

moniaque. Le docteur Munck a obtenu deux guérisons à l'aide du soufre. L'arsenic paraît avoir également réussi dans quelques cas. Laennec était partisan de l'emploi du magnétisme : il faisait appliquer deux plaques d'acier fortement aimantées, d'une ligne d'épaisseur, de forme ovale, et légèrement courbées sur le plat, pour s'accommoder à la forme de la poitrine, l'une sur la région précordiale gauche, et l'autre dans le dos, de manière que les pôles fussent exactement opposés, et que le courant magnétique traversât la partie affectée; dans quelques cas il faisait appliquer un vésicatoire sous la plaque antérieure.—Aujourd'hui que l'électricité a été si heureusement appliquée à la thérapeutique des affections nerveuses, et que son emploi est susceptible d'être varié de tant de manières, on peut espérer en retirer dans l'angine de poitrine des avantages plus grands que ceux obtenus autrefois. M. Duchenne se loue surtout de la révulsion extrêmement intense qu'on produit à la peau au moyen des pinceaux électriques. — Pendant l'attaque on fera des frictions irritantes sur toute la surface cutanée, on promènera des sinapismes sur les membres inférieurs, des vésicatoires seront appliqués sur les parois thoraciques au niveau des parties douloureuses. Mais quant aux saignées, quoi qu'en aient dit certains auteurs et Laennec lui-même, bien rarement on trouvera l'indication de les mettre en usage.

Pour prévenir le retour des accès, on s'attachera à modifier autant que possible les conditions pathogéniques générales, telles que la diathèse goutteuse, l'état nerveux, etc. Des auteurs recommandables ont conseillé d'établir un ou plusieurs cautères à la cuisse, de manière à entretenir une source constante de suppuration.

Telle est en résumé la médication active qu'on dirige contre l'angine de poitrine; il faut en outre que le malade s'entoure d'une foule de précautions hygiéniques, qui ont été formulées par Jurine avec beaucoup de soin: « On conseillera aux malades, dit cet auteur, de vivre, s'il est possible, à la campagne, pour fuir les soucis des affaires; d'occuper de préférence un appartement au rez-de-chaussée, pourvu qu'il ne soit pas humide, de faire de petites promenades à pied, ou mieux en voiture. Le régime devra consister en une nourriture fort simple, mais autant animale que végétale, afin de ne pas trop diminuer les forces; dans ce but on permettra aux malades un peu de vin aux repas, qui seront au nombre de trois par jour, pour ne pas surcharger l'estomac; le souper sera même très léger, et ils se coucheront deux heures après l'avoir pris. Les malades en se levant prendront un lavement pour entretenir la régularité des garderobes; ils renonceront à tout commerce avec le sexe, car de telles jouissances ne peuvent être que très nuisibles dans cette maladie; ils éviteront l'humidité et se tiendront vêtus chaudement, ils prendront des bains froids par immersion; de plus on s'efforcera de les mettre à l'abri des émotions morales même les plus légères. »

ARTICLE XXIX.

DE L'ARTHRALGIE (DOULEURS NERVEUSES DES ARTICULATIONS).

1924. *Bibliographie.* — BENJ. BRODIE. *Lectures illustrative of certain local nervous affections.* Londres, 1837, in-8, p. 37 et suivantes.

COULSON. *Hysterical affections of the hip-joint.* (*London Journal of medicine.* July 1851.)

1925. Au lieu d'une description dogmatique pour laquelle les matériaux sont encore en trop petit nombre, nous préférons mettre sous les yeux du lecteur les principaux passages des leçons cliniques faites par Brodie sur cette singulière hyperesthésie.

« Souvent les symptômes sont rapportés à l'articulation de la hanche; ils ont alors une grande ressemblance avec ceux des maladies qui affectent les os et les cartilages; cependant un examen fait avec soin vous laissera rarement dans le doute au sujet du diagnostic. Il existe dans la hanche et dans le genou une douleur qui est augmentée par la pression ou les mouvemens du membre, et la malade reste souvent couchée dans une position invariable; mais cette douleur n'est généralement pas fixée dans une seule partie, elle est étendue au membre entier. Vient-on presser sur la hanche, la malade se recule et pousse des cris; mais elle ne fait pas moins lorsque la pression est exercée sur l'ilium, ou sur le flanc à la hauteur des fausses côtes, ou sur la cuisse, ou même sur la jambe au niveau de la cheville, et partout cette sensibilité morbide siège principalement dans la peau. Si vous pincez les tégumens en les soulevant en même temps, la malade se plaindra bien plus que si vous serrez avec force la tête du fémur contre la cavité cotyloïde. Son attention est-elle fixée davantage sur l'examen dont elle est l'objet, la douleur qu'elle éprouve en sera augmentée; que son esprit soit occupé par la conversation, à peine se plaindra-t-elle de ce qui, dans un autre moment, aurait occasionné une torture. D'ailleurs, il n'y a ni amaigrissement des muscles fessiers ni aplatissement de la fesse, et l'aspect de la malade est bien différent de celui que vous vous attendriez à trouver, si les os et les cartilages d'une jointure étaient dans un état d'ulcération. On n'observe pas davantage ces soubresauts douloureux du membre pendant la nuit, ni ces rêves effrayans qui marquent l'existence de cette dernière affection. Quelquefois la douleur empêche la malade de s'endormir; mais une fois le sommeil venu, il continue avec calme pendant plusieurs heures successives. Et cet état de choses peut persister pendant des semaines, des mois, et même des années, sans aboutir à la formation d'un abcès ni à aucune autre conséquence fâcheuse. Il peut y avoir soupçon d'abcès (j'en ai vu de nombreux exemples), mais ce soupçon ne se

réalise jamais. Parfois il existe une tuméfaction générale de la cuisse et de la fesse, conséquence soit d'un état turgide des petits vaisseaux, soit d'un épanchement dans le tissu cellulaire (j'attribue le gonflement à la première de ces causes lorsque les parties ne forment pas de creux par la pression et ne gardent pas l'empreinte du doigt); mais cette tuméfaction ne ressemble pas à celle produite par un abcès. Dans quelques cas rares il y a une saillie mieux limitée, circonscrite, mais toujours bien différente de celle que produirait un abcès. Elle ne présente pas de fluctuation appréciable, et je ne saurais mieux la comparer qu'à une plaque d'urticaire d'une largeur insolite (1).

« J'ai dit que dans ces cas il n'y avait ni amaigrissement des muscles fessiers, ni aplatissement de la fesse. Il n'est cependant pas rare de trouver un grand changement dans la configuration des parties. Mais c'est un changement tout spécial; il consiste en une saillie du pelvis en arrière, avec élévation simultanée du côté malade, de telle façon que le bassin forme avec les vertèbres un angle aigu au lieu d'un angle droit. Dans ces circonstances, le membre paraît naturellement raccourci, et lorsque la malade se tient debout, le talon n'arrive pas au contact du sol. Une observation superficielle pourrait faire croire à une luxation de la hanche, et en effet il faut un examen attentif pour faire comprendre au chirurgien que cette étrange distorsion n'est autre chose que le résultat de l'action prédominante de certains muscles et la conséquence d'une attitude vicieuse longtemps continuée.

» Lorsque les symptômes sont rapportés au genou, ils offrent une grande ressemblance avec ceux qui viennent d'être décrits. L'articulation est

(1) Cette hyperémie, dont le pathologiste anglais apprécie le caractère avec tant de justesse, se rattache à l'action des névralgies sur la circulation capillaire, ou si l'on veut, des nerfs sensitifs sur les nerfs vaso-moteurs, genre d'influence que nous avons déjà noté plusieurs fois : à l'occasion de la névralgie trifaciale (1803, d), du zona avec névralgie intercostale (1820, note), de la dermalgie (1857), etc., et dont il nous semble intéressant de grouper ici quelques autres exemples remarquables. Romberg qui, lui-même, a vu un fait semblable (*Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 2^e édition, Berlin, 1851, t. I, p. 16), cite le cas d'une femme de trente-deux ans (observée par Earle), qui, s'étant blessé le nerf cutané interne avec une fourchette vers le milieu de l'avant-bras, éprouva sur le trajet de ce nerf de violentes douleurs, en même temps qu'une inflammation notable s'empara du voisinage de la blessure. Trois semaines après l'accident, cette femme ayant essayé de faire un mouvement avec son bras malade, fut prise de vives douleurs et d'un sentiment de brûlure dans la plaie. Une rougeur érysipélateuse se répandit sur la face antérieure de l'avant-bras, il s'y joignit de grandes bulles semblables à celles du pemphigus; la température du membre était très élevée. Le repos absolu et des fomentations opiacées ramenèrent le calme; mais peu de temps après, nouvelle tentative de mouvement et retour des mêmes accidens; cette fois on constate que la chaleur du bras dépasse de 3° celle de la face inférieure de la langue. Quatre fois encore des circonstances analogues donnèrent lieu à

très douloureuse, mais la malade souffre plus des pincemens de la peau que de la pression, et la sensibilité morbide s'étend à une certaine distance à la cuisse et à la jambe, presque jusqu'au niveau du pied ou de la cheville. La souffrance est moindre si, pendant l'exploration, l'attention est détournée que lorsqu'elle est fixée sur les parties affectées; ordinairement la malade ne se plaint pas quand on exerce une pression sur le talon, de manière à serrer la surface articulaire du tibia, en ayant soin, bien entendu, de ne pas produire en même temps un mouvement dans l'articulation. Dans la plupart des cas, la jambe est étendue sur la cuisse, tandis que s'il s'agit d'une maladie réelle du genou, elle est ordinairement un peu fléchie. Ces symptômes peuvent persister pendant un temps indéfini sans qu'aucune altération matérielle survienne, l'articulation conservant pendant des semaines, des mois et même des années, ses dimensions et sa configuration normales; mais un léger degré de tuméfaction peut être accidentellement observé, spécialement à la partie antérieure, sur le ligament rotulien ou sur ses côtés, tuméfaction qui ne résulte pas de la maladie, mais des remèdes employés. Je parle des cas où, la nature de l'affection ayant été méconnue, on a tourmenté les malades par l'application de vésicatoires, de cautères et d'une série de contre-irritants variés.

» L'âge de la plupart des personnes chez lesquelles j'ai observé ces affections ne dépasse pas de beaucoup la puberté. Souvent ces femmes accusent des irrégularités dans la menstruation; chez quelques-unes cette fonction ne diffère en rien de ce qu'elle est dans les conditions d'une

des récides, seulement à la fin ce ne furent plus des phlyctènes qui se formèrent, mais une éruption analogue à l'urticaire. — M. Andral (*Traité de l'auscultation médiate de Laennec*, 4^e édition, Paris, 1837, t. II, p. 367, note) rapporte l'observation suivante : « Une dame, qui avait eu dans le cours de sa vie plusieurs affections nerveuses, fut prise en juin 1836, à la suite de contrariétés qui avaient fortement agi sur elle, d'une véritable névralgie de la peau. Il lui semblait que dans tous les points de cette membrane on lui enfonçait sans cesse des milliers d'aiguilles : elle éprouvait à la face supérieure de la langue la même sensation. De temps en temps, certaines parties de la peau devenaient le siège d'une douleur plus aiguë, qui était assez vive pour lui arracher des cris. Cette douleur persistait quelques minutes à ce haut degré d'intensité, puis, là où elle s'était montrée, on voyait apparaître une rougeur violacée de la peau avec notable gonflement de son tissu. Ce genre d'érythème durait lui-même douze à quinze minutes, puis il s'effaçait par degrés : dès qu'il paraissait, la douleur diminuait d'intensité. Cette singulière affection dura environ une douzaine de jours. » — D'autres faits tendraient à prouver que les névralgies peuvent faire naître également des hyperémies, non plus inflammatoires, mais hémorrhagiques. Voyez à ce sujet le travail de M. J. Parrot, *De la sueur de sang et des hémorrhagies neuropathiques* (*Gazette hebdomadaire*, octobre 1859), et le mémoire de M. Marrotte, *sur quelques phénomènes qui accompagnent les névralgies lombo-sacrées* (*Archives générales de médecine*, avril 1860).

santé parfaite. — Celles qui ont habituellement les mains froides, dont le pouls est faible et petit et qui présentent d'autres indices d'une circulation sans énergie, sont plus particulièrement disposées à être atteintes de ces douleurs; ce n'est qu'accidentellement que le mal se rencontre avec une habitude extérieure indiquant une santé brillante et avec un développement suffisant de la chaleur animale.

» Dans certains cas la jointure à laquelle les symptômes sont rapportés, et quelquefois le membre entier, sont le siège de remarquables alternatives de froid et de chaud; ainsi le matin le membre sera froid, pâle ou livide, comme si le sang y circulait à peine, tandis que, vers l'après-midi, il deviendra chaud, et dans la soirée brûlant au toucher, avec turgidité des vaisseaux et aspect luisant de la peau. Cet état de choses est souvent une source de sérieuses alarmes pour la malade et même pour le médecin, mais je ne sache pas qu'il ait jamais eu de conséquences fâcheuses.

» La majorité des malades présentent des signes d'hystérie. Quelques-unes ont été sujettes aux attaques ordinaires de cette maladie et les ont vu cesser quand les symptômes locaux se sont manifestés, puis le retour des accès a été suivi d'une diminution de ces symptômes ou même d'une guérison complète.

» Il n'est pas rare de constater que le début des souffrances remonte à quelque maladie grave qui a laissé le sujet dans un état d'extrême épuisement; ailleurs elles se rattachent clairement à quelque cause morale ayant exercé une influence déprimante sur la constitution. De même aussi d'autres causes morales, particulièrement celles qui forcent les malades à une grande activité physique, conduisent souvent à la guérison. Mais ces circonstances ne doivent pas nous amener à cette conclusion absolue que de pareils symptômes se montrent exclusivement chez les femmes fantasques et bizarres; de jeunes femmes, douées des plus belles qualités morales et intellectuelles, n'en sont point exemptes; mais il est avéré que chez elles la guérison s'obtient plus facilement que chez les autres.

» Bien qu'il n'existe point dans ces cas de soubresauts douloureux et involontaires comme dans la carie articulaire, cependant on peut observer des contractions spasmodiques des muscles. Chez certaines malades, des mouvemens convulsifs sont déterminés dans les membres par le pincement des tégumens ou même par un léger attouchement. Ils ne sont pas sans quelque ressemblance avec les mouvemens de la chorée, et il est digne de remarque qu'ils ne se produisent pas lorsque l'attention de la malade est distraite. Cependant je les ai vus également avoir lieu en l'absence de toute cause excitante manifeste. Dans quelques exemples que j'ai eu l'occasion d'observer le membre était agité à des intervalles irréguliers par des mouvemens assez forts pour jeter presque les malades hors de leur lit.

» Dans ces cas, il existe constamment un sentiment de faiblesse dans

le membre, sentiment qui devient d'autant plus marqué que les muscles restent pendant plus longtemps dans l'inaction, et tandis que la douleur et la sensibilité morbide se calment, cette faiblesse s'accroît jusqu'à devenir enfin le symptôme prédominant.

» La faiblesse musculaire toutefois n'est pas la seule circonstance qui entrave le prompt retour des fonctions du membre. Quand celui-ci a été tenu pendant longtemps dans la position horizontale, les tuniques des petits vaisseaux semblent participer à la condition des muscles, et lorsque le pied est posé pour la première fois sur le sol, la peau prend une couleur rouge allant quelquefois jusqu'au pourpre...

» Les symptômes qui viennent d'être décrits surviennent ordinairement d'une manière graduelle; c'est graduellement aussi qu'ils se dissipent; quelquefois cependant il en est autrement: on les voit disparaître tout d'un coup sans aucune cause appréciable.

» Jusqu'ici j'ai décrit ces faits comme si les symptômes étaient particuliers au sexe féminin; mais il n'en est pas ainsi en réalité, et j'ai vu plusieurs hommes (quoique en petit nombre comparativement) atteints de la même manière. J'emploie le terme d'hystérie parce qu'il est passé dans l'usage et qu'il y aurait de l'inconvénient à le changer; mais l'étymologie du mot est faite pour tromper sur la pathologie de la maladie. Celle-ci appartient, non à l'utérus, mais au système nerveux, et il n'est aucun praticien qui ne puisse témoigner de l'exactitude de l'observation faite sur ce sujet par Sydenham: *Quinimo non pauci ex iis viris qui vitam degentes solitariam chartis solent impalescere eodem morbo tentantur.* »

1926. Relativement au traitement de l'arthralgie nerveuse, nous insisterons encore sur le précepte d'éviter comme nuisibles les médications énergiques, antiphlogistique, révulsive et dérivative, auxquelles on n'a que trop souvent recours, faute de reconnaître la vraie nature du mal. Ne pas combattre à toute outrance une douleur faussement attribuée à des désordres articulaires, c'est déjà remplir une indication importante, peut-être la plus essentielle de toutes; la deuxième consiste à opposer un traitement antispasmodique et reconstituant à l'état de névropathie générale qui tient l'arthralgie sous sa dépendance; tout au plus devra-t-on faire un usage discret de quelques applications calmantes ou de la stimulation de la peau par des sinapismes, l'emploi de l'électricité, etc., tous ces moyens ayant l'inconvénient sérieux de trop fixer l'attention des malades sur la région affectée. L'hydrothérapie convenablement administrée présenterait ici le double avantage de pouvoir agir à la fois sur l'état général et sur les souffrances articulaires. — L'arthralgie s'accompagne fréquemment, comme on l'a vu, d'une contracture douloureuse des muscles de la fesse ou de la cuisse; d'où une nouvelle indication, que l'on remplit quelquefois avec un succès surprenant en imprimant aux membres des mouvemens passifs, graduels ou même brusques. Les

inhalations préalables de chloroforme rendront ces manœuvres plus efficaces et plus faciles, en déterminant la résolution des muscles et en abolissant la perception de la douleur.

ARTICLE XXX.

DEUXIÈME CLASSE DES NÉVROSES DE LA SENSIBILITÉ.

ANESTHÉSIES OU PARALYSIES DU SENTIMENT. — DES ANESTHÉSIES EN GÉNÉRAL.

1927. Dans la plupart des régions du système nerveux, les éléments sensitifs et moteurs sont intimement mêlés; de sorte qu'une lésion, ou plus généralement une modification morbide venant à abolir les fonctions nerveuses, il en résulte le plus communément une paralysie simultanée du mouvement et du sentiment, ou si l'on veut, une *acïnèse* jointe à une *anesthésie*. Cependant il peut arriver aussi que cette modification respecte complètement les fibres ou faisceaux de fibres affectés à la motilité, et donne lieu à la seule perte du sentiment: c'est aux faits de cette catégorie qu'on réserve plus spécialement le nom d'*anesthésie* (α privatif, *ἀσθησις*, sensibilité). Ces paralysies exclusives du sentiment étaient bien connues des médecins de l'antiquité. Arétée en parle avec une précision remarquable: *Paralysis autem motus tantum fere est actionisque defectio. Quod si nonnunquam solus tactus deficit (raro autem id evenit) potius anesthesis, id est sensus abolitio, ... nominatur (De causis et signis diut. morborum. lib. I, cap. VII)*. Mais, il est juste de le reconnaître, c'est aux observateurs modernes, et surtout aux médecins contemporains, que revient le mérite d'avoir mieux apprécié le degré de fréquence de l'anesthésie et d'avoir fait de ce phénomène une étude analytique approfondie. Toutefois, la plupart de leurs recherches ont eu pour objet l'histoire de l'anesthésie de la peau, et nous y renvoyons pour l'examen de la plupart des questions générales qui s'y rattachent, nous bornant à faire dans cet article quelques remarques sommaires sur l'ensemble de la classe des névroses dont nous abordons maintenant l'exposition.

1928. Si pour nous rendre compte du développement de ces états pathologiques, nous essayons de pénétrer le mode de production des sensations normales, nous voyons que celles-ci exigent le concours de trois sortes d'organes, organes à la vérité continus, mais cependant distincts et jusqu'à un certain point isolables:

1° Les *extrémités nerveuses*, dont le rôle consiste à recevoir certaines impressions résultant, soit du contact des agents extérieurs avec l'organisme, soit des modifications spontanées que subissent les diverses parties du corps;

2° Les *nerfs centripètes* chargés de propager cette impression jusqu'au *sensorium*;

3° Le *sensorium*, qui la recueille et la perçoit, ou en d'autres termes, la transforme en sensation proprement dite.

Ainsi: extrémités nerveuses sensibles, nerfs conducteurs sensitifs, parties sentantes des centres nerveux, tels sont les trois instruments de toute sensation, les trois étapes qu'elle parcourt successivement.

Voyons maintenant ce qui arrive dans l'état de maladie.

a. Si la perception est détruite dans le *sensorium*, l'impression aura beau avoir lieu, les nerfs auront beau la transmettre jusqu'à certaines parties des centres nerveux, la sensation sera nulle; et c'est là un premier mode de production de l'anesthésie. Il s'observe dans les cas de lésion organique de l'encéphale (apoplexie, ramollissement, tumeurs), dans ceux où les fonctions de cet organe sont affaiblies ou détruites par divers agents stupéfiants, tels que les narcotiques ou le chloroforme, pendant le sommeil, ou quand une vive préoccupation détermine une *inattention* extrême.

b. Lorsque l'état du *sensorium* est tel qu'il ne s'oppose en rien à la perception, mais que la continuité des conducteurs nerveux se trouve interrompue, il en résulte un deuxième mode de production de l'anesthésie. On en voit des exemples à la suite de la section des nerfs dans les opérations chirurgicales ou dans les accidents traumatiques, de l'atrophie ou de la compression des nerfs par des tumeurs, etc.

c. Enfin, les centres nerveux et les nerfs étant à l'état normal, si l'organe où se distribuent les extrémités des nerfs sensibles vient à éprouver quelque modification morbide, il y aura encore anesthésie. Telle est la cécité qu'entraînent les altérations de la rétine; l'anosmie du coryza; l'insensibilité de la peau, suite d'applications réfrigérantes.

(Il faut bien distinguer ces derniers cas de ceux où la sensation ne manque que faute des conditions purement physiques nécessaires à son accomplissement; exemples: la cécité qui résulte de la présence d'une cataracte, la surdité par accumulation de cérumen dans le conduit auditif, etc.)

Étant admis les trois modes de production de l'anesthésie qui viennent d'être indiqués, peut-on faire de ces données une application à la pathologie clinique, et déterminer si l'anesthésie est produite ici par une affection des centres nerveux, ailleurs par une lésion des nerfs? Peut-on y puiser des motifs pour agir sur telle partie du système nerveux plutôt que sur telle autre, dans le but de rétablir la fonction altérée? Voici quelques indications qui pourront servir à résoudre ce double problème.

A. Tout d'abord reconnaissons que s'il est intéressant au point de vue physiologique d'étudier séparément les attributions de la partie *épanouie* des nerfs qui reçoit l'impression et les fonctions des conducteurs qui la transmettent, une pareille délimitation devient souvent impraticable en pathologie. En effet, à moins que la membrane ou l'organe dans lequel se ramifient les fibrilles périphériques des nerfs sensitifs ne soit

atteint de quelque lésion anatomique bien circonscrite, il sera dans la plupart des cas difficile ou même impossible de déterminer le siège de l'anesthésie avec une si grande rigueur. C'est surtout dans les anesthésies dites nerveuses, c'est-à-dire sans lésion locale, qu'une semblable détermination sera souvent embarrassante et même qu'elle pourra paraître oiseuse. L'amaurose *sine materia* a-t-elle pour siège le corps du nerf optique ou bien la rétine? Dans l'anesthésie cutanée des hystériques, est-ce aux papilles ou aux nerfs de la peau qu'il faut rapporter le phénomène? Vu l'impossibilité où l'on est souvent de se prononcer à cet égard, nous considérerons comme identiques l'anesthésie par défaut d'impression et celle par défaut de transmission, les désignant indistinctement sous le nom commun d'anesthésie *périphérique*.

B. Ainsi comprise, l'anesthésie *périphérique* peut-elle être différenciée de celle qui a lieu par défaut de *perception*? Avant d'aborder cette question quelques éclaircissemens sont nécessaires. Quand nous avons parlé des fibres nerveuses centripètes ou sensitives, et que nous les avons envisagées comme distinctes des centres nerveux où s'accomplit la perception, nous avons eu en vue une sorte de système nerveux idéal, où ces deux ordres d'éléments, les uns de transmission, les autres de sensation proprement dite, n'affecteraient les uns avec les autres que des rapports de continuité. Mais, en fait, il n'en est pas ainsi. D'une part, dans la moelle épinière, outre les fibres destinées à transmettre les impressions au sensorium et celles qui conduisent à la périphérie les impulsions motrices, on trouve d'autres éléments dits de *centralité*, dans lesquels les impressions sensitives peuvent s'arrêter, non pour devenir sensations, mais pour servir d'excitant à certains mouvemens. D'une autre part, le cerveau, siège de la perception, n'est cependant pas exclusivement constitué par des éléments *sentans* : il renferme de plus la continuation ou la terminaison des conducteurs sensitifs que nous avons vus partir de la périphérie. Donc sur ce deuxième point encore, nous sommes forcé d'abandonner la vérification immédiate de la théorie, et la question ne peut être posée qu'en ces termes : Est-il possible de distinguer l'anesthésie qui résulte d'une affection des nerfs *périphériques* de l'anesthésie que détermine un état morbide de la moelle et de celle qui provient d'une condition pathologique de l'encéphale lui-même? La réponse est affirmative, du moins pour un grand nombre de faits.

C. Un organe est anesthésié, avons-nous dit, lorsqu'il a perdu plus ou moins complètement la faculté de faire arriver à notre conscience les modifications qu'il subit, soit spontanément, soit quand on y provoque diverses excitations.

Mais 1° l'existence de l'anesthésie n'exclut pas la possibilité pour le sensorium d'avoir des perceptions qu'il rapporte à l'organe même devenu insensible : on entend les paraplégiques accuser des douleurs dans leurs membres inférieurs, que l'on peut cependant piquer et pincer

sans que les malades en aient conscience ; les amaurotiques incapables de distinguer le jour des ténèbres, se plaignent de voir des flammes, des étincelles ; les sourds sont tourmentés de bourdonnemens d'oreille, etc. Ces phénomènes rentrent dans ce qu'on désigne sous le nom d'*anæsthesia dolorosa*, et nous y avons suffisamment insisté dans l'étude des névralgies pour n'avoir pas besoin d'y revenir.

2° Les parties anesthésiées, en même temps qu'elles cessent de pouvoir transmettre au sensorium les modifications qui se passent en elles, peuvent avoir perdu ou conservé le pouvoir d'exciter les mouvemens dits réflexes. Dans tel cas d'anesthésie des membres, le pincement de la peau *non perçu* par le malade sera suivi d'une flexion ou d'une extension énergique, dans tel autre la même manœuvre ne provoquera aucune contraction musculaire.

3° Les parties anesthésiées tantôt n'éprouvent aucun changement dans leur nutrition, tantôt en subissent un plus ou moins considérable ; quelle différence entre l'anesthésie des femmes hystériques dont les membres conservent souvent l'aspect le plus normal, et l'anesthésie qui est la conséquence d'une fracture de la colonne vertébrale et qui se complique si promptement d'ulcérations et de gangrènes!

4° Enfin, tantôt la motilité des parties anesthésiées est lésée, tantôt elle persiste dans toute son intégrité ; les fonctions psychiques elles-mêmes sont normales ou altérées.

D. C'est à l'aide de ces données, et en y ajoutant celles que fournissent l'étendue, le siège, le degré de l'anesthésie, qu'on arrive à reconnaître le siège probable de la modification morbide dont l'insensibilité est la conséquence ; le tableau synoptique suivant résume ces caractères différentiels :

I. Anesthésies par suite d'une affection cérébrale.

Etendue presque toujours considérable ; quelquefois l'insensibilité envahit la totalité du corps ;

Siège unilatéral et du côté *opposé* à celui qu'occupe la lésion de l'encéphale ;

Mouvemens volontaires presque toujours abolis en même temps que la sensibilité ; *mouvemens réflexes* souvent conservés ; coïncidence d'un trouble plus ou moins manifeste des facultés *intellectuelles* et *morales* ; enfin, altération fréquente de la *nutrition* des parties paralysées, par suite d'une affection concomitante ou consécutive du système nerveux ganglionnaire.

Les malades, tout en ayant perdu la faculté de percevoir les impressions qui ont leur source dans les parties anesthésiées, éprouvent cependant diverses sensations qu'ils indiquent comme ayant lieu dans ces mêmes parties insensibles. Ce caractère est commun à toutes les anesthésies sans perte de connaissance ; nous le mentionnons ici une fois pour toutes.

II. *Anesthésies consécutives à une affection de la moelle.*

Etendue souvent considérable, mais cependant en général moindre que dans les cas d'affection cérébrale ;

Siège habituellement *bilatéral* et *symétrique*, principalement au tronc et aux membres inférieurs. Quand l'anesthésie est unilatérale, ce qui est rare, elle occupe le côté du corps *correspondant* au côté affecté du cordon rachidien (M. Brown-Sequard admet cependant des paralysies *croisées* par lésion de la moelle).

Mouvements volontaires souvent abolis ou diminués, quelquefois intacts ; *mouvements réflexes* tantôt conservés, tantôt supprimés, suivant qu'au-dessous du point lésé il reste ou non un tronçon de moelle saine, conservant ses propriétés excito-motrices ; atteinte souvent profonde de la *nutrition*.

III. *Anesthésies déterminées par une affection des nerfs sensitifs.*

Etendue souvent très limitée ;

Siège de l'anesthésie correspondant exactement à la distribution anatomique du nerf ;

Mouvements volontaires intacts, s'il s'agit d'un nerf exclusivement sensitif, et si l'affection occupe un nerf mixte, paralysie bornée à un seul groupe de muscles ; *mouvements réflexes* constamment abolis dans le cas d'anesthésie complète. L'état de la *nutrition* est variable, souvent normal.

E. Pour arriver à reconnaître le siège probable de l'affection qui donne lieu à l'anesthésie et pour admettre ou repousser l'existence d'une lésion matérielle du système nerveux, il faudra compléter ces données physiologiques qui laissent souvent place au doute, par les notions que fournit l'observation clinique : c'est ainsi qu'on puisera d'utiles renseignements dans l'étude des accidens antérieurs et concomitans, du mode d'invasion et de progression, de la fixité ou de la mobilité de l'anesthésie, des modifications qu'elle présente à différentes phases de la maladie, etc. ; autant de caractères beaucoup trop variables pour que nous tentions de les résumer dans un article de généralités.

1929. Rendre aux parties leur sensibilité normale, tel est le but qu'on se propose dans le *traitement* de l'anesthésie. Nous venons de voir combien sont nombreuses les conditions productrices de ce phénomène : c'est dire combien la médication devra varier, avec la nature et le siège de la modification organique qui donne lieu à la perte de la sensibilité. Vainement attaquerait-on le symptôme en lui-même : sans doute, les stimulans de diverses sortes, les révulsifs et les dérivatifs locaux (frictions avec des pommades irritantes, vésicatoires, bains excitans, etc.) peuvent suffire dans certains cas d'hyperesthésie périphérique ; mais on ferait, et l'on fait trop souvent, une thérapeutique vraiment irrationnelle et stérile en se bornant à des remèdes de ce genre, quand l'analyse physiologique des symptômes montre clairement la cause de l'anes-

thésie résidant ailleurs que dans les parties insensibles, et souvent bien loin d'elles. De même, lorsque l'anesthésie se rattache à quelque névropathie générale, la médication topique est chose accessoire : les véritables indications du traitement découlent de la maladie et non d'un symptôme isolé. L'anesthésie, d'ailleurs, ne comporte presque jamais la nécessité de cette intervention active et immédiate que réclament si souvent les hyperesthésies symptomatiques, indépendamment de la cause qui les engendre, à raison des accidens pénibles auxquels elles donnent lieu par elles-mêmes.

1930. Les *espèces* d'anesthésie acceptées par les pathologistes varient suivant le nombre plus ou moins considérable des modes de sensibilité auxquels ils reconnaissent une existence distincte. Nous n'avons pas à discuter toutes les opinions émises à cet égard ; disons seulement que l'on est dans l'habitude de distinguer : 1° *une sensibilité commune* (cœnesthésie), c'est-à-dire la faculté que possèdent la plupart des organes et des tissus de transmettre au sensorium les impressions agréables, indifférentes ou pénibles, résultant tantôt de l'action des agens externes, tantôt d'une modification qui se produit en l'absence de toute influence du dehors ; 2° *diverses sensibilités spéciales* ou *spécifiques*, c'est-à-dire la faculté inhérente aux appareils de la vision, de l'ouïe, du goût, de l'odorat et du tact, et qui les rend seuls aptes à transmettre au sensorium les modifications produites dans notre organisme par la lumière, par les sons, par les molécules sapides ou odorantes, par les variétés de forme, de surface, de température des corps, etc. Mais s'il est évident qu'aux nerfs optique, acoustique, olfactif et aux nerfs du goût est dévolu un mode propre et exclusif d'impressionnabilité, bien distinct de celui qui constitue la sensibilité commune, il est plus difficile de différencier nettement de celle-ci la sensibilité des tégumens. A la vérité, la peau se rapproche des appareils sensoriels par le *toucher* qui réside dans quelques régions privilégiées ; mais elle partage avec la plupart des autres organes la sensibilité au contact, qui ne diffère pas essentiellement de la sensibilité commune. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet. Qu'il nous suffise pour le moment d'avoir montré quelles difficultés soulèvent ces divisions, établies, ce nous semble, sur une base trop métaphysique.

Sans nous astreindre à suivre cet ordre, nous passerons successivement en revue :

1° Les *anesthésies ayant pour siège les nerfs sensitifs cérébro-spinaux*. Comme parmi ces nerfs sensitifs, il n'en est pas dont les attributions physiologiques soient plus nettement déterminées que la portion ganglionnaire du nerf trijumeau, c'est l'anesthésie de la cinquième paire qui nous servira ici de type ; d'ailleurs, c'est aussi à peu près le seul nerf dans lequel cette affection ait été étudiée d'une manière spéciale.

2° Les *anesthésies des nerfs sensoriels*, et particulièrement l'anesthésie de la peau.

3° L'*anesthésie des nerfs musculaires*, état morbide dont l'histoire trouvera légitimement sa place à la suite de l'insensibilité cutanée, pour des raisons que nous aurons soin d'indiquer.

4° Nous dirons enfin quelques mots d'un certain nombre d'autres phénomènes pathologiques que l'on peut également envisager comme appartenant aux anesthésies, bien qu'on doive rester dans le doute au sujet de leur localisation anatomique.

ARTICLE XXXI.

DES ANESTHÉSIES EN PARTICULIER.

ANESTHÉSIE DU NERF TRIFACIAL.

1931. *Bibliographie.* — LONGET. *Anatomie et physiologie du système nerveux*. Paris, 1842, in-8°, t. II, p. 191 et suivantes, où se trouvent résumées et commentées les observations de BELLINGERI, CRAMPTON, CH. BELL, ABERCROMBIE, STANLEY, MONTAULT, GAMA, CARRÉ, A. BÉRARD, DECHAMBRE, etc.

ROMBERG. *Anästhesie des Quintus*, in *Lehrbuch der Nervenkrankh.*, 2^e édition. Berlin, 1850, in-8, t. I, p. 244.

J. DIXON. *Two Cases of anæsthesia and loss of motory function of the fifth nerve* (*Medico-chirurg. Transactions*. Londres, 1845, 2^e série, t. X, p. 373).

R. TAYLOR. *Case of facial anæsthesia with simultaneous destruction of the eye* (*Med. Times and Gazette*, July 1854, New series, vol. IX, p. 54).

1932. La paralysie du nerf sensitif de la face est beaucoup plus rare que celle du nerf moteur de cette région. Elle succède quelquefois à un refroidissement, mais presque toujours elle est symptomatique de quelque lésion, telle que le ramollissement, l'atrophie, l'induration ou le cancer, occupant soit le ganglion de Gasser, soit, et plus souvent, le tronc ou les rameaux de la portion ganglionnaire du nerf trijumeau (la petite racine du trijumeau ou portion non ganglionnaire étant motrice). On a observé cette anesthésie à la suite d'un traumatisme accidentel (coups, contusions) ou d'un traumatisme chirurgical (section des branches du nerf trifacial, avulsion des dents); on l'a vue enfin se développer quand une compression était exercée sur les branches nerveuses par des tumeurs siégeant dans les os ou les parties molles du voisinage. — Nous ne faisons qu'indiquer les lésions cérébrales qui peuvent donner lieu, entre autres symptômes, à l'insensibilité des parties desservies par le nerf de la cinquième paire.

1933. Les *symptômes* de cette anesthésie varient suivant le nombre plus ou moins considérable des branches nerveuses atteintes. Quand le *tronc du trijumeau* de l'un ou de l'autre côté est affecté dans sa totalité, voici quels sont les phénomènes qui se présentent : sensibilité obtuse ou même nulle des tégumens et des autres parties molles d'une moitié latérale du visage, au point qu'on peut les piquer, les brûler, sans que le malade en ait conscience (ce qui n'exclut pas l'existence de sensations rapportées à la peau du visage); en même temps insensibilité des membranes muqueuses; de la conjonctive, sur laquelle le contact des barbes d'une plume, de grains de tabac, etc., ne provoque aucune impression pénible; de la pituitaire, que l'on peut irriter de diverses manières sans que le malade en ait la perception; de la muqueuse buccale et de la muqueuse linguale : la langue perd à la fois la sensibilité tactile et la sensibilité gustative, mais cette dernière n'est éteinte que dans les deux tiers antérieurs de l'organe. La pupille est resserrée et immobile. Les mouvemens de la mastication ne sont intéressés qu'autant que l'affection s'étend à la petite portion du trijumeau. Quant aux mouvemens de la face, ils sont conservés; on remarque seulement qu'ils s'exécutent avec moins de précision du côté devenu insensible, sans doute à cause de l'anesthésie des filets sensitifs musculaires. Les mouvemens *réflexes* sont ou affaiblis ou complètement nuls, selon le degré de paralysie des nerfs sensitifs, puisque ce sont ces nerfs qui transmettent l'excitation dont les mouvemens réflexes sont la conséquence. Ce qui prouve bien qu'il en est ainsi, c'est que chez les malades atteints d'anesthésie de la cinquième paire, le clignement, par exemple, ne se produit pas à la suite d'une irritation de la conjonctive, mais qu'il continue à avoir lieu quand la rétine, dont la sensibilité est conservée, vient être impressionnée par une lumière vive. — Enfin, comme dans les vivisections où l'on coupe la cinquième paire dans l'intérieur du crâne, on observe ici une modification remarquable des fonctions nutritives : activité moindre de la circulation; lividité et œdème des tissus; sécheresse de la pituitaire, d'où peut-être en grande partie la perte de l'odorat notée chez les malades de ce genre; ramollissement et hémorrhagie des gencives, analogues à ce qui s'observe dans le scorbut; chute des dents; ulcération et gangrène de la muqueuse buccale. Mais c'est surtout dans l'œil que s'opèrent les changemens les plus dignes d'attention : la conjonctive oculaire et palpébrale se gonfle (chémosis) et sécrète un liquide purulent; la cornée se trouble, se ramollit et finit par se perforer, accident qui est suivi de la fonte de l'œil et de son atrophie.

Toutes ces altérations *trophiques* résulteraient-elles simplement de la cessation, par le fait de l'anesthésie, de certains mouvemens automatiques qui, chez l'homme sain, protègent à chaque instant la surface oculaire contre le contact des substances irritantes? C'est l'opinion d'un grand nombre d'auteurs; il est cependant quelques faits qui la rendent