

quel rôle de premier ordre Schiff leur faisait jouer dans la coordination du mouvement ; les autres, profondes, sont articulaires, ligamenteuses ou tendineuses, et plusieurs auteurs récents, Goldscheider en particulier, leur attribuent une importance considérable ; quelques-unes sont osseuses et probablement musculaires, si l'on admet avec Sachs, Tchiriev et Golgi, les nerfs sensitifs des muscles. Quoi qu'il en soit, ces impressions sensitives périphériques sont recueillies dans les centres supérieurs du bulbe, des couches optiques, de l'écorce cérébrale ; elles donnent alors naissance aux sensations ou notions subjectives, que M. Claparède ramène à quatre notions principales : la notion de position, celle de mouvement passif, celle de mouvement actif, enfin celle de résistance ou d'effort.

Quoi qu'il en soit, quand le sens musculaire est perdu, comme il l'est si fréquemment dans l'ataxie locomotrice, les mouvements commandés ne sont ponctuellement exécutés que lorsqu'ils sont dirigés par la vue<sup>1</sup>.

### III. — Troubles de la sensibilité de la peau et des muqueuses dermo-papillaires.

La sensibilité générale de la peau et des muqueuses se décompose : — A. en *sensibilité tactile* qu'on explore par le contact d'objets mous avec la peau et les muqueuses, en procédant de façon à ne pas provoquer de sensations de douleur ou de température<sup>2</sup> ; — B. en *sensibilité à la douleur* qu'on explore à l'aide de piqûres d'aiguilles ; — C. en *sensibilité à la température* qu'on explore en touchant la peau, en divers points, avec des objets de même nature mais ayant une température différente.

1. Dites au malade d'exécuter un mouvement pendant qu'il tient ses yeux fermés, il croira avoir obéi en restant parfaitement immobile ou en portant son membre dans une direction opposée ; mais, dès qu'il ouvre les yeux, il se rend compte de son erreur et il la corrige.

2. On peut se servir aussi du compas de Weber dont les deux

Il est préférable que durant ces explorations, le sujet ait les yeux fermés.

D'après Brown-Séquard, chacune de ces sensibilités aurait pour organe des nerfs spéciaux dont l'entre-croisement s'effectuerait au niveau du bulbe comme celui des nerfs moteurs (il n'y aurait d'exception que pour les fibres nerveuses qui président au sens musculaire, fibres nerveuses qui ne s'entre-croiseraient pas).

Vulpian s'est élevé contre ces localisations qu'il a prétendu exagérées, et, tout en reconnaissant qu'il existe un sens spécial du tact, de la douleur, de la température, du chatouillement — puisqu'un de ces sens peut être aboli, les autres restant intacts — il ne croit pas possible d'affirmer l'existence de nerfs spéciaux à chacun d'eux.

Quoi qu'il en soit, ces diverses sensibilités peuvent être — soit diminuées ou abolies, — soit perverses, — soit exaltées.

#### DIMINUTION OU ABOLITION DE LA SENSIBILITÉ.

Lorsqu'elle porte sur le *tact*, elle constitue l'*anesthésie proprement dite*.

Lorsqu'elle porte sur la sensibilité à la douleur, elle constitue l'*analgesie*.

Lorsqu'elle porte sur la sensibilité à la température, elle constitue la *thermesthésie*.

L'*anesthésie tactile* peut exister à divers degrés : parfois elle est absolue et le malade n'a aucune conscience du contact des corps ; souvent elle est incomplète ou obtuse, le malade n'ayant du contact des corps qu'une notion imparfaite, croyant marcher sur du duvet, sur du coton, etc.

La diminution de la sensibilité à la température ou *thermesthésie* coexiste assez fréquemment avec une modification ana-

pointes mous sont appliquées sur la région à explorer : l'écart qu'il faut leur donner pour produire deux impressions distinctes mesure la sensibilité, car moins la région est sensible, plus il faudra les écarter, et inversement.



logue de la sensibilité tactile ; mais elle peut exister indépendamment.

La diminution de la sensibilité à la douleur (*hypoalgésie*) ou son abolition (*analgésie*) apparaissent souvent plus tôt que l'anesthésie proprement dite, mais demandent à être recherchées, car les malades n'en ont jamais conscience. L'hypoalgésie se rencontre fréquemment au pourtour de zones analgésiées.

Ces divers troubles de la sensibilité cutanéomuqueuse peuvent être associés, la diminution ou l'augmentation de la sensibilité tactile pouvant coexister avec des modifications analogues de la sensibilité thermique, par exemple.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il existe des cas (dont nous nous occuperons plus loin) dans lesquels les divers ordres de sensibilité ne sont pas modifiés dans le même sens. Ainsi l'anesthésie et l'analgésie peuvent ne pas se correspondre ; de même, la sensibilité tactile peut être intacte alors que la sensibilité thermique est abolie.

Pitres a résumé dans le tableau suivant ces divers cas :

L'anesthésie cutanée peut être :

- |   |  |
|---|--|
| <p>1° <i>Totale</i>, c'est-à-dire portant sur toutes les perceptions sensibles.</p>                     | <p>a) Complète : anesthésie proprement dite.<br/>b) Incomplète : hypoesthésie.</p>   |
| <p>2° <i>Partielle</i>, c'est-à-dire portant sur certaines sensations, les autres étant conservées.</p> | <p>a) Perte des sensations douloureuses avec conservation des sensations tactiles : analgésie.<br/>b) Perte des sensations thermiques avec conservation des sensations tactiles et douloureuses : thermo-anesthésie.<br/>c) Perte des sensations tactiles et douloureuses avec conservation des sensations thermiques : anesthésie avec thermoesthésie.<br/>d) Perte isolée des sensations électriques : électroanesthésie.<br/>e) Conservation isolée des sensations électriques : anesthésie avec électroesthésie.</p> |

**Pathogénie.** — Au point de vue pathogénique, les anesthésies peuvent être divisées en trois groupes : — A. *Anesthésies organiques* liées à une altération appréciable des centres nerveux, des nerfs ou de la peau ; — B. *Anesthésies dyscrasiques* liées à l'anémie ou à l'altération du sang ; — C. *Anesthésies névrosiques*, c'est-à-dire liées à des névroses indépendantes de toute altération organique ou dyscrasique accessible à nos moyens d'exploration.

A. ANESTHÉSIES ORGANIQUES. — Les lésions organiques qui donnent lieu à des anesthésies intéressent :

1° *Les centres nerveux et leurs enveloppes.* — Dans beaucoup de lésions organiques des centres nerveux la perte de la sensibilité cutanée accompagne la perte du mouvement volontaire. Sa production, son siège, sa durée, etc., obéissent aux mêmes lois : ainsi, la lésion de la capsule interne, lorsqu'elle s'étend à son tiers postérieur, détermine à la fois l'hémiplégie et l'hémi-anesthésie de la moitié opposée du corps ; il en est de même des lésions de l'un des pédoncules ou d'une moitié de l'axe bulbo-protubérantielle, lorsqu'elles siègent au-dessus de l'entre-croisement des pyramides ; la destruction de la moelle détermine la paraplégie et l'anesthésie de la moitié inférieure du corps.

L'anesthésie incomplète ou un *simple retard* dans la perception indique que les voies de transmission sont altérées sans être complètement détruites.

On a remarqué que lorsque tous les modes de sensibilité ne sont pas éteints, c'est la sensibilité à la température qui persiste en dernier lieu.

Il est une remarque importante : pour qu'une lésion de la moelle détermine l'anesthésie, il faut qu'elle intéresse la substance grise ou les racines postérieures des nerfs rachidiens ; les lésions des cordons antérieurs et des racines antérieures produisent seulement des paralysies du mouvement.

Les maladies cérébrales qui déterminent des troubles de la sensibilité sont : les *méningites*, la *paralysie générale*, les *hémorragies cérébrales*, les *ramollissements*, la *compression du*



cerveau par tumeur, épanchement sanguin ; la *mélancolie*, la *manie*, etc.

L'anesthésie est un symptôme très commun des maladies de la moelle ; on l'observe, mais avec des caractères distincts, dans toutes les *variétés de myélite ou de sclérose*, dans les *compressions* de la moelle par n'importe quelle cause.

2° *Les nerfs*. — On sait que les nerfs rachidiens sont, dès leur sortie du trou de conjugaison, des nerfs mixtes, c'est-à-dire composés de filets moteurs et sensitifs, tandis que dans la plupart des nerfs crâniens, les filets nerveux, sensitifs et moteurs, conservent jusqu'à leur terminaison leur indépendance primitive.

Il résulte de ce fait que les lésions organiques des nerfs rachidiens déterminent, à la fois, la paralysie du sentiment et du mouvement dans le territoire de leur distribution, tandis que la lésion d'un nerf crânien produira — soit une perte de mouvement si elle porte sur un nerf moteur comme le facial, — soit une perte de sensibilité, si elle frappe un nerf sensitif comme le trijumeau, — soit enfin la perte d'un sens spécial si elle intéresse les nerfs optique, acoustique, olfactif, lingual, etc.

Les principales anesthésies par lésions nerveuses sont consécutives à la *compression*, à la *destruction*, à la *section* des nerfs, plus rarement à leur *inflammation*, à la présence de *tumeurs*, etc.

3° *La peau*. — Plusieurs affections cutanées s'accompagnent d'altérations de la sensibilité<sup>1</sup>, altérations probablement consécutives à la destruction des filets terminaux des nerfs dans le derme.

La *lèpre tuberculeuse* ou *éléphantiasis* des Grecs est surtout remarquable sous ce rapport ; elle détermine une anesthésie disposée d'abord par plaques correspondantes aux taches jaunes et aux phlyctènes ; plus tard l'anesthésie se généralise.

1. Voyez le mémoire de Rendu dans les *Annales de dermatologie* pour 1873.

Le *zona* laisse, après la dessiccation des vésicules d'herpès, une insensibilité prolongée<sup>1</sup>.

Les *cicatrices* sont dépourvues de toute sensibilité.

Les *érysipèles*, *lichens*, *pemphigus chroniques* rendent la sensibilité très obtuse dans les régions qu'ils occupent.

En résumé : 1° Les anesthésies liées aux altérations organiques des centres nerveux s'étendent à de vastes régions, à la moitié droite ou gauche du corps ou à sa moitié inférieure.

2° Les anesthésies liées aux altérations organiques des nerfs se circonscrivent dans le champ de distribution de ces nerfs<sup>2</sup>.

3° Les anesthésies d'origine cutanée n'ont rien de fixe dans leur distribution.

B. ANESTHÉSIES DYSCRASIQUES. — L'insensibilité est un phénomène commun à beaucoup d'intoxications, propriété précieuse mise à profit par la chirurgie dans la pratique des opérations.

Nous ne citerons que les principaux agents capables de déterminer l'anesthésie :

1° *Les liqueurs alcooliques* : on sait que, même dans le premier degré de l'ivresse, l'insensibilité est à peu près générale, mais qu'elle devient absolue dans le coma alcoolique et dans le *delirium tremens*.

2° *Les narcotiques* (opium, belladone, haschich, tabac) sont remarquables par leurs propriétés anesthésiques.

3° *Les anesthésiques* (chloroforme, éther, chloral, protoxyde d'azote) jouent dans la pratique chirurgicale un rôle trop connu pour qu'il soit nécessaire d'insister.

4° *L'anesthésie saturnine*, compagne ordinaire de la paralysie, se montre sous les formes les plus diverses, mais elle est toujours limitée : le dos de la main et de l'avant-bras sont ses lieux de prédilection. Le plus souvent l'anesthésie sa-

1. Insensibilité qui est habituellement de l'anesthésie douloureuse, puisque le malade ressent de vives douleurs dans les points insensibles au contact direct.

2. Soit dans un membre, dans le bras, par exemple, après la section des nerfs du plexus brachial ; soit dans un groupe de muscles : hémianesthésie faciale par lésion du trijumeau, etc.



turnine, ainsi que les autres anesthésies toxiques, présentent des phénomènes qui permettent de les rattacher, en partie, à l'hystérie (*hystérie toxique*) : c'est une héli-anesthésie sensitivo-sensorielle.

5° L'application d'un froid très vif détermine une analgésie, souvent provoquée, pour pratiquer, sans douleur, des incisions peu profondes. Cette anesthésie peut être attribuée à une anémie de la peau par contraction des artérioles du derme.

C. ANESTHÉSIES LIÉES AUX NÉVROSES. — *Hystérie*. — La sensibilité est presque constamment altérée chez les hystériques. Elle l'est de toutes les façons, mais l'anesthésie est un des troubles les plus fréquents ; elle porte sur tous les genres de sensibilité, sur les organes des sens, etc. Bien rarement générale, elle a une prédilection marquée et inexplicable pour la moitié gauche du corps ; elle se présente sous ses trois types : unilatéral, segmentaire, ou insulaire. Elle présente dans son intensité, sa durée, etc., cette évolution capricieuse propre à toutes les manifestations hystériques<sup>1</sup>. Le type de l'anesthésie hystérique est représenté par les cas où la sensibilité est abolie sur toute une moitié du corps, cette anesthésie portant sur la peau, les muqueuses et les organes des sens (*anesthésie sensitivo-sensorielle*).

Cette anesthésie présente ce caractère remarquable que, sous l'influence de la suggestion produite par la présence d'un aimant, elle peut passer d'un côté à l'autre (*transfert*).

— L'*hypochondrie*, l'*épilepsie* peuvent s'accompagner d'une anesthésie qui ne présente pas de caractères dignes de mention.

**Sémiotique.**— Dans maintes circonstances, l'anesthésie survient dans des conditions tellement nettes qu'on la rattache naturellement à sa véritable cause, sans qu'il soit possible de commettre

1. R. Lépine a émis l'hypothèse que les anesthésies sensorielles et sensitives (ainsi que les paralysies motrices), chez les hystériques, résulteraient du défaut de contiguïté parfaite entre les ramifications des cellules nerveuses ou neurones.

d'erreur ; il serait donc superflu de consacrer une étude spéciale à chacun de ces cas.

Nous nous bornerons à mentionner l'insensibilité produite par les agents anesthésiques, par les narcotiques, par les liqueurs alcooliques, par les maladies cutanées.

L'anesthésie saturnine est aisément rapportée à sa véritable cause, grâce aux nombreux accidents saturnins qui l'accompagnent<sup>1</sup>.

Les héli-anesthésies avec héliplégie se rattachent évidemment à une lésion de l'hémisphère cérébral opposé, intéressant, dans la plupart des cas, le tiers postérieur de la capsule interne. Quant à déterminer si le point de départ en est une hémorragie cérébrale, un ramollissement, une tumeur, etc., ces questions devant être étudiées dans l'article consacré à l'héliplégie et ne se prêtant pas, dans une étude consacrée à l'anesthésie, à des considérations nouvelles, il est inutile de s'y arrêter.

Les troubles de la sensibilité des muqueuses, du larynx, du pharynx et du voile du palais (anesthésies partielles ou totales), lorsqu'ils ne sont pas dus à de la névrite périphérique, indiquent la participation du bulbe.

— Les anesthésies liées aux altérations organiques de la moelle présentent souvent des particularités qui ont, dans ces derniers temps surtout, attiré spécialement l'attention de Brown-Séquard et des médecins de l'école de la Salpêtrière (Charcot, Vulpian, Raymond, etc.).

Si l'anesthésie coexiste avec une paraplégie, sa pathogénie est exactement la même que celle de la paralysie du mouvement.

C'est surtout dans les diverses espèces de myélites ou de scléroses que se rencontrent les anesthésies limitées à tel ou tel genre de sensibilité, et, s'il n'est point encore possible, comme le veulent Brown-Séquard, Schiff, etc., de préciser, d'après le genre de sensibilité altérée, le siège anatomique de la lésion médullaire, on sait que le centre gris de la moelle et les racines postérieures sont les voies de transmission de la sensibilité en général.

Si l'anesthésie coexiste avec une paraplégie, on peut diagnostiquer soit une compression de toute une zone de la moelle, soit une sclérose des cordons antéro-latéraux.

Si l'anesthésie coexiste avec une incoordination des mouvements, elle se rattache à une sclérose des cordons postérieurs.

1. Coliques, liseré noirâtre des gencives, paralysies, coloration noire de la peau sous l'influence des bains sulfureux, etc.



Est-elle disséminée d'une façon irrégulière, coïncide-t-elle avec un tremblement et divers troubles cérébraux, on la rattachera à une *sclérose en plaques*.

= Les *anesthésies hystériques* si remarquables par leur fréquence, seront aisément reconnues à l'état général de la malade (attaques nerveuses, boules hystériques, dissémination irrégulière de l'anesthésie et des paralysies, insensibilité de la conjonctive du côté gauche, etc.).

= L'*hypoalgésie* ou l'*analgesie* se rencontrent fréquemment par zones chez les épileptiques, déments ou non déments. D'après Muskens qui s'est livré à des recherches spéciales sur ce sujet, ces troubles de la sensibilité à la douleur siègeraient presque constamment dans l'aire de la 2<sup>e</sup> racine dorsale, et ensuite, par ordre de fréquence, sur les territoires de la 1<sup>re</sup> et de la 3<sup>e</sup> dorsales, de la 8<sup>e</sup> cervicale, de la 4<sup>e</sup> dorsale; ils sont généralement symétriques et les racines intéressées se suivent presque toujours; de plus, quelques heures, ou moins encore, avant l'attaque d'épilepsie, on voit les zones d'analgesie s'agrandir au point de réaliser l'analgesie du corps entier; on pourrait donc, par une exploration opportune, prévoir la crise. Pendant le paroxysme, il est cependant trois régions qui ne sont pas analgésiées: la première forme un petit triangle orbito-nasojugal, la seconde correspond à la face interne de l'avant-bras et du poignet, la troisième est représentée par la plante du pied. Après l'attaque, la moitié du corps qui a été le siège des convulsions les plus violentes ne recouvre qu'en dernier lieu sa sensibilité à la douleur; il est ainsi possible de diagnostiquer *a posteriori* l'hémisphère d'où est partie la « décharge épileptique ».

Les études antérieures de l'auteur lui permettent certains rapprochements curieux. C'est ainsi que les aires sensibles atteintes dans l'épilepsie sont précisément celles qui le sont aussi dans les tabes. D'autre part, en raison de la grande fréquence des lésions syphilitiques héréditaires ou acquises chez les épileptiques, Muskens a étudié la sensibilité douloureuse dans l'hérédosyphilitis; or, trois fois sur huit, il a rencontré une topographie de l'analgesie absolument semblable à celle du tabes ou de l'épilepsie; chez deux autres sujets, le fait était plus douteux.

= La dissociation de la sensibilité est l'un des signes les plus caractéristiques de la *syringomyélie*, ou *gliomatose spinale*, bien que — d'une part, elle puisse apparaître très tardivement dans le cours de cette affection ou être remplacée par la suppression de toutes les modalités de la sensibilité superficielle (Raymond), — bien que,

d'autre part, elle puisse se rencontrer exceptionnellement dans la syphilis spinale, le tabes dorsal, la sclérose en plaques, les névrites radiculaires, les poynévrites, l'hystérie, etc.

L'*anesthésie partielle dissociée* de la SYRINGOMYÉLIE ne porte le plus souvent que sur la sensibilité thermique et sur la sensibilité à la douleur.

Pour ce qui est de la distribution de l'anesthésie partielle dissociée, jusqu'à ces dernières années on la qualifiait de segmentaire pour indiquer que, tout comme l'anesthésie hystérique, elle correspondait à des segments de membres.

Mais il semble résulter des recherches de Lähr, de Hahn, d'Obersteiner, de Redlich, de Van Gehuchten, de Dejerine, de Brissaud, etc. que les altérations de la sensibilité seraient distribuées, — soit par bandes longitudinales ou zones radiculaires (comme dans les lésions traumatiques des racines postérieures ou dans les lésions transverses de la moelle), — soit par tranches qui doivent être considérées, d'après Brissaud, comme la représentation périphérique des métamères spinaux, — soit à la fois sous la forme spinale et sous la forme radiculaire <sup>1</sup>.

La dissociation de la sensibilité s'accompagne dans la syringomyélie: — de troubles trophiques intéressant presque toujours les muscles (sous forme d'amyotrophie ressemblant au type Aran-Duchenne), la peau, le tissu cellulaire (sous forme d'épaississement ou d'atrophie de la peau, de crevasses, etc.), atteignant plus rarement les os ou les jointures (sous forme d'arthropathies); de troubles vaso-moteurs et sécrétoires (cyanose, refroidissement des extrémités, hyperhidrose); — de troubles moteurs paralytiques qui tantôt paraissent subordonnés à l'atrophie musculaire, qui, d'autres fois, se montrent indépendamment d'elle; — d'une déviation de la colonne vertébrale sous forme de scoliose ou de cyphoscoliose.

On ne rencontre ce groupement de phénomènes morbides, dans

1. Pour expliquer le mécanisme des anesthésies en gants, en manchettes, en caleçon, etc. Brissaud admet que la moelle se prolonge en quelque sorte dans chaque membre, non seulement sous la forme de plexus, mais encore à l'état de substance grise. Les renflements cervical et lombaire ne seraient en somme que les rudiments de ces prolongements. Pour chaque membre, il existerait une métamérie spinale secondaire, branchée pour ainsi dire sur la première, relativement indépendante de celle-ci, mais soumise aux mêmes lois.



aucune des autres affections que nous avons vu pouvoir s'accompagner exceptionnellement de dissociation de la sensibilité.

PERVERSION DE LA SENSIBILITÉ CUTANÉO-MUQUEUSE.

La *polyesthésie* est caractérisée par ce fait que les malades, en présence d'un contact simple, accusent un contact double ou multiple. La polyesthésie se rencontre dans le tabes dorsal.

Dans quelques cas, les contacts perçus par le malade sont rapportés par lui, non à la partie touchée, mais au point symétrique de l'autre côté du corps : c'est l'*allochirie* (Brown-Séquard, Obersteiner). L'*allochirie* a été observée dans la myélite, la sclérose multiple cérébro-spinale, etc.

La sensibilité à la température est parfois *pervertie* : le froid est pris pour le chaud et réciproquement.

Il y a parfois un retard dans la transmission des sensations (spécialement des sensations douloureuses), tel qu'il se passe plusieurs secondes entre l'irritation et la sensation. Ce symptôme s'observe surtout dans les affections médullaires qui intéressent la substance grise ou les cordons postérieurs, et notamment dans l'ataxie locomotrice.

D'autres fois, la sensibilité est dissociée dans le temps, en ce sens qu'elle se manifeste sous forme d'ondes successives.

On désigne, sous le nom d'*anesthésie douloureuse*, un état dans lequel la sensibilité à la douleur et la sensibilité tactile paraissent supprimées dans des régions qui sont le siège des plus vives douleurs spontanées. Les phénomènes d'anesthésie douloureuse s'observeraient, d'après Eichhorst, « en cas de foyers morbides des voies sensitives, foyers qui, il est vrai, ont interrompu la communication avec le cerveau, mais irritent quand même le tronçon central, laquelle irritation est rapportée à la périphérie d'après la loi de la transmission excentrique ».

HYPERESTHÉSIE.

L'hyperesthésie est une exaltation de la sensibilité de la peau et des muqueuses, différant de la douleur en ce qu'au lieu d'être spontanée, elle ne se révèle que sous l'influence des excitants naturels de la sensibilité (contact d'un corps étranger, d'un liquide normal ou pathologique) <sup>1</sup>.

**Description.** — L'hyperesthésie doit être étudiée sur la peau et sur les muqueuses.

<sup>1°</sup> *Sur la peau.* — La peau atteinte de cette exagération de la sensibilité, peut être intacte ou présenter des lésions diverses, telles que : éruptions papuleuses, érection des follicules pileux (*chair de poule*), élévation de la température. Si vous venez à effleurer légèrement sa surface, à redresser les poils qui la recouvrent, le malade éprouve de vives douleurs <sup>2</sup>.

Il est rare que les hyperesthésies présentent des localisations aussi régulières que les paralysies ; car, habituellement indépendantes de toutes lésions matérielles des centres nerveux, elles se rattachent à des lésions cutanées ou à des névroses dont le siège ne présente rien de fixe.

<sup>2°</sup> *Sur les muqueuses.* — Les muqueuses sont fréquemment atteintes d'une exagération de la sensibilité qui s'accompagne de divers troubles fonctionnels et très souvent de névralgies : ainsi, c'est à l'hyperesthésie que doivent être rapportés la *toux sèche des hystériques* (hyperesthésie des muqueuses laryngée ou pulmonaire), le *vaginisme* (hyperesthésie de la muqueuse du vagin), etc. L'hyperesthésie joue un rôle impor-

1. Il n'existe d'ailleurs entre l'hyperesthésie et la douleur qu'une distance bien faible, et ces deux perversions de la sensibilité coexistent fréquemment.

2. La peau atteinte d'hyperesthésie présente l'exquise sensibilité du derme dépouillé de son épiderme.

Il est à remarquer que des excitations répétées épuisent cette hyperesthésie, et qu'une forte impression ne provoque pas de douleurs semblables à celles du simple contact, à moins que la région hyperesthésiée ne corresponde à un point névralgique, ce qui, à vrai dire, n'est point rare.



tant dans les spasmes de l'urèthre, du col de la vessie, du rectum, de l'œsophage, etc.<sup>1</sup>.

**Sémiotique.** — L'hyperesthésie s'observe : 1° Dans l'hystérie.

— Les troubles de la sensibilité ne sont nulle part aussi fréquents, aussi variés que chez les hystériques. Toutes les formes de l'anesthésie (anesthésie tactile, douloureuse, thermique, musculaire), tous les genres de névralgies (cutanée, cérébrale, viscérale), toutes les perversions de la sensibilité (hallucinations, illusions, pica, malacia), pour ne parler ni des troubles de la motilité ni des désordres psychiques, se rencontrent dans cette névrose.

L'hyperesthésie y est également très ordinaire et elle s'y présente sous deux formes ; — tantôt elle est générale, et l'impressionnabilité sensitive de l'hystérique est exaltée au plus haut degré ; le parfum d'une fleur, la vue d'un objet, la lumière, le son, etc., tout l'irrite et l'abat ; cet état révèle l'hyperesthésie des centres nerveux. — Mais, indépendamment de cette exaltation générale de la sensibilité, on rencontre chez les hystériques des hyperesthésies localisées, soit à une muqueuse, soit à une certaine étendue des téguments, hyperesthésies qui n'ont rien de fixe, qui vont, viennent, se déplacent, coïncident ou non avec des paralysies, avec des anesthésies, etc.

2° *Maladies de la moelle.* — L'hyperesthésie est un phénomène fréquent dans les diverses maladies de la moelle ; elle indique la participation de la substance grise à la maladie et son état d'irritation, mais elle prouve en même temps que cette substance n'est pas désorganisée, que sa conductibilité n'est pas interrompue.

L'hyperesthésie correspond donc à la première phase des maladies de la moelle ; elle coexiste avec les sensations de pincements et de chatouillements. Mais, à mesure que les lésions font des progrès et que la substance grise s'altère, l'hyperesthésie est remplacée par l'anesthésie et la paralysie.

L'hyperesthésie est fréquente au début des encéphalites et surtout dans toutes les variétés de méningites cérébrales et cérébro-rachidiennes ; mais, dans ces cas, les convulsions et les contractures

1. Il est probable que la peau et les muqueuses ne sont pas les seuls tissus sujets à l'hyperesthésie. Les douleurs que provoque, dans certaines circonstances, une pression exercée sur les os, sur les membres, etc., révèlent une exagération de la sensibilité de ces organes.

sont des phénomènes dont l'importance et l'éclat priment l'exagération de la sensibilité et révèlent la nature de la maladie.

3° *Maladies de la peau.* — L'hyperesthésie est un phénomène très ordinaire dans un grand nombre de maladies cutanées ; elle s'associe fréquemment au prurit, et bientôt la nature spéciale de l'éruption éclaire le diagnostic.

4° *Altérations du sang. — Intoxications.* — L'exaltation de la sensibilité est un phénomène que l'on rencontre, moins fréquemment, il est vrai, que l'anesthésie, dans l'anémie, la chloro-anémie et un grand nombre d'intoxications chroniques produites par l'alcool, le tabac, l'opium, le plomb, etc.

Nous n'insistons pas sur la valeur sémiotique de l'hyperesthésie, car elle est assez restreinte, et l'exagération de la sensibilité est presque constamment associée à des symptômes plus significatifs et partant plus utiles au diagnostic.

Cependant, d'après Head, les troubles profonds des divers viscères détermineraient, par voie réflexe, des zones d'hyperesthésie cutanée dont la distribution serait en rapport avec la disposition segmentaire des voies sensitives de la moelle, subordonnée elle-même à la métamérie primitive des centres nerveux : la sensation douloureuse provenant de l'organe malade serait conduite au segment de la moelle qui constitue l'origine de ses fibres sensitives ; là, elle se mettrait en rapport avec les fibres sensitives cutanées, lesquelles prennent naissance dans le même segment que les fibres viscérales. — La recherche du siège de ces hyperesthésies cutanées serait donc, au dire de Head, d'un secours précieux en clinique, pour déterminer le siège des altérations viscérales. D'après lui, l'hyperesthésie cutanée se rencontrerait, par exemple, — dans le domaine de la 3<sup>e</sup> cervicale et des 1<sup>re</sup> et 4<sup>e</sup> dorsales, au cours des cardiopathies ; — dans le domaine de la 1<sup>re</sup> à la 7<sup>e</sup> dorsale, au cours des pleuro-pneumopathies aiguës. S'inspirant de ces données, un autre auteur anglais, J. Mackenzie, aurait pu, du fait d'une hyperesthésie cutanée siégeant dans le domaine des onzième et douzième racines dorsales, affirmer l'existence d'une pyélite (confirmée ultérieurement par une décharge de pus dans l'urine) alors que d'autres médecins avait porté le diagnostic de péritonite.