

Noiszewski<sup>(1)</sup>; ils concluent qu'il existe une sensibilité très vive à la base même de chaque poil, diminuant à mesure qu'on s'en éloigne et proposent d'appeler cette sensibilité : *trichesthésie* (θριξ, poil, et αίσθησις, sensibilité).

J'ajoute maintenant qu'à l'état normal la sensibilité est inégalement répartie des deux côtés du corps : il résulte des recherches de Mac Donald, Swift, Joteyko<sup>(2)</sup>, etc., que le côté *gauche* est en général plus sensible.

Enfin la sensibilité d'un sujet à l'autre est très variable; certains ressentent vivement une piqure même légère; de quelques autres, au contraire, l'on peut dire avec Montesquieu : « ce n'est qu'en les écorchant qu'on les chatouille ».

## II. — LA SENSIBILITÉ PATHOLOGIQUE

*Objectivité et subjectivité.* — Il est d'usage, dans les études consacrées aux troubles de la sensibilité, d'envisager à part le mode *objectif* révélé par l'action d'agents extérieurs sur l'organisme, du mode *subjectif*, c'est-à-dire d'origine intérieure et dont le malade a spontanément conscience.

Mais en réalité nous pouvons concevoir nos sensations cutanées *subjectives*, indépendamment de tel ou tel contact *voulu, créé par nous*, par exemple celui d'une pointe mousse promenée sur la peau, mais non pas indépendamment des incitations du milieu *interne* viscéral ou du milieu *externe indépendantes de nous*, car ce sont ces incitations mêmes qui ont progressivement créé en nous le *moi* et qui l'entretiennent. La vie, en effet, ne peut être conçue sans l'*irritabilité*<sup>(3)</sup>, et l'irritabilité suppose à la fois un organisme irrité et des agents irritables. La suspension pour un organisme de toute irritation interne et externe équivaldrait à l'inertie, c'est-à-dire à la mort.

Cela revient à dire qu'en nos sensations le *subjectif* et l'*objectif* se confondent; que nous les distinguons seulement pour la commodité de l'étude, et que les milliers de sensations perçues par le *moi* ne peuvent être conçues indépendamment du jeu compliqué des réactions organiques en conflit avec les incitations du monde extérieur : aussi pas plus que la douleur cutanée, produite par un instrument piquant (sensation *OBJECTIVE*), le prurit, ou type des sensations *SUBJECTIVES*, ne peut-il être envisagé en dehors des notions de *milieu*; le mode *subjectif* de la sensibilité pathologique n'est que l'excès d'un trouble *objectif* de même modalité, il n'y a entre eux qu'une différence de degré, et non point d'essence.

Tous les tissus de l'organisme sont irritables et sensibles : mais il en est en

(1) NOISZEWSKI, De la sensibilité capillaire. *Trav. de la clin. des mal. mentales et nerv. de Bechterew*, 1901, t. II.

(2) JOTEYKO, *Dict. de physiol. de Ch. Richet*, art. Fatigue.

(3) GLEY, *Essais de philosophie et d'histoire de la biologie*. Voir dans ce livre remarquable l'article consacré à l'*irritabilité* et aux idées de Haller, Broussais, Claude Bernard, etc.

qui la sensibilité est appréciable à l'état normal; d'autres, au contraire, en qui le grossissement pathologique seul nous la révèle.

Dans la sensibilité, normale ou pathologique, *tout se tient*, je l'ai dit; il est nécessaire cependant, pour la commodité de l'étude, de distinguer les troubles de la sensibilité *profonde* et ceux de la sensibilité *superficielle*, qui nous conduiront à la partie plus proprement dermatologique de notre sujet.

### TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ PROFONDE

Son étude d'ensemble exigerait celle des troubles *sensoriels* et *viscéraux*, non moins que celle des troubles sensitifs profonds du tronc et des membres : on sent l'étendue d'un tel sujet; je me bornerai à un résumé des troubles sensitifs profonds, à peine connus d'ailleurs, et *indiquerai* seulement leurs relations avec l'ensemble de ceux qui atteignent la sensibilité *superficielle*.

Ainsi délimitée, cette étude est à peine ébauchée par les classiques : les troubles sensitifs profonds sont pourtant *très fréquents*, et d'appréciation assez facile. On parle assez souvent de sensibilité *musculaire* et *articulaire*, mais au point de vue spécial de la perception des mouvements et du sens des attitudes<sup>(1)</sup>, tandis qu'il s'agit ici de la sensibilité *générale* des tissus profonds, en particulier des muscles, des nerfs, du tissu conjonctif et des os.

Cette sensibilité peut être exaltée, affaiblie ou même supprimée.

Or, tandis que l'*anesthésie* profonde est assez bien connue (paralysies hystériques, avec anesthésie cutanée et profonde, syringomyélie, tabes, etc.), l'*hyperesthésie* par contre est presque ignorée.

Charcot pourtant l'a mentionnée dans les polynévrites, celles des alcooliques surtout; on l'a notée aussi dans l'hystérie.

Mais l'étude la plus importante est celle de Weill<sup>(2)</sup>.

Cet auteur a décrit chez les tuberculeux un ensemble d'hyperesthésies *profondes*, portant principalement sur les *os* et les *muscles*, et affectant d'ordinaire une moitié du corps.

Weill nota leur relation avec des troubles sensitifs cutanés et sensoriels, admit leur nature *hystérique* et les attribua à l'excitation des filets pulmonaires, tout en reconnaissant qu'ils ne correspondaient pas toujours au côté des lésions tuberculeuses *maxima*. Weill a donc établi chez les tuberculeux l'existence d'un syndrome caractérisé par l'hyperesthésie profonde *systématisée*, l'*hémi-hyperesthésie*, portant sur les muscles, les jointures et les os.

Je relatai peu après un cas de ce genre chez un névropathe non tuberculeux : et depuis j'en ai observé un grand nombre dans la tuberculose ou en dehors

(1) Sur ces modalités sensitives, voir DÉJERINE, in *Traité de path. gén.* de Bouchard, p. 882, t. V.

(2) WEILL, Les troubles nerveux chez les tuberculeux. *Revue de méd.*, 1895, p. 449.

d'elle; et j'ai proposé de nommer « syndrome de Weill » ce trouble de sensibilité<sup>(1)</sup>

Jeanselme<sup>(2)</sup> incrimina dans un cas de tuberculose l'action d'une vaste caverne, du même côté que l'hémi-hyperesthésie et agissant sur terrain hystérique.

J'ajoutai<sup>(3)</sup> à ces notions celle du *transfert* de l'hyperesthésie et de ses *oscillations* sensitives d'un côté à l'autre, sous l'influence de lésions successives et bilatérales et rapprochai ces faits de ceux relatifs au transfert et oscillations de l'anesthésie, chez les hystériques. Enfin j'étudiai<sup>(4)</sup> quelques cas analogues en relation avec diverses irritations organiques : inflammation et traumatismes de l'oreille, éruption de la dent de sagesse, ulcérations intestinales, ulcérations de l'épiglotte, etc.

La sensibilité *superficielle* est rarement normale dans les cas de ce genre; elle est par rapport à celle du côté sain tantôt exaltée, tantôt diminuée, et d'ordinaire en tous ses modes. Je n'ai jamais observé de *prurit*, de démangeaisons, de grattages.

Le mode *sensitif* n'est pas seul en jeu : j'ai noté, du côté hyperesthésié, l'élévation, puis l'abaissement de la température, l'exagération des réactions cutanées, vasculaires, celle des réflexes tendineux, bref « l'exaltation de la vie organique totale ».

Il semble, d'autre part, que, dans certains cas, l'excès sensitif d'un système organique entraîne l'hypo-fonctionnement compensateur de certains autres systèmes et que, par contre, le retour au taux sensitif normal dans le premier soit suivi d'un relèvement corrélatif dans les derniers<sup>(5)</sup>.

Ces faits pathologiques sont à rapprocher des expériences de Rumpf (de Dusseldorf), montrant qu'à l'état sain la sensibilité *perd d'un côté ce qu'elle gagne de l'autre*.

Cet ensemble de phénomènes m'a semblé trouver son explication dans la série nombreuse des expériences de Brown-Séguard, expériences de haute

(1) L. JACQUET, *Bull. de la Soc. des hôp.*, 1897, p. 1170. — L. JACQUET, Hémi-hyperesthésie névro-musculaire chez un arthro-blennorragique. *Bull. de la Soc. des hôp.*, 1898, p. 590.

(2) JEANSELME, *Bull. de la Soc. des hôp.*, 1898, p. 594. — JEANSELME et RABÉ, Hystéro-traumatisme interne d'origine hépatique. *Eod. loco.*, p. 602. — JANNOT, *De l'hémi-hyperesthésie névro-musc. dans la tuberc. pulm.* Thèse Paris, 1899.

(3) L. JACQUET, Hémi-hyperesthésie névro-musculaire (syndrome de Weill) avec transfert. *Bull. de la Soc. des hôp.*, 1899, p. 452. — Mon collègue et ami Jeanselme a rapproché de ces faits un cas relaté dans son article sur l'hystérie pleurale (1895). En réalité il ne s'agit point là d'une hémi-hyperesthésie névro-musculaire *systématisée*, comme dans les faits de Weill et les miens, mais de troubles plus complexes *parmi lesquels* la sensibilité à la pression des masses musculaires du *seul* membre inférieur droit. (*Bull. de la Soc. des hôp.*, 1898, p. 595.)

(4) L. JACQUET, Contribution à l'étude pathogénique de l'herpès vulgaire, in *Festschrift* de Kaposi, Vienne, 1900. — L. JACQUET, Hyperesthésie cut. sensor. et névro-musculaire du côté gauche chez un convalescent de fièvre typhoïde. *Bull. de la Soc. des hôp.*, 1900, p. 519.

(5) Voir, à ce sujet, la discussion sur un de mes malades présenté par DE MANOUSSI, Tabes à début et à forme gastriques prolongés, syphilis juvénile. *Bull. de la Soc. des hôp.*, 1899, p. 522.

portée à mon avis, quoique fort méconnues. En voici la synthèse : « Une irritation quelconque du système nerveux exalte la sensibilité du même côté, l'abaisse de l'autre côté; une irritation ultérieure de ce dernier *tire à elle* l'hyperesthésie ». Et encore : « Il n'est guère possible d'irriter une partie sensible de l'organisme sans modifier plus ou moins complètement l'équilibre dynamique de la presque totalité du système nerveux<sup>(1)</sup> ».

L'étude minutieuse d'un grand nombre d'observations de ce genre, avec leurs oscillations et les modifications de leur taux sensitif, me conduit aux deux hypothèses suivantes : 1° les choses se passent comme si, pour une *période donnée*, la somme de notre sensibilité était constante, perdant ici ce qu'elle gagne là, sous l'influence des excitants divers;

2° C'est l'excès sensitif, l'hyperesthésie en ses divers modes et ses divers sièges, qui plus ou moins lentement, conduit à l'épuisement sensitif, à l'anesthésie<sup>(2)</sup>.

On peut prévoir que ces considérations générales sont indispensables à l'intelligence des troubles sensitifs cutanés.

Mais, contrairement à ce qu'implique la loi de Brown-Séguard, la sensibilité n'est pas seule en cause dans le retentissement des irritations pathologiques : il semble bien que la réaction en excès ou défaut porte sur *tous* les modes de la vie organique. Retenons-en surtout ici, que *la vie cutanée y est intéressée plus ou moins profondément*.

#### TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ CUTANÉE

La peau est un système organique complexe, formé d'une association d'organes et de tissus; elle est en relation embryologique *directe* avec le système nerveux, étant comme lui une émanation de l'*ectoderme*; elle est pénétrée d'une double et très riche innervation : *cérébro-spinale* avec ses terminaisons libres de l'épiderme et du derme; *sympathique*, suivant ses innombrables lacis vasculaires et lymphatiques. On peut ainsi prévoir quelles seront la fréquence et la variété des troubles de l'innervation cutanée, envisagés sous le seul mode sensitif.

Malgré cette richesse, ces divers troubles peuvent assez logiquement rentrer dans trois catégories, suivant que la sensibilité cutanée est viciée *en plus*, viciée *en moins*, le tout en ses divers modes *en bloc* ou *isolément*; ou enfin *déviée*, *pervertie* en certains d'entre eux.

Le plus souvent d'ailleurs, il y a combinaison, association en proportion variable de l'*excès*, du *défaut*, de la *dissociation* et de la *perversion*.

(1) BROWN-SÉQUARD, *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1886 t. II, p. 795.

(2) Cette dernière loi a été assez explicitement formulée par Nothnagel (cité par Déjerine : *Pathologie générale* de Bouchard, p. 911).

Quoi qu'il en soit, nous aurons à étudier séparément

*Les hyperesthésies.*

*Les anesthésies.*

*Les paresthésies* <sup>(1)</sup>.

## HYPERESTHÉSIES

Dans l'ordre sensitif, l'hyperesthésie; en règle, précède les paresthésies et l'anesthésie <sup>(2)</sup>. Et l'hyperesthésie peut porter sur les divers modes sensitifs, *tact, température, pression, douleur*, qui sont les modes classiques et auxquels Brown-Séguard a voulu ajouter le *chatouillement*.

Or, je l'ai fait prévoir, ces distinctions sont arbitraires; en réalité ces modes sensitifs se confondent: ainsi il n'y a point, quoi qu'en ait dit, d'*hyperesthésie* du tact, du sens soi-disant *spécial*, du toucher (*hyperpselaphésie* de certains auteurs); il y a seulement une *éducation* de la sensibilité cutanée <sup>(3)</sup>, ce qui n'est pas la même chose, et il est difficile de considérer le perfectionnement d'une fonction comme proprement pathologique.

Mais le *tact*, s'il s'exerce à *fleur de papille*, sans l'intermédiaire d'une couche cornée plus ou moins épaisse, se mue en *douleur*; les sensations thermiques, celles de *pression*, au delà d'un certain degré font de même; et il n'y a aucune raison d'autre part pour assimiler la *douleur* elle-même, aboutissant commun de toutes les sensations excessives, à une sensation spéciale. Il est plus simple donc d'admettre que les impressions extérieures agissent *différemment* sur notre sensibilité parce qu'elles sont des modes *différenciés* de l'énergie, et il n'est nul besoin de recourir à des organes, à des conducteurs et à des centres spéciaux que l'anatomie, ni la physiologie ne nous révèlent <sup>(4)</sup>.

Les multiples sensations dont l'ensemble constitue l'hyperesthésie cutanée peuvent s'observer seules, à l'état *pur*, ou accompagnées de *réactions* cutanées plus complexes encore, de dermatoses proprement dites. Envisageons d'abord les premières.

<sup>(1)</sup> Paresthésie, de *παρὰ*, à côté, et *αἴσθησις*, sensibilité; l'étymologie indique donc très nettement *déviaton, perversion*; l'emploi du mot dans ce sens est d'une logique rigoureuse. Je dois prévenir maintenant qu'en Allemagne le mot *paresthesien* désigne les sensations subjectives non douloureuses à proprement parler, telles que les engourdissements, fourmillements, etc.

<sup>(2)</sup> On peut m'objecter qu'en réalité, chez les hystériques notamment, l'anesthésie s'observe fréquemment d'emblée: je le crois, bien que souvent la période d'hyperesthésie antérieure ait pu passer méconnue.

Mais il faut remarquer que le stade hyperesthésique se retrouve ici chez les *ascendants*: surmenés, déséquilibrés, alcooliques, névropathes, etc..., que la loi biologique en cause n'est donc en défaut qu'en apparence, et se vérifie si l'on regarde assez longtemps. Ici en réalité la pathogénie dans l'espèce ou *pylo-pathogénie* n'est que l'exagération de la pathogénie dans l'individu ou *onto-pathogénie*.

<sup>(3)</sup> Cette distinction particulière a été bien indiquée par Ballet, art. *Sensibilité* du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXIII, p. 55.

<sup>(4)</sup> Goldscheider lui-même qui admet, on l'a vu, la différenciation de la surface cutanée en « points de chaud » et « points de froid », n'a pu réussir, par la biopsie, à reconnaître des différences de structure quelconques entre ces divers points.

## HYPERESTHÉSIES CUTANÉES ESSENTIELLES

Certains auteurs <sup>(1)</sup> s'attachent très soigneusement à distinguer l'*hyperesthésie cutanée*, ou douleur éveillée par l'excitation extérieure, de la *dermalgie* ou douleurs spontanées de la peau.

J'ai déjà indiqué précédemment, à titre général, l'inanité de la distinction entre la sensibilité objective et la subjective. Il me paraît bon pourtant de distinguer les *esthésies* ou sensations objectives, des *algies* ou sensations subjectives: c'est là une commodité verbale et rien de plus.

En fait, ces deux modalités s'associent, se succèdent; une gamme très riche de nuances relie ces deux phases de la sensation, qui ne peuvent en aucune manière être considérées comme d'essence sensitive différente.

Toute douleur spontanée de la peau, toute *dermalgie*, est entourée d'une zone où l'excitation directe *seule* produit la douleur, d'une zone d'*hyperesthésie* inconsciente: le foyer dermalgique n'est donc que le point *central* ou *maximum* d'hyperesthésie. De plus, je le montrerai, la dermalgie et l'hyperesthésie sont toutes deux sous la dépendance de causes identiques.

Enfin il n'y a pas de dermalgie sans hyperesthésie cutanée, et s'il est vrai qu'il peut y avoir hyperesthésie sans dermalgie, cela prouve seulement que celle-là est la phase première, *préparatoire*, de celle-ci.

En effet, en certaines conditions, l'hyperesthésie de la peau n'est perçue que par les attouchements, frôlements ou frictions légères: on provoque alors ainsi une sensation pénible, quelquefois même *douloureuse*; les malades la comparent à celle qu'on éprouve quand la peau est dépouillée de son épiderme. La sensation s'accroît si l'on fait un pli aux téguments; la surface cutanée n'est donc pas seule sensible, l'hypoderme et même le tissu cellulaire sous-cutané sont aussi en cause.

En somme, à ce degré, il y a simplement transformation plus facile des sensations tactiles en douleur.

Ces foyers d'hyperesthésie sont plus ou moins durables, et gênent beaucoup les malades pour qui le contact et surtout le frottement des vêtements peut devenir extrêmement pénible, et qui s'ingénient à trouver des tissus d'une extrême finesse.

Il est très rare que cette variété soit généralisée; il s'agit d'aires arrondies, de bandes parfois multiples et pouvant, en ce cas, être *unilatérales*, et s'observer sur une moitié du corps, ou, au contraire, être *symétriques*.

La pression lente et large, même forte, les soulage dans une certaine mesure, mais chez les névropathes, leur excitation brusque produit parfois des

<sup>(1)</sup> ARNOZAN, art. *Dermalgie* du *Dict. Dechambre*, 1<sup>re</sup> série, t. XXVII, p. 614. — DUHRING, *Traité pratique des maladies de la peau*, p. 688.