

Dans l'empoisonnement aigu où il n'y a pas d'absorption (espèce, d'ailleurs, fort contestable d'empoisonnement), l'action se passant exclusivement dans l'estomac, il n'y a pas sensiblement de phénomènes cérébraux, au moins au début; ces accidents ne surviennent que plus tard, et par suite d'une réaction sympathique vers le cerveau par le développement de la fièvre. Mais dans les véritables empoisonnements, c'est-à-dire par absorption, la céphalalgie est bien plus constante et plus prompte. Elle se manifeste surtout quand la substance a une action sur le système nerveux. Aussi, l'observe-t-on constamment dans l'empoisonnement par les narcotiques ou par les excitants du système nerveux, tels que l'opium, la belladone, la ciguë, les solanées vireuses, l'alcool, la strychnine, le sulfate de quinine, etc.; tandis qu'elle est rare, au moins primitivement, dans l'empoisonnement par l'arsenic, les antimoniaux, les mercuriaux, etc.

Dans les empoisonnements lents, comme ceux déterminés par l'habitude de l'opium, par le plomb, l'alcool, etc., la céphalalgie est à peu près constante.

Dans l'intoxication saturnine, la céphalalgie est ou un simple symptôme de cachexie, ou un des premiers accidents de l'encéphalopathie, ou de l'épilepsie. C'est aussi un phénomène qui précède quelquefois de longtemps les attaques du *delirium tremens*.

*En résumé*, la céphalalgie est un phénomène commun à un très-grand nombre de maladies, mais important néanmoins par son caractère, sa nature, sa marche, sa coïncidence avec d'autres symptômes.

La douleur de tête est rhumatismale, névralgique, congestive, anémique; c'est quelquefois une simple névrose.

Chacune de ces formes se présente dans les maladies les plus différentes; et une même maladie peut donner lieu à toutes ces formes diverses de douleur.

Quand un malade présentera le phénomène de céphalalgie comme symptôme dominant, on cherchera à reconnaître :

Si la céphalalgie réside dans les enveloppes extérieures de la tête, dans le crâne, dans les parties plus profondes, ou si c'est une douleur de siège indéterminé (migraine proprement dite).

On se rappellera ensuite que, selon sa forme et sa nature, elle peut tenir :

1° A une affection locale extérieure (névralgie, rhumatisme, clou hystérique, lésion des os du crâne, etc.);

2° A une lésion matérielle, récente ou ancienne, des centres nerveux eux-mêmes (congestion, méningite, encéphalite, tubercules, corps étrangers, etc.);

3° A des névroses;

4° A la fièvre ou à des affections fébriles;

5° A des altérations du sang;

6° A des maladies d'organes divers;

7° A des empoisonnements.

## II. — DE LA RACHIALGIE.

[[On désigne sous le nom de rachialgie la douleur spontanée qui a son siège au niveau de la colonne vertébrale.

Les particularités qui se rattachent à l'étude de ce symptôme présentent de grandes analogies avec celles que nous venons d'examiner à propos de la céphalalgie : analogies dans les différents sièges que la douleur peut occuper, analogies dans les causes, analogies dans l'expression symptomatique, etc. Il y a donc tout avantage à rapprocher ces deux symptômes, et nous pouvons suivre pour l'étude de la rachialgie l'ordre qui a été suivi pour l'étude de la céphalalgie.

Les caractères de la rachialgie offrent des différences sensibles suivant les causes qui lui donnent naissance et les maladies auxquelles elle se rattache. Rarement, il est vrai, ces caractères sont assez tranchés pour avoir une grande valeur diagnostique; pourtant le siège de la douleur (au cou, le long du dos, aux lombes), son intensité, sa forme, etc., peuvent fournir des indications utiles.

Il est rare que la douleur soit étendue à la totalité de la colonne vertébrale; le plus souvent elle est limitée à une partie de sa longueur, et elle reçoit alors quelques noms particuliers: bornée au cou, elle forme une variété du torticolis; elle peut aussi avoir son siège le long du dos, aux lombes (mal de rein, lumbago). Tantôt elle est très-localisée, occupant, par exemple, le sommet d'une ou de plusieurs apophyses épineuses; tantôt elle est diffuse, occupant une étendue plus ou moins considérable de la région rachidienne, et souvent sans qu'il soit possible de dire si elle a

son siège dans la peau, les muscles, les os, ou les organes intra-rachidiens. Quand elle se rattache à une lésion de la moelle ou des méninges, ou encore à une altération des nerfs, il est habituel que la douleur rachidienne présente des irradiations sur les côtés de la colonne vertébrale suivant le trajet des nerfs intercostaux ou lombaires; quand elle dépend, au contraire, d'une lésion musculaire ou osseuse, elle reste ordinairement limitée à la région du rachis.

La forme de la rachialgie varie plus encore que son siège: gravative, contusive, brûlante, lancinante suivant les cas; continue ou revenant par accès, etc. Plusieurs circonstances peuvent contribuer à réveiller les douleurs ou à en augmenter l'intensité: ainsi la pression sur la colonne vertébrale ou l'ébranlement produit par des chocs fait souvent apparaître une douleur qui ne se montrait pas spontanément; les mouvements plus ou moins étendus du tronc peuvent avoir la même influence; enfin l'application d'un corps chaud sur les foyers douloureux amène souvent une exacerbation des douleurs: aussi emploie-t-on, pour la recherche de la rachialgie, le procédé indiqué par Copland, qui consiste à promener le long du rachis une éponge imbibée d'eau chaude: au moment où l'éponge passe sur la partie malade, le patient éprouve souvent une douleur atroce, tandis que sur les autres parties, il n'éprouve que la sensation ordinaire d'un corps chaud.

**Causes et siège.** — Le point de départ de la rachialgie se trouve, suivant les cas, dans la peau, dans les muscles, dans les pièces osseuses, les articulations ou les ligaments du rachis, dans les méninges, dans la moelle elle-même ou dans les nerfs qui en partent. Bien que, le plus ordinairement, les caractères de la douleur elle-même soient insuffisants pour indiquer quel est celui de ces organes qui est particulièrement ou exclusivement affecté, il arrive cependant qu'on y trouve des présomptions que l'examen des phénomènes concomitants et de la marche de la maladie doit détruire ou confirmer: ainsi une douleur vive, ayant son siège dans la région lombaire, peu intense pendant le repos, mais s'exaspérant sous l'influence des mouvements du tronc, survenue brusquement sous l'influence d'un refroidissement ou d'un effort, éveillera immédiatement l'idée d'un lumbago, c'est-à-dire d'une myalgie lombaire; une

douleur siègeant dans un point fixe du rachis, accompagnée de déformation de la colonne avec saillie des apophyses épineuses, permettra presque d'affirmer l'existence d'un mal de Pott.

*Maladies dans lesquelles on rencontre la rachialgie. — Valeur diagnostique.*

Parmi les maladies qui comptent la rachialgie au nombre de leurs symptômes, on peut distinguer celles qui ont leur siège dans la moelle, celles qui résident dans les enveloppes de la moelle (méninges, rachis), ou dans les parties extérieures aux rachis; on trouve encore ce symptôme dans certaines fièvres, et dans quelques affections de divers organes. Nous allons examiner la rachialgie dans ces diverses affections.

1. Rachialgie déterminée par des lésions de la moelle.

La plupart des maladies de la moelle (1) sont accompagnées de douleurs, et celles-ci présentent comme caractère presque général de ne pas rester limitées à la région rachidienne, mais de s'irradier sur les parties latérales suivant le trajet des nerfs superficiels du tronc (douleurs en ceinture).

La **congestion de la moelle** n'a guère été étudiée comme maladie particulière, et ses caractères ne sont pas bien déterminés. C'est à elle cependant qu'on attribue les rachialgies sourdes, contusives qui surviennent dans certains cas et disparaissent après une durée variable sans avoir été accompagnées des autres troubles qui appartiennent aux lésions du tissu nerveux lui-même: ainsi au début de certaines fièvres (variole, fièvre typhoïde), dans les cas de troubles menstruels ou hémorrhoidaux, de tumeurs abdominales gênant la circulation rachidienne, etc. Mais il serait difficile de prouver que, dans ces cas, il s'agit d'une véritable congestion de la moelle plutôt que d'une congestion

(1) On consultera avec avantage, sur tout ce qui concerne les maladies de la moelle, l'important article consacré à ces affections par M. Hallepeau, dans le *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XXII; cet article résume très-bien les connaissances actuelles sur ce sujet.

des plexus veineux du rachis capable de déterminer une compression de la moelle. Quoi qu'il en soit, la douleur, dans ces cas, est obtuse, gravative, tantôt diffuse sur toute la longueur du rachis, tantôt localisée à certaines régions et particulièrement au cou ou à la partie inférieure de la colonne dorsale; la pression et les mouvements l'exaspèrent peu. Elle peut être accompagnée de quelques fourmillements dans les membres et un peu d'affaiblissement des muscles; mais si ces troubles acquièrent une certaine intensité, on doit croire qu'il s'agit d'une maladie plus profonde que la congestion, et que les éléments propres de la moelle sont affectés.

L'anémie de la moelle peut rendre compte de certaines rachialgies qui se montrent chez des sujets épuisés par des pertes de sang abondantes ou chez des jeunes filles chlorotiques, et qui n'ont leur cause dans aucune autre condition morbide appréciable que l'anémie générale. Les caractères de la douleur dans ce cas diffèrent peu de ceux qu'on observe dans la congestion médullaire; cependant la pression sur les foyers douloureux est plus habituellement pénible, et il n'est pas rare que la pression exercée sur quelques apophyses épineuses détermine une douleur vive, s'irradiant parfois sur les côtés du thorax ou de l'abdomen.

Les rachialgies que nous venons de rapporter à la congestion et surtout à l'anémie de la moelle ont été souvent considérées comme de simples troubles fonctionnels imputables soit à un état nerveux (nervosisme, Bouchut), soit à ce que les Anglais ont appelé l'irritation spinale. Nous ne pouvons insister ici sur cette question encore couverte d'obscurité et dont la discussion exigerait de grands développements.

**Myélites.** — L'étude des inflammations de la moelle a fait d'immenses progrès depuis quelques années; et parmi les récents travaux français qui ont fait avancer nos connaissances sur ce point, il faut citer surtout ceux de MM. Brown-Sequard, Jaccoud, Charcot, Vulpian, Duchenné de Boulogne. Mais, à mesure que l'analyse a pénétré dans ce groupe de maladies, on a vu qu'il était nécessaire d'établir des variétés dans lesquelles, à des lésions différentes par le siège, par l'étendue ou par la nature, correspondaient des

expressions symptomatiques distinctes et méritant une description particulière. Nous n'aurons à signaler dans cet article que quelques-unes de ces variétés, celles dans lesquelles la rachialgie est un symptôme important; les autres trouveront mieux leur place dans d'autres parties de cet ouvrage, lorsque nous étudierons les symptômes qui leur appartiennent plus particulièrement. (*Voy.* Paralyse, ataxie, tremblement, contracture, etc.)

La **myélite aiguë** intéresse surtout la substance grise de la moelle. On peut, avec M. Charcot, en admettre trois formes: 1° myélite centrale généralisée; 2° myélite partielle; 3° myélite subaiguë ou hyperplastique. Les deux premières conduisent rapidement à la destruction des éléments nerveux et par suite sont surtout caractérisées par des symptômes indiquant la dépression et l'abolition des fonctions de la moelle; la troisième n'intéresse que peu ou même pas la substance nerveuse, sa symptomatologie est encore obscure et nous ne nous y arrêterons pas.

Dans la myélite centrale généralisée, la douleur est peu accusée toutes les fois que la maladie est dégagée de complication de méningite: au début le malade éprouve seulement de l'engourdissement, des fourmillements aux extrémités des membres et autour du tronc, une sensation de constriction autour des jointures; à ces phénomènes douloureux se joint rapidement un affaiblissement considérable de la motilité. Au bout d'un temps très-court, quelques jours au plus, les symptômes de dépression sont à leur maximum: on observe alors une anesthésie complète et absolue, une paralysie du mouvement complète aussi avec flaccidité des membres.

La myélite partielle donne lieu à peu près aux mêmes symptômes que la forme précédente; seulement son évolution est souvent moins rapide, et les troubles de la sensibilité ou du mouvement sont limités aux membres inférieurs ou intéressent la partie inférieure du tronc, suivant que la lésion est elle-même plus ou moins élevée.

Dans la **myélite chronique**, que celle-ci soit diffuse, c'est-à-dire répandue régulièrement ou irrégulièrement dans les diverses parties de la moelle, ou bien qu'elle soit limitée à certaines régions de la moelle en rapport avec la distribu-

tion des éléments nerveux, par exemple aux cordons postérieurs ou antéro-latéraux, aux cornes antérieures de la substance grise, etc. (scléroses systématiques, Vulpian), la rachialgie manque le plus souvent à moins de méningite concomitante, et la maladie est caractérisée par des troubles divers que nous retrouverons ailleurs.

**Hémorrhagie de la moelle.** — L'hémorrhagie de la moelle ou hématomyélie est une maladie rare. D'après MM. Charcot et Hayem (1), elle ne reconnaît pas pour cause habituelle la rupture d'anévrysmes miliaires, comme cela a lieu pour l'hémorrhagie cérébrale, mais le plus souvent elle se montre comme complication de la myélite aiguë, du ramollissement rouge inflammatoire aigu. Ses symptômes sont à peu près les mêmes que ceux de cette dernière maladie, avec cette différence qu'on y observe une douleur rachidienne très-vive, s'étendant dans les membres. L'existence de cette rachialgie intense avec irradiations périphériques, dans un cas de myélite, rendra donc probable l'existence d'hémorrhagies jointes au ramollissement.

**Méningite rachidienne.** — Contrairement à ce qui a lieu dans la myélite, la méningite rachidienne est surtout caractérisée par des phénomènes d'excitation, et parmi ceux-ci la douleur occupe une place importante : située à une hauteur variable suivant le siège de la maladie, elle occupe la région rachidienne dans une étendue d'une ou plusieurs vertèbres, et s'irradie d'une part sur les parties latérales en suivant le trajet des nerfs cervicaux, intercostaux ou lombaires, d'autre part se répand dans les membres inférieurs ou même dans les membres supérieurs si la maladie a son siège dans la région cervicale. Les malades la comparent à une brûlure, à une contusion, à une torsion, etc. Elle s'exagère sous l'influence des mouvements du rachis ; les chocs pratiqués avec les doigts et l'application d'une éponge imprégnée d'eau chaude sur la colonne vertébrale sont devenus insupportables, mais la simple pression sur les vertèbres reste sans influence (Olivier d'Angers). En même temps, on observe d'autres phénomènes d'excitation ayant pour siège l'appareil locomoteur : ce sont de la raideur dans les

(1) Hayem, *Thèse d'agrégation en médecine*, 1872.

muscles des rachis et dans ceux des membres, des convulsions toniques ou cloniques ; enfin on trouve souvent aussi une exagération du pouvoir réflexe de la moelle donnant lieu aux symptômes que nous décrirons ailleurs sous le nom d'épilepsie spinale. (Voy. *Convulsions*.) A une période avancée de la maladie, quand il s'est formé des exsudats qui exercent une compression intense sur le centre nerveux, on peut voir se développer des anesthésies ou des paralysies du mouvement.

Les phénomènes que nous venons d'indiquer n'appartiennent pas seulement à la méningite rachidienne primitive, à celle par exemple qui survient sous l'influence du froid ; on les observe encore dans les méningites secondaires, dans celles qui sont liées à la tuberculose, et qui se développent dans les méninges rachidiennes aussi bien que dans les méninges cérébrales (Liouville), dans la méningite qui accompagne souvent le mal de Pott, dans celle qui est liée au développement de tumeurs, syphilitiques ou autres, dans le canal rachidien.

Quant aux autres maladies dont la moelle ou ses enveloppes peuvent être le siège, telles que les tumeurs par exemple, on peut dire qu'elles ne déterminent guère de douleurs que lorsqu'elles sont accompagnées de méningite ; en dehors de cette circonstance, les accidents auxquels elles donnent lieu se rapportent à la destruction ou à la compression des éléments nerveux : ce sont par conséquent des anesthésies ou des paralysies (voy. ces mots).

2° Rachialgie dans les maladies de la colonne vertébrale et des parties périphériques.

Parmi les maladies qui ont leur siège dans les vertèbres ou dans leurs articulations, nous trouvons le mal de Pott, le cancer, le rhumatisme, la tumeur blanche ; la rachialgie peut résulter encore d'altérations diverses des muscles ou des nerfs qui entourent le rachis.

**Mal de Pott.** — Quelle que soit la nature de la lésion osseuse (tubercules, carie, ostéite) et qu'il y ait ou non déformation de la colonne vertébrale, le mal de Pott ne donne souvent lieu qu'à une douleur locale peu intense,

sourde, profonde, tensive, assez peu accusée pour que le malade ne s'en plaigne pas; mais si cette douleur est presque nulle dans le repos, les mouvements la font apparaître: quand le patient veut se baisser, soulever un fardeau, il immobilise sa colonne vertébrale et est obligé de prendre des attitudes plus ou moins bizarres. La pression ou la percussion des vertèbres altérées éveille souvent la douleur; il en est quelquefois de même de l'application d'un corps chaud sur la partie affectée ou des secousses imprimées au tronc en soulevant un peu le malade et le laissant tomber sur les talons. On voit donc que, si la rachialgie spontanée n'a dans un grand nombre de cas qu'une bien faible valeur diagnostique, la rachialgie provoquée a, au contraire, une valeur considérable; fréquemment, en effet, elle permet de reconnaître la maladie avant que l'apparition des autres signes en ait rendu le diagnostic facile. Outre la rachialgie, on trouve habituellement dans le mal de Pott des douleurs en ceinture et d'autres sur le trajet des nerfs des membres. Ces douleurs, qu'on a coutume de rattacher à la compression de la moelle et des nerfs qui en partent, dépendent, d'après M. Charcot, de la méningite rachidienne et des névrites qui se développent au voisinage des vertèbres malades; elles sont en effet quelquefois accompagnées de divers troubles trophiques, tels que des éruptions de zona ou de pemphigus. Les autres signes du mal de Pott, gibbosité, abcès par congestion, paraplégie, achèvent de caractériser la maladie.

**Cancer.** — Le cancer de la colonne vertébrale est presque toujours secondaire; on l'observe à la suite du squirrhe atrophique de la mamelle, plus rarement de celui de l'estomac ou d'autres organes. La douleur à laquelle il donne lieu diffère peu de la rachialgie du mal de Pott, mais elle est plus intense, elle revient par accès surtout pendant la nuit, et elle est accompagnée de douleurs dans les membres inférieurs et de paraplégie (paraplégie douloureuse des cancéreux).

**Rhumatisme.** — Le rhumatisme envahit quelquefois les articulations des vertèbres, particulièrement celles du cou. Il est caractérisé par des douleurs qui ont leur siège prin-

cipal au niveau des apophyses épineuses et des apophyses transverses. La pression sur ces points est difficilement supportée; les mouvements spontanés, exécutés doucement, se font sans grande souffrance; les mouvements communiqués sont plus pénibles et plus douloureux. En raison de l'épaisseur des parties molles qui recouvrent les articulations, il est rare qu'on puisse percevoir le gonflement et la rougeur qu'on trouve dans le rhumatisme des articulations superficielles.

Les **tumeurs blanches**, qu'on observe aussi surtout dans la région cervicale, amènent des douleurs parfois très-vives, exaspérées par tous les mouvements, et accompagnées d'une tuméfaction notable, quelquefois d'abcès circonvoisins.

Les **affections des muscles** qui meuvent le rachis ne sont pas rares: les plus communes sont celles des muscles de la région postérieure du cou (torticolis) et celles des muscles lombaires (lumbago). Le rhumatisme, l'impression du froid, les efforts en sont les causes ordinaires. La douleur est presque nulle pendant le repos, et les mouvements communiqués sont assez facilement tolérés; mais les mouvements spontanés qui nécessitent la contraction des muscles affectés éveillent des douleurs d'une acuité extrême, lancinantes, comparables aux douleurs névralgiques. Dans le torticolis, où le plus souvent un seul muscle est intéressé, on observe une inclinaison latérale de la tête avec torsion sur son axe. Ces divers caractères, joints à la diffusion de la douleur dans une plus grande étendue, permettent de distinguer le rhumatisme musculaire du rhumatisme articulaire occupant les mêmes régions.

Les **névralgies** des nerfs rachidiens présentent, entre autres points douloureux, un point dorsal qui a son siège précisément au niveau de l'apophyse épineuse des vertèbres (point apophysaire, Trousseau); ce foyer douloureux est facile à trouver quand on presse successivement les apophyses épineuses: au moment où l'on arrive sur le point névralgique, le malade se redresse brusquement pour échapper à la douleur et parfois pousse un cri.

3<sup>o</sup> Rachialgie dans diverses maladies.

La rachialgie se rencontre encore comme symptôme ou comme épiphénomène dans un certain nombre de maladies générales ou locales : ainsi dans les névroses, dans les altérations du sang ; dans les fièvres et dans les maladies de différents organes.

Parmi les névroses, celle qui est le plus souvent accompagnée de rachialgie est certainement l'**hystérie**. Dans cette maladie, on trouve très-habituellement au niveau du rachis des zones douloureuses sous forme de foyers occupant l'étendue d'une, de deux ou de trois vertèbres, quelquefois davantage et même toute la hauteur de la colonne vertébrale, avec des irradiations latérales sur le trajet des nerfs intercostaux ou lombaires. Quand ces foyers sont limités, on les trouve assez souvent bornés soit au niveau des apophyses épineuses, soit dans les gouttières vertébrales ; dans ce dernier cas, les douleurs existent presque toujours du côté gauche ; la pression les développe à un haut degré ; aussi pour en déterminer l'existence et l'étendue, il suffit d'exercer une pression avec les doigts de haut en bas tout le long des gouttières rachidiennes, et l'on trouve alors des foyers dont les lieux d'élection sont la partie inférieure du dos et les lombes. Au voisinage des foyers douloureux, il n'est pas rare de trouver des zones plus ou moins étendues d'anesthésie.

La **chlorose** est quelquefois accompagnée de rachialgies analogues à celles que nous venons d'indiquer ; mais plus souvent les points douloureux qu'on trouve à la partie inférieure du dos se relie à des névralgies occupant les derniers espaces intercostaux et fréquemment accompagnées elles-mêmes de gastralgie ou de troubles dyspeptiques.

Dans la **variole**, la rachialgie remplace la céphalalgie qu'on observe dans les autres fièvres, et elle ne fait presque jamais défaut. Elle apparaît dès le début de la période d'invasion, en même temps que la fièvre et les vomissements ; elle dure ordinairement deux ou trois jours ; c'est-à-dire jusque vers le moment où l'éruption commence à se mon-

trer. La rachialgie de la variole est lombaire. On l'a considérée longtemps comme ayant son siège dans les muscles ; mais Trousseau a démontré qu'elle devait être imputée à une affection de la moelle ou de ses enveloppes, et ce qui le prouve, c'est que, dans quelques cas, elle est accompagnée d'accidents de paraplégie.

Les symptômes spinaux ne sont pas rares dans la **fièvre typhoïde**, particulièrement chez les enfants (Fritz, Chédevergne), et parmi ces symptômes, l'hyperesthésie spinale est un des plus fréquents et des plus importants ; elle se montre assez souvent au début de l'affection, coïncidant avec la céphalalgie. Elle peut occuper deux sièges principaux, le cou et les lombes. M. Gubler insiste depuis longtemps sur la fréquence des douleurs à la nuque, accompagnées de roideur et ressemblant à une sorte de torticolis, qu'on observe chez presque tous les malades, et qui est un des phénomènes initiaux de l'affection ; ces douleurs sont souvent assez peu intenses pour que les malades ne s'en plaignent pas d'eux-mêmes, mais ils ne manquent pas d'en accuser l'existence si l'on appelle leur attention sur ce point. Quant à la rachialgie lombaire, elle est moins constante et moins intense, mais plus persistante que celle de la variole. La douleur paraît occuper la peau et les muscles ; la pression au niveau des vertèbres lombaires est très-difficilement supportée. Très-souvent, cette hyperesthésie ne reste pas limitée aux lombes ; elle s'étend aux membres inférieurs, qui présentent une sensibilité cutanée et musculaire exagérée, quelquefois même des douleurs spontanées et des contractures. Ces troubles sont dus, ainsi que l'a établi Chédevergne, à des congestions ou à des inflammations de la moelle et des méninges ; ils sont souvent suivis d'anesthésie et d'un affaiblissement plus ou moins considérable de la motilité.

Enfin la rachialgie se montre encore dans certaines maladies de différents organes, et nous citerons particulièrement l'ulcère simple de l'estomac, l'anévrysme de l'aorte et les maladies utérines.

Les douleurs de l'**ulcère simple de l'estomac** sont, comme on sait, tout à fait spéciales (Cruveilhier) ; outre celle qui existe à l'épigastre, au-dessous de l'appendice xyphoïde

(douleur xyphoïdienne), il y en a une autre qui a son siège au niveau du rachis (douleur rachidienne), et qui réside dans un espace compris entre la neuvième vertèbre dorsale et la deuxième vertèbre lombaire. Cette douleur est rongeanse; elle présente, comme la douleur xyphoïdienne, des exacerbations qui arrivent ordinairement après l'ingestion des aliments et des boissons.

On trouve assez souvent, dans l'**anévrisme de l'aorte**, des douleurs rachidiennes, coïncidant ou non avec des douleurs dans d'autres parties du tronc ou des membres. Ces douleurs sont surtout marquées lorsque les progrès de la tumeur ont déterminé une érosion du corps des vertèbres; elles présentent alors deux formes différentes; douleurs lancinantes, paroxystiques et rémittentes, d'une part; douleurs continues, sourdes, pertébrantes et limitées à un point fixe, d'autre part (Law). Cependant il ne faudrait pas faire de cette forme de rachialgie un signe absolu de destruction du corps des vertèbres, car l'altération des os peut se produire sans douleurs, et des douleurs névralgiques atroces peuvent exister sans lésion osseuse (Stokes).

Quant aux maladies des organes génito-urinaires, et en particulier aux **maladies utérines**, tout le monde sait combien souvent elles sont accompagnées de douleurs lombaires; celles-ci constituent même quelquefois le principal trouble fonctionnel et mettent sur la voie d'un diagnostic que d'autres signes doivent compléter.]]

### III. — DE LA DOULEUR SIÉGEANT DANS LES DIFFÉRENTES PARTIES DU CORPS.

Dans quelques affections du cerveau ou de la moelle, on voit les malades se plaindre de *douleurs vagues* dans différentes parties du corps. Ces douleurs n'ont pas reçu de dénomination plus précise à cause même de la variabilité de leur siège, de leur étendue, de leurs caractères.

Quelquefois ce sont de véritables névralgies, mais passagères: les malades ressentent des éclairs de douleurs dans les membres ou dans le tronc; d'autres fois, c'est une

sensation de brûlure, de déchirure, de crampe; d'autres fois encore des malades disent qu'ils sentent comme de l'eau froide qu'on leur verserait sous la peau (entre cuir et chair, selon une expression vulgaire); enfin c'est un picotement, un pincement, une sensation de fourmillement, etc.

Ces douleurs sont spontanées ou provoquées par le contact des objets, par le mouvement, etc.

Elles ne sont pas permanentes, et il est impossible de trouver, soit pendant la vie, soit après la mort, la moindre trace de lésions anatomiques qui les expliquent: elles semblent être en quelque sorte le rayonnement, l'expression transmise à distance, par les nerfs, de la souffrance ou de l'altération matérielle des centres nerveux.

Le plus souvent elles changent de place avec une grande facilité, ce qui se comprend aisément, quand on sait que la lésion qui en est la cause siège loin du lieu où elles se font sentir.

Ce phénomène de la douleur à *distance* dans les affections des centres nerveux n'a pas encore été étudié avec soin; en conséquence, nous ne pouvons mieux faire que de citer de suite tous les cas où nous l'avons remarquée, et où elle nous a paru avoir quelque importance pour le diagnostic.

Nous avons rencontré un cas de ce genre chez un jeune homme de quinze ans. Ce malade se plaignait d'une douleur occupant la partie postérieure du col; elle paraissait être musculaire et siéger profondément, elle descendait et montait tout le long du rachis, occupant cependant de préférence la région cervicale. On la traita comme un rhumatisme musculaire, mais sans succès; pendant quelque temps elle se fixa aux lombes, sans déterminer le moindre trouble vers la sensibilité ou la motilité des membres inférieurs, ni vers les fonctions de la vessie ou du rectum. Elle reparut ensuite au col, et devint très-vive et accompagnée de contracture des membres et de renversement de la tête en arrière. Le malade était sans fièvre, mais couché toute la journée sur le dos, la tête fortement enfoncée dans les oreillers, les yeux fermés, et poussant des cris prolongés et plaintifs; il conserva longtemps sa connaissance, ne se plaignant pas de la tête; il finit cependant par tomber dans le coma, et mourut après un mois environ de

souffrances. On trouva, pour toute lésion anatomique, une suffusion séreuse abondante dans les méninges, et une dilatation énorme des ventricules cérébraux, par un liquide clair comme de l'eau de roche; pas de traces d'inflammation ni de tubercules, rien vers la moelle.

Un autre malade, âgé de trente ans environ, que nous avons observé, en 1832, dans le service de M. le professeur Bouillaud, se plaignait d'un lumbago; la douleur céda pendant quelque temps à l'emploi des ventouses et des vésicatoires, mais elle revint et s'étendit comme une ceinture à la base du thorax; aucun symptôme ne se manifesta vers les membres inférieurs. La maladie se termina par le développement brusque d'une méningite aiguë qui emporta le malade. La méningite était simple et bornée à la cavité du crâne; les ventricules étaient dilatés, la moelle saine.

Peut-être doit-on supposer que dans ces deux cas la maladie a commencé par une exhalation surabondante de sérosité, effectuée d'une manière lente; on comprendrait alors pourquoi les premiers phénomènes ont été subaigus, et comment la sérosité, s'accumulant d'abord dans les parties inférieures de la cavité rachidienne, les premières douleurs ont dû se montrer vers le rachis, tandis que les centres nerveux crâniens jouissaient de leur intégrité. Plus tard, lorsque les enveloppes de la moelle ont été aussi distendues que possible par la sérosité, celle-ci a dû refluer dans le crâne, et c'est alors qu'ont éclaté les accidents méningiens, cause de la mort.

Nous pensons que les observateurs auront plus d'une fois occasion de revoir des faits de ce genre, et nous les engageons à fixer leur attention sur toutes les douleurs spinales qui sont persistantes, qui ne s'accompagnent pas de paraplégie, et qui ont une marche insolite et différente de celle du lumbago et des maladies de la moelle.

Nous avons parlé plus haut, à propos de la rachialgie, des douleurs périphériques qu'on observe dans un grand nombre de maladies de la moelle ou de ses enveloppes. Dans le début et dans la période d'état de la maladie sur laquelle M. Duchenne de Boulogne a appelé le premier, en France, l'attention, et que l'on désigne encore, après lui, sous le nom d'*ataxie locomotrice*, il existe des douleurs particulières et qui sont un des caractères de la maladie. Les douleurs dites *fulgurantes* sont comparées par les malades

à des coups de canif, de couteau, siégeant de préférence au voisinage des jointures, dans les masses musculaires des membres, aux lombes, à l'abdomen plus rarement. Avec ces douleurs, on trouve, pour caractériser l'ataxie, des désordres du mouvement sur lesquels nous aurons à revenir et qui constituent le symptôme principal de la maladie. (Voy. *Ataxie*.)

Nous ne devons pas oublier de mentionner les douleurs qui accompagnent les convulsions toniques du tétanos. Tous les praticiens savent que les malades se plaignent d'un resserrement, d'une constriction douloureuse des mâchoires, des tempes, des membres. Ces douleurs ne sont pas permanentes, mais elles reviennent par attaques plus ou moins éloignées, et en même temps que les spasmes toniques. Nous avons vu un malade qui en ressentait à la base de la poitrine, et, selon toute probabilité, dans le diaphragme. Au moment du paroxysme, il était pris d'une sorte d'inspiration convulsive et de hoquet: il lui semblait que la base de la poitrine se resserrait, et il cessait de respirer pendant quelques secondes, jusqu'à ce que la vive douleur s'apaisât. Le malade succomba et ne présenta qu'un très-faible degré de congestion rachidienne.

Dans certaines maladies cérébrales, les malades ressentent des fourmillements dans les membres, surtout dans les jambes; ils ont la sensation d'eau froide versée sous la peau, des éclairs névralgiques dans la profondeur des membres ou dans la peau, etc. Lorsque ces accidents ne pourront s'expliquer par aucune affection locale, ni par les maladies générales (chlorose, anémie) qui y donnent souvent naissance, on fera bien de remonter jusqu'aux centres nerveux pour en avoir l'explication.

Dans plusieurs affections chroniques du cerveau, on peut produire des douleurs aiguës en remuant les membres profondément insensibles à toutes les espèces d'excitations. « Ce symptôme indique presque toujours qu'il s'opère dans les centres nerveux un travail organique lent et profond; aussi l'ai-je observé plusieurs fois dans les cancers et les endurcissements cérébraux. » (1) — Nous avons nous-mêmes vu plusieurs cas où les mouvements communiqués aux membres paralysés étaient douloureux; c'était toujours

(1) S. Pinel, *Pathol. cérébrale*, 1844, p. 290.



dans les apoplexies sanguines, avec complication d'encéphalite.

Nous rappellerons, en terminant, la fréquence et la variété des douleurs dans les névroses, épilepsie, hystérie. L'aura de ces affections, quand elle existe, est toujours une douleur qui part d'un point éloigné des centres nerveux, d'une blessure, d'une cicatrice, etc. L'invasion de la rage, du tétanos, est précédée de douleur dans la blessure, etc.

En résumé, les douleurs qui siègent loin de la tête ou du rachis, et qui ne s'expliquent par aucune cause locale, ni par une altération du sang, un état cachectique, doivent être rapportées à une affection du système nerveux central; quoique sans caractères importants par elles-mêmes, si l'on excepte les douleurs fulgurantes de l'ataxie, elles doivent toujours fixer l'attention du médecin.

#### IV. — DIMINUTION ET PERTE DE LA SENSIBILITÉ, INSENSIBILITÉ, ANESTHÉSIE, ANALGÉSIE.

Les recherches de Beau (1) établissent qu'il existe deux espèces de sensibilité dans la peau et dans les membranes muqueuses voisines des orifices naturels: l'une est la sensibilité au tact, l'autre la sensibilité à la douleur. La première a pour objet de faire apprécier le contact ou les impressions de différents ordres des corps extérieurs; c'est à l'aide de cette sensibilité qu'on perçoit la résistance, la forme, l'état de la surface des corps; la seconde espèce de sensibilité est celle qui a pour but de nous faire connaître les impressions nuisibles et douloureuses produites par les différents agents qui nous entourent; c'est par elle que l'on sent la piqure, le pincement, la torsion, etc. Ces deux espèces de sensibilité sont tellement distinctes, qu'elles peuvent être isolées. Quelques-uns des tissus profonds de l'économie ne possèdent que la seconde; les ligaments, par exemple, incapables de sentir le simple contact des corps extérieurs et d'en apprécier les qualités, sont cependant fortement influencés par le tiraillement et deviennent assez douloureux. La peau jouit, au contraire, des deux propriétés

(1) Beau, *Archives générales de médecine*, 1848.

sensitives; or, dans l'état morbide, il peut se faire qu'elle perde l'une d'elles ou toutes les deux à la fois, et il en résulte alors des phénomènes particuliers qu'on doit consulter à titre de symptômes (1).

La peau peut perdre la sensibilité à la douleur sans perdre la propriété du toucher. On s'assure de ce fait en touchant d'abord la peau et ensuite en la piquant, la pinçant, la tirillant, etc.; les malades disent alors qu'ils sentent

(1) [[ Les études de physiologie pathologique ont conduit quelques auteurs à admettre l'existence de plus de deux espèces de sensibilité. Ainsi M. Brown-Sequard établit que, outre la sensibilité au tact et à la douleur, il existe une sensibilité spéciale à la température, une autre au chatouillement, et une autre enfin particulière aux muscles et qui permet d'apprécier leur état de contraction ou de relâchement; cette dernière n'est autre que le *sens musculaire*, dont il sera question plus loin dans le cours de cet article. Ce savant physiologiste croit même à l'existence dans la moelle de voies distinctes pour la transmission des diverses sensations de contact, de douleur, de température, de chatouillement et du sens musculaire, et il indique le trajet de ces diverses voies; en outre, les conducteurs des quatre premières espèces d'impressions sensitives subiraient un entre-croisement dans la moelle épinière; au contraire, les conducteurs servant au sens musculaire ne s'entre-croiseraient pas dans la moelle, pas plus que les conducteurs des ordres de la volonté aux muscles.

A l'appui de cette dernière proposition, M. Brown-Sequard a rapporté des observations de maladies de la moelle, occupant un seul côté de cet organe, dans lesquelles on observe, du côté correspondant à la lésion, une paralysie du mouvement avec conservation ou même hyperesthésie des diverses sensations à l'exception du sens musculaire qui est aboli, tandis que, du côté opposé à la lésion, on trouve une anesthésie de ces sensations, sauf le sens musculaire qui est conservé.

M. Vulpian a fait quelques réserves sur l'existence de voies distinctes pour la transmission des diverses impressions; il se montre cependant moins éloigné d'admettre, d'après les faits de M. Brown-Sequard, que les conducteurs de la sensibilité musculaire suivent dans la moelle un trajet direct, tandis que ceux des autres sensibilités seraient croisés.

Quoi qu'il en soit, la conclusion pratique à tirer de ce qui précède, c'est ce qu'il ne faut pas se borner à rechercher comment les malades ressentent le contact et la douleur, mais qu'on doit examiner aussi comment sont perçus le chatouillement et la température, et quel est l'état du sens musculaire. On verra souvent une ou plusieurs de ces sensibilités altérées à l'exclusion des autres; et bien que, dans l'état actuel de nos connaissances, il ne soit pas toujours possible de fixer la valeur diagnostique de ces particularités, il est du moins intéressant de les connaître.

Consulter: Brown-Sequard, *Archives de physiologie*, 1863; 1868, p. 610 et 716; 1869, p. 236 et 693. — Vulpian, *Leçons sur la physiologie du système nerveux*. Paris, 1866, p. 377. ]]