

déterminées encore, telles que le *mycosis fongoïde*, dont le prurit est un des phénomènes primaires, parfois longtemps précurseur et restant souvent pur, en dépit de violents grattages (1), et le *rhumatisme*.

Beau (2) a nommé *dermalgie rhumatismale* un syndrome douloureux ainsi caractérisé: début assez brusque à la suite d'un refroidissement; douleur cutanée à la tête, aux membres inférieurs; parfois générale, sous forme de vifs picotements ou d'hyperesthésie aiguë intolérable, exaspérée par le moindre contact, le frôlement des cheveux, par exemple. La durée varie de un jour à deux septénaires. La maladie peut être fébrile.

Arnozan (3) fait des réserves, à mon sens légitimes, sinon sur la description de Beau, du moins sur l'étiologie qu'il invoque.

E. Besnier (4) a insisté sur les esthésies et algies d'ordre rhumatismal, transitoires ou permanentes, localisées au crâne, au tronc, aux membres inférieurs, sous forme d'élançements, de picotements multipliés, traversant la peau comme des étincelles.

5° Les causes nerveuses sont : a. centrales; b. périphériques; c. réflexes.

a. Causes nerveuses centrales. — Les lésions cérébrales (5) sont très rarement en cause. Les centres sensitifs, ou plus exactement la zone sensitive corticale, correspond à peu près à la zone motrice : elle siège dans les circonvolutions centrales situées dans le voisinage immédiat de la scissure de Rolando.

Les lésions médullaires ont plus d'importance. Les plaies de la moelle et toutes les myélopathies aiguës et chroniques, en particulier la sclérose en plaques, les méningites spinales aiguës et chroniques, la compression de la moelle, etc., provoquent des troubles sensitifs variés.

Le type le plus complet à ce point de vue est le *tabes* avec son riche cortège d'anesthésies, d'hyperesthésies profondes et superficielles : l'ensemble des sensations prurétiques et le prurit n'y font pas défaut, quoique moins fréquents que les autres troubles.

Mais les troubles dynamiques, beaucoup plus que les lésions de l'axe cérébro-spinal, sont au point de vue hyperesthésiant surtout perturbateurs de la sensibilité générale.

A ce titre agissent les psychoses, les névroses (neurasthénie, hystérie, épilepsie (6), chorée, etc.); la maladie de Basedow, qui semble particulièrement prurigène.

(1) E. BESNIER et HALLOPEAU, Sur les érythroïd. du myc. fongoïde. *Congrès de Vienne*, 1892, p. 161.

(2) BEAU, *Arch. de méd.*, 1841, 5^e série, t. XII, et *eodem loc.*, 1848, t. XVI. — MARTINEAU, art. *Dermalgie* du *Dict. de méd. et de chir. prat.* — AXENFELD, *Des névroses*. Paris, 1864, 2^e édit. par HUCHARD, 1882.

(3) ARNOZAN, *loc. cit.*, p. 622.

(4) E. BESNIER, *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 5^e série, t. IV, article *Rhumatisme*, p. 446.

(5) CH. FÉRÉ, Prurit et tricotillomanie chez les paral. gén. *Nouv. icon. de la Salpêtr.*, 1899, p. 312.

(6) CALLARI, Epilessia e prurigo. *Giornale italiano delle malattie ven. e della pelle*, 1931, fasc. 2, p. 202. Cas de prurit devenu ultérieurement papuleux, remarquable entre autres choses par la relation de la crise pruritique avec la crise comitiale.

On peut rattacher assez légitimement à cette classe les esthésies et algies qui persistent après les dermatoses causales, parasitaires ou autres, faisant mentir le vieil adage : *sublatâ causâ tollitur effectus*. C'est le cas des prurits *post-éruptifs* : certains d'entre eux semblent bien le fait d'un élément psychique ou phobique (*parasitophobie*, *dermatophobie*).

L'*excès fonctionnel* est certainement grand producteur de déséquilibration sensitive : les émotions excitantes ou déprimantes de longue durée, le *surmenage* intellectuel, les excès *vénériens*, sont les principaux facteurs. Cela, on pouvait l'admettre *a priori* : en voici des preuves expérimentales et cliniques :

J. Joteyko (1), étudiant à l'ergographe de Mosso les types sensitivo-moteurs de la fatigue, et ayant établi l'existence d'un type *dynamogène*, c'est-à-dire de sujets chez qui le travail de la main droite exalte la force musculaire à gauche, et d'un type *inhibitoire*, où cette même force à gauche est affaiblie, a fait l'examen esthésiométrique de la sensibilité, avant et après le travail ergographique, chez cinq sujets à type dynamogène ou inhibitoire très tranché; or, il l'a trouvée *exaltée* chez les premiers, *émoussée* chez les seconds, *troublée en tout cas*.

Quelques observateurs ont mesuré à l'esthésiomètre la sensibilité tactile avant et après le travail intellectuel; ils sont arrivés à des résultats différents, mais également intéressants d'après moi : Griessbach, Vannod, Blazek, Wagner (2) ont trouvé de l'anesthésie, Germann, Leuba (3) l'état normal ou même de l'hyperesthésie; conclusion : la fatigue intellectuelle même *légère* fait varier souvent en plus ou en moins suivant les sujets la sensibilité tactile.

Vannod (4) en outre a examiné chez des élèves, avant et après les classes, la sensibilité tactile et la sensibilité douloureuse : il a trouvé la première émoussée, la seconde exaltée.

E. Swift a fait le même examen à l'algésimètre temporel de Mac Donald : le travail intellectuel, d'après lui, produit une hyperalgésie manifeste; Swift (5) a reconnu d'autre part que les enfants intelligents sont plus sensibles à la douleur que les autres; les filles plus sensibles aussi que les garçons.

Je me suis observé, au point de vue spécial du prurit, pendant un travail cérébral intensif, de huit heures du matin à midi : dans les deux premières heures les sensations prurétiques ont été à peu près nulles; puis elles ont augmenté progressivement de fréquence et ont été décroissant de onze heures et demie à midi.

Le travail intellectuel a donc une influence immédiate sur l'ensemble des phénomènes sensitifs.

J'ai pu étudier sur moi à loisir les effets de l'excitation cérébrale sous forme de *migraine*, qui n'est autre chose que l'hyperesthésie du cortex.

(1) J. JOTEYKO, art. *Fatigue* du *Dict. de physiol.* de Ch. Richet, 1905, t. VI, p. 175.

(2) J. JOTEYKO, *loc. cit.*, p. 196.

(3) J. JOTEYKO, *loc. cit.*, p. 197.

(4) VANNOD, in Joteyko, *loc. cit.*, p. 197.

(5) SWIFT, cité par Joteyko, *loc. cit.*, p. 197.

Voici, entre beaucoup, quelques exemples :

Le 1^{er} mars 1899 à la suite d'une conférence qui me coûta un gros effort, migraine violente à prédominance *droite*.

Pendant cette migraine, zone de cuisson pruritique très vive à la région inféro-interne de la cuisse *droite*.

Sensation de sécheresse à la narine *droite* et révivescence de ce côté d'un coryza en voie d'extinction.

Douleur de déglutition au côté *droit* de l'isthme sans inflammation ni rougeur quelconque, comme je m'en assurai soigneusement par l'examen d'autrui.

Le matin du 29 avril 1900, étant en état de légère migraine *droite*, épilation de 20 à 50 poils de barbe répartis des deux côtés du menton; dès le matin, à ma toilette, mes lavages de bouche me parurent plus froids que d'ordinaire.

Le 30 avril, hyperesthésie de la muqueuse labiale inférieure, qui est œdématiée, conserve l'empreinte des dents et présente quelques points rouges, au niveau surtout des culs-de-sac glandulaires.

L'après-midi zone d'hyperesthésie très nette à la région maxillaire inféro-latérale *droite*; quelques douleurs rhumatoïdes, surtout à l'orteil *gauche*.

Le 1^{er} mai, l'hyperesthésie labio-mentonnaire *droite* persiste : identique à celle qui précéda et accompagna ma plaque de pelade⁽¹⁾.

Le 2 mai, plus rien.

Le 5 mai 1900, légère migraine à *droite* dès le réveil; quelques vagues douleurs rhumatoïdes à *droite*.

Dans la journée, chaleur, cuisson et prurit au plan latéral *droit* du thorax, ainsi qu'à la face interne du bras *droit*.

Sous l'influence combinée d'*excès vénériens*, de *surmenage cérébral* et peut-être aussi d'une atmosphère orageuse et chaude, un de mes amis, habitué à s'observer et que j'ai pu observer moi-même en de bonnes conditions, a subi du 6 au 22 juillet le syndrome sensitif complexe que voici :

Excès vénériens, le 7 juillet 1899. Le lendemain X... se met au travail à 5 heures du matin : la tête lui paraît vide, ses idées fuyantes, impossibles à fixer; il est obligé de suspendre son travail. Dans la journée série de contractions rythmées dans la partie externe du muscle grand dorsal *droit*; elles se prolongèrent avec des intermittences plusieurs jours de suite.

Du 9 au 11 juillet, hyperesthésie vive, tension douloureuse à la région latéro-maxillaire inférieure *droite*, à la même place où X... avait déjà éprouvé un peu avant une plaque de pelade; arrêt de la myoclonie du long dorsal.

Du 15 au 15, hyperesthésie très vive à tous contacts, à peu près nulle en dehors d'eux, à la région temporo-pariétale *droite*; en même temps arrêt de l'hyperes-

(1) L. JACQUET, Nature et traitement de la pelade. *Ann. de dermat. et de syph.*, 1900, obs. XVII, p. 704. C'est l'indication de mon auto-observation peladique. L'aire, au niveau du trou mentonnier *droit*, fut découverte au retour d'un séjour au bord de la mer, et après quelques jours d'hyperesthésie et de cryesthésie de la région sous-maxillaire *droite*. Ma pelade est guérie depuis août 1898, mais j'ai éprouvé depuis à diverses reprises une récursive des mêmes algies sous-maxillaires *droites*, sans dépilation appréciable.

thésie tensive de la région maxillaire; la traction même légère des poils médians de la région sous-labiale donne une vive sensation de piqûres d'aiguilles.

Du 16 au 18, hyperesthésie de l'aile *droite* de la lèvre supérieure : le simple lissage des poils y est sensible, *agaçant*. Disparition de la zone temporo-pariétale *droite*.

Les 18 et 19, douleur au maxillaire supérieur *gauche* et notamment à la 1^{re} prémolaire récemment obturée. Hyperesthésie de l'oreille *gauche*. Disparition de la sensibilité de l'aile *droite* de la lèvre supérieure.

Pas d'hyperesthésie profonde appréciable.

Du 20 au 22, alternatives d'odontalgies à *gauche* et d'hyperesthésie du conduit auditif externe *gauche*, de la région mastoïdienne *gauche*, de l'isthme du gosier à *gauche* et surtout de la moitié *gauche* de la langue : la glossodynie, en particulier, fut très vive.

Le 25, même état avec en plus hyperesthésie et sécheresse de la narine *gauche*, sensation douloureuse dans la trompe *gauche* lors de la manœuvre de Valsalva, prurit, cuisson et rougeur de l'oreille *gauche* dont le pavillon est d'aspect un peu chagriné, vaguement papuleux et dont le lobule est gonflé, tendu, luisant, sensible à la pression.

Pendant ce temps état général médiocre : lassitude le jour, énervement et sommeil agité la nuit.

Le 25, les odontalgies gauches et les autres esthésies ou algies sont moindres; moindre aussi la rougeur du pavillon de l'oreille; le prurit persiste.

Le 26, atténuation plus marquée.

Le 27, plus rien.

Voici une autre observation du même ordre, due aussi à mon ami X... :

Excès vénériens, le 10 octobre, après une journée fatigante.

Le lendemain, vif prurit à la région postérieure du mollet *droit*; puis *passim*, mais presque exclusivement à *droite*.

Quelques jours après, douleurs rhumatoïdes au pied *droit*, en même temps hyperesthésie assez vive de la face plantaire des orteils *droits*.

La pression sur le nerf poplité externe *droit* au-dessous de la tête péronière éveille une synalgie fort nette au mamelon *droit*. Rien de semblable à gauche.

Les 16 et 17 octobre, disparition des douleurs rhumatoïdes et de l'hyperesthésie des orteils.

Le 17 au matin, sensation vive d'hyperesthésie au rebord labial inférieur *droit*.

Le 18, bouquet d'herpès *profond* exactement à *droite* de la ligne médiane et sans vésicule superficielle.

Le 19, nulle vésicule ne s'est ouverte à la muqueuse ou même ne l'a affleurée exactement : l'herpès est *sous-muqueux*. Le bouquet est déjà flétri. Nul prurit. Il ne reste qu'un très léger gonflement avec coloration rouge cerise de la partie de la lèvre inférieure droite contiguë à la ligne médiane.

Hyperesthésie gingivale à peu près généralisée.

Le 20, l'état névralgique sous ses diverses formes a disparu.

b. *Causes nerveuses périphériques*. — Parmi les troubles sensitifs de cet ordre, les uns sont *directs*, d'autres sont *réflexes* (voir le groupe suivant). Les plus communs parmi les premiers sont constitués par les foyers hyper-

esthésiques cutanés des névralgies et névrites périphériques : ce sont les points classiques de Valleix, occupant pour chaque tronc nerveux des régions anatomiques fixes, tels que le lieu d'émergence d'un canal osseux; les points de division ou d'émission de rameaux importants; ceux d'anastomose; le point d'expansion d'un nerf dans la peau, etc. Telles sont aussi les zones hyperesthésiées qui font suite aux crises fulgurantes du tabes ou autres myélopathies.

Dans le même ordre de faits se trouvent ceux qui résultent des altérations radiculaires ou ganglionnaires des racines postérieures, telles que les troubles sensitifs du zona, dont certains peuvent précéder longtemps l'éruption, et non moins longtemps lui survivre (Hyperesthésie *pré- et post-zostériennes*).

Un ensemble de troubles sensitifs et trophiques peuvent aussi survenir dans le territoire *direct* d'un nerf blessé : tels la *causalgie* et le *glossy skin* de Weir Mitchell (¹). La douleur siège de préférence à la paume des mains et sur la face dorsale du pied, jamais au tronc : constamment elle précède le trouble trophique, l'état luisant de la peau, le *glossy skin*, et parfois reste pure; elle est superficielle le plus souvent, mais parfois aussi profonde. Elle varie de la simple *cuisson* jusqu'à des tortures incroyables. Le plus léger attouchement l'exacerbe, les malades évitent soigneusement l'exposition à l'air et trouvent un certain soulagement dans un état d'humidité constante.

c. *Causes nerveuses réflexes*. — Elles tiennent une grande place dans la genèse des troubles sensitifs.

Il en est à point de départ *périphérique* et à point de départ *viscéral*.

Dans le premier groupe se voient les hyperesthésies *à distance et indirectes*, c'est-à-dire hors de leur territoire anatomique, en cas de contusion, compression, inflammation et plaies des nerfs ou des régions particulièrement riches en nerfs.

Dans cet ordre de faits peu ou pas connus, voici un exemple très précis :

Le 17 décembre 1901, en mangeant, assez forte morsure au côté *gauche* de la langue.

Le 18, hyperesthésie à la région temporo-pariétale *gauche*. Hyperesthésie aux lavages froids des dents du côté *gauche*.

Le 19, début de coryza à l'arrière-narine *gauche*.

Le 20, la narine *gauche* est imperméable à l'air ainsi que la trompe *gauche* : la narine et la trompe sont parfaitement libres à *droite*.

Le soir, un peu de coryza aussi à *droite*.

Le 21, pendant la nuit, coryza intense; ébauche d'hyperesthésie staphylique : sensation de corps étranger isthmique et besoin incessant de déglutition. Dans la journée, amélioration notable du coryza au point de me permettre de faire une conférence à Grenelle.

Le 22, coryza à peu près terminé.

Le 23, herpès labial inférieur exactement à *gauche* de la ligne médiane.

Le 24, travail cérébral intensif; fatigue sexuelle.

Le 25, révivescence du coryza. Tension et lourdeur dans les fosses nasales et un

(¹) WEIR MITCHELL, MOREHOUSE et KEEN, *Lésions des nerfs*, etc., 1864. Trad. Dastre, p. 255.

peu dans les sinus. Ardeur pruritique à la région préputiale *gauche*. Migraine.

Le 27, herpès préputial à *gauche* au point hyperesthésié. Amélioration du coryza.

Le 29, sensations névralgiques légères à peu près généralisées : à *gauche*, cou, dos, bras, jambe. Ces sensations deviennent très vives lors des efforts de défécation, et *nettement rythmées selon chaque effort*, dans la cuisse et la partie postéro-externe de la jambe *gauche*.

Le 31, mêmes constatations atténuées.

Le 1^{er} janvier, plus rien.

Voici un second fait à certains égards comparable, mais ayant trait uniquement à des troubles profonds :

Le 5 mai 1902, en mangeant, morsure assez forte de la muqueuse génienne *gauche*, à sa partie postérieure; à peu près en même temps, inflammation eczématisée du conduit auditif externe *gauche*.

Le lendemain, hyperesthésie profonde du côté *gauche* : la pression des muscles de ce côté est douloureuse jusqu'à la région lombo-abdominale.

Parésie légère relative du membre inférieur *gauche*, perçue surtout lors de l'ascension d'un escalier.

Dans le cas précédent intervient un facteur dont j'ai eu bien souvent l'occasion de constater sur moi l'influence dynamogène pour la sensibilité : je veux parler de l'eczématisation du conduit auditif externe (¹).

J'en ai publié dans le *Festschrift* de Kaposi un premier cas dont voici le résumé (²) :

Le 20 juillet 1899, début de l'eczématisation du conduit auditif externe *droit*.

A la suite, échelonnées du 20 au 25, hyperesthésie vive du cuir chevelu et de la face à *droite*; arthralgies assez vives de l'épaule *droite* et de la plupart des jointures *droites*, surtout celles des doigts avec quelques picotements dans leurs pulpes terminales; douleur de déglutition au côté *droit* de l'isthme.

Hémihyperesthésie profonde systématisée à tout le côté *droit*. Cuisson pruritique à l'extrémité *droite* du prépuce : bouquet d'herpès en ce même point le lendemain.

Zones de cuisson pruritique aux régions postéro-externe du bras *droit* et antéro-inférieure de l'avant-bras *droit* : éréthisme pileaire persistant sur ce dernier point.

Dans les premiers jours d'août, eczématisation analogue, mais beaucoup moindre, du conduit auditif externe *gauche*.

Puis, échelonnés jusqu'au 16 août, je constate la série à phénomènes que voici :

Hyperesthésie légère du cuir chevelu et de la face à *gauche*; points douloureux sus et sous-orbitaires à *gauche*; migraine à prédominance *gauche*; sécheresse

(¹) L. JACQUET, Contribution à l'étude pathogénique de l'herpès vulgaire. *Festschrift zu Ehren von Moriz Kaposi*. Vienne et Leipsig, 1900.

(²) J'avais intitulé cette observation « Phlegmon du conduit auditif », mais Lermoyez, récemment, à l'occasion d'un fait analogue pour lequel je l'ai consulté, m'a déclaré qu'il n'y avait là que de l'eczématisation.

pénible de la narine *gauche*, puis épistaxis *gauche*; sensibilité du globe oculaire *gauche*; herpès typique au côté *gauche* de la lèvre inférieure.

Enfin, le 16 août, comme phénomènes terminaux, nouvelle phase de sensibilité du globe oculaire *gauche*, et sensibilité gingivale *gauche*, à la mâchoire supérieure seulement.

Je n'ai pas perçu d'hyperesthésie musculaire appréciable.

Depuis lors, je trouve dans mes notes auto-cliniques la mention de huit cas de ce genre, avec, dans chacun, un ensemble de troubles sensitifs : hyperesthésies, prurit, etc., systématisés au côté de l'eczématisation auriculaire.

Mais j'ai envisagé jusqu'ici comme agents de dynamogénie sensitive, uniquement des faits de plaies ou de lésions, intéressant des régions riches en nerfs. Je suis persuadé aujourd'hui que la contusion ou la compression plus ou moins fortes peuvent éveiller à distance des sympathies sensitives.

En voici un exemple; il a trait surtout au prurit *physiologique*, mais il paraîtra suggestif à ceux qui pensent que le fait morbide est souvent le simple grossissement d'un acte normal :

Le 26 juin 1905, à 9^h15, observation des effets du décubitus prolongé sur la fesse *droite*, le matin au lit : après quelques minutes, légère sensation d'engourdissement à cette fesse; à 9^h55, prurit à type constrictif avec picotements à la joue *droite*; j'évite soigneusement tout grattage.

A 9^h56, hyperesthésie de la narine *droite* et, peu après, sensation d'envie de pleurer, larmoiement de l'œil *droit*; pas d'éternuement.

Après 2 à 5 minutes, ce prurit cesse à la joue et naît à la région temporale *droite* au-dessus du sourcil, où il est de type constrictif sans picotements. Une très légère rougeur avec hyperthermie paraît alors à la joue *droite*.

A 9^h45, picotements au sommet de l'épaule *droite* et à la région lombaire *droite*.

A 9^h50, prurit à la racine de la verge à *droite*.

A 9^h55, décubitus sur la fesse *gauche*.

A 10^h20, prurit fourmillant et cuisant à l'extrémité du pied *gauche*.

Les actes de dynamogénie sensitive précédents sont tous d'ordre réflexe *périphérique*. Étudions maintenant ceux d'ordre réflexe *viscéral*.

C'est un groupe de faits très mal connus encore⁽¹⁾. Depuis longtemps les cliniciens ont noté le retentissement sensitif réflexe des affections viscérales et même leur topographie particulière : la colique hépatique et ses algies scapulaires *droites*, la colique néphrétique et ses irradiations testiculaires; les affections utérines avec leurs lombalgies; celles de l'estomac et leurs rachialgies dorsales, sont des exemples de cet ordre : vaguement, on les expliquait par les anastomoses nerveuses.

Ross⁽²⁾, Mackenzie⁽³⁾ et surtout Head⁽⁴⁾ ont donné à ces études à la fois

(1) Voir la très intéressante revue critique de Guillain : Les hyperesthésies cutanées en rapport avec les affections viscérales. *Revue de méd.*, mai 1901, n° 5, p. 429.

(2) ROSS, On the segmental distribution of sensory disorders. *Brain*, 1888, p. 555.

(3) MACKENZIE, *Medical chronicle*, 1892.

(4) HENRY HEAD, On disturbances of sensation with especial references to the pain of visceral disease. *Brain*. 1895, 1894, 1896.

plus d'étendue et plus de précision. Head⁽¹⁾, joignant l'étude du zona et des localisations de l'hyperesthésie zostérienne à celle des hyperesthésies dans les maladies viscérales, arriva à décomposer le tronc et les membres en zones différentes suivant le siège de la lésion radriculaire ou viscérale.

La figure ci-contre montre mieux que toute description la plupart des zones déterminées par cet auteur.

Dans chacune de ces zones, en outre, Head a déterminé des points de douleur *maxima* qui peuvent exister isolément, mais qui, pour une même localisation radriculaire ou viscérale, seraient *fixes*.

Autour de ces points, quand elle existe, l'hyperesthésie se dispose en *bandes* : elle est douloureuse et thermique, non tactile; les réflexes y sont exagérés. Ces zones hyperesthésiques correspondent, d'après l'auteur anglais, à des segments médullaires auxquels aboutissent à la fois les rameaux sympathiques amenant les excitations d'origine viscérale et les nerfs périphériques transmettant l'innervation sensitive de leurs territoires cutanés. Et si l'un de ces territoires subit une excitation même légère, celle-ci, arrivant à un centre déjà fortement ébranlé, « sera grossie comme le faisceau lumineux à travers une lentille » et se traduira par une sensation douloureuse.

Head admet d'ailleurs que, si pour chaque cas, l'hyperesthésie est souvent segmentaire, elle peut néanmoins se généraliser lorsque les centres nerveux sont en état de moindre résistance par suite d'anémie, d'infection, de refroidissement, de surmenage ou de grossesse. Il se passerait alors quelque chose d'analogue à la généralisation des réflexes.

Cette hypothèse de « segments médullaires » à l'excitation viscéro-sympathique desquels correspondrait la projection d'une hyperesthésie cutanée fixe dans sa topographie, a été invoquée à l'appui de la métamérisation supposée de la moelle⁽²⁾.

Quoi qu'il en soit, d'après Head, toutes les affections viscérales, cœur, larynx, poumon, œsophage,

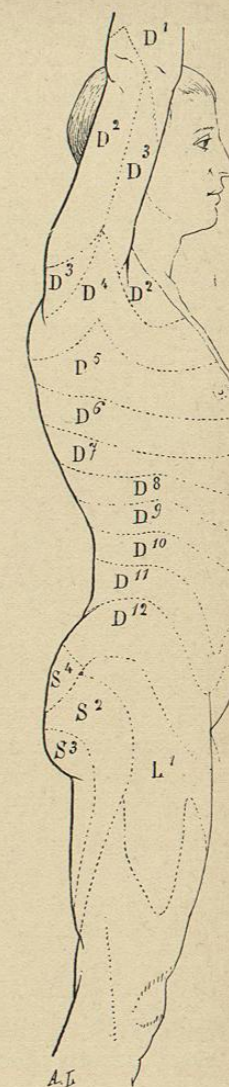


FIG. 82. — Les lettres et les chiffres désignent les paires dorsales (D), lombaires (L) ou sacrées (S) suivant leur ordre numérique, avec les territoires hyperesthésiques qui leur correspondent. (*Traité d'anat.* de Poirier et Charpy.)

(1) HEAD and CAMPBELL, The pathology of herpes zoster and its bearing on sensory localisation. *Brain*, 1900.

(2) CONSTENSOUX, *La métamérie du système nerveux et les maladies de la moelle*. Thèse de Paris, 1900. Voir aussi dans la *Pratique dermatologique* l'article Trophonévrose, p. 517.