivant en solitaire, en employant une infinité de moyens de défense (il laissa pousser sa barbe dans l'espoir que celle-ci cacherait son visage rougissant ; il abaissait son chapeau ; faisait semblant de se moucher en croisant quelqu'un, etc...). Découragé et très malheureux, après avoir songé au suicide, il songea un moment à entrer dans un cloître.

Il en était là, lorsque nous le vîmes en notre cabinet.

Quant à sa seconde infirmité, l'impuissance émotive, elle avait précédé de quelques mois, l'éreutophobie. En présence d'une femme désirée, quoique généralement et physiquement très bien constituée, il éprouvait une émotion inhibitrice qui lui enlevait ses moyens, « lui nouant les aiguillettes » comme dirait Montaigne. Par la suite, ne voyant plus personne, cette infirmité était passée au second plan.

Le premier médecin, qui lui donna ses soins, crût le guérir par la suggestion.

Ce fût un échec absolu. Cet échec ne nous étonne pas, puisque nous connaissons la base physiologique de pareils troubles et leurs liens intimes avec un état anxieux profond ; puisque nous nous rappelons l'observation du profes-

seur Régis rapportant le cas d'un malade crédule auquel, sur ses instances, on avait fait le simulacre d'une ligature des carotides, simulacre qui, malgré le plus puissant dynamisme psychothérapique qui soit possible, (puisque le malade croyait fermement ne plus pouvoir rougir, dorénavant), n'avait amené qu'une détente passagère et le retour dès le lendemain de son horrible torture morale.

Après cette première tentative, une seconde. Il fut administré au malade une médication bromurée : 4 à 5 grammes par jour de bromure de sodium. Échec encore, quoiqu'il faille tout de même, noter une certaine diminution dans l'intensité de quelques symptômes, en particulier la tachycardie et l'éréthisme cardiaque qui accompagnaient généralement la vague de rougeur. Mais l'obsession, la phobie obsédante, malgré cela, persistait, toujours aussi tyrannique.

Un troisième médecin fut consulté. Une cure psychanalytique, bien conduite, sérieuse, fut entreprise, cure qui semblait d'autant plus indiquée, que des troubles de sa fonction sexuelle étaient en cause. Ici encore échec total, pour ne pas dire aggravation.

Désespéré, le malade se mit alors à boire. Il fut soulagé sur le moment, mais l'effet de

l'alcool passé, sa tendance à rougir se trouva encore accrue.

C'est en Mars 1934 que nous vîmes pour la première fois ce malade.

Voici rapidement résumée, afin de clore cette observation déjà longue, notre thérapeutique :

1° Suppression totale des excitants (vin, alcool, café).

2° Réduction des boissons et des liquides, même non alcoolisés et excitants (eau, potage), afin de diminuer la réplétion vasculaire et la tendance à la vaso-dilatation périphérique.

3° administration d'un gramme de bromure à chaque repas, 3 fois par jour calmer l'éréthisme réflexe. Ici, le bromure à petite dose nous parut autorisé, puisque l'on n'était pas en présence d'un asthénique.

4° Injection de pantopon le matin, dès le réveil, bientôt abandonnée pour le laudanum de Sydenham.

Dose de début, 1/2 centigramme de pantopon, progression quotidienne, 2 à 3 milligrammes; dose maxima, 4 centigrammes; substitution du laudanum au 14^e jour du traitement; dose de début du laudanum équivalent, 70 gouttes; progression quotidienne du laudanum : 2 gouttes; dose maxima du laudanum :

120 gouttes ; durée du traitement à la dose maxima de 120 gouttes : 4 mois.

Résultats : amélioration, puis guérison totale de l'éreutophobie et de l'impuissance virile émotive ; pour cette dernière phobie, séances de rééducation progressive et « psychothérapie active » associée au traitement médicamenteux précédemment vu.

La guérison obtenue et bien assise, il nous fallut près de 3 mois pour arriver à ne plus prendre de laudanum, autrement dit pour terminer complètement la cure.

Notons que, pour parer à toute rechute, nous conseillâmes à notre client, de prendre à chacun des 3 repas, un jour sur deux, 1 gramme de bromure de sodium ; le jour suivant, quinze gouttes d'« Euneryl », soit 4 centigrammes et demi de phényléthylmalonylurée, dans les 24 heures ; traitement à suivre pendant longtemps et à reprendre par période.

Nous estimons ce résultat intéressant chez un aussi grand malade qui semblait voué à une vie anormale et indigne, vraiment, d'être vécue.

La suppression de la médication opiacée se fit sans aucune difficulté.

Revu un an après cette cure, M. E. R. avait gardé son équilibre psycho-nerveux.

N. B. — On pourrait se demander pour quelles raisons au début de la cure de M. E. R. nous employâmes le pantopon, à la place du phosphate de codéine et plus tard, nous substituâmes le laudanum au pantopon.

Les raisons, les voici.

Nous avons essayé tout d'abord, selon nos principes, le phosphate de codéine ; contrairement à notre attente, cette médication ne nous donna pas les bons résultats que nous attendions d'elle. Elle fut alors remplacée par le *bromure de codéine*, médication qui est généralement plus active que le phosphate sur l'hyperélectivité et l'éréthisme nerveux associés, spécialement lorsque ceux-ci sont vifs comme cela était dans le cas présent. Malheureusement le bromure de codéine ne fut pas plus efficace que le phosphate. Nous décidâmes alors d'utiliser une autre préparation. C'est au pantopon que nous donnâmes la préférence parce que cette médication nous a paru agir plus fortement que le laudanum sur l'hyperélectivité morbide dans les cas de gravité exceptionnelle. La réaction amorcée, nous remplaçâmes aisément le pantopon par le laudanum. Comme nous l'avons dit, il faut savoir jouer habilement, dans l'intérêt du malade, des diverses préparations opiacées que la pharmacopée met à notre disposition.

Signalons enfin, qu'après la cessation complète de la médication opiacée, mais seulement à ce moment, car les deux médications prescrites en même temps se seraient plutôt annihilées, nous prescrivîmes quelques injections d'Yohimbine (1 milligramme) afin de stimuler la fonction sexuelle de notre malade et faciliter la reprise normale des relations sexuelles. Cette médication que nous employâmes de préférence, ici, à l'acide phosphorique, car celui-ci aurait été neutralisé dans ses effets par la médication bromurée, pharmacodynamiquement antagoniste, nous a certainement rendu de bons services et a dû aider le malade à vaincre son inhibition émotive. On sait, en effet, que presque toujours dans l'impuissance émotive, à côté de l'inhibition émotive proprement dite, existe un certain degré de diminution sexuelle réelle. C'est cette diminution qui, très vraisemblablement, a permis à l'anxiété du malade de se cristalliser sur l'acte sexuel et a ainsi donné naissance à la phobie inhibitrice.

Étant donnée la coexistence de ces deux facteurs pathogéniques, le traitement de l'état anxieux nous a toujours paru renforcé par l'adjonction d'une médication aphrodisiaque, à la condition que celle-ci ne fut pas excitante.

L'anxiété étant apaisée et le sujet prenant conscience de l'état satisfaisant de sa capacité virile, la guérison devient obligatoire. C'est ce qui eut lieu chez notre malade.

Observation n° VIII. — M^r D. H., 23 ans, traité en 1936.

Il s'agit d'un malade déprimé ou asthénique constitutionnel, qui présentement encore est beaucoup plus asthénique qu'anxieux et énervé, contrairement à la plupart des malades vus précédemment.

Voici son curriculum vitae médical.

Vers l'âge de 14 ans, étant au lycée, sans cause connue, il se trouva dans l'impossibilité de fixer son attention. Malgré les plus grands efforts, il fut obligé d'abandonner ses études pendant un an, ne pouvant plus rien apprendre.

Accompagnant cette dépression cérébrale, le malade se rappelle avoir éprouvé de l'asthénie neuro-musculaire mais à un degré assez léger ; par contre peu ou pas d'anxiété ; en tout cas pas d'agitation.

Après 8 mois passés à la campagne, au grand air, avec l'aide de quelques médications toniques (acide phosphorique, etc.) ce jeune homme put reprendre ses études, sa tension psychologique étant remontée.

Il passa son baccalauréat mais, il faut le remarquer, le passa avec difficulté eu égard à son intelligence, au-dessus de la moyenne indiscutablement.

Quelque temps après, nous le retrouvons inscrit comme étudiant à la faculté des lettres d'une grande ville de l'Est, préparant une licence d'histoire.

A cette époque se place une crise de rhumatisme articulaire aigu qui le cloua au lit pendant près de 2 mois, crise violente et grave avec forte hyperthermie et grosse atteinte de l'état général; par bonheur, pas de complications cardiaques.

La convalescence vint, mais la maladie infectieuse, qui avait entraîné une chute profonde de la tension psychologique, en s'éloignant ne permit pas au niveau mental de revenir à son état normal.

Pendant près de 4 ans, cet état d'hypotension cérébrale devait se maintenir. Lire un journal, écouter une conversation, bref, fixer son attention, tout cela était devenu impossible. En somme, on assistait à une récurrence de l'état dépressif apparu pour la première fois à 14 ans, mais récurrence plus longue et beaucoup plus marquée que la première atteinte.

A cette chute de la tension psychologique, s'ajoutèrent des céphalées, de la rachialgie, de l'asthénie neuro-musculaire, très peu d'angoisse, à peine une tendance non pas à l'obsession anxieuse mais à la rumination.

Il s'agissait, donc d'un état de dépression cérébrale et non d'un état mixte, encore moins d'un état anxieux. Disons en passant, que nous ne comprenons pas ceux qui, pour réagir contre la tendance excessive de ceux qui faisaient rentrer tous les troubles psycho-nerveux dans la neurasthénie, tombent aujourd'hui dans l'excès opposé, qui consiste à nier l'asthénie psychonévropathique ou plutôt à rattacher celle-ci, dont cliniquement ils ne peuvent contester l'existence, aux manifestations dépressives de l'anxiété morbide. L'asthénie psychique existe, primitive ou secondaire, antérieure ou postérieure à l'anxiété, associée à elle ou non. Mais revenons à notre malade.

Tous les traitements prétendus toniques devaient être essayés (arsenic, calcium, opothérapie, hydrothérapie froide, excitants, sérum de Quinton, de Ghéron, de M. de Fleury, strychnine, magnésium, manganèse, glycéro-phosphates, nucléïnates, formiates, kola, phosphore, caféïques, etc...). Le repos le plus complet fut ordonné.

Rien ne parvint à faire remonter la tension psychologique et le niveau mental de ce malheureux, condamné à l'oisiveté intellectuelle totale et qui semblait définitive.

* *

On en était là, lorsque les parents de ce jeune homme nous le montrèrent, et voulurent avoir notre avis.

Quoique ce ne fut pas, à proprement parler, un état mixte, nous eûmes l'idée d'essayer le phosphate de codéine, employé en tant que noosthénique. Nous ne faisons donc appel qu'aux vertus stimulantes de cette substance, laissant ainsi de côté ses propriétés sédatives et euphoriques.

Parallèlement aux injections par le phosphate de codéine nous lui fîmes prendre, à titre de traitement adjuvant, de l'acide phosphorique, du chlorure de magnésium, et du cacodylate de soude (ces 2 derniers en injections).

A notre vive satisfaction, à la dose de 7 à 8 centigrammes de phosphate de codéine, nous vîmes la tension psychologique de notre client reprendre son niveau normal. L'aproséxie disparut; le malade put fixer à nouveau son attention.

De peur de le voir retomber, les injections de phosphate de codéine furent poursuivies pendant 4 mois à la dose de 8 centigrammes. A ce moment seulement, nous tentâmes de réduire les doses; la régression demanda près de 4 mois.

Il fallait, coûte que coûte, éviter une rechute. Celle-ci ne se produisit pas.

Le malade, avec une attention moyenne, évidemment pas considérable, mais suffisante, a repris ses occupations. « Il se ménage », comme on disait au XVIII^e siècle, cela va de soi.

Un an après la cessation du traitement, la guérison s'était maintenue et son niveau mental occupait toujours le degré considéré comme normal chez ce sujet. Il est possible qu'avec des précautions la tension psychologique ne retombe plus dans l'avenir.

* *

Remarque concernant les observations de Malades traités par la médication opiacée.

C'est sur ces deux dernières observations que nous terminerons la première partie de ce chapitre.

Bien qu'elles ne concernent ni l'une ni l'autre les psycho-névroses mixtes à proprement parler,

puisque, dans la première, les manifestations asthéniques, dans la seconde, les manifestations anxieuses et irritables sont si légères que nous avons crû devoir les passer sous silence, ces deux observations nous ont semblé mériter d'être rapportées ici.

L'intérêt de la première est de souligner l'action spécifique de la médication opiacée dans l'anxiété morbide, action théoriquement bien connue mais rarement mise en pratique, car la médication opiacée, comme nous l'avons dit est frappée de suspicion, de prévention ; pratiquement, on ne l'emploie guère que chez les mourants ou tout à fait passagèrement (une ou deux injections) dans les grandes algies paroxysmiques (coliques hépatiques, néphrétiques crises tabétiques). Franchement, nous ne croyons pas que c'est en pensant à ces cas, qui ne présentent aucune difficulté, que le professeur Laignel-Lavastine a écrit la phrase que nous avons rapportée dans cet ouvrage : « la personnalité de l'opium est telle, qu'on peut juger un médecin sur la façon dont il joue de l'opium et de ses dérivés », phrase qui à quatre siècles de distance nous rappelle le mot de Sylvius de le Boë « nollem medicam exercere si carerem opio ».

L'intérêt de la seconde est de montrer l'action neuro-tonique et surtout noosthénique de la

médication opiacée, action théoriquement inconnue ou presque celle-là, encore bien moins utilisée que celle de l'opium dans l'anxiété morbide.

Et cependant, les avantages que l'on peut tirer de l'emploi de cette substance dans les états psychasthéniques graves (ce mot étant pris dans son sens étymologique) peuvent être excessivement précieux, d'autant plus précieux, qu'en dehors de l'opium il n'existe aucun noosthénique médical c'est-à-dire à la fois puissant et maniable, inoffensif.

L'opium, comme nous l'avons dit, exerce une stimulation sur le cerveau, qui peut être très utilement employée pour remonter une tension psychologique effondrée et résistant au repos, au temps et aux médications dites « neuro-toniques » couramment employées. Certes, ce serait abusif que de l'employer chez de petits malades que des médications reconstituantes suffisent à ramener à leur état habituel. Il nous semble inutile d'insister à ce sujet.

Mais dans les cas graves, résistants, chez les psychasthéniques qui sont dans l'ornière de la plus profonde dépression cérébrale depuis 5-10-15 ans, sans la moindre amélioration, sans la moindre tendance à reprendre leur niveau mental antérieur, n'est-ce pas un devoir que

d'essayer *prudemment* une thérapeutique qui peut les réintégrer dans la vie normale.

Cette utilisation de l'opium en tant que noosthénique et exclusivement comme tel, nous ne sommes pas le seul à l'avoir pressenti, si nous sommes un des rares, à coup sûr, à la mettre en pratique. Le professeur Pierre Janet à propos des médications toniques dans la psychasthénie s'exprime ainsi : « Un très grave problème se pose à propos de ces traitements par toniques nervins, c'est celui des injections de morphine. On sait que M. A. Voisin avait fait de la morphine la base de sa thérapeutique des maladies mentales, il en avait obtenu quelquefois des résultats remarquables. Certains faits d'observation m'ont montré depuis longtemps que cette thérapeutique reposait sur des observations en partie exactes... je connais des obsédés qui ont recouru à la morphine et qui ont été guéris au moins momentanément. Ces phénomènes se comprennent : la morphine n'agit pas uniquement comme un anesthésique, de même que l'alcool elle détermine une excitation du système nerveux qui peut augmenter sa tension et supprimer momentanément les résultats de son insuffisance. Cependant j'ai reculé devant l'emploi de cette méthode à cause des dangers de la

« morphinomanie chez des malades si disposés à contracter un besoin pathologique et une « impulsion.

« Je restais convaincu que chez la plupart des psychasthéniques, les dangers de ce médicament dépassaient ses avantages.

« L'observation de certains faits me rend maintenant un peu plus hésitant. L'année dernière une malade que j'ai citée dans ce travail, Mb... (impulsions homicides et délire du doute à propos des perceptions des sens) m'a réclamé le traitement par la morphine, je le lui ai refusé et elle s'est adressée à d'autres personnes qui le lui ont appliqué. J'ai appris, malheureusement, sans détails, qu'elle avait obtenu ainsi une amélioration remarquable. » (Confert « Les Obsessions et la Psychasthénie » p. 715-716, 3^e édition).

Le savant professeur ne serait plus hésitant, il serait un partisan convaincu et enthousiaste de la médication opiacée dans les cas qui la nécessitent et sans laquelle le rôle du médecin devient quasi nul, si au lieu de ne l'envisager que sous forme d'injections de morphine, il l'avait expérimenté sous forme d'injections de phosphate voire de bromure de codéine, sous forme de laudanum, sous forme même dans les cas graves de pantopon injectable ou ingérable (de un à plusieurs comprimés par jour).

Pourquoi, en effet limiter l'opium à la morphine ?

Il faut savoir que même du point de vue noosthénique, l'opium total (laudanum, pantopon ou pavéron) ou le phosphate et le bromure de codéine en injections peuvent avoir une action stimulante sur le cerveau égale à celle exercée par la morphine, sans en avoir ses inconvénients d'ailleurs évitables lorsqu'il s'agit d'un médecin habile qui l'emploie.

* * *

Quant aux autres observations, c'est-à-dire quant à la majorité de celles que nous avons rapporté et qui ont trait à des malades atteints de psycho-névrose mixte grave, elles ne font qu'illustrer ce que nous avons dit dans la première partie de cet ouvrage, à savoir que, d'une part, les états psycho-névropathiques se présentant, dans les trois quarts des cas, sous forme d'affections polysyndromiques, d'autre part, aucune des médications courantes employées seules ou associées, n'étant pharmacodynamiquement polysyndromique, le médecin n'a pas le choix en dehors des deux alternatives suivantes :

Ou il se sert de la médication opiacée et dans ce cas il améliore et guérit¹ la majorité de ses malades atteint de psycho-névrose grave ou rebelle ;

Ou il ne se sert pas de cette médication, pour une raison ou pour une autre, et dans ce cas, il renonce à faire acte de thérapeute, car il ne faut pas, en effet, se le dissuader, les médecins qui, malgré toute la prudence et toute l'habileté que nous réclamons, malgré nos affirmations catégoriques et celles de personnalités médicales de premier plan, touchant l'innocuité de la médication opiacée quand elle est maniée

1. Par guérison, qu'on nous comprenne bien : nous n'entendons pas que la médication opiacée change la constitution psycho-névropathique des malades, quand ceux-ci, ce qui est la règle, en sont dotés.

Nous entendons qu'elle fait disparaître complètement, et d'une façon durable dans les cas heureux et lorsque les malades se trouvent dans de bonnes conditions d'existence, l'état psycho-névropathique aigu qui constitue leur psycho-névrose proprement dite, autrement dit, qu'elle est capable de leur restituer l'équilibre relatif antérieur, l'équilibre qui caractérise leur constitution, leur façon d'être habituel ; en un mot de faire disparaître tout ce qui est acquis, tout ce qui n'est pas constitutionnel, congénital.

A priori cela se conçoit fort bien et il n'y a rien là qui puisse étonner.

En effet, une psycho-névrose est, comme on le sait, une affection fonctionnelle, or « dire qu'une affection est fonctionnelle, c'est dire que des modifications du fonctionnement peuvent la guérir et que la lésion organique » (entendez les perturbations physico-chimiques, biologiques) qui existe toujours

par des spécialistes compétents et consciencieux ne se croiraient pas autorisés à en faire une médication de base, une médication spécifique et fondamentale employée couramment, c'est-à-dire quand il le faut réduiraient la médecine neuro-psychiatrique à une science purement théorique, livresque et expectative, condamnée soit à révéler aux malades, la situation désarmée dans laquelle se trouverait le médecin, soit à les nourrir d'illusions éphémères, bientôt suivies de déceptions, ce qui équivaldrait, dans un cas comme dans l'autre, à les laisser à à leur triste sort et à les conduire souvent au désespoir.

est telle qu'elle peut-être guérie par la transformation du fonctionnement ». (Professeur Pierre Janet).

La médication opiacée, en rétablissant, artificiellement au début, le fonctionnement normal, régulier du système nerveux, permet, en vertu du principe qui veut que la fonction crée l'organe, que ce fonctionnement régénère d'une façon durable les centres nerveux auxquels il correspond et sur lesquels elle a agi.

En somme, la médication opiacée, médication symptomatique — et on ne voit pas quelle autre médication non symptomatique on pourrait bien employer, étant donnée l'obscurité pathogénique des états psycho-névropathiques, étant donnée l'ignorance totale ou presque dans laquelle on se trouve présentement quant à la nature intime du substratum biologique qui les conditionne — devient une médication fonctionnelle, comme d'ailleurs toutes les médications symptomatiques employées dans les affections fonctionnelles, à la condition qu'elles soient spécifiques, c'est-à-dire appropriées.

B

OBSERVATIONS DE MALADES
pour lesquels la médication opiacée
est inutile ou contre-indiquée.

Observation n° 1. — *Neurasthénie « vraie »*
ou *Syndrome d'asthénie simple et acquise.*

M^{me} M. Q., 32 ans, malade traitée en 1934. Jusqu'en janvier 1934, l'existence de cette jeune femme envisagée du point de vue nerveux a été normale : nulle trace, chez elle ou ses ascendants, de constitution névropathique.

A ce moment, M^{me} M. Q. accouche de deux jumeaux. L'accouchement est pénible et s'accompagne de graves hémorragies, qui anémient d'autant plus notre accouchée, qu'un an avant elle avait déjà perdu beaucoup de sang, au cours d'une fausse couche consécutive à une chute.

Non complètement remise de ses couches, son mari, qu'elle aime beaucoup, contracte la fièvre typhoïde.

Ne tenant pas compte des conseils de son entourage et des médecins, elle ne veut personne d'autre qu'elle-même au chevet de son mari. Nuit et jour, elle est là ; ne quittant pas son cher malade, elle se surmène ainsi dangereusement.

Brusquement, l'état du malade s'aggrave et après des semaines d'anxiété continuelle, d'épuisement suffisants pour abattre le système nerveux le mieux trempé, son mari lui est ravi.

Elle qui avait tenu, anesthésiée, jusqu'au point de ne pas sentir le surmenage, par la volonté et l'espoir, la voilà tout à coup anéantie. Le ressort est brisé.

On a affaire à une grande malade de l'énergie, qui a demandé à son système nerveux plus que ce qu'il pouvait lui donner et qui l'a ainsi acculé à la faillite.

C'est à ce moment que nous sommes appelés à donner nos soins à cette jeune femme.

L'examen nous montre une malade amaigrie (elle a perdu 11 kilos.), hypotendue (maxima 10; minima 6 au Vaquez) et qui est dans un état d'hypotonie musculaire lisse et striée généralisée (atonie gastrique d'où ptose dilatation, digestions lentes; atonie intestinale d'où constipation; atonie musculaire des muscles de la vie de relation d'où traits tombants, dos voûté, masses musculaires flasques, etc...). En outre, elle ne mange presque plus, dort mal et souffre de rachialgie et de céphalée.

Bien que déprimée le matin, cette jeune femme est plus anéantie le soir, la fatigue de la journée s'ajoutant à l'asthénie nerveuse (c'est

généralement le contraire chez les déprimés constitutionnels ou psychasthéniques.)

..

Voici à quoi se résume le traitement que nous applicâmes à cette jeune femme.

1° *Repos* : 18 à 20 heures de lit, au début, dans une maison de repos, au grand air. Puis, au fur et à mesure que la fatigue s'éliminait le séjour au lit fut diminué, pour se maintenir, jusqu'à la guérison, à un minimum de 14 heures par jour.

2° *Désintoxication* : désinfection intestinale; régime lacto-fruito-végétarien d'abord, ensuite, régime mixte avec interdiction des mets indigestes, des épices et de l'alcool; diurèse etc... (élimination des toxines du surmenage).

3° *Traitement anti-asthénique ou neuro-tonique*. Ce traitement ne fut appliqué qu'après 20 jours de repos, lorsque la malade ne fut plus qu'une asthénique dont il fallait reconstituer les réserves, accélérer la nutrition.

Pour cela nous fîmes :

a) pendant 12 jours, une injection quotidienne d'une ampoule d'Hémocyto-sérum Corbière, en alternant avec une ampoule de Magnésio cacodyline Jammes.

b) les 12 jours suivants : 20 gouttes d'acide phosphorique officinal, à chacun des deux principaux repas.

c) hydrothérapie froide sous forme de douches suivies de frictions alcoolisées. —

Grâce à ces soins, notre malade, après 3 mois, rentrait chez elle complètement guérie. Mise en garde contre le surmenage, cette jeune femme, sans hérédité névropathique, doit vraisemblablement demeurer en parfait équilibre, si des circonstances involontaires ne l'accablent pas à nouveau.

Les raisons pour lesquelles nous n'avons pas la médication opiacée utilisée ici se comprennent aisément.

M^{me} Q. n'était pas une déprimée constitutionnelle ; c'était seulement une asthénie accidentelle. Or sachant que l'asthénie accidentelle, acquise est le fait de l'action déprimante d'un facteur neurasthénigène et non une séquelle, un état névropathique devenu essentiel, c'est-à-dire ayant tendance à persister malgré la disparition de ce facteur, comme le sont presque tous les états nerveux reposant sur une prédisposition congénitale (psychasthénie) et qui réclament, ainsi que nous l'avons rappelé, une médication

spécifique, directe, réactionnelle, le repos et la désintoxication, tous deux d'importance capitale, par suite de la nature du facteur étiologique (surmenage), devaient suffire pour rétablir l'équilibre habituel.

En un mot, s'agissant plus d'une réaction du système nerveux que d'un état névropathique proprement dit, d'un état de fatigue légitime que d'un état d'asthénie essentielle, et le pouvoir d'auto-réaction sthénique n'étant pas touché, le traitement devait être avant tout négatif. Les quelques médications neuro-toniques et reconstituantes dont nous nous sommes servis ne sont intervenues qu'à titre d'éléments réparateurs et comme adjuvants ; elles ne constituaient pas l'élément essentiel et indispensable du traitement.

Observation n° II. — *Névrose émotive avec anxiété mineure. (inquiétude légère).*

M. R. P., 45 ans, qui est venu en 1936 nous demander de le traiter, est un émotif constitutionnel. Il doit à sa mère sa prédisposition à l'hyperémotivité. Déjà à l'âge de 25 ans, M. R. P. avait fait connaissance avec la névrose émotive, mais celle-ci n'avait duré que quelques mois et avait disparu toute seule.

En 1935, à la suite d'importantes pertes d'argent, M. R. P. retombe dans les mêmes troubles. Son émotivité est extrême : il tremble, sursaute pour un rien ; il dort mal, il est agité, inquiet, parfois il a de l'angoisse (palpitations, boule à la gorge, sensation d'étouffement, etc...). Pour se remonter, se donner du cran, M. R. P. se met à boire ; malheureusement l'alcool accroît encore son émotivité. Il apparaît, en outre, de l'irritabilité ; la moindre chose devient un sujet d'énervement, de colère ; le sommeil se fait de plus en plus léger.

Comprenant qu'il fait fausse route M. R. P. est venu nous consulter. — Après lui avoir expliqué son cas, nous lui appliquons le traitement suivant :

1° *Abstention absolue et totale de l'alcool* (apéritifs, vin, bière), ainsi que des *boissons et médicaments excitants* (café, thé, strychnine, etc...).

2° *Désintoxication* : cholagogues et laxatifs légers.

3° *Distractions et psychothérapie.*

4° *Traitement sédatif de l'émotivité et de l'irritabilité* : 5 fois par 24 heures 10 à 15 gouttes d'Eunéryl, soit 5 à 7 centigrammes de phényléthylmalonylurée.

Hydrothérapie chaude le matin, et le soir. —

5° *Médication pour combattre l'anxiété mineure* : une injection intra-veineuse de chlorure de calcium, tous les 2 jours.

6° *Médication contre l'insomnie* : 2 cuillères à café, en se couchant, de « vériane Buriat », dans une infusion chaude (valériane et véronal).

Grâce à l'ensemble de ces soins, très rapidement, l'émotivité de ce malade s'atténue, son irritabilité et son inquiétude s'apaisent. Cette dernière a même complètement disparu après un mois de traitement.

M. R. P. reprend sa vie normale dans la société après deux mois de soins.

Ce malade aura à se préserver des choses émotionnels, à se faire une existence calme, sans excès d'aucune sorte. —

La médication opiacée ne s'imposait pas, car il s'agissait plus d'un état d'hyperémotivité que d'un état anxieux. Dès lors, la thérapeutique euphorique n'étant pas nécessaire, la thérapeutique sédatrice avait toutes les chances de réussir.

Observation n° III. — *Syndromes d'énervement simple ou Névrose d'irritabilité.*

M^{me} Ad. L., 35 ans, malade traitée en 1932.

M^{me} Ad. L. est une « nerveuse » irritable.

Toute sa vie elle a été sujette aux spasmes, aux tremblements, aux crises de colère excessives mais jamais, jusqu'en 1932, son état n'avait nécessité des soins proprement dits. Celui-ci s'est aggravé au point d'inquiéter sa famille. M^{me} Ad. L. a maintenant des crises nerveuses n'ayant rien de commun avec l'épilepsie, mais qui n'en sont pas moins ennuyeuses. Elle attribue cette aggravation au fait que sa belle-mère est venue habiter avec elle. Étant de caractère difficile, elles se sont heurtées ; M^{me} Ad. L. fut obligée de se contraindre et de supporter des choses qui ne lui convenaient pas. Il en est résulté un état d'énervement suraigu, chez notre malade. Cet état, qui ne s'accompagne ni d'anxiété, ni d'asthénie, à peine d'un peu d'émotivité, est un état d'énervement simple. — Malgré le départ de sa belle-mère, M^{me} Ad. L. ne peut reprendre l'équilibre relatif, qui était le sien, et souffre beaucoup de se sentir ainsi. —

Un traitement simple s'imposait, tendant à diminuer, dans la mesure où sa constitution le permettait, l'irritabilité de son système nerveux.

Le traitement appliqué ce résume en :

1° *Proscription de tous les excitants et reconstituants énervants*, (pas de vin, de café, thé, d'alcool, de condiments épicés ; pas de médications dites toniques).

2° *Hydrothérapie chaude*, sous forme de bains prolongés (37° pendant 20 à 30 minutes), tous les soirs, avant le repas.

3° *Médications sédatives* :

a) 6 centigrammes par 24 heures de phényl-éthylmalonylurée (6 prises de 1 centigramme).

b) 1 gramme de bromure au début des deux principaux repas.

4° *Exercices physiques* :

Après quelques semaines de ce traitement, M^{me} L. reprend une vie normale.

L'opium ne s'imposait pas, puisqu'il s'agissait seulement de faire disparaître un état d'irritabilité sans asthénie, sans dépression cérébrale, sans anxiété proprement dite, et que, pour combattre cet état, des médications spécifiques existent. Celles-ci ne sont autres que les sédatifs usuels, maniés à doses légères, pour ne pas déprimer le malade.

Observation n° IV. — *État mixte, de gravité moyenne, chez une émotive constitutionnelle.*

M^{me} H. G., 29 ans, malade traitée en 1933.

M^{me} H. G. était professeur dans un collège de jeunes filles, quand elle décida de préparer l'agrégation, cause de tous ses maux.

Elle a toujours été impressionnable et on retrouve chez elle les stigmates de la constitution

émotive de Dupré. Par contre, sa résistance nerveuse est normale, voire brillante; elle a fait ses études avec facilité et passé aisément ses examens, ce qui est la preuve d'une tension psychologique élevée. C'est une femme énergique, active, pratique malgré un tempérament nerveux indiscutable.

En 1931 après un travail acharné, elle subit son concours d'agrégation. Elle est admissible à l'écrit, malheureusement, à l'oral, elle perd son sang-froid et bafouille. C'est l'échec. Celui-ci provoque en elle une telle déception, qu'elle ressent un choc déséquilibrant totalement son système nerveux. Son émotivité devient énorme: elle est tremblante, haletante, ne peut plus rien supporter; le moindre bruit, la moindre parole la fait sursauter; elle devient inquiète; elle est dans un état d'« attente anxieuse ».

Dormant mal, perdant l'appétit, un état d'asthénie se déclare. Elle, habituellement si résistante, si infatigable, devient sans force, sans énergie, sans volonté.

Cérébralement aussi, elle est fatiguée. Elle a horreur de ses chers livres; son attention est devenue difficile.

Elle prend trois mois de repos, voyage, mais son état reste le même. Voyant cela, elle se décide alors à nous consulter.

Voici quel fut notre traitement :

1° *Repos* dans une maison de santé, loin de son entourage.

2° *Sédation de l'émotivité, de l'inquiétude et de l'irritabilité.* Nous y arrivons par l'emploi de moyens sédatifs qui calment le système nerveux sans le déprimer déjà :

Phényléthylmalonylurée : 6 fois par jour
1 centigramme.

Hydrothérapie chaude : tubes à 38° très courts.

Chlorure de calcium, en injections intraveineuses : tous les deux jours 10^{cc} d'une solution à 5%.

Lorsque l'émotivité, l'inquiétude et l'irritabilité se trouvent en régression franche, nous supprimons les sédatifs proprement dits comme la phényléthylmalonylurée et nous les remplaçons par l'acide phosphorique (30 gouttes deux fois par jour).

Après quatre mois de ce traitement, M^{me} H. G. retrouva son équilibre nerveux et put reprendre une vie normale.

Ici encore, l'opium ne s'imposait et ce n'était pas une faute que d'essayer une autre thérapeutique avant de faire appel à lui. Ceci pour deux grandes raisons :

la première, parce qu'il s'agissait plus d'un état d'hyperémotivité que d'un état d'anxiété grave, systématisée (pas d'obsessions, pas de phobies) ;

la seconde parce qu'on pouvait s'attendre, une fois l'hyperémotivité apaisée, et à la faveur du repos, à ce que la réaction du système nerveux s'opère du point de vue énergétique et à ce que la malade reprenne son potentiel nerveux sans qu'il soit nécessaire d'exercer une action noosthénique et stimulante sur son système nerveux, étant donnée la résistance constitutionnelle de ce dernier.

Observation n° V. — *Psychasthénie chronique d'intensité moyenne.*

M. S. E. 22 ans, malade traité par nous en 1932.

M. S. E. a eu de tout temps des tics, des « manies », manies de vérification en rapport avec le doute (il vérifie plusieurs fois, avant d'aller se coucher, si le compteur à gaz est bien fermé, si la porte d'entrée est verrouillée, etc...); manies de conjuration (signes de croix répétés, paroles cabalistiques, etc...); manies de symétrie et d'ordre (il ne peut s'endormir que si ses souliers ont été placés bien symétriquement l'un

à côté de l'autre). C'est un scrupuleux paradoxal : il sera tourmenté pendant plusieurs mois à l'idée d'avoir pu écraser un insecte en marchant et par contre ne sera nullement tourmenté d'avoir dérobé 50 francs à ses parents.

Il a toujours éprouvé des sentiments d'incomplétude et une diminution du sentiment du réel (il lui arrive ainsi par période de se demander s'il est bien un homme, si le nom qu'il porte est bien le sien, etc...).

Il est intelligent et aurait aimé étudier, mais tout travail intellectuel lui paraît pénible car il manque d'attention. S'il fait un effort pour travailler cérébralement, il est pendant plusieurs jours dans un état d'obnubilation mentale.

Le travail manuel le fatiguerait moins. Cependant, quoique physiquement bien constitué, il a eu des phases d'asthénie physique avec répulsion à tout effort. D'une façon générale, il est plus fatigué le matin au réveil que dans le reste de la journée, exception faite pour la période qui suit le repas de midi.

Dans ses antécédents héréditaires, on retrouve chez sa mère et chez son grand-père maternel des manifestations psychasthéniques.

Au moment où ce jeune homme nous est présenté, il se trouve dans un état à peine plus marqué que d'habitude.

Contrairement à tous les malades vus précédemment, il ne présente pas un état psychonévropathique aigu. Il est atteint d'un état psychonévropathique constitutionnel c. à. d. traduisant par ses manifestations une façon d'être habituel, un mode de réaction du système nerveux qui ne dépend pas, comme les états aigus, de facteurs occasionnels mais d'une constitution morbide, en l'occurrence la constitution psychasthénique.

Le jeune S. E. est donc un psychasthénique constitutionnel.

Comme toutes les fois qu'il s'agit d'un état constitutionnel, notre conduite de thérapeute tenant compte, indépendamment du diagnostic d'état psychasthénique, de deux grandes notions, à savoir :

a) l'intangibilité des dispositions innées, autrement dit de la constitution ;

b) malgré l'absence de tous facteurs occasionnels proprement dits, l'importance considérable des conditions d'existence ;

nous conseillâmes une existence basée sur :

1° *L'économie de l'effort.* Par économie de l'effort nous entendons, non pas la négation de toute activité mais la substitution, dans la mesure du possible, du travail automatique au

travail volontaire nécessitant une grande puissance d'attention, en un mot du travail médullaire au travail cérébral.

Ce conseil découle d'une part, du fait que le psychasthénique est essentiellement un insuffisant de la force nerveuse et d'autre part, de la grande loi de physiologie qui établit l'infatigabilité des centres nerveux pour tout travail réflexe.

2° *L'action dans le Cadre de l'automatisme.* En effet, non seulement l'activité réflexe, le travail dans le cadre de l'automatisme n'épuise pas les psychasthéniques pour la raison que nous venons de signaler, mais encore il exerce un rôle bienfaisant. On sait que la caractéristique la plus importante de leur psychologie, leur sentiment d'infériorité, d'impuissance, sentiment qui résulte en partie des difficultés et des échecs pragmatiques et qui en partie les diminue, les inhibe socialement, est remplacée par un sentiment de confiance, toutes les fois qu'ils ont accompli un acte, une réalisation autant que possible concrète.

3° *Le repos, le calme, la vie simple, l'hygiène physique, affective et morale.* Tenant compte de ces indications, le psychasthénique fatigable, hyperémotif et inquiet évitera toutes les secousses, tous les chocs, toutes les dépenses

d'énergie non indispensables et humainement évitables. S'il ne peut prétendre vivre complètement loin des remous humains, il pourra tout de même, connaissant sa vulnérabilité particulière et les faibles moyens dont la nature l'a doté, choisir une place au soleil, dans une région au climat tempéré. —

Aucun mode d'existence ne nous paraissant plus apte à remplir ces conditions que la vie à la campagne, nous insistâmes auprès des parents du jeune S. E. pour qu'ils fassent de leur fils un agriculteur.

A côté de ces conseils, qui représentent ce qu'on a appelé les médications psychologiques, nous prescrivîmes quelques pratiques d'hygiène physiques et quelques médications pour aider au maintien de l'équilibre nerveux. C'est ainsi que nous avons recommandé :

a) l'hydrothérapie tiède et quotidienne suivie de frictions alcoolisées le long de la colonne vertébrale ;

b) les exercices physiques pratiqués avec modération, de préférence le matin au saut du lit, de façon à corriger l'hypoacidité des humeurs, facteur présumé de l'asthénie matinale, quasi constante chez les déprimés constitutionnels et à faciliter la mise en train si difficile chez ce genre de malade ;

c) quelques médications neurophiles aliments du système nerveux, comme l'acide phosphorique pris de temps à autre ; dans les périodes difficiles où se dessinerait une ébauche d'état paroxystique avec agitation, « manies », anxiété, quelques médications de l'ordre du chlorure de calcium en injections intra-veineuses, médications considérées comme toni-sédatives.

Il nous a été donné de revoir ce malade 4 ou 5 ans après sa première visite ; il a tenu compte de nos conseils ; il est devenu un propriétaire terrien, menant à la campagne une vie simple et réglée. Ses tendances à la psychasthénie, qui au milieu des obligations de la vie citadine épuisante et des études, risquaient de s'exhalter et auraient pu aboutir à un état paroxystique grave, se sont tellement estompées qu'il ne viendrait à personne l'idée de considérer ce jeune homme comme un malade. —

Nous croyons avoir trop longuement indiqué que la médication opiacée est, en dehors du soulagement immédiat qu'elle apporte et que l'intensité des manifestations anxieuses dans l'observation présente ne saurait justifier, une médication réactionnelle appelée à favoriser le retour à l'état habituel, à l'équilibre antérieur du système nerveux, lorsqu'il s'agit d'un état aigu, paroxystique grave ou rebelle, ayant

tendance à persister, pour démontrer que, ce rôle ne pouvant être joué ici, sa prescription passagère, car naturellement, il ne saurait être envisagé de l'administrer continuellement, aurait été non seulement inutile mais encore contre-indiquée.

**Remarque concernant
les observations de malades pour lesquels
la médication opiacée est inutile
ou contre-indiquée.**

Par ces quelques observations qui constituent la deuxième partie de ce chapitre, nous espérons, sans diminuer l'importance que nous accordons à la médication opiacée dans le traitement des états psycho-névrophathiques, avoir illustré nos déclarations précédentes au sujet des malades nerveux pour lesquels la médication opiacée ne s'impose pas, encore qu'elle soit davantage inutile que contre-indiquée.

* * *

Serait-ce trop prétendre, à l'issue de ce chapitre, d'espérer que le lecteur pensera que notre thérapeutique est celle d'un médecin hardi mais

prudent et lucide, ennemi de toute généralisation systématique, étant de ceux qui estiment qu'employer la médication opiacée lorsqu'elle ne s'impose pas, c'est faire preuve, soit d'une coupable imprudence, soit d'une complaisance criminelle; que de ne pas l'employer lorsqu'il s'impose, c'est commettre une lourde faute professionnelle, un impardonnable manquement à l'impérieux devoir d'humanité qu'a le médecin de soulager ceux qui souffrent, quand il en a les moyens; c'est méconnaître l'adage hippocratique : « Divinum est opus sedare dolorem ».

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS.

Nous voudrions dégager de ce travail les idées fondamentales qu'il contient ou qui l'ont inspiré :

1° Passant sous silence l'*hystérie* ou *pithiatisme* (Babinski), que pratiquement on ne rencontre plus et les *états de dépression mélancolique* (psychose périodique, cyclothymie), que

1. Durant dix ans de pratique comme spécialiste des maladies nerveuses — névroses et psycho-névroses — nous n'avons pas rencontré, en dehors de quelques rares crises nerveuses que l'on peut expliquer aisément sans parler d'hystérie (on sait que Bénou a dit : « la crise dite d'hystérie est une crise émotive à base d'énervement ; énervement contenu quand le sujet est debout ; énervement exprimé quand il est à terre »), un seul cas appartenant à cette névrose.

N'est-il pas légitime dès lors de penser qu'il n'y a pas ou qu'il n'y a plus de psycho-névrose hystérique, quelque soit le nom qu'on lui donne (hystérie, des anciens auteurs ; pithiatisme, de Babinski ; mythoplastie de Dupré).

P. Hartenberg, après 40 ans de spécialisation dans les névroses, ce qui indique, étant donnée sa notoriété, une pratique qui porte sur plusieurs milliers de malades, arrive à la même conclusion que nous.

Il donne une explication de cet état de chose qui nous semble parfaitement judicieuse ; voici ce qu'il écrit : « Je crois que l'hystérie ne constitue nullement une entité morbide, qu'il n'y a pas en réalité de maladie hystérique. L'hystérie de la Salpêtrière n'était qu'une construction artificielle faite

nous n'avions pas à envisager dans un ouvrage consacré au *traitement des psycho-névroses*, d'une part, parce qu'ils représentent la forme légère et fréquente d'états, qui, quand ils sont accentués, relèvent plus des psychoses que des

« de quatre sorte d'éléments disparates : 1^o des symptômes organiques, considérés comme névropathiques par erreur de diagnostic ; 2^o des réactions émotives banales, sans aucun caractère spécifique ; 3^o des faits de simulation et de supercherie ; 4^o des accidents dus à la suggestion et à l'auto-suggestion. Dans son démembrement de l'hystérie, Babinski a proposé de réduire l'hystérie à cette dernière catégorie de troubles et l'a baptisé *pithiatisme*. Mais Babinski s'est trompé lui-même. Il a cru que la suggestion et l'auto-suggestion nécessitaient une prédisposition psychique spéciale, n'appartenant qu'aux hystériques et caractéristique de leur mentalité. Or, il n'en est rien. La suggestibilité est une propriété normale du cerveau humain qui n'a rien de particulier ni de pathologique. Nous sommes tous suggestibles et l'extraordinaire succès qu'a remporté la conception inexacte de l'hystérie dans le monde médical le démontre amplement. On rencontre la suggestibilité partout en pathologie. Les petites auto-suggestions, amplification imaginative des symptômes réels, sont la monnaie courante de la séméiologie. Quant aux grandes auto-suggestions, elles se produisent exceptionnellement, sous l'influence de circonstances occasionnelles, chez des sujets émotifs, doués d'une vive imagination. Elles deviennent de plus en plus rares depuis qu'elles ne sont plus cultivées par les médecins mieux avertis. Elles correspondent aux psycho-névroses somatiques que j'ai décrites plus haut et rentrent dans le cadre général des psycho-névroses. On ne saurait, à aucun titre, en faire une maladie particulière et autonome ». Conf. P. Hartenberg. Société médicale et chirurgicale des hôpitaux libres. Archives hospitalières, n^o 2, 1937, p. 102-103, in « structure et classification des psycho-névroses. »

psychoses-névroses et d'autre part, parce que, dans l'état actuel de la science, il n'existe pas de thérapeutique spécifique, malgré des essais intéressants¹ (médications anti-choc ; médications sédatives de l'excitabilité neuro-végétative et en particulier de l'hypervagotonie) — on sait qu'ils guérissent spontanément — nous distinguons trois grands syndromes psychopathiques, qui sont :

- a) le syndrome de dépression nerveuse ou d'asthénie.
- b) le syndrome d'hyperémotivité simple et le syndrome d'hyperémotivité anxieuse ou d'anxiété morbide.
- c) le syndrome d'irritabilité nerveuse.

2^o Ces trois syndromes peuvent se rencontrer à l'état isolé, sous forme de *psycho-névroses simples* ou *autonomes*, réalisant alors :

a) pour ce qui concerne le syndrome de dépression nerveuse, la « *neurasthénie vraie* » (M. de Fleury) ou névrose d'asthénie, entièrement acquise, accidentelle, évoluant chez un malade n'ayant aucune prédisposition névropathique (de symptomatologie plus physique que cérébrale), d'ailleurs rarement rencontrée.

1. *Santenoise* : Les réactions vago-sympathiques dans les états anxieux (Soc. de Psychiatrie, janvier 1922, et Recherches sur les variations de la formule leucocytaire dans quelques cas de manie et de mélancolie (Soc. de psychiatrie, octobre 1921).

Tinel : Psychose intermittente et vago-sympathique (Soc. de psychiatrie, janvier 1923).

b) pour ce qui concerne le syndrome d'hyperémotivité simple, la *névrose émotive*, et pour ce qui concerne le syndrome d'hyperémotivité anxieuse, forme sous laquelle se présente habituellement l'hyperémotivité, la *névrose d'angoisse* (Freud), appelée encore *psycho-névrose anxieuse*, état anxieux.

c) enfin, pour ce qui concerne le syndrome d'irritabilité nerveuse, la *psycho-névrose d'énervement* (Hartenberg).

3° Mais, dans la très grande majorité des cas (environ 8 fois sur 10) ces syndromes se combinent, réalisant alors des *psycho-névroses mixtes* ou « combinées ».

Celles-ci peuvent se grouper en quatre classes et donner :

- 1° les *psycho-névroses asthéniques, anxieuses et irritables* ou *totales*.
- 2° les *psycho-névroses asthéniques et anxieuses*.
- 3° les *psycho-névroses asthéniques et irritables*.
- 4° les *psycho-névroses anxieuses et irritables*.

Chacun de ces types comprend une variété infinie de cas, selon leur cause, leur forme, leur gravité; cependant, étant donnée leur importance pratique, il y a lieu de distinguer, parmi tous ces types de *psycho-névroses mixtes*, deux formes essentielles, appartenant toutes deux à la 1^{re} classe des *psycho-névroses* ci-dessus

énumérées, les *psycho-névroses asthéniques, anxieuses et irritables* ou *totales*, et qui sont :

- a) les *états psychasthéniques* proprement dits.
- b) les *psycho-névroses mixtes* chez les *émotifs constitutionnels*.

5° Les états *psychasthéniques* ou *psychasthénie* (P. Janet) sont des états *mixtes constitutionnels*, en ce sens que les trois syndromes qui les constituent existent, de tout temps, d'une façon latente, sous forme de constitution morbide, donnant aux sujets qui en sont affectés une *psycho-physiologie* particulière et caractéristique (doute, timidité, tendance à la rumination mentale, aux obsessions; sentiments d'incomplétude, d'infériorité, d'impuissance; spasmodicité, arosexie, fatigabilité rapide physique et cérébrale, diminution du sentiment du réel, etc.).

Par contre, les *psycho-névroses mixtes*, évoluant chez les *émotifs constitutionnels*, irritables ou non, sont des états qui, en tant qu'états mixtes, ne sont pas constitutionnels, puisque des deux principaux syndromes qui les constituent (l'émotivité anxieuse et l'asthénie nerveuse), un seul est congénital (l'émotivité) et traduit une constitution morbide (la constitution émotive de Dupré), l'autre syndrome (l'asthénie) étant acquis.

6° En dehors des cas de *psychasthénie* *cyclothymique* ou *périodique*, tous les états

psychasthéniques relèvent de deux ordres de facteurs : les facteurs prédisposants, qui ne sont autres que la constitution psychasthénique, et les facteurs déterminants ou occasionnels.

Ces derniers sont innombrables et se confondent avec tout ce qui peut altérer l'équilibre fonctionnel du système nerveux.

Quant aux psycho-névroses mixtes, évoluant chez des émotifs constitutionnels, elles peuvent avoir les mêmes facteurs occasionnels que les états psychasthéniques. Fort souvent, il s'agit d'un surmenage en rapport avec l'émotivité constitutionnelle, surmenage auquel sont prédisposés tous les sujets dotés du précieux et redoutable don de sentir et de réagir exagérément.

7° Un traitement spécifique réactionnel est nécessaire pour combattre les états psychonévropathiques mixtes non seulement parce qu'ils sont fort pénibles pour les malades, pour peu qu'ils soient accentués, mais encore parce qu'ils ont tendance à persister, si on ne lutte pas contre eux directement.

Ceci est particulièrement vrai pour les états psychasthéniques graves et aigus qui, étant donné le terrain sur lequel ils évoluent, (prédispositions constitutionnelles), peuvent s'étendre sur une grande partie de la vie des malades

(5 ans, 10 ans et plus), si on n'aide pas la nature dans ses efforts vers le retour à l'équilibre.

8° Ce traitement spécifique, pour mériter son nom, doit s'adresser à tous les syndromes qui constituent les psycho-névroses mixtes. Il doit donc être à la fois :

neuro-tonique et *noosthénique*, c'est-à-dire capable de remonter le potentiel nerveux et la « tension psychologique », le niveau mental des malades ;

neuro-sédatif, c'est-à-dire capable d'apaiser l'émotivité et l'irritabilité nerveuse ;

euphorique, c'est-à-dire capable d'entraîner la disparition de toutes les manifestations anxieuses (angoisse, phobies, obsessions).

Neuro-tonique et noosthénique, neuro-sédatif et euphorique, autant dire alors, régulateur et équilibrant total du système nerveux.

9° Malheureusement, toutes les médications couramment employées sont inaptes à agir sur le système nerveux comme on le désirerait, c'est-à-dire dans les différents sens qu'exigent les états mixtes, états, non seulement complexes, mais encore composés d'éléments opposés justiciables respectivement de moyens thérapeutiques contraires et synergiquement inconciliables (stimulation - sédation).

Les neuro-toniques, en effet — exception faite des reconstituants généraux ou nervins qui n'exercent aucune action stimulante sur le système nerveux et qui sont, par conséquent, tout à fait insuffisants — sont tous des excitants.

On ne saurait donc les employer chez des malades qui, en même temps qu'ils sont des déprimés, sont aussi des émotifs, des anxieux et des énervés réclamant une sédation au moins égale à la stimulation dont ils ont besoin.

En outre, la plupart ne remontent pas la tension psychologique (exemple la strychnine), ce qui est une très grosse imperfection ; ce ne sont pas des noosthéniques ou, s'ils exercent une certaine action stimulante sur les centres psychiques et psycho-moteurs du cerveau, ils le font d'une façon telle qu'ils deviennent inutilisables (exemple l'alcool qui trouble les facultés intellectuelles ; la cocaïne qui engendre des hallucinations, sans parler de bien d'autres méfaits qui font de cette substance un simple anesthésique local).

Quant aux sédatifs — exception faite des antispasmodiques légers et de certaines médications du système sympathique dont l'action est insuffisante ou partielle — ce sont tous des dépresseurs ; on ne saurait donc les employer, eux aussi, chez des malades dont les manifes-

tations dépressives sont, pour le moins, autant marquées que les manifestations irritables et émotives.

Il reste enfin à signaler que les unes et les autres de ces médications ne sont pas euphoriques, c'est-à-dire n'exercent aucune action spécifique sur l'anxiété morbide caractérisée, syndrome cependant considérable, le plus important, à coup sûr, de toutes les manifestations psycho-nerveuses des malades atteints de psycho-névrose mixte. Notons que, l'euphorie traduisant un équilibre parfait du système nerveux, ces diverses médications ne sont pas euphoriques, non pas tellement parce qu'elles manquent de propriétés exhilarantes, mais parce que leurs effets sont incomplets, parce qu'elles n'arrivent pas à exercer sur le système nerveux la stimulation et la sédation dont il a besoin, pour que ses fonctions s'accomplissent normalement.

En somme, par le fait que, pour ce qui concerne les médications usuelles, toute action neuro-tonique et noosthénique est pratiquement synonyme d'action irritante, et toute action sédatrice synonyme d'action déprimante, neuro-toniques et sédatifs, que les médecins ont couramment à leur disposition, ne sauraient constituer, employés seuls — car ce sont des armes

comme nous l'avons vu à deux tranchants, dont l'un de ces tranchants est insuffisant et l'autre, nocif, augmentant les troubles auxquels il ne s'adresse pas — ou associés, — car dans ce cas leur action se neutralise, ne laisse aux malades que l'inconvénient résultant de l'administration de produits plus ou moins toxiques — une thérapeutique polysyndromique, véritablement spécifique des états psycho-névropathiques mixtes graves ou sérieux, lesquels réclament une action directe contre tous les syndromes qui les constituent.

Cet état de choses fait, des maladies nerveuses, les maladies les plus mal soignées, et les malades nerveux, atteints de psycho-névrose mixte, qui représentent, comme nous l'avons dit, les trois quarts des névropathes, pour peu qu'ils soient fortement touchés, sont très souvent abandonnés (cas des psychasthéniques gravement atteints, malades depuis 5-10 ans), quand ils ne sont pas aggravés, ce qui est plus fréquent qu'on ne le croie.

10° Il existe pourtant une médication polysyndromique, c'est-à-dire répondant par ses effets pharmacodynamiques à la symptomatologie si complexe des psycho-névroses mixtes.

Cette médication est, à la fois et puissamment, neuro et psycho-stimulante, neuro-séda-

tive et euphorique; elle combat le déséquilibre psycho-nerveux sous toutes ses formes et, par le don unique qu'elle est seule à posséder d'être une médication qui calme et qui tonifie le système nerveux, elle résout le problème si difficile du traitement des psycho-névroses mixtes qui, comme on le sait, consiste essentiellement à tonifier et à calmer les malades, double objectif représentant la principale difficulté de la thérapeutique de ces états.

Il s'agit de la médication opiacée, employée, autant que possible, pour des raisons de commodité et de prudence, sous forme de phosphate de codéine, en injections, et de laudanum de Sydenham, *per os*.

11° La pratique montre hélas que, plus encore par suite d'une prévention injustifiée, que par suite de la méconnaissance de ses effets cette médication princeps, nécessaire et irremplaçable, n'est pas utilisée quand il le faudrait, c'est-à-dire quand toute autre thérapeutique est nocive, inefficace ou insuffisante (1 médecin sur 20 consultés, spécialistes compris, l'applique¹ quand elle est nécessaire).

12° Cela est profondément regrettable, car réservée aux cas sérieux, maniée avec habileté

1. Malgré son excessivité apparente, ce rapport est conforme à nos observations et repose sur des faits.

et avec prudence, nous voulons dire en prenant les précautions d'usage, par un spécialiste compétent et consciencieux, cette médication est tout à fait inoffensive ; elle ne conduit ni à l'intoxication, ni à la toxicomanie. Dix ans de pratique et de prescriptions quotidiennes nous le prouvent d'une façon indiscutable.

13° Associée au traitement des causes occasionnelles, la plupart du temps simple prélude thérapeutique dans les cas graves, au repos physique et moral, à une hygiène convenable à tous les points de vue, (hygiène physique, alimentaire, cérébrale et affective), à une psychothérapie intelligente et modeste dans ses prétentions¹, à quelques médications et moyens adjuvants, elle compte à son actif, dans des cas sérieux et anciens, voire rebelles, des guérisons inespérées, là où tout avait échoué.

14° Cela ne veut pas dire que la médication opiacée ne comporte pas d'échecs et soit la panacée de toutes les psycho-névroses mixtes.

1. Pas de ces déclarations stupides et prud'hommesques de primaires ignorants : « la volonté peut tout... ce n'est rien, puisque c'est nerveux... il faut réagir... il n'y a que vous qui pouvez vous guérir... je ne vois rien, vous n'êtes pas malade, vous avez bonne mine, tous vos organes sont en bon état... distrayez-vous, sortez, ne vous écoutez pas... il faut dire : je veux, et on est guéri ! ».

Même prescrite judicieusement, il y a des cas où elle n'obtient pas les résultats que l'on était en droit d'attendre d'elle.

Cela vient : 1° de l'intolérance de certains malades, imposant l'abandon de la médication ; 2° d'une insensibilité idiosyncrasique, que l'on rencontre parfois, des cellules nerveuses à l'opium et à des dérivés ; 3° d'un état cyclothymique qui semble paralyser les réactions du système nerveux des malades et empêcher peut être même l'assimilation de l'opium.

Il est certain, à ce sujet, que les malades tombés, à la suite d'une cause occasionnelle connue et précise, dans un état psycho-névropathique mixte, réagissent à la médication opiacée bien mieux que les cyclothymiques (nous ne parlons pas des cyclothymiques mélancoliques qui, eux, ne sauraient être guéris par l'opium, leurs manifestations essentielles¹ — anesthésie affective — n'étant pas de celles que combat cette médication.

15° Quant au traitement spécifique des *psycho-névroses simples* ou autonomes, à l'excep-

1. Nous ne parlons pas des manifestations secondaires, quoique rarement absentes (anxiété, irritabilité nerveuse, asthénie...), soulagées par la médication opiacée qui, comme on le sait, est très souvent employée chez les mélancoliques en tant que médication symptomatique adjuvante.

tion du traitement des psycho-névroses anxieuses graves ou rebelles qui se confond avec le traitement des psycho-névroses mixtes accentués — la médication opiacée — il n'est autre que l'ensemble des médications usuelles, sédatives ou toniques, rejetées, en tant que médications principales, parce qu'insuffisantes¹ ou contraires² dans les états mixtes accentués.

Comme il s'agit d'états qui, d'une part, ne sont généralement pas très sérieux, en tous cas cèdent facilement au repos, à l'hygiène, à la disparition des facteurs étiologiques et, d'autre part, sont monosyndromiques, ces médications suffisent à ramener l'équilibre.

La médication opiacée est, non seulement pas nécessaire, mais encore contre-indiquée.

16° Enfin, dans les cas de *psycho-névroses, mixtes mais bénignes*, légères, constituant la foule des « petits nerveux », — qu'il est capital de ne pas confondre avec les grands déprimés anxieux et irritables — la médication opiacée n'est pas nécessaire non plus.

Elle sera remplacée, en l'absence de toute autre médication polysyndromique (puisqu'il n'y en a pas en dehors de l'opium), par une

1. Ce sont ces médications qui constituent le traitement adjuvant des états mixtes graves.

2. Bromures, gardénal à fortes doses, strychnine, etc...

médication monosyndromique qui combattra le syndrome prédominant (généralement l'hyperémotivité qui est, non seulement le syndrome prédominant, mais encore, dans bien des cas, la cause profonde et réelle du surmenage, facteur étiologique que l'on rencontre à la base d'un très grand nombre d'états mixtes), tout en veillant à ce qu'elle n'accroisse pas les autres syndromes associés.

On pourra espérer qu'en rétablissant l'équilibre psycho-nerveux sur un point essentiel, cet équilibre partiel entraînera le retour de l'équilibre total, les autres facteurs de cure (repos, alimentation, désintoxication, etc...) aidant.

* *

En résumé, l'intérêt primordial de ce livre, consacré au traitement des psycho-névroses, son but essentiel est de rappeler ou de faire connaître l'importance et la nécessité de la médication opiacée — médication capitale en médecine et spécialement en neuro-psychiatrie, et dont on prive trop souvent les malades de ses bienfaits, par suite d'une prévention injustifiée et d'une

1. La disparition de ce facteur entraîne d'autant plus facilement la guérison que dans les états bénins les psycho-névroses sont davantage des réactions que des séquelles.

crainte véritablement exagérée — non seulement, comme la plupart des rares médecins, qui s'en servent, semblent le penser, dans les états anxieux graves, mais encore dans un grand nombre d'états psycho-névropathiques mixtes sérieux, voire moyens mais rebelles, en tant que stimulant cérébral (noosthénique) et nervin, sédatif et euphorique, triple aspect sous lequel la médication opiacée n'est pratiquement pas envisagée ni utilisée.

..

Aussi, en guise d'épilogue, nous croyons bien faire de livrer à la méditation de ceux de nos confrères qui nous feront l'honneur de nous lire, ces paroles du professeur Fonssagrives : « Combien nombreuses sont les applications de l'opium, ce médicament princeps qui domine en quelque sorte la thérapeutique tout entière et que le praticien apprend à manier pendant toute la durée de son activité professionnelle, sans pouvoir espérer qu'il arrive jamais à en prendre une possession complète. C'est un sujet d'étude en quelque sorte inépuisable ; il a commencé avec la médecine et il finira avec elle. »

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE.

- Allendy.* — La Psychanalyse et les névroses, 1 volume. Payot, édit., Paris, 1924.
- André-Thomas.* — Psychothérapie, 1 volume. Baillière, édit., Paris, 1912.
- Arnaud.* — Traité de pathologie mentale, 1903.
- Baillarger.* — Monomanies avec conscience. Archives Cliniq. des maladies mentales. 1861.
- Ball.* — De la Claustrophobie. Annales médico-psychologiques. Tome II. 1879.
- Ballet (Gilbert).* — Sur la Névrose d'angoisse, congrès des neurologistes. Grenoble, 1902.
- L'Hygiène du neurasthénique, 1 volume. Masson, édit., Paris, 1906.
- Traité de pathologie mentale, 1 volume.
- Beard.* — Nervous exhaustion, 1 volume, 1878.
- Bellet.* — Moyens de défense des obsédés, 1 volume. Thèse de Bordeaux, 1898.
- Benon.* — Anxiété périodique. Gazette Médicale, Nantes.
- La Neurasthénie vraie, diagnostic et traitement, 1 volume. Maloine, édit., Paris, 1926.
- L'Asthénie, 1 volume. Marcel Vigné, éditeur, Paris, 1934.
- La Mélancolie, clinique et thérapeutique, 1 volume. Doin, édit., Paris, 1925.

- Bérail Pierre (De)*. — La Psychothérapie... Thèse de Bordeaux, 1936. Delmas, édit., 6, Place Saint-Christoly, Bordeaux.
- Bernheim*. — Neurasthénie et psycho-névroses, 1 volume. Paris, 1908.
- Boissier*. — Étude sur la neurasthénie et la mélancolie dépressive considérées dans leurs rapports réciproques. Paris, 1894.
- Bonnier Pierre*. — L'Anxiété, 1 volume. Alcan, édit., Paris, 1913.
- Les Phobies auriculaires (Revue d'hypnologie. Novembre 1895).
 - La Centrothérapie, 1 volume. Nouvelle édition. Alcan, édit., Paris, 1929.
 - L'Hypocondrie. Congrès des neurologistes et aliénistes, Revue neurologique. Rennes, 15 août 1905.
- Bouveret*. — La Neurasthénie. Baillière, édit., Paris, 1891.
- Brachet (J. L.)*. — Mémoire sur l'asthénie. Paris, 1829.
- Brissaud*. — De l'Anxiété paroxystique. Sem. Méd. 1890. Revue de Neurologie, 1902. Congrès de Grenoble et Société de Neurologie, 1902.
- Burlureaux*. — Traité pratique de psychothérapie, 1 volume. Perrin, édit., Paris, 1914.
- Camus (Jean) et Pagniez*. — Isolement et psychothérapie. Alcan, édit., Paris, 1904.
- Cazanove et Regis*. — Le Trac des coiffeurs. 1908.
- Capgras et Serieux*. — La Mélancolie, 1 volume.
- Chaslin (P. A.)*. — Éléments de séméiologie et clinique mentale. Asselin et Houzeau, édit., Paris, 1912.
- Chatelain*. — Nerfs sains et nerfs malades, 1 volume. Payot, édit., Paris.

- Chavany*. — Hygiène des Nerveux, 1 volume. Doin, édit., Paris, 1933.
- Chéron (Jules)*. — Introduction à l'étude des lois de l'Hypodermie, 1 volume. Société d'Édit. Scient. F., Paris, 1893.
- Claparède*. — L'Obsession de la rougeur. Archives de psychologie de la Suisse Romande. Avril 1902.
- Claude et Lévy-Valensi*. — Les États anxieux, 1 volume. Maloine, édit., Paris, 1938.
- Combes (L.)*. — La Névrose émotive, 1 volume. Arnette, édit., Paris, 1929.
- Cornelius*. — Mécanisme émotif des obsessions. Archives de Neurologie. Janvier-Juin 1920.
- Cullère (A.)*. — La Thérapeutique suggestive et ses applications aux maladies nerveuses et mentales, 1 volume.
- Nervosisme et névroses; Hygiène des énervés et des névropathes, 1 volume.
- Dallemagne*. — Dégénérés et déséquilibrés, 1 vol. 1895.
- Dagonet*. — Folie impulsive. Annales Médic. psych. 1897.
- Déjerine et Gaukler*. — Les Manifestations fonctionnelles des psycho-névroses, 1 volume. Masson, édit., Paris, 1912.
- Delmas (Achille)*. — Le Rôle et l'importance des constitutions en pathologie mentale. Congrès des aliénistes. Limoges, 1932. Masson, éditeur.
- Psychopathologie du suicide, 1 vol. Alcan, 1932.
- Deny*. — La Cyclothymie. Semaine Médicale. 1908.
- Deschamps (Albert)*. — Les Maladies de l'esprit et les asthénies, 1 volume. Alcan, Paris, 1919.
- Les Maladies de l'énergie; les Asthénies et la Neurasthénie, 3^e édition, 1927 (cette édition en collaboration avec J. Vinchon). F. Alcan, édit..

- Devaux (A.) et Logre (B. J.)*. — Les Anxieux, 1 volume. Masson, édit., Paris, 1916.
- Dide (M.)*. — Les Émotions et la guerre, 1 vol. F. Alcan, Paris, 1918.
- Dubois (de Berne)*. — Les Psycho-névroses et leur traitement moral, 1 vol. Masson, édit., Paris, 1904.
- L'Éducation de soi-même, 1 volume. 1909.
- Dubois-André (G.)*. — Interprétation de la neurasthénie et de ses différents symptômes. Monde Médical, Octobre 1933.
- Dugas (L.)*. — La Timidité, 1 vol., 3^e édition. Paris, 1903.
- Dumas (G.)*. — Traité de la psychologie, Tome II. Alcan, édit., Paris, 1923.
- La Tristesse et la joie, 1 volume. Alcan, éditeur.
- Dupré (E.)*. — Pathologie de l'imagination et de l'émotivité, 1 volume. Payot, 1926.
- La Constitution émotive. Sociétés réunies de Neurologie et de Psychiatrie. 1909.
- Dutil (A.)*. — Neurasthénie, in Traité de Médecine de Charcot et Bouchard, 2^e édition, 1904. Masson, éditeur.
- Dwelshauvers (Georges)*. — L'Exercice de la volonté, 1 volume. Payot, édit., Paris, 1935.
- Euzière et Margarot*. — L'Hypertonie du sympathique dans l'angoisse. Languedoc Médical. 1921.
- Les Réactions du système nerveux viscéral dans les états anxieux; Encéphale. Mai-Juin 1920.
- Esquirol*. — Maladies mentales. 1836.
- Falret*. — Folie raisonnée ou folie morale. Société Médic. psychol. 8 Janvier 1866.
- Féré*. — La Pathologie des émotions, 1 volume. Alcan, éditeur. 1887.

- Feuillade*. — Conseils aux nerveux et à leur entourage, 1 volume. Flammarion, 1924.
- Feuchtersleben*. — Hygiène de l'âme, 1 vol. 1904. Baillière.
- Fleury (Maurice de)*. — Les Transfusions de sérum et la suggestion.
- Introduction à la médecine de l'esprit, 1 volume, 12^e édition. Alcan, éditeur, 1927.
- Les Grands symptômes neurasthéniques, 1 vol., 4^e édition. Alcan, 1910.
- Les États dépressifs et la neurasthénie, 1 volume, Alcan, 1926.
- L'Angoisse humaine. Les éditions de France, 1 volume. 1924.
- Les Fous, les pauvres fous et la sagesse qu'ils enseignent, 1 volume. Hachette, 1928.
- La Psycho-névrose émotive ou la maladie de Dupré (in Psychiatrie, 2^e édition du traité de Pathologie et de thérapeutique de Sergent). Maloine, éditeur, 1926.
- Pathogénie de l'épuisement nerveux, 1 volume. Alcan, 1898.
- Traitement rationnel de la neurasthénie, Alcan.
- Fourcade*. — La Constitution émotive, 1 volume. Thèse de Paris. 1912.
- Gelinau*. — Des Peurs morbides ou phobies, 1 volume. Paris, 1894.
- Génil-Perrin*. — Maladies nerveuses et mentales, 1 vol. Collection Larousse. Paris, 1931.
- Gilbert-Robin*. — La Paresse est-elle un défaut ou une maladie? 1 volume. Flammarion. Paris, 1932.
- Nombreux articles sur la neurasthénie, l'asthénie et les psycho-névroses.

- Gilles de la Tourette.* — Les États neurasthéniques, 1 vol.
- Guillaume (A. C.).* — Le Système nerveux organo-végétatif, 1 volume. Masson, 1919.
- Sympathicotonies, vagotonies, neurotonies, 1 volume. Masson, 1925.
- Guédé (M.).* — L'Angoisse, ses bases physiques, ses manifestations protéiformes. 1936.
- Hartenberg (Paul).* — Les Psycho-névroses anxieuses et leur traitement, 1 vol. Alcan, édit., Paris, 1922.
- Psychologie des neurasthéniques, 1 volume. Alcan, 1908.
- Traitement des neurasthéniques, 1 vol. Alcan, 1912.
- La Névrose d'angoisse, 1 volume. Alcan, 1901.
- La Phobie du regard. Archives de Neurologie, n° 105. 1904.
- Origine organique de certaines phobies. Revue de Médecine. 1904.
- La Détresse des Psychasthéniques. Journal de Psychologie. Mars-Avril 1905.
- Structure et classification des psycho-névroses, in « Société médico-chirurgicale des Hôpitaux libres ». Archives Hospitalières, n° 2, 1937.
- Les Timides et la timidité, 1 volume, 3^e édition. Bibl. de Phil. Contemp., Alcan, 1910.
- La Psycho-névrose d'énervement in « Le Concours Médical », 18, VII, 1937.
- Classification des névroses. « La Clinique », 1937.
- Heckel (F.).* — La Névrose d'angoisse, 1 volume. Masson, 1917.
- Hecker.* — Sur l'Importance de la maladie d'angoisse. Allg. Zeitschr. F. Psych. Vol. I. 11, 14, 1167.

- Hesnard.* — Les Troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique, 1 volume. Alcan, éditeur, 1909.
- La Psychanalyse des névroses et des psychoses (en collaboration avec le Prof. Régis), 2^e édit., Alcan, 1921.
- Les Psychoses et les frontières de la folie, 1 vol., Bibl. de Phil. Scien., Flammarion, éditeur. 1924.
- Les Syndromes névropathiques, 1 vol. Doin, 1927.
- Ioteyko (J.).* — La Fatigue, 1 volume. Bibl. Phil. Scien., Flammarion, 1925.
- Janet (Pierre).* — La Psychasthénie et les obsessions, 1 volume, 3^e édition. Alcan, édit., Paris, 1919.
- Les Névroses, 1 volume. in Bibl. Phil. Scien., Flammarion, édit., Paris, 1919.
- Névroses et idées fixes. Paris, 1898.
- Les Médications psychologiques, 3 vol., Alcan, édit., Paris 1925-1928.
- L'Automatisme psychologique, 1 volume. Alcan, 1889.
- La Kleptomanie et la dépression mentale. Journal de Psychologie normale et path. 1911. P. 97.
- La Tension psychologique, ses degrés, ses oscillations. The British Journal of Psychology Medical Section. Octobre 1920. Janvier-Avril 1921.
- Les Oscillations de la tension psychologique, in nouveau traité de psychologie du Prof. G. Dumas. Tome IV. Fasc. 3. Alcan, édit., Paris, 1937.
- Kahn.* — La Cyclothymie, 1 volume. Thèse. Paris.
- Guide de psychiatrie. Maloine. Paris, 1927.
- Kessel.* — Obsessions et impulsions. Thèse. Montpellier, 1895.

- Krishaber.* — Névropathie cérébro-cardiaque, 1 volume. Paris, 1873.
- Laforgue et Allendy.* — La Psychanalyse et les névroses, 1 volume. Payot, édit., Paris, 1924.
- Laignel-Lavastine.* — Pathologie du Sympathique, 1 vol., Alcan. 1919.
- et *d'Euqueville.* — Un nouveau Teste clinique simple d'émotion applicable à l'examen des prévenus ; le pH urinaire différentiel ; f. médico-légale. Décembre 1931.
- Émotivité, inquiétude, angoisse et anxiété. Presse Médicale. 1928.
- La Méthode concentrique dans l'étude des psycho-névroses, 1 vol., Chaluine, édit., Paris, 1928.
- Conférence de Sympathologie clinique. Chaluine. Paris, 1929.
- Lalanne.* — Les États anxieux. Congrès de Grenoble. 1908.
- Lange.* — Les Émotions, 2^e édition, 1 volume. 1902.
- Laurent (E.).* — La Neurasthénie, in traité de Médecine de P. Bernheim et de E. Laurent. Maloine, édit., Paris, 1897.
- Legrand du Saule.* — Le Délire du toucher et la folie du doute.
- Le Groignec.* — Thèse de Bordeaux. 1897.
- Lépine (Jean).* — Médications symptomatiques, nerveuses et mentales, avec M. de Fleury, 1 vol., Baillière, éditeur. Paris.
- Le Savoureux.* — Le Spleen, 1 vol., Thèse. Paris, 1913.
- Leclerc (H.).* — Précis de Phytothérapie, 3^e édition. (Le pavot, p. 239 à 244). Masson, édit., Paris, 1935.
- Le laudanum de Sydenham. Presse médicale. 1921.

- Lestchinsky.* — Les États nerveux et leur traitement, 1 volume. Alcan, 1926.
- Essai médico-psychologique sur l'auto-suggestion.
- Levillain (F.).* — La Neurasthénie (Préface de Charcot). Paris, 1891.
- Levy (Léopold).* — Contribution à la pathologie et au traitement de l'anxiété. Société Médicale de Paris. Juin 1917.
- Pathogénie de l'angoisse et de l'anxiété. Revue de Médecine. Mars 1930.
- Nervosisme et glandes endocrines, 1 volume.
- Une médication énergique et anti-nerveuse, 1 volume. 1933.
- Lévy (Paul-Emile).* — Neurasthénie et Névrose, 1 vol., Alcan. Paris, 1909.
- L'Éducation de la volonté, 1 volume. Alcan, éditeur. Paris.
- Le Traitement moral, 1 brochure. Hachette, édit., 1927.
- Londe (P.).* — L'Angoisse. Revue de Médecine. 1902, p. 704 et 868.
- Mallet (Raymond).* — Angoisse et Obsessions.
- Les Obsédés, 1 volume. Doin, éditeur. 1928.
- Martin, Sisteron et Bonyer.* — L'Hygiène mentale et nerveuse individuelle, 1 volume. Maloine, édit., Paris, 1920.
- Mathieu (A.).* — La Neurasthénie. 1899.
- Meize (H.).* — Article sur la neurasthénie. Pratique Médico-chirurgicale. 1911.
- Montassut.* — La Dépression constitutionnelle, 1 volume. Masson, éditeur, Paris, 1938.
- Les États de dépression. in Le Bulletin médical, 25 août 1934.

- Moreau de Tours.* — La Psychologie morbide, 1 volume. Masson, éditeur. 1897.
- Morel.* — Du Délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral. Archives Générales de Médecine. 1866.
- Mosso.* — La Fatigue, 1 vol., 4^e édit., Alcan, édit., 1903.
- La Peur, étude psycho-physiologique, traduit de l'italien sur la 3^e édit. par F. Hément. 2^e édition française, 1 volume in-12 de la Bibl. de Phil. Contemp., Alcan, éditeur.
- Natham (Marcel).* — Les Psychoses évitables. Flammarion, édit., Paris, 1930.
- Les Malades dits imaginaires, 1 volume. Doin, éditeur. 1932.
- Neuberger (L.).* — Le Traitement de la neurasthénie. Journal des Praticiens. Mars 1933.
- Le Traitement des maladies nerveuses, 1 volume. Maloine, éditeur. Paris.
- Le Traitement des maladies mentales, 1 volume. Maloine, éditeur. Paris.
- Page.* — Le Toxémie neurasthénique, 1 volume.
- Payot.* — L'Éducation de la volonté, 1 volume. Alcan, éditeur. Paris, 1922.
- La Conquête du bonheur, 1 vol., Alcan, éditeur.
- Pitres et Régis.* — Séméiologie des obsessions et des idées fixes; Compte rendu du Congrès de Moscou; Section des maladies nerveuses et mentales, 1 vol., G. Gounouilhon, éditeur. Bordeaux, 1897.
- Pouchet (Prof. G.).* — Leçons de pharmacodynamie et matière Médicale, 2^e série (xxvii^e leçon, p. 592 à 614. Action physiologique de l'opium; action noosthénique et exilarante). Octave Doin, édit., Paris, 1901.

- Prost (Pierre).* — Sauvez vos Forces nerveuses, 1 volume. Oliven, éditeur. Paris, 1934.
- Rééducation psychothérapique, 1 volume in-8^o de 140 pages. Doin, éditeur. Paris, 1932.
- Raymond et Arnaud.* — Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et troubles du mouvement. Annales Méd. Psych. Septembre-Octobre 1892.
- Régis.* — Les Obsessions et les impulsions, 1 volume (en collaboration avec le Prof. Pitres). Doin, édit., Paris, 1902.
- Précis de psychiatrie, 1 volume, 6^e édition. Doin, éditeur. 1923.
- L'Obsession de la rougeur ou éreutophobie (en collaboration avec le Prof. Pitres). Congrès de Médecine mentale de Nancy. 1896.
- Climat marin et neurasthénie, 1 volume. Vigot, éditeur. 1908.
- Renaudin (G.).* — Du rôle de la virginité dans l'étiologie de la neurasthénie. Archives Médico-chirurgicales de Province. 1911.
- Renon.* — L'Angoisse de guerre. Bulletin de la Société de thérapeutique. Février 1916.
- Reveille-Parisse.* — Hygiène de l'esprit, 1 vol., Baillière, éditeur. Paris.
- Ribot (Th.).* — Psychologie des sentiments, 1 vol., Bibl. Phil. Contemp. Alcan, éditeur. 1896.
- Les Maladies de la volonté, 1 vol., Bibl. Phil. Contemp. Alcan, éditeur. 1896.
- Psychologie de l'attention, 1 volume. Bibl. Phil. Contemp., 17^e édition. Alcan, éditeur. 1931.
- Riche (A.).* — Les États neurasthénique, 1 volume. 1908.

- Roux (J.)*. — Les Névroses post-traumatiques, 1 volume.
— Diagnostic et traitement des maladies nerveuses, 1 volume.
- Roy (Pierre)*. — De l'Hypocondrie. Congrès des neurologistes et aliénistes. Rennes, 1905.
- Séglas*. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1895.
- Sollier*. — Le Doute, 1 volume. Bibl. Phil. Contemp. Alcan, éditeur. Paris, 1903.
— Le Mécanisme des émotions, 1 volume. Bibl. Phil. Contemp. Alcan, éditeur. Paris, 1906.
- Tardieu*. — L'Ennui, 1 volume. Bibl. Phil. Contemp. Alcan, éditeur. Paris, 1903.
- Tastevin (J.)*. — L'Asthénie post-douloureuse. Les dysthénies périodiques; psychose périodique. Annales Médico-psych. Mars-Août 1911.
— Les Émotions afflictives. Revue Neurolog. Juin 1912.
- Toulouse*. — L'Art de vivre, 1 volume. Fasquelle, édit., Paris, 1925.
- Vinchon (Jean)*. — Les Syndromes dépressifs, 1 volume. La Médecine, édit.
— Les Névroses, 1 volume. Collection des « Petits Précis ». Maloine, éditeur. Paris, 1936.
- Voisin (A.)*. — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris, 1883.



TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE I ^{er} . — Étude clinique des psychonévroses	13
CHAPITRE II. — Traitement des psycho-névroses	37
CHAPITRE III. — Observations de malades..	99
CONCLUSIONS	173
BIBLIOGRAPHIE.....	191
TABLE DES MATIÈRES	205



ERRATUM

Page 19, ligne 11.

Au lieu de : L'asthénie, chez certains sujets, en particulier chez les « déprimés constitutionnels », suit et souligne la courbe du rythme très particulier de l'activité de ces malades.

Lire : L'asthénie, chez certains sujets, en particulier chez les « déprimés constitutionnels », suit et souligne la courbe du rythme très particulier de l'hypoactivité de ces malades ; cette courbe (celle de l'asthénie ou de l'hypoactivité) atteint son paroxysme le matin, pour décroître vers la fin de l'après-midi, jusqu'au coucher.

La note de la page 19, suffisamment explicite, corrige d'elle-même d'ailleurs, l'erreur du texte et interdit toute interprétation erronée.

ACHEVÉ D'IMPRIMER
— LE 5 MAI 1939 —
SUR LES PRESSES DE L'IMPRIMERIE DE MONACO
PRINCIPAUTÉ DE MONACO.