

éléments font encore défaut. Disons seulement que des symptômes analogues à ceux décrits par Valleix ont été maintes fois observés chez des sujets névropathiques, hystériques, goutteux, etc., dans des conditions, en un mot, où l'influence d'un état morbide général existe incontestablement. Peut-être en est-il de même dans d'autres cas où cet état général est assez peu accusé pour ne pas frapper au premier abord et pour passer inaperçu, surtout quand l'attention est détournée et comme absorbée par les symptômes beaucoup plus saillants de la névralgie.

1851. *Diagnostic.* — La névralgie générale pourrait être prise pour une affection *encéphalique*, telle que le ramollissement, les tumeurs, les abcès du cerveau. Mais l'absence de douleur profonde et fixe dans un côté de la tête, avec paralysie ou contracture du côté opposé; l'absence de convulsions; le trouble insignifiant des facultés intellectuelles et les nombreux foyers de douleurs que l'on découvre par la pression, permettront d'éviter facilement l'erreur. — La *paralysie générale*, avec ou sans aliénation, présente des signes trop évidens d'une lésion de la myotilité et manque trop complètement de symptômes douloureux pour qu'il y ait lieu d'insister longuement sur ce point de diagnostic. — « Le *delirium tremens*, dit Valleix (il eût été plus exact de dire l'alcoolisme ou le tremblement des ivrognes), ressemble beaucoup plus à la névralgie générale... Mais il y a dans cette affection des symptômes qui n'existent pas dans celle qui nous occupe. Ces symptômes sont : l'insomnie, les visions, l'agitation, la soif, le désordre des idées. Enfin, dans le *delirium tremens*, il y a, comme cause facile à reconnaître, l'abus des liqueurs alcooliques, tandis que cette cause n'existe pas dans la majorité des cas de névralgie générale. — Dans les cas de *tremblement mercuriel* et d'intoxication *saturnine*, il est facile de remonter à la cause des accidens; en outre, le tremblement suite d'empoisonnement mercuriel est porté beaucoup plus loin que dans la névralgie générale, et c'est à peu près le seul symptôme de l'affection; dans l'intoxication saturnine, le dépérissement, la décoloration, les paralysies partielles, etc., sont trop caractéristiques pour ne pas faire éviter aisément toute confusion.

1852. *Pronostic.* — Bien que la maladie, abandonnée à elle-même, n'ait point de tendance à guérir spontanément, elle n'est cependant pas grave, et c'est sous ce rapport surtout que sa distinction d'avec les maladies qui peuvent la simuler a une véritable importance pratique.

Traitement. — « Il est un traitement très simple et qui, jusqu'à présent, a été infailible, c'est la cautérisation transcurrente » (Valleix), pratiquée de manière à atteindre à peu près tous les points douloureux. Une amélioration notable se fait sentir au bout de deux ou trois jours, quelquefois du jour au lendemain. Si le cas l'exige, on peut renouveler l'opération dix ou quinze jours après la première. Une bonne hygiène, un régime tonique, sain et excitant, concourent utilement à ce traitement.

ARTICLE XIV.

DE L'HYPERESTHÉSIE MUSCULAIRE.

Bibliographie. — Conf. *Irritation spinale. Hystérie. Rhumatisme.*

BRIQUET. *De l'hyperesthésie hystérique et notamment de l'hyperesthésie des muscles.* *Union médicale*, 1858, p. 82.

TH. INMAN. *Remarks on myalgia with cases.* *British med. Journal*, avril 1858, p. 408; octobre, p. 866.

1853. L'hyperesthésie musculaire, désignée également sous les noms de *myodynîe*, de *myosalgie* (Piorry), de *myalgie* (Inman), a été assez peu étudiée. Outre les douleurs, quelquefois très persistantes, ressenties dans les muscles après la déchirure de leurs fibres charnues ou aponévrotiques dans un effort; outre les tiraillemens pénibles qui caractérisent la courbature, suite d'un exercice violent, ou qui se produisent spontanément dans une foule de maladies générales fébriles. on connaît encore les douleurs musculaires du rhumatisme; celles-ci peuvent être considérées comme des myosalgies produites par l'impression du froid, et, à ce titre, prendre place à côté de la dermalgie, dont la cause est si souvent la même. Leur description rentre dans celle du RHUMATISME, et les principaux points de leur diagnostic différentiel ont été déjà indiqués dans l'histoire des névralgies. Des douleurs musculaires s'observent également chez les sujets cachectiques, chez ceux qui sont en proie à l'intoxication saturnine. Enfin rien n'est plus fréquent que d'observer cette sorte de souffrance chez les sujets névropathiques. M. Briquet a fait des douleurs musculaires dans l'hystérie une étude détaillée dont nous allons reproduire les principales parties.

Ces douleurs, dit l'auteur, sont l'une des formes les plus communes de l'hyperesthésie hystérique, et qui cependant a le moins fixé l'attention. On s'était assez généralement accordé, jusqu'à ces derniers temps, à les considérer comme douleurs nerveuses, sans en dire plus. M. Henrot, élève de M. Gendrin, est le premier qui ait avancé que, parmi les hyperesthésies des hystériques, quelques-unes étaient des douleurs des muscles; mais ces pathologistes placent les organes de la locomotion au rang des parties qui sont le moins souvent atteintes de cette augmentation de la sensibilité. Or, sur 400 hystériques, M. Briquet en a rencontré tout au plus une vingtaine qui fussent exemptes de douleurs musculaires au moment où il les a observées.

1854. *Symptômes de la myosalgie.* — a. Voici les caractères à l'aide desquels on constate que la douleur n'occupe ni la peau ni les viscères, mais réside dans les muscles eux-mêmes :

1° La douleur siège toujours dans les lieux occupés par la portion charnue des muscles ;

2° Comme l'hyperesthésie intéresse le plus ordinairement les muscles superficiellement placés, la douleur se fait sentir immédiatement sous la peau ;

3° Si l'on presse légèrement avec le bout d'un doigt le muscle hyperesthésié, et surtout si l'on agace ses fibres en les grattant très légèrement avec ce même doigt, en ayant bien soin de ne pas agir sur les parties plus profondément situées, on fait naître de la douleur si elle n'était pas sentie auparavant, ou bien on l'exaspère si elle existait déjà ;

4° La douleur ainsi produite est très vive : ou elle fait faire des contorsions à la malade, ou elle lui fait jeter des cris, quelquefois même elle provoque l'apparition d'une attaque hystérique. Les malades arrêtent presque toujours la main qui les presse. On a la certitude que cette douleur ne vient pas des parties plus profondes, d'abord en raison des précautions prises pour n'agir que sur les parties superficielles, puis parce que la douleur est la même quand on presse le muscle à l'endroit de son passage sur un os inflexible, et enfin parce qu'elle est souvent plus forte à l'endroit des attaches du muscle que partout ailleurs ;

5° Le mouvement et surtout la distension des fibres des muscles hyperesthésiés provoquent ou exaspèrent cette douleur ;

6° Le repos absolu et l'absence de mouvements la calment et la font disparaître plus ou moins complètement ;

7° Les courans électriques d'intensité moyenne, auxquels on fait traverser toute la longueur d'un muscle à l'état normal, y occasionnent une sensation qui n'est presque pas pénible. Lorsqu'au contraire on leur fait traverser des muscles hyperesthésiés, ils provoquent une douleur très difficile à supporter, quelque faibles qu'ils soient, et, s'ils sont forts, la douleur devient bientôt intolérable ;

8° L'hyperesthésie hystérique des muscles est l'une de celles que la faradisation fait disparaître le plus facilement à l'instant même où l'on applique ce moyen de traitement.

b. La myosalgie hystérique n'affecte pas indifféremment tous les muscles du corps, elle se porte de préférence sur les muscles superficiels, en occupant ceux du tronc bien plus souvent que ceux des membres. Au tronc lui-même elle a ses lieux d'élection sur lesquels on la trouve avec une constance et une régularité telles qu'on peut s'en servir pour en faire l'un des caractères de l'hystérie.

Nous renvoyons au travail de M. Briquet pour l'étude détaillée des principales variétés de cette hyperesthésie, qui sont : la *céphalalgie*, très commune, occupant la partie charnue des muscles du crâne ; — l'*épigastralgie*, également très fréquente, siégeant dans les muscles droits et grands obliques ; elle peut être et a été bien souvent prise pour une gastralgie, une gastrite, etc. ; — la *rachialgie*, presque caractéristique de l'hystérie, occupant les muscles des gouttières vertébrales, soit des deux côtés, soit, et beaucoup plus souvent (dans le rapport de 5 à 1),

le côté gauche ; elle peut en imposer pour une maladie de la moelle ; — la *pleuralgie*, souvent prise pour une névralgie intercostale ; — la *cœlialgie*, douleur des parois abdominales, douleur dont l'épigastralgie est une dépendance et qui tantôt fait admettre des lésions profondes qui n'existent pas, d'autres fois simule des névralgies splanchniques, lombos-abdominales, etc. (1) ; — la *thoracalgie*, occupant les muscles des parois pectorales, plus rare que les précédentes ; — enfin la *mélyalgie* localisée dans les muscles des membres supérieurs et inférieurs. Toutes ces myosalgies partagent avec les autres douleurs hystériques une prédilection singulière et bien connue pour le côté gauche du corps.

c. La myosalgie hystérique a parfois une fixité et une ténacité des plus remarquables ; elle ne se déplace pas avec autant de facilité que le ferait supposer l'opinion généralement admise sur la mobilité des douleurs nerveuses. Sa durée est, en quelque sorte, indéfinie quand on l'abandonne à elle-même. M. Briquet est disposé à attribuer à la longue persistance et à l'intensité de ces douleurs une influence considérable sur l'état physique et moral des femmes hystériques ; mais combien il est difficile de déterminer la part de cette influence au milieu des symptômes si variés qui se succèdent et se remplacent chez les malades de cette espèce !

La myosalgie se déclare quelquefois à la suite d'une attaque d'hystérie, et peut-être la fatigue, résultat de la contraction convulsive des muscles, est-elle alors l'une des causes de leur endolorissement. Cependant, des douleurs semblables s'observent aussi dans les muscles non convulsés et même chez les sujets qui n'ont pas d'attaques convulsives, dans l'hystérie vaporeuse, dans la névropathie simple, etc.

1855. *Diagnostic*. — La myosalgie hystérique doit être distinguée de la myosalgie rhumatismale ; dans l'une et l'autre, la douleur occupe les muscles, est augmentée par la pression, par les efforts musculaires. Les signes différentiels se tirent principalement du caractère de la douleur et des phénomènes concomitans. La myosalgie hystérique se fait connaître à l'intensité considérable de la souffrance provoquée par la pression, à sa coïncidence avec d'autres douleurs, à l'existence antérieure

(1) Dans un travail récent intitulé : *Études sur la colique de plomb* et communiqué à l'Académie de médecine (*Bulletin de l'Acad.*, 1857-1858, t. XXIII, p. 246), M. Briquet s'est efforcé de démontrer et a très habilement défendu cette proposition : que les douleurs abdominales des saturnins ont pour siège anatomique non point les intestins eux-mêmes, comme cela est généralement admis, mais bien les muscles des parois ventrales ; la maladie appelée colique de plomb serait, d'après cela, une *myosalgie* d'une espèce particulière et non une *entéralgie*. . . Déjà, en 1846, M. le professeur Bouillaud avait dit (*Traité de nosographie médicale*, t. III, p. 558 et 578) : « Je n'oserai point affirmer que dans certains cas les atroces douleurs connues sous le nom de *colique de plomb* ne fussent pas, en partie du moins, produites par une névralgie des parois abdominales. »

ou actuelle de symptômes hystériques, à l'influence plus manifeste des causes morales.

Les différences entre la myosalgie et la *névralgie* proprement dite sont souvent assez difficiles à saisir. M. Briquet insiste sur la rareté, chez les hystériques, de véritables névralgies localisées dans le tronc des nerfs sensitifs; il fait observer que le siège de la douleur sur le trajet d'un muscle ou à ses attaches, dans des points différens de ceux que l'on sait être les foyers habituels de la douleur névralgique, est un élément important du diagnostic; une *rachialgie*, par exemple, se trouve-t-elle réunie à une *pleuralgie*, cette réunion simule quelquefois très exactement une névralgie intercostale; pour déterminer le véritable siège (musculaire) de la souffrance on aura égard à cette circonstance que d'une part, les points douloureux rachidiens et, d'autre part, les points intercostaux ou épigastriques sont situés à des hauteurs différentes et ne se correspondent pas comme dans la névralgie intercostale; de plus les manœuvres précédemment indiquées comme propres à réveiller les douleurs musculaires (grattement superficiel du muscle) sont insuffisantes pour provoquer la douleur névralgique; enfin le succès quelquefois instantané du traitement par la faradisation lèverait tous les doutes et démontrerait au besoin que c'est bien dans le muscle que réside la douleur.

Nous ne ferons à ce sujet qu'une simple réflexion, c'est que l'existence d'une névralgie ne paraît, en aucune façon, incompatible avec celle d'une myosalgie; ces deux modes d'hyperesthésie, loin de s'exclure, peuvent se rencontrer concurremment, puisque les nerfs sensitifs (ce qu'on semble perdre de vue) ne se rendent pas exclusivement à la peau, mais se distribuant à la fois et aux muscles et aux tégumens.

1856. Un mot encore, relativement à la *thérapeutique* de l'hyperesthésie musculaire. On y oppose, avec des succès variables, les applications locales narcotiques, antispasmodiques, révulsives, etc., et les médications internes que réclament, d'un côté, l'hyperesthésie et, d'un autre, l'état morbide général. M. Briquet annonce qu'il a trouvé dans l'emploi de la faradisation un moyen à la fois très sûr et très prompt pour débarrasser les hystériques de l'hyperesthésie musculaire: une seule application d'électricité suffirait, dans bien des cas, pour faire cesser des myosalgies opiniâtres et rebelles depuis des années à tout autre mode de traitement.

ARTICLE XV.

HYPERESTHÉSIES DES ORGANES SENSORIELS.

HYPERESTHÉSIE DE LA PEAU. DERMALGIE OU DERMATALGIE.

J.-M. CHAUSIT. *Considérations sur les affections papuleuses pour servir à l'histoire des névroses de la peau.* Thèses de Paris, 1849, in-4.

L.-E. CANUET. *De l'influence du système nerveux dans les maladies cutanées.* Thèses de Paris, 1855, in-4.

BEAU. *Note sur les dermalgies* (*Arch. gén. de méd.*, 3^e série, 1844, T. XII, p. 120).

MARCE. — *Des altérations de la sensibilité* (*Thèses du concours pour l'agrégation.* Paris, 1860, in-4).

1857. *L'hyperesthésie de la peau* peut se manifester sous des formes diverses: 1^o l'une de ces formes souvent mal appréciée est le *pruritus*, accompagné ou non d'éruptions papuleuses; dans bien des circonstances, en effet, ces éruptions sont simplement consécutives à l'altération de la sensibilité et paraissent jouer le même rôle que les congestions ou les sécrétions anormales dans le cours des névralgies. C'est ce qu'enseigne depuis bien des années M. Cazenave, à qui nous devons tant d'importantes recherches sur la localisation rationnelle des affections cutanées; la même idée se trouve exposée avec d'intéressans développemens dans la thèse du docteur Chausit (Paris, 1849) et dans celle du docteur Canuet Paris, 1855; on la trouve très nettement formulée dans le livre de Romberg, et c'est elle encore qui évidemment a guidé Requin lorsqu'il a envisagé le *prurigo* comme une altération de l'élément sensitif de la peau, et qu'il l'a décrit comme une hypertrophie des papilles (t. II, p. 232).

2^o Une autre forme d'hyperesthésie cutanée est celle qui se manifeste par une impressionnabilité exquise de la peau au contact des objets où à la température des corps ambiants; rarement isolée, encore plus rarement limitée à telle ou telle perception particulière, cette forme de l'hyperesthésie de la peau se rencontre presque toujours confondue avec la suivante:

3^o La *dermalgie* ou névralgie de la peau est caractérisée à la fois par une susceptibilité morbide du tégument externe et par une douleur spontanée. Cette affection, considérée à l'état idiopathique, n'est pas très fréquente.

1858. *Causes.* — Suivant M. Beau, la dermalgie est bien évidemment de *nature rhumatismale*; ou, plus simplement, la douleur nerveuse de la peau survient souvent chez des personnes qui présentent des douleurs musculaires.

D'après M. Beau encore, cette maladie se rencontre le plus souvent dans l'âge adulte, et plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes.

Le même auteur a vu l'impression du *froid*, surtout le corps étant en sueur, produire cette affection. Il a cité des cas où une douleur vive du tégument a suivi de près le refroidissement causé par une pluie froide; mais il faut remarquer, avec Valleix, que cette dermalgie était d'une espèce particulière: c'était, en effet, une dermalgie *fébrile*, et il reste toujours à savoir si les douleurs de la peau qui se produisent sans aucune réaction reconnaissent la même cause.

Les causes suivantes sont encore indiquées par M. Beau : la dermalgie s'observe habituellement, selon lui, au commencement du printemps, par suite d'un simple changement de temps ; elle se présente souvent chez les sujets affectés de paraplégie.

Le *clou hystérique* serait une simple dermalgie (pour Valleix ce serait une dépendance de la névralgie de la cinquième paire, pour M. Briquet une myosalgie temporale) ; la douleur cutanée que l'on observe parfois chez les paraplégiques n'est que l'un des élémens des névralgies symptomatiques d'une affection spinale ; cependant dans certains faits de cette dernière catégorie la douleur est si exactement limitée à la peau et occupe une étendue si petite qu'il faut y reconnaître une véritable dermalgie. C'est ce que Valleix a noté en particulier chez une femme paraplégique qu'il a observée pendant très longtemps. Chez cette femme, qui avait fini par perdre complètement l'usage de ses membres inférieurs, il survenait parfois une douleur très vive, siégeant ordinairement sur le coude-pied, et telle que la plus légère friction y était insupportable. L'exploration attentive des nerfs de la jambe et de la cuisse ne faisait reconnaître aucun point douloureux sur le trajet des nerfs.

Enfin M. Beau reconnaît que la dermalgie se développe parfois *sans cause appréciable*.

1859. *Symptômes*. — La description donnée par les auteurs de l'hyperesthésie douloureuse de la peau, se ressent du défaut de distinction entre la dermalgie idiopathique et celle qui est simplement l'un des phénomènes morbides d'une affection plus étendue. On rencontre en effet assez fréquemment des dermalgies symptomatiques soit d'une névralgie proprement dite, occupant non-seulement les filets cutanés, mais encore les rameaux, les branches, le tronc de tel ou tel nerf sensitif, soit d'autres affections plus profondes du système cérébro-spinal ; tel est l'état de la sensibilité cutanée, noté par plusieurs observateurs dans les méningites cérébro-spinales, ou à la suite de l'altération toute spéciale de la moelle dans certaines formes de lèpre dites *hyperesthètes*, ou encore, en l'absence probable de toute altération de tissu dans l'*irritation spinale*, etc.

a. La dermalgie peut siéger dans tous les points de la peau de la tête, du tronc et des membres, mais elle se rencontre plus souvent aux membres inférieurs et à la tête que partout ailleurs. La névralgie intercostale étant l'une des plus communes, on pourra trouver fréquemment des parties de la peau du thorax offrant une douleur excessive ; reste à savoir si ces points douloureux se montrent souvent d'une manière indépendante. Les douleurs bornées à la peau ont paru à Valleix plus fréquentes sur les endroits couverts de poils que sur les autres, ce qui rentre dans la manière de voir de M. Beau.

Quelquefois toute la peau est enflée ; mais cela est rare, le plus souvent la dermalgie occupe une étendue qui varie de 2 centimètres à 1 décimètre carré.

b. Quant à la douleur dermalgique, considérée dans le *mode* qu'elle affecte, on peut dire qu'elle est double : *fixe* et *intermittente*. Ces deux espèces de douleurs peuvent exister séparément, mais le plus souvent elles sont réunies.

La *douleur fixe* présente de nombreuses différences d'intensité et de forme. A son degré le plus faible, elle consiste en une légère exaltation de la sensibilité normale ; il semble au patient que la peau subit le contact fatigant d'une toile d'araignée ; ou bien, si le mal est plus intense, la douleur a de l'analogie avec celle que produisent l'ablation de l'épiderme et la dénudation du corps papillaire.

La *douleur intermittente* se fait sentir toutes les demi-minutes environ. Elle est beaucoup plus vive que la précédente, car elle est souvent portée au point d'empêcher les mouvemens de la partie affectée et de priver les malades de sommeil ; c'est une sensation qu'ils comparent à celle qui résulterait d'une étincelle électrique, d'un coup d'épingle, ou bien encore à celle que produirait un clou si on l'enfonçait dans la peau à plusieurs reprises.

La douleur fixe est augmentée (*douleur provoquée*) par le frottement des vêtemens. Si l'on promène les doigts sur la peau, même légèrement, on produit une sensation comparable à celle que l'on déterminerait avec une brosse rude. Pour que ce résultat s'observe, il n'est pas nécessaire que l'épiderme de la région affectée soit mince ; car on peut l'obtenir même sur les points où l'épiderme est très épais, comme à la peau du talon. Si la partie malade est recouverte de poils ou de cheveux, il suffit de passer la main sur eux à distance de la peau, pour qu'il en résulte une impression douloureuse. — Ces différens frottemens, non-seulement augmentent la douleur fixe, mais, de plus, ils déterminent souvent le retour immédiat de la douleur intermittente. Quand, au lieu d'un frottement ou d'un simple contact, on exerce avec la main une *pression* considérable sur la partie douloureuse, on fait cesser la douleur fixe, mais on n'empêche pas le retour de la douleur intermittente. — Enfin la dermalgie de cause rhumatismale est exaspérée notablement pendant la nuit. Cette exaspération porte principalement sur la douleur intermittente.

Pendant toute la durée des douleurs, même les plus vives, la *peau* ne présente rien de remarquable sous le rapport de son épaisseur, de sa coloration et de sa chaleur ; quelquefois elle est sèche, d'autres fois elle est recouverte de sueur.

c. M. Beau a cité trois cas dans lesquels la douleur de la peau était accompagnée d'un *mouvement fébrile* assez marqué. Le tégument est alors douloureux dans une assez grande étendue, et souvent même sur toute la surface du corps. La fièvre, qui a existé chez ces malades, n'a pas duré plus de huit ou dix jours dans les cas où l'affection s'est le plus prolongée. Valleix a vu chez un jeune homme de semblables douleurs

se produire en même temps que la fièvre qui annonçait l'invasion d'un mal de gorge de moyenne intensité.

Marche, durée, terminaison. — Suivant M. Beau, la durée de cette affection varie d'un jour à deux semaines. Sa *terminaison*, de même que son *début*, n'a guère lieu d'une manière instantanée: la douleur se développe et se termine par gradations insensibles. Le même auteur a vu la dermalgie gagner de proche en proche comme l'érysipèle ambulante; il a noté la fréquence des récidives.

1860. *Physiologie pathologique.* — La dermalgie paraît résider dans les papilles du derme; le caractère superficiel de la douleur accusée par les malades, et mieux encore l'exaspération déterminée par de très légers attouchemens, prouvent bien que la souffrance a pour siège la peau elle-même, et qu'elle n'y est pas simplement rapportée par le sensorium. C'est là ce qui la distingue des douleurs *ressenties* dans les tégumens par les sujets affectés de névralgies plus profondes: celles-ci peuvent coïncider, comme cela a été dit plus haut, avec l'anesthésie réelle des tégumens, dans les points mêmes où la souffrance est accusée. La dermalgie qui accompagne diverses névralgies n'est donc, à tout prendre, que l'un de leurs symptômes possibles, mais nullement un symptôme nécessaire. Vainement Valleix s'efforce de représenter la plupart des dermalgies comme une simple dépendance d'une affection inaperçue des troncs nerveux; cela est inadmissible même aujourd'hui que, grâce aux travaux de cet auteur, on sait parfaitement reconnaître les points douloureux caractéristiques des vraies névralgies.

Mais cet endolorissement des papilles cutanées, pour être indépendant, plus souvent peut-être qu'on ne l'a cru, de l'endolorissement des rameaux nerveux qui aboutissent aux portions correspondantes des tégumens, n'en est pas moins une affection de nature névralgique, et dès lors il n'y a rien de surprenant à le voir se développer sous les mêmes influences que les autres névralgies, présenter des symptômes semblables (la douleur permanente et intermittente), exiger une médication analogue; sa coïncidence reconnue avec des douleurs occupant des branches nerveuses plus profondément situées, ne prouve même pas d'une manière absolue que la dermalgie soit à l'égard de ces douleurs dans un état de dépendance et de subordination directe.

On rapprochera avec intérêt de la dermalgie *cutanée* cette espèce de dermalgie *muqueuse* qui constitue la névralgie de la conjonctive, affection succédant souvent à l'impression du froid, et que plusieurs chirurgiens signalent comme pouvant simuler une ophthalmie par ses symptômes fonctionnels et comme s'en distinguant par l'absence de tout signe physique dénotant un travail inflammatoire, tels que gonflement, rougeur, etc. (J. Cloquet).

Nous ne quitterons pas ce sujet sans dire un mot des intéressantes observations qui ont été faites par M. Brown-Séguard sur l'hy-

peresthésie cutanée. On sait que lorsque les deux pointes émoussées d'un compas sont appliquées simultanément sur la peau, chez un sujet bien portant, une sensation distincte des deux endroits touchés se produit seulement lorsque les branches de l'instrument sont suffisamment écartées. Or le degré de cet écartement varie suivant les régions; il est très considérable pour certaines parties du corps: dans le dos, par exemple, ce n'est qu'à trente lignes d'intervalle que les deux sensations cessent de se confondre en une seule. Eh bien, dans les cas d'hyperesthésie cutanée, un écartement beaucoup moindre suffit pour que la double sensation puisse être nettement perçue. Ces expériences donnent le moyen de mesurer en quelque sorte le degré de l'hyperesthésie et de la suivre pendant ses phases d'accroissement et de diminution. Elles nous paraissent offrir encore un autre genre d'intérêt, en ce qu'elles contredisent de la manière la plus formelle la théorie généralement admise, d'après E.-H. Weber, des sensations tactiles à l'état normal. Sans entrer, à ce sujet, dans des développemens qui nous entraîneraient trop loin, disons seulement que si l'on acceptait la théorie en question (d'après laquelle certains points de la peau seraient insensibles), le résultat des explorations de M. Brown-Séguard conduirait à voir dans la dermalgie, non-seulement une exagération de la sensation, mais encore une véritable *multiplication* des points chargés de la recueillir; et certes on accordera difficilement que le fait de la maladie vienne de toutes pièces donner la sensibilité à des parties qui en seraient réellement dépourvues à l'état de santé (Brown-Séguard, *Sur la sensibilité tactile*, etc., *Journal de Physiol.*, t. II, p. 344).

1861. *Diagnostic.* — La dermalgie occupant une petite étendue de la peau, ne peut être confondue avec une *névralgie* ordinaire où la souffrance suit le trajet d'un nerf; la douleur très superficielle qui la caractérise, la fait de même facilement distinguer de l'hyperesthésie située dans des parties plus profondes (tissus fibreux, muscles); enfin l'absence de tout changement physique éloigne l'idée d'une affection matérielle de la peau.

Le *pronostic* de cette affection ne présente aucune gravité; elle cède promptement à des moyens simples, et fort souvent même elle disparaît spontanément; mais elle est très sujette à se reproduire.

Quant au *traitement*, dans le plus grand nombre des cas observés par M. Beau, il a suffi, pour faire disparaître la douleur, d'appliquer localement la chaleur, de faire ingérer des boissons chaudes, de provoquer la sueur. Dans un cas où la douleur était vive et circonscrite, ce médecin eut recours à l'application d'un *vésicatoire volant* sur le point douloureux, et le mal céda presque instantanément.

On recommande aux malades, pour prévenir les retours de la dermalgie, de se soustraire à l'action du froid, et surtout du froid humide, en se couvrant le corps de flanelle, etc.

ARTICLE XVI.

DES AUTRES HYPERESTHÉSIES SENSORIELLES.

1862. Nous ne faisons qu'indiquer l'hyperesthésie *optique*, caractérisée par des sensations subjectives de lumière ou de couleur (*photopsie*, *chromatopsie*), et qu'il ne faut pas confondre avec l'hyperesthésie des nerfs ciliaires, dont le symptôme caractéristique est l'horreur de la lumière ou *photophobie*. Ces divers troubles fonctionnels ont été étudiés en grande partie dans la partie chirurgicale de cet ouvrage, à l'occasion des maladies des yeux (*Éléments de path. chir.*, de M. Nélaton, t. III).

Les hyperesthésies *olfactive*, *gustative* et *acoustique* ne se présentent guère à l'observation comme états morbides isolés; presque toujours elles se rattachent à une névrose générale, telle que l'hystérie, ou dépendent directement de quelque lésion locale des organes sensoriels. Nous ne croyons par conséquent pas devoir leur consacrer autre chose qu'une simple mention.

1863. Tout en reconnaissant qu'il n'y a qu'une analogie très éloignée entre les organes des sens proprement dits et certains points de l'économie dans lesquels on localise à plus ou moins juste titre les *sens internes* ou *besoins*, nous indiquerons à cette place, faute de mieux, quelques états pathologiques qui se rapprochent des hyperesthésies sensorielles et qui consistent dans l'exagération insolite de ces mêmes *sensations internes*: la *boulimie* ou hyperesthésie de la faim, la *polydipsie*, hyperesthésie de la soif (dont la *polyurie* est la conséquence), l'une et l'autre ne se rattachant que d'une manière douteuse, dans la généralité des cas, aux modifications de la sensibilité gastrique et pharyngienne. Nous en rapprocherons encore l'exagération du *besoin de respirer*, du *besoin sexuel*, les *envies* fréquentes d'uriner ou d'aller à la selle, autant de symptômes que l'on voit quelquefois apparaître chez les sujets nerveux en l'absence de toute autre modification appréciable dans la sensibilité *commune* des organes respiratoires, génito-urinaires, digestives, etc., et que l'on doit dès lors considérer comme des hyperesthésies *spéciales*.

ARTICLE XVII.

HYPERESTHÉSIES DES NERFS VISCÉRAUX,

NÉVRALGIES DES VISCÈRES, VISCÉRALGIES.

1864. *Bibliographie*. — On consultera particulièrement avec fruit le travail de M. JOLLY, *Sur les névralgies du système nerveux ganglionnaire* (*Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1828, t. II, p. 340); l'article *Névralgie* du même auteur, dans le *Dictionnaire de médecine et de chir. prat.* (t. XII); les articles: *Hyperæsthesien des Vagus* et *Hyperæsthesien der sympathischen Nervenbahnen*

du livre de ROMBERG (*Lehrbuch der Nerven-Krankh.* Berlin, 1851, t. I, p. 118 et 141); l'article *Névralgie* du *Compendium de médecine* (t. VI, p. 185); le chapitre *Hyperesthésie* du *Traité de pathologie générale* de M. MONNERET (Paris, 1854, in-8, t. I, p. 420); l'article *Névralgies*, t. II du livre de SANDRAS (déjà cité).

L. FLEURY. *Réflexions et observations pour servir au diagnostic des névralgies viscérales* (*Journ. de médecine*, avril 1843, p. 27).

A. LABOULBÈNE. *Des névralgies viscérales* (Thèse pour l'agrégation. Paris, 1860, in-4).

1865. L'existence des *névralgies viscérales* ou *viscéralgies* est aujourd'hui un fait acquis à la science et qui n'a plus besoin d'être longuement démontré. Les connexions anatomiques du système nerveux cérébro-spinal avec le système nerveux ganglionnaire sont si multipliées et si intimes; les fonctions de ces deux systèmes, considérées dans leur ensemble, sont tellement analogues, pour ne pas dire identiques, que *a priori* on est porté à admettre une grande ressemblance entre la pathologie des nerfs extérieurs et celle des nerfs viscéraux. L'observation clinique vient changer cette présomption en certitude. Malheureusement, ce que nous savons de positif au sujet des névroses splanchniques ne va guère au delà de l'affirmation même de leur réalité, ou de la possibilité de les distinguer d'autres affections caractérisées par des altérations appréciables de la texture matérielle. A plus forte raison le temps ne semble-t-il pas venu de tracer une *histoire générale* de ces maladies. Nous nous bornerons en conséquence à un petit nombre de remarques fort courtes, que nous présenterons bien plutôt pour signaler une lacune que pour essayer de la combler.

Le *siège* des névralgies viscérales est la portion sensitive des nerfs qui se ramifient dans les viscères, et qui proviennent: les uns exclusivement du système ganglionnaire, les autres à la fois de ce système et de l'appareil cérébro-spinal. L'importance que l'on attache généralement à cette distinction paraît exagérée, ces différences d'origine se réduisant en définitive à une relation *plus ou moins* directe entre les nerfs viscéraux et le système nerveux dit de la vie de relation: le grand sympathique, pris dans sa totalité, ne dérive-t-il pas du centre cérébro-rachidien et particulièrement de la moelle épinière?

Les *symptômes* des hyperesthésies viscérales se résument quelquefois en un signe unique: *la douleur*. Que ce phénomène se manifeste même dans des organes dénués de sensibilité à l'état normal, cela n'a rien qui doive surprendre; car, en supposant même que la physiologie nous en refuse l'explication, la pathologie ne nous démontre-t-elle pas ce fait que les parties osseuses et fibreuses, par exemple, également *insensibles* à l'état sain, peuvent devenir et deviennent souvent très *douloureuses* sous

l'influence d'une modification morbide de leur tissu? — La douleur des viscéralgies, très variable quant à son intensité, offre cependant quelque chose de caractéristique, à savoir le *mode* spécial de la sensation accusée par les malades. Il est vrai que c'est là un caractère difficile à décrire et qui ne peut être que très imparfaitement traduit par les expressions de : douleur vague et profonde, syncopale, avec sentiment d'anéantissement, etc. — Outre la douleur, on observe communément dans les viscéralgies un certain nombre d'autres phénomènes dénotant un trouble de l'innervation dans la partie hyperesthésiée : ce sont tantôt des mouvemens morbides qui accompagnent la douleur, tantôt des sécrétions anormales, etc. Déjà à l'occasion des névralgies extérieures nous avons signalé des symptômes concomitans de cette espèce, et l'on doit s'attendre à les retrouver bien plus fréquemment encore dans l'étude des névralgies viscérales : l'isolement des nerfs sensitifs, isolement presque complet pour certains nerfs cérébro-spinaux, telle est la condition qui préside tout à la fois à la circonscription exacte de l'hyperesthésie dans une région limitée et à l'existence indépendante de cet état morbide; or, une semblable disposition n'existe nulle part dans le système des nerfs sympathiques. En effet, ces nerfs, mixtes dès leur origine, c'est-à-dire à la fois sensitifs et moteurs, conservent ce caractère depuis leurs racines, à travers les ganglions et les plexus, jusqu'à leur terminaison dans les organes.

Plusieurs viscéralgies peuvent exister ensemble; d'autres fois ce sont des névralgies externes qui *coïncident* ou qui *alternent* avec elles.

La *marche* des névralgies viscérales est sujette aux mêmes variations que celle des névralgies proprement dites; elle fournit l'un des caractères qui établissent le mieux l'analogie entre ces deux groupes d'affections. L'intermittence est, en effet, ici le trait dominant, tantôt et le plus souvent irrégulière, d'autres fois périodique. — Même mobilité des phénomènes, mêmes variétés dans le *début* et la cessation des accidens, même absence d'évolution fixe, de phases déterminées soit d'augment soit de décroissement, et partant même incertitude de la *durée*; même *issue* généralement favorable, tout au moins jamais ou presque jamais la terminaison mortelle ne survient-elle par le fait seul d'une viscéralgie.

Relativement aux *causes* de ces affections, nous ne pourrions que reproduire les considérations déjà développées à l'occasion de l'étiologie des névroses en général (n° 1777). Nous y renvoyons par conséquent, en insistant seulement sur l'extrême obscurité de cette étiologie; car si l'on peut jusqu'à un certain point comprendre comment l'influence de diverses causes débilitantes ou directement excitantes engendre un mode vicieux de l'innervation générale (*état nerveux*), il est souvent fort difficile pour ne pas dire impossible de déterminer pourquoi c'est tantôt telle partie, tantôt telle autre qui devient le siège de l'hyperesthésie. La part d'action des causes directes, déjà très restreinte dans la production des névralgies externes diminue singulièrement, on le conçoit, quand il s'agit

d'organes placés pour la plupart hors de la portée des causes morbifiques locales; tout au plus peut-on invoquer ce genre d'influence pour certains faits isolés (névralgie gastro-intestinale, utérine).

Le *diagnostic* de toute viscéralgie est difficile, la situation profonde des parties privant le médecin des ressources si précieuses de l'exploration directe. Aussi n'est-ce souvent qu'après de longs tâtonnemens et par voie d'exclusion que l'on arrive à résoudre ce double problème : 1° quel est l'organe affecté? 2° l'affection consiste-t-elle tout entière ou presque entière dans la douleur même, ou bien doit-on admettre quelque lésion de texture dont cette douleur n'est que le symptôme ou l'épiphénomène? On trouvera dans l'histoire particulière des viscéralgies les détails de ce diagnostic; ici nous devons dire seulement que pour l'établir on se fonde sur deux ordres de considérations : les unes, que fournit l'exploration aussi attentive que possible de la région hyperesthésiée, ce sont celles qui conduisent principalement à déterminer le *siège* de la souffrance; les autres, puisées dans l'observation de l'hyperesthésie elle-même (marche irrégulière, coïncidence avec des névralgies externes, etc.) ou des phénomènes concomitans (apyrexie, persistance d'un état *relativement* satisfaisant de la nutrition générale), et qui servent à reconnaître la *nature* névralgique de l'affection.

Le *pronostic* des viscéralgies ressort suffisamment de ce que nous avons dit plus haut de la marche habituelle de ces états morbides.

Leur *traitement* ne diffère de celui des névralgies que par l'efficacité souvent moindre de la médication topique (1); il comporte d'ailleurs les mêmes indications et principalement celle d'agir sur l'état général de l'économie (*faiblesse irritable*) par un ensemble de moyens hygiéniques et pharmaceutiques destinés à calmer et à fortifier.

Nous allons maintenant aborder l'étude des viscéralgies en particulier, en commençant par celles des voies digestives.

ARTICLE XVIII.

VISCÉRALGIES DES VOIES DIGESTIVES.

1866. Sans nous arrêter à la description de l'hyperesthésie du pharynx et de l'œsophage, qui ne saurait être guère séparée de l'histoire du

(1) La composition des feuilles précédentes était terminée à l'époque où M. Béhier est venu communiquer à l'Académie de médecine (séance du 12 juillet 1859) les remarquables résultats obtenus à l'aide des *injections médicamenteuses sous-cutanées* (solution de sulfate d'atropine, etc.), pratiquées d'après la méthode de M. Wood (*Edimb. med. and. surg. Journal*, avril 1855). C'est là un traitement topique par excellence, qu'il faut ajouter, sous peine d'y laisser une lacune considérable, aux diverses médications que nous avons énumérées à l'occasion des névralgies externes. (V. les résultats obtenus au moyen de ces injections par M. Becquerel (*Gaz. des hôpitaux*, juillet 1859), M. Hérard (*Union médicale*, août 1859), M. Courty (*Montpellier médical*, 1859, t. III, p. 289 et 404).