

tions désagréables et même très pénibles, presque persistantes ou du moins très fréquemment renouvelées aux bouts (*ἄκρα*) des membres, surtout aux mains, aux extrémités des doigts, aux pieds et aux orteils.

La maladie atteint ordinairement l'*âge moyen*, plus souvent, dit-on, la *femme* que l'homme. On en recherche vainement la *cause* spéciale en beaucoup de cas. Parfois cependant on invoque certaines influences qui ont agi sur les mains ou les pieds, comme des refroidissements intérieurs, des congélations, l'action de laver souvent dans de l'eau froide, des travaux mécaniques fatigants, des irritations chroniques, etc.

Ces sensations anormales sont perçues sous forme de picotements, de titillations, de déchirures, etc. Le siège principal en est, comme il a été dit, les doigts et les bouts des doigts. Les deux mains sont ordinairement prises à la fois, mais la maladie est parfois plus prononcée d'un côté que de l'autre. De même certains doigts de la même main sont plus douloureux que d'autres. Il est plus rare que les pieds (orteils) soient plus affectés que les mains. En ce cas la stase veineuse (varice) semble avoir une certaine valeur causale. Les douleurs ne sont pas également vives en tout temps. Elles sont plus intenses la nuit et vers le matin et se calment pendant le jour.

Examine-t-on plus intimement les mains et les pieds, on n'y trouve parfois rien d'anormal objectivement. Mais souvent on observe surtout certains phénomènes « vasomoteurs » manifestes. Les parties douloureuses sont plus *froides*, plus *cyanotiques* que dans les conditions ordinaires. Toutefois nous avons vu des cas rebelles dans lesquels les mains étaient plus *chaudes* au toucher et présentaient constamment une *forte sécrétion sudorale*. La sensibilité est normale, ou bien il existe à des endroits déterminés de la peau une diminution très faible de la sensation tactile, plus rarement une hyperesthésie remarquable vis-à-vis du toucher. La *motilité* est généralement conservée. Il n'y a qu'une certaine *raideur* des mains dont beaucoup de malades se plaignent. En général ce ne sont pourtant que les douleurs parfois très aiguës qui entravent les mouvements des mains et empêchent le plus les malades de vaquer à leurs occupations. Les *réflexes* ne présentent rien de particulier. Dans certaines circonstances nous avons noté des *altérations trophiques* très manifestes, principalement une étroitesse et une formation en pointe évidente des phalanges terminales, une incurvation plus accusée des ongles et un état luisant de la peau (*glossy skin*) etc. Dans des cas très opiniâtres, existant depuis des années, nous avons vu récemment se produire aux orteils, sans cause externe, des ulcères torpides qui étaient très douloureux et ne montraient presque pas de tendance à la guérison.

La *marche* de la maladie est bénigne en quelques cas, à telle enseigne qu'après plusieurs mois, la guérison a lieu; en beaucoup d'autres cas les acro-

paresthésies constituent un état très rebelle, chronique, résistant de longues années, qui, malgré qu'il soit exempt de danger, occasionne aux malades des inconvénients et des souffrances considérables.

Quant à la *nature* et la *pathogénie* propre de l'affection, on ne sait encore rien de certain. Que ce soit un état d'irritation des extrémités et expansions terminales sensibles, partant un *mal* purement *périphérique*, cela est universellement admis. Mais on ne sait pas encore s'il s'agit d'une maladie primitive du nerf même ou d'une affection des petites artères terminales et de troubles circulatoires avec les conséquences qui y sont inhérentes.

Le *diagnostic* des acroparesthésies est généralement facile, vu que le tableau morbide est en réalité très caractéristique. En tout cas on doit toujours songer à ceci, que ces paresthésies se présentent parfois à titre de symptôme ou de signe précurseur de maladies organiques centrales (par ex. comme précurseur d'apoplexies, d'autres affections cérébrales, du tabes, etc.).

Le traitement ne saurait être que symptomatique, et à cet égard l'usage local du *courant électrique*, surtout de la brosse *faradique*, semble donner les meilleurs résultats. Cependant le courant constant, les bains de mains électriques, etc. ont aussi été avantageux. Quant à l'influence des *agents thermiques* (manulaves chauds ou froids, douches froides, douches écossaises, etc.) c'est l'expérience qui doit décider en chaque cas. — Outre le traitement local, l'état général du malade doit également être considéré (fer, quinine, arsenic dans l'anémie et ainsi de suite).

CHAPITRE CINQUIÈME.

MAL DE TÊTE D'HABITUDE.

(Céphalée, céphalalgie.)

Comme suite aux névralgies, nous devons parler ici du *mal de tête habituel* (*mal de tête nerveux*), affection qui se rencontre à tout bout de champ dans la pratique et sur la cause intime et l'essence propre de laquelle nos connaissances présentent encore beaucoup de lacunes.

Sous le nom de « *céphalalgie nerveuse* », on ne désigne pas ces maux de tête *symptomatiques* si fréquents qui accompagnent les maladies infectieuses aiguës inflammatoires, l'anémie profonde généralisée, les lésions organiques les plus diverses du cerveau et de ses membranes, des os du crâne, des sinus frontaux, etc. Nous n'identifions pas non plus le mal de tête habituel avec d'autres affections douloureuses bien caractérisées, par ex. les *névralgies* types de la branche frontale du trijumeau ou des nerfs occipitaux, ni avec

la *migraine* véritable ou l'*hémicranie* (v. plus loin). Nous entendons désigner par là une affection dans laquelle le mal de tête constitue quasi une entité morbide autonome et qui se résume en ce symptôme unique ou tout au moins capital, dont les malades se plaignent et demandent à être délivrés. Le substratum anatomique certain de cette affection nous est inconnu. On admet communément l'existence de *troubles circulatoires* ou de *finés altérations de la nutrition* comme la cause propre de la céphalalgie ; cependant nous sommes dans l'ignorance absolue de la nature de ces altérations. Le *siège* non plus où les douleurs résident n'est pas susceptible d'être déterminé. On ignore si les excitations douloureuses naissent dans la substance cérébrale elle-même. Les *méninges*, par contre, surtout la *dure-mère*, sont évidemment douées de sensibilité, et par conséquent considérées comme l'endroit où le mal de tête se localise.

La *cause du mal de tête* étant très diverse, d'après les malades, rend compte de la multiplicité des circonstances au milieu desquelles il se produit. Tantôt il s'agit de personnes qui paraissent jouir sous tous les autres rapports d'une excellente santé, tantôt de personnes anémiques et débilitées, tantôt encore de natures puissantes et « pléthoriques », d'un embonpoint plantureux et à face rubiconde. D'après cela, en se basant sur la constitution du malade, on recherche la cause de la douleur soit dans une hyperémie, soit dans une anémie anormales du cerveau et de ses membranes (*céphalée hyperémique ou anémique*). On rencontre très souvent le mal de tête comme symptôme culminant chez les individus névrosés et neurasthéniques (*céphalée neurasthénique*). C'est à cette classe qu'appartiennent notamment les cas qui se présentent chez des gens surmenés physiquement et intellectuellement, chez les savants, les fonctionnaires, les étudiants et les élèves qui préparent leur examen, etc. Si l'on croit pouvoir incriminer certaines influences « rhumatismales » (*a frigore*) ou toxiques (alcool, nicotine, intoxication saturnine chronique, etc.), on appelle le mal de tête *céphalée rhumatismale* ou *toxique*. Parfois les malades qui souffrent habituellement de la tête, éprouvent en même temps des *malaises* chroniques *du côté de l'estomac* ou une *constipation opiniâtre*, de manière que ces derniers sont peut-être en corrélation étiologique avec le mal de tête (influences toxiques ?). Enfin, un point digne de remarque, c'est que la céphalalgie est souvent en rapport avec des *maladies chroniques des organes avoisinants*, surtout du nez, de l'espace nasopharyngien et de l'oreille. Dans nombre de cas, cependant, il n'y a pas moyen de découvrir de *cause déterminante quelconque* à la céphalalgie, de façon qu'on a affaire à un mal purement *idiopathique*. Un mal de tête habituel datant de l'enfance est certainement, la plupart des cas, l'expression d'une « constitution nerveuse » générale, laquelle tient à des conditions innées, et en certaines

circonstances d'une source complètement inconnue. D'où vient que la céphalée habituelle est si fréquemment une *part d'héritage*.

La céphalalgie habituelle est une maladie *chronique*. Elle peut durer des mois et des années, même toute la vie, être presque continuelle, ou ce qui est plus fréquent, se manifester sous forme d'accès séparés, de plusieurs heures ou de quelques jours de durée. Ces accès éclatent souvent sans cause appréciable ; quelquefois on peut les rapporter à des influences déterminées, à des excitations psychiques, à des fatigues corporelles, à des écarts de régime, etc. La *douleur* siège tantôt au front, tantôt de préférence à l'occiput, parfois elle est répandue par toute la tête. Il arrive aussi qu'elle est exactement limitée à certaines parties de la boîte crânienne. Le caractère intime de la douleur est décrit de la façon la plus diverse : tantôt on l'appelle térébrante, tantôt on la compare à une déchirure, à une constriction exercée tout à l'entour du cerveau, parfois on dirait que la tête va éclater en morceaux. Fréquemment le mal n'est pas d'une intensité particulière, il consiste en un simple étourdissement, un sentiment de « *compression cérébrale* » ; dans d'autres cas la douleur est très violente. Alors il coexiste quelquefois une hyperesthésie prononcée du cuir chevelu, au point que l'attouchement même des cheveux provoque de la douleur.

L'état général est presque toujours dérangé en cas de céphalée. Les malades sont incapables de se livrer au travail, ils sont quelquefois d'humeur chagrine et irritable et privés d'appétit. Souvent on observe des symptômes gastriques plus caractérisés, des nausées et des vomissements (formes de transition à la *migraine*), parfois des sueurs abondantes. Les cas graves de cette maladie comportent une signification sérieuse, attendu qu'elle rend ses victimes presque complètement inhabiles aux devoirs de leur état. Pour les femmes surtout la céphalalgie habituelle est un facteur qui domine toute leur existence et qui se montre partout comme une entrave et un tourment.

Le *traitement* de la céphalalgie est toujours un problème difficile. Il est évident qu'on doit tâcher de remonter à l'*étiologie* probable du mal. On ne négligera donc jamais d'examiner attentivement tous les organes qui peuvent être en cause (nez, oreilles, estomac, cœur, reins, etc.) et de porter une attention spéciale sur les maladies fondamentales éventuelles, syphilis, alcoolisme, maladies organiques des nerfs. — En outre il faudra attacher le plus de prix à l'examen de la *constitution physique* générale. Aux anémiques on prescrira le *fer*, l'*arsenic*, le *séjour à la campagne*, une *alimentation solide*, etc. Aux individus sanguins, surtout quand ils sont simultanément atteints de malaises digestifs, on prescrira un régime approprié et de l'*exercice*, on fera boire des *eaux minérales purgatives*, ou bien on conseillera une cure à *Marienbad*, *Carlsbad*, etc. Les céphalées nerveuses des hystériques et des

neurasthéniques demandent avant tout un traitement général rationnel : une direction morale, la réglementation de la façon de vivre, les cures d'eau froide, l'électricité (faradisation générale, la galvanisation à la tête ou du nerf sympathique). Les personnes qui sont surmenées par le travail, doivent indispensablement observer le *repos* complet du corps et de l'esprit. On les enverra aux champs, dans les montagnes ou aux *bains de mer*.

Le nombre des *remèdes symptomatiques* qu'on a préconisés pour le soulagement de la céphalalgie, est très considérable. Dans la plupart des cas de longue durée, les malades ont acquis eux-mêmes une connaissance complète de leur affection. Ils savent presque tous qu'il n'y a quasi aucun remède contre « leur vieux mal de tête » ; ils ne demandent qu'à pouvoir se reposer et attendent que le mal se soit dissipé de lui-même. D'autres se sont habitués à certains remèdes domestiques, se mettent des compresses sur la tête, prennent un bain de pied chaud ou froid, se font appliquer un sinapisme dans la nuque, se lavent le front avec de l'eau de Cologne, emploient un « crayon de migraine », se serrent un mouchoir autour de la tête, boivent du thé fort, reniflent de l'ammoniac (sels aromatiques), etc. Les *moyens internes* dont on se sert, soit pendant l'accès, soit pendant un temps assez long pour prévenir le retour de la douleur, procurent souvent des résultats et sont impuissants dans d'autres circonstances. Parfois un nouveau remède a du succès, qui ne dure guère. Il n'y a aucune indication spéciale pour les différents remèdes, de manière qu'on en est réduit à les essayer les uns après les autres avant de rencontrer celui qui est le meilleur. Dans ces derniers temps on a eu le plus souvent recours à l'*antipyrine* (0,5 — 1,5) dont l'effet dans la migraine (v. y.) est indéniable et parfois aussi apporte un soulagement marqué dans d'autres formes de mal de tête. Outre l'antipyrine on pourra aussi tenter l'*antifébrine* (0,25 — 0,5) et la *phénacétine* (0,5 — 1,0), puis la *quinine* (0,3 à 0,75) et le *salicylate de soude* (2,0 — 4,0), celui-ci principalement dans les céphalalgies provenant du froid, d'un courant d'air, etc. Nommons encore parmi les autres remèdes la *paullinia sorbilis* (la pâte de guarana contenant de la caféine) en poudres 0,5 à 2,0, l'*ergotine* (dans la céphalée hyperémique, pilules de 0,05, 3 à 6 par jour), le *bromure de potassium* (2,0 — 4,0), l'*arsenic*, etc.

Le *traitement électrique* (voir ci-dessus) peut revendiquer des résultats marquants dans beaucoup de cas, quoique ici l'influence psychique joue le principal rôle. En tous cas on doit commencer toujours avec grande prudence et voir d'abord quelle méthode est le mieux tolérée. En outre l'*hydrothérapie* est parfois avantageuse, puis le séjour aux champs, à la mer, dans les montagnes.

On rend quelquefois de grands services aux malades avec tous les remèdes

susindiqués, tandis que dans d'autres cas le mal brave opiniâtrement toutes les médications. Il n'en reste pas moins au patient la consolation de pouvoir se dire que la maladie finit quelquefois pas céder d'elle-même avec le progrès de l'âge, après des années ou des périodes décennales de souffrances.

CHAPITRE SIXIÈME.

ANOMALIES DU SENS OLFACTIF.

Les anomalies de l'odorat qui indiquent une affection du nerf olfactif, de ses expansions terminales ou de son rayonnement central, se rencontrent assez fréquemment, mais ne présentent aucun intérêt pratique notable. On sait que les deux cornets supérieurs seulement et la partie supérieure de la cloison nasale (sphère olfactive) sont pourvus de filets olfactifs. Les fibres du nerf de l'odorat pénètrent dans la cavité crânienne par les pertuis de la lame criblée, pour former le tronc du nerf olfactif. Quant au parcours ultérieur du nerf dans le centre nerveux, on n'en sait rien de certain. Mentionnons comme digne de remarque, l'anosmie unilatérale qui se déclare dans les affections de la partie postérieure de la capsule interne et celle qu'on prétend avoir observée quelquefois dans la cavité gauche du nez comme complication de l'hémiplégie droite et de l'aphasie. On prétend que dans l'écorce cérébrale le centre de l'odorat siège dans le *lobe unciforme*.

Pour *explorer le sens de l'odorat*, on se sert de substances qui n'irritent pas les filets nasaux sensibles du trijumeau. Celles qui conviennent le mieux sont l'eau de Cologne, les huiles volatiles (l'essence de girofle, de bergamote), l'huile de térébenthine, le camphre, le musc, la valériane, l'asa foetida, etc.

L'*hyperesthésie du sens de l'odorat (hyperosmie)* se révèle tantôt par une finesse remarquable de la perception des odeurs, tantôt par une impressionnabilité excessive à leur endroit. C'est cette dernière condition qui s'observe le plus fréquemment, surtout chez les hystériques. Ces malades éprouvent de la céphalalgie, des tendances lipothymiques, etc. à la suite des effluves odorants qui affectent à peine les individus sains. Des *sensations subjectives d'odeurs* (hallucinations de l'odorat) se rencontrent souvent chez les aliénés et parfois pendant l'aura épileptique.

On constate aussi assez fréquemment la *diminution de la faculté olfactive (anesthésie olfactive, anosmie)*. Elle complique les *affections nasales* les plus diverses (rhume de cerveau, etc.), puis les maladies de la *base du crâne* (tumeurs, méningite aiguë et chronique) qui intéressent le tronc du nerf

olfactif, enfin les *affections cérébrales* (tumeurs, etc.). Dans les *tabes dorsal* très avancé, nous avons quelquefois observé une anosmie prononcée due peut-être à l'atrophie du nerf olfactif. Mais on rencontre le plus fréquemment l'anosmie complète ou unilatérale chez les *hystériques* (dans l'hémianesthésie hystérique, dans l'hystérie traumatique, etc.). Il importe de remarquer que toute diminution notable de l'odorat entraîne une déperdition du « goût » ; il est en effet reconnu que l'« *arome* » ou le fumet de beaucoup d'aliments comme des rôtis, des vins, des différentes sortes de fromage, etc., dépend principalement des impressions correspondantes fournies par l'odorat.

Le *traitement* des anomalies du sens de l'odorat concorde presque toujours avec celui de l'affection fondamentale. Au cas où le trouble du sens olfactif réclamerait une intervention spéciale, on peut essayer l'électrisation de la muqueuse de Schneider ou le badigeonnage de la surface olfactive avec des solutions fortement irritantes ou odorantes.

CHAPITRE SEPTIÈME.

ANOMALIES DU SENS DU GOUT.

Deux nerfs président aux perceptions gustatives, le glosso-pharyngien et le lingual fourni par la troisième branche (maxillaire infér.) du trijumeau. Le *glosso-pharyngien* est le nerf gustatif du tiers postérieur de la langue et du voile du palais et le *lingual* celui des deux tiers antérieurs de la langue. Les filets gustatifs du nerf lingual entrent tous, ou du moins en majeure partie, dans la *corde du tympan* et parviennent de concert avec elle au tronc du nerf facial. Cependant, comme de nombreux faits pathologiques le démontrent positivement, ces filets ne restent pas unis au facial, mais finissent par faire retour au trijumeau et rejoignent, selon toute probabilité et surtout par l'entremise du *nerf grand pétreux superficiel* et du *nerf vidien*, le *ganglion sphéno-palatin*, et par conséquent la seconde branche du trijumeau. Il n'en est pas moins vrai qu'il peut exister encore quelques autres voies par lesquelles les nerfs du goût s'anastomosent de nouveau avec le trijumeau et pénètrent avec lui dans le cerveau. Quant à leur marche ultérieure et à leur aboutissant central, nous n'en connaissons rien de précis.

Les *hyperesthésies* du goût se rencontrent rarement et n'ont été observées jusqu'ici que chez les hystériques. On observe quelquefois des *paresthésies* du sens du goût chez des malades atteints de paralysie faciale, qui se plaignent d'une saveur anormale dans la bouche. Chez les aliénés on rencontre aussi des sensations gustatives de nature subjective (hallucinations du goût). Les *anesthésies des nerfs du goût* (*a. gustative, ageusie*) sont au contraire assez

fréquentes. Comme il résulte des expériences faites jusqu'à ce jour, elles peuvent se présenter : 1. dans les affections des terminaisons périphériques des nerfs gustatifs (maladies de la muqueuse linguale) ; 2. dans les affections (compression) du nerf glosso-pharyngien ; 3. dans les affections des nerfs lingual et trijumeau à l'intérieur du crâne ; 4. dans les affections de la corde du tympan (maladies de l'oreille moyenne) ; 5. dans les affections du nerf facial depuis son anastomose avec le corde du tympan jusqu'au ganglion genouillé sous-maxillaire, tandis que la rupture de la conductibilité dans ce même nerf au delà et en deçà de l'espace susdit, comme l'expérience le démontre, ne donne lieu à aucune perversion du goût. On a observé des *altérations centrales du sens du goût* dans les maladies de la partie postérieure de la capsule interne. Les désordres du sens du goût sont très fréquents dans l'*hystérie* et les états connexes (névroses traumatiques, etc.).

L'*exploration du sens du goût* doit porter sur chacune des modalités gustatives considérées en particulier, attendu qu'il y a quelquefois des *paralysies partielles du goût*. L'essai se pratique en touchant la langue au moyen d'une tige de verre ou d'un pinceau chargés de petites quantités de substances sapides en dissolution. Les parties antérieure et postérieure de la langue doivent être explorées à part. On se sert d'une solution de quinine ou de la teinture de noix vomique, pour l'essai des sensations *amères*, de sirop pour la sensation *sucrée*, de vinaigre ou d'acide chlorhydrique étendu pour le goût *acide*, d'une solution de sel de cuisine pour la saveur *salée*. La saveur *galvanique* bien connue qui se prononce avec le plus d'intensité à l'anode, mais qui peut se produire également à la cathode, même sous l'influence d'un très faible courant (comme cela a lieu si fréquemment en renversant le courant lors de la galvanisation de la tête, du cou, de la nuque, etc.) peut être utilisée pour explorer le sens du goût.

Le *diagnostic* précis du siège et de l'origine du trouble gustatif ne peut être posé qu'en prenant en considération les symptômes concomitants. Un *traitement* spécial ne saurait guère être tenté qu'à l'aide de l'électricité.