

Ils provoquent, par l'intermédiaire du traumatisme cutané, des éruptions que l'on pourrait dénommer les *traumatides* (1), ou encore, ainsi que me le proposait mon ami Garceau, les *pruri-traumatides*; ces expressions seraient préférables, je crois, à celle de *névrodermites* proposée par Brocq et moi-même, ou encore à celle de *esthésiodermie* proposée par Tommasoli, toutes expressions que je trouve trop compréhensives et trop vagues.

Depuis mes premiers travaux, j'ai continué à chercher les dermatoses qui sont justiciables de ce mode pathogénique et je pense aujourd'hui que parmi les pruri-traumatides *pures*, c'est-à-dire les dermatoses où sans l'intervention du trauma il n'y aurait pas lésion, on peut ranger l'urticaire, le prurigo, les lichens simples, la lichénification, le lichen plan (2).

Cette intervention s'exerce aussi sans doute, dans d'autres dermatoses, eczéma, dermatites bulleuses, etc., mais je suis loin de prétendre qu'elle est seule : à côté des pruri-traumatides, il y a la classe des éruptions qui par elles-mêmes sont agents de prurit, des dermatoses *prurigènes*; et je me suis assuré expérimentalement que les vésicules d'eczéma, les bulles de pemphigus continuent à se développer sous un enveloppement hermétique.

Il s'en faut donc que le processus pruri-traumatique suffise à expliquer toutes les formations cutanées éruptives; il y a des hyperémies, des exsudations, des proliférations diverses d'ordre plus spontané, plus actif : elles compliquent le prurit et sont à leur tour compliquées par les réactions d'ordre mécanique; et ces éléments, réagissant les uns sur les autres, entretiennent dans les processus cutanés une récurrence, dont résultent la complexité et la ténacité de certaines dermatoses.

### ANESTHÉSIE

A cette longue étude des troubles de sensibilité *exagérée* pourrait faire suite une étude non moins longue de la sensibilité *insuffisante* ou *nulle*, de l'anesthésie qui peut, comme l'hyperesthésie, être profonde et superficielle.

L'anesthésie *profonde* s'observe surtout dans l'hystérie, les *hystéro-toxies* diverses, le *tabes*, la *syringomyélie*, etc., où elle est plus rare, moins complète et moins bien étudiée.

L'anesthésie *superficielle* ou cutanée est très fréquente. Elle peut être incomplète, c'est l'*hypoesthésie*; ou complète, pour toutes les modalités sensitives à la douleur (*analgésie*), au froid, au chaud, au tact, à la pression.

Il est certaines formes d'anesthésie, désignées par Romberg sous le nom d'anesthésies *douloureuses*, dans lesquelles le malade éprouve de la douleur, bien qu'il y ait perte de la sensibilité tactile. Cette variété affecte généralement la zone du trijumeau.

(1) LESLIE ROBERTS, Prurigo and pruritus. *Encyclopedia medica*, t. X.

(2) L. JACQUET, Nature et traitement du lichen de Wilson, in *Semaine médicale*, 1891, p. 508. Pour cette dernière dermatose, un fait très curieux de Brocq (voir art. *Lichen*, t. III, p. 229) m'oblige pourtant à des réserves.

L'anesthésie totale, portant sur tous les modes sensitifs, résulte surtout de l'atteinte de l'axe cérébro-spinal, ou des conducteurs, par des lésions diffuses ou en foyer (1); elle est souvent précédée, dans les cas de ce genre, par une période hyperesthésique : c'est aussi le cas des névrites.

On la trouve encore au voisinage de la plupart des ulcères trophiques : *decubitus acutus*, maux perforants, ulcères tabétiques, syringomyéliques, etc.

L'anesthésie des névroses est représentée de façon typique par celle de l'hystérie : elle est totale, profonde et superficielle, atteignant tous les modes; parfois dissociée. Elle peut aussi s'étendre à toute la surface cutanée, aux muqueuses, aux organes des sens; être systématisée à un côté du corps (hémianesthésie hystérique), être *segmentaire*, en manche de veste, etc., enfin être simplement *insulaire*.

L'anesthésie superficielle est fréquente dans la maladie de Morvan, la lèpre, la syringomyélie : indépendamment des modalités ordinaires, elle présente parfois dans ces deux dernières maladies une allure très spéciale, qu'on voit aussi pourtant dans l'hystérie; c'est la *dissociation*, nommée parfois dissociation *syringomyélique*, car cette variété est la plus fréquente et la plus complète : elle consiste en une abolition de la sensibilité douloureuse (analgésie) et de la sensibilité thermique (thermo-anesthésie) avec conservation parfois absolue du tact et du sens musculaire : par exemple, les malades ne perçoivent qu'une sensation de toucher dans les brûlures même intenses, et ils peuvent sentir le contact d'un cheveu.

De manière générale, dans les dermatoses, l'anesthésie est rare. Rendu (2) a cependant noté l'analgésie dans les erythèmes; il a vu aussi dans les eczémas dits *diathésiques*, c'est-à-dire d'origine interne, une *hypoesthésie* tactile et thermique nette, avec sensibilité à la douleur peu modifiée, ou même légère hyperesthésie; tandis qu'au contraire, dans les eczémas *artificiels* ou dermites d'origine externe, les troubles sensitifs sont très légers ou nuls. Mêmes faits avec moins d'intensité dans le lichen. Dans le psoriasis il y aurait anesthésie et analgésie légère au centre des anneaux. Enfin, dans le zona, l'anesthésie et l'analgésie s'associent à l'hyperesthésie, la sensibilité thermique étant intacte ou diminuée.

D'autre part, j'ai insisté précédemment sur ce fait nouveau qu'une zone pruritique après grattage est nettement *hypoesthésique*, preuve de l'épuisement sensitif, et explication du soulagement qu'apporte le grattage au prurit.

On a longtemps insisté sur la fixité, l'invariabilité de l'anesthésie, au moins de certaines d'entre elles, car les variations de l'anesthésie hystérique avaient de tout temps frappé les esprits. Mais, à titre général, Egger (3), dans une série de recherches, vient de montrer que l'anesthésie ne se manifeste jamais d'une façon constante et invariable, qu'elle subit des oscillations, en plus ou en

(1) DEJERINE, Troubles de la sensibilité, in *Pathol. génér.* de Ch. Bouchard, t. V, p. 895.

(2) H. RENDU, Recherches sur les altérations de la sensibilité dans les affections de la peau. *Ann. de dermat. et de syph.*, 1875-1874-1875, p. 415.

(3) EGGER, Sur la variation des troubles de la sensibilité. *Soc. de biol.*, juin 1902.



moins, très accusées et, par conséquent, que le degré d'anesthésie d'un malade ne peut jamais servir à mesurer l'intensité des altérations organiques ou dynamiques liées à cette anesthésie.

En outre, certaines variétés d'anesthésie systématisée, celle des hystériques surtout, sont plus ou moins modifiables sous l'influence de nombreuses causes physiques, telles que les agents dits *œsthésiogènes* (métaux, aimants, électricité, etc.), et aussi sous l'influence de l'attention, de la suggestion. En cas d'hémianesthésie, il peut, dans ces conditions, y avoir *transfert* ou passage de l'anesthésie d'un côté à l'autre, et même, série d'*oscillations consécutives*, quand l'agent œsthésiogène a été retiré. Ces phénomènes se retrouvent dans le domaine sensoriel, et c'est à propos du transfert de la sensibilité *auditive* que Gellé, en 1877, les a découverts.

Je rapproche de ces faits ceux que j'ai trouvés chez les sujets hyperesthésiques, eux aussi soumis au transfert (voir p. 536). Ils sont bien de nature à nous faire admettre, comme je le disais précédemment, que, pour une période donnée, la somme de notre sensibilité semble être constante : notion de grande valeur dans l'interprétation des troubles sensitifs (1).

### PARESTHÉSIES

On donne ce nom en France aux *déviations* de la sensibilité.

Elles ont été, et c'est regrettable, fort peu étudiées à propos des dermatoses. Elles sont fréquentes en tout cas dans les myélites, les névrites et les névroses. Voici les principales :

La *polyesthésie* ou multiplicité des sensations au sujet d'une excitation unique.

La *synalgie* ou *synesthésie* : c'est l'éveil d'une sensation douloureuse en un point éloigné du foyer de l'excitation sensitive; la synalgie s'observe assez fréquemment à l'état normal, et j'ai fait allusion précédemment à la *synalgie pruritique* (voir p. 547).

L'*erreur de localisation*, très fréquente à un faible degré, et portant alors seulement sur quelques centimètres, mais très exagérée parfois : une piqûre au mollet sera perçue au pied par exemple. Elle est très commune dans le tabes, les névrites.

(1) Voir sur le « transfert, ou transport de la force nerveuse » un très intéressant article de Gellé (*La Tribune médicale*, 1901, p. 945). Je rapproche les conclusions et les tendances de l'auteur de ce que j'ai dit moi-même à propos du transfert *hyperesthésique* : « Cette exaltation momentanée de certaines propriétés organiques peut coïncider avec la dépression de certaines autres. Peut-être y a-t-il là un phénomène inverse corrélatif et général, ce qui conduirait à y voir un cas particulier du déplacement de l'énergie et renforcerait l'hypothèse que la sensibilité est une des formes de l'énergie au même titre que la lumière, la chaleur, l'électricité et le mouvement. » (L. JACQUET et LACASSE, Hyperesthésie cutanée, sensorielle et neuro-musculaire chez un convalescent de fièvre typhoïde. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1900, p. 519.)

L'*allochirie*, beaucoup plus rare : c'est le transfert d'une sensation du côté opposé à l'excitation.

Le *retard des sensations* ou augmentation du temps normal qui s'écoule entre le moment de l'excitation et celui où elle est perçue.

La *fusion*, la *sommation* et l'*épuiement des sensations* : 1° Une série de piqûres cutanées n'est d'abord pas perçue, puis apparaît une sensation unique et prolongée ;

2° Une série de piqûres étant faites au même point, les premières ne sont pas perçues; la sensation apparaît à la quatrième ou à la cinquième et disparaît aux suivantes pour reparaître à nouveau si l'on continue ;

3° C'est le phénomène inverse : les premières piqûres de la série sont nettement perçues, puis la sensibilité s'émousse et les piqûres suivantes ne sont pas senties.

La *métamorphose* des sensations : celles-ci sont plus ou moins dénaturées; un pincement est senti comme une piqûre; une excitation mécanique fait croire à une brûlure et inversement.

Plusieurs de ces anomalies peuvent se combiner : dans certains cas la plus légère excitation de la peau provoque une sensation de vibrations ascendantes et descendantes, pouvant persister plusieurs minutes après l'ébranlement initial et se manifester même du côté opposé. Charcot, qui, le premier, observa ce phénomène dans la compression de la moelle, l'avait assez fâcheusement nommé *dysesthésie*.

Les *paresthésies*, isolées ou associées, combinées à l'anesthésie ou à l'hyperesthésie, s'observent dans les lésions cérébro-spinales et surtout dans le tabes et les névrites.

### III. — ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES TROUBLES SENSITIFS VARIÉTÉS ÉTIOLOGIQUES

Je ferai abstraction pour le moment de l'anesthésie et des paresthésies peu étudiées jusqu'ici en fonction de dermatoses.

Restent les troubles de la sensibilité en *excès*, et nous y avons distingué, modifiant et élargissant la conception classique, deux grandes catégories dont chacune est formée de deux phénomènes connexes : la *douleur*, avec son substratum inconscient ou subconscient, l'hyperesthésie *douloureuse* (1); le *prurit*, avec son substratum inconscient, ou subconscient l'hyperesthésie *pruritique* : douleur et prurit étant l'expression *maxima* de chaque hyperesthésie.

Entre ces deux catégories une série de sensations qui se rattachent à chacune : sensations *dououreuses*, sensations *pruritiques*.

(1) Celle-ci, nous l'avons vu, peut être *profonde* ou *superficielle*; ou encore à la fois *profonde* et *superficielle*.