

HÉMIANESTHÉSIE. — On désigne sous ce nom un syndrome cérébral, caractérisé par la perte de la sensibilité générale dans la *totalité d'une des moitiés du corps*. Il ne sera pas question ici d'hémi-anesthésie d'origine spinale [V. MOELLE (COMPRESSION)].

Symptomatologie. — Ce qui frappe dès le premier abord dans ce syndrome, c'est la parfaite régularité de sa distribution : la limite de la surface ectodermique insensible n'est autre que la ligne médiane. Tout au plus observe-t-on, quand on cherche à déterminer avec une épingle les limites de l'insensibilité tégumentaire, que les excitations sont confusément percées à quelques millimètres en dehors de la ligne médiane, sur toute la hauteur du côté insensible. Sur les muqueuses l'hémi-anesthésie s'arrête comme sur l'épiderme, exactement à la ligne médiane.

La *sensibilité tactile* est abolie ou diminuée, plus ou moins altérée, et l'anesthésie plus ou moins accusée. La nature, l'intensité et la localisation d'un contact ne sont pas appréciées ou le sont mal ; la simultanéité de deux contacts et l'espace qui les sépare ne sont pas distingués et jugés exactement. Il est à noter que les erreurs de localisation et l'agrandissement des cercles de sensation vont souvent de compagnie, encore que le fait ne soit pas constant.

La *sensibilité à la douleur* offre des troubles analogues, mais l'analgésie est moins marquée que l'anesthésie tactile. Par contre, la localisation de la sensation douloureuse est erronée. Il y a ici *topoanalgésie*, comme il y avait la *topoanesthésie*.

De même pour la *sensibilité thermique* qui est tantôt abolie, tantôt diminuée, tantôt pervertie avec erreur d'interprétation et confusion.

La *sensibilité profonde* (articulaire, musculaire, osseuse, tendineuse) n'est pas moins altérée que la superficielle. Le courant électrique à travers les muscles est moins vivement senti, la torsion des jointures peu ou pas douloureuse. L'anesthésie osseuse a été étudiée par Egger.

Les troubles du sens musculaire et du sens stéréognostique se rattachent étroitement à l'étude de l'hémi-anesthésie.

Sous le terme très discuté de *sens musculaire* on désigne généralement les perceptions que les membres fournissent à la conscience sur leur position, leurs mouvements, la pesanteur et la résistance des objets, et l'effort corrélatif qui en résulte (Courgeon). Les troubles du sens musculaire prédominent au niveau de la main et des doigts. Pour les rechercher, en clinique, il faut voir si le malade a conservé les notions de position, de mouvement actif et passif, de résistance et de force. Le sens musculaire peut être aboli, ou diminué, ou perverti. Ces troubles relèvent vraisemblablement de la perte de la sensibilité profonde, et coexistent très souvent avec l'anesthésie cutanée. Redlich n'a jamais vu d'hémi-anesthésie sans trouble du sens musculaire.

On désigne sous le nom de *sens stéréognostique* la perception de la forme des objets par le palper manuel, par le toucher. A cette définition étymologique, on peut ajouter la perception des propriétés physiques des objets (Dejerine), ainsi que le nom et l'usage des objets.

Dans les cas d'hémiplégie avec paralysie et contracture marquée, ce sens est souvent impossible à rechercher. L'inertie, la maladresse des membres suffisent à priver les hémiplégiques de la notion de forme des objets, sans que cependant

leur sensibilité soit lésée. Il faut donc, dans ces cas, promener longuement l'objet dans la main. En dehors de ces cas et en dehors de l'hystérie (Gasne), la *stéréognosie* coexiste avec des troubles, minimes parfois, des sensibilités superficielle ou profonde. Il est à noter que les sujets ayant perdu le sens stéréognostique ne semblent faire aucun effort pour reconnaître les objets, comme si leurs associations cérébrales étaient troublées.

Il est difficile, en clinique, de séparer la stéréognosie de l'*asymbolie tactile* (v. c. m.) de Finkelburg, qui consiste dans un trouble de la perception compliqué d'un trouble de la compréhension de l'objet (signification et usage), et de la *paralysie tactile* de Wernicke qui est caractérisée par l'impossibilité de reconnaître un objet par le tact, malgré l'absence ou l'insignifiance des troubles sensitifs.

Pour rechercher la stéréognosie, il faut faire fermer les yeux du malade et lui mettre dans la main divers objets usuels qu'il palpera. Toutes ces investigations, malgré leur simplicité apparente, sont des plus délicates. Elles le deviennent davantage encore s'il existe des *troubles sensoriels* surajoutés à ceux dont l'origine est dans les organes tactiles. Mais les troubles de l'ouïe, du goût, de l'odorat sont véritablement exceptionnels dans l'hémi-anesthésie organique. Quand ils existent, ils sont bilatéraux et passagers, ces sens ayant une représentation bilatérale dans les deux hémisphères. Quant aux troubles de la vue, ils consistent en une hémianopie latérale homonyme (V. HÉMIANOPIE).

L'hémi-anesthésie tend naturellement vers l'amélioration. Cantonnée d'abord aux extrémités, elle disparaît peu à peu dans les segments les moins paralysés et les moins anesthésiés. Les sensations simples reviennent les premières, puis les sensations complexes (sens stéréognostique et musculaire). Il semble que l'hémi-anesthésie des hémiplégiques évolue rapidement, en quelques jours ou en quelques semaines. Il existe cependant des troubles persistants, observés dans le quart des cas par Redlich.

D'après Verger, qui a consacré à cette étude un excellent travail, l'hémi-anesthésie se présenterait en clinique sous trois types :

- 1° *L'hémi-anesthésie totale* (sensitivo-sensorielle de Charcot), due à l'hystérie ;
- 2° *L'hémi-anesthésie incomplète*, la plus habituelle, prédominant à l'extrémité des membres ;
- 3° *L'hémi-anesthésie fruste*, caractérisée quelquefois par les seuls troubles stéréognostiques.

Diagnostic. — L'hémi-anesthésie d'origine cérébrale ne dépasse guère la ligne médiane. Tantôt, surtout quand elle est d'origine capsulaire, elle est totale et intéresse la moitié du corps : face, tronc et membres du même côté. Tantôt, surtout quand elle relève d'un foyer cortical, elle est partielle et en rapport, du reste, avec l'hémiplégie qui se présente souvent sous le type de monoplégie associée.

Quelle que soit sa distribution, l'hémi-anesthésie cérébrale est complète ou incomplète. Dans le premier cas, assez rare du reste, elle rappelle l'hémi-anesthésie des hystériques : les sensations tactiles, douloureuses et thermiques, sont profondément abolies. Dans le second, ces sensations sont plus ou moins diminuées ; quelques-unes peuvent même être entièrement conservées : le type de dissociation, qu'on connaît aujourd'hui sous le nom de « syringomyélique », avait été noté par Landois et Mosler.

Nous savons que l'hémi-anesthésie cérébrale est ordinairement fugace et transitoire, puisqu'elle peut ne durer que quelques heures. Du moins il est très fréquent de la constater après l'ictus, et de ne plus la retrouver quelques jours après. C'est en raison de sa fugacité qu'elle paraît rare. Mais parfois aussi elle dure des mois et même des années, jusqu'à la mort. Elle peut aussi survivre à l'hémiplégie, qui s'atténue ou disparaît.

En présence d'une hémi-anesthésie sensitive, le problème se réduit à un dilemme : ce signe relève-t-il d'une lésion cérébrale ou de l'hystérie? Les hémi-anesthésies saturnine, alcoolique, etc., que l'on pouvait discuter autrefois, n'ont plus guère aujourd'hui d'autonomie, et relèvent, semble-t-il, de l'hystérie. S'il y a hémiplégie avec exaltation des réflexes et trépidation spinale, si le signe de Babinski existe, il s'agit d'une hémi-anesthésie d'origine organique. Mais l'hémiplégie spasmodique coexistante n'est pas constante, ainsi qu'en témoignent quelques observations, soit qu'elle n'ait jamais existé, soit plutôt qu'elle ait disparu. À défaut d'hémiplégie, la coexistence très fréquente d'hémichorée ou d'hémiathétose plaidera évidemment pour une lésion cérébrale matérielle. Cependant l'hémichorée peut également faire défaut. On peut n'avoir affaire qu'à une hémi-anesthésie pure et simple ou, tout au moins, accompagnée de troubles moteurs assez légers pour passer inaperçus; et dans ce cas le diagnostic devient plus difficile. Toutefois un hystérique qui a des troubles de la sensibilité d'un côté du corps présente généralement d'autres stigmates. Et, en outre, son hémi-anesthésie est mobile, contradictoire, fugace, subconsciente, accessible aux esthésiogènes, etc.

Dans l'hémi-anesthésie d'origine organique (capsulaire ou corticale), l'anesthésie n'est jamais absolue comme dans l'hystérie. Elle est plus marquée au niveau des membres (du membre supérieur surtout) qu'au niveau du tronc et de la face, et au niveau des extrémités qu'à la racine des membres. Elle n'est jamais distribuée en segments et limitée par des lignes nettes; elle va au contraire en se dégradant progressivement. Elle entraîne des troubles et une gêne des mouvements que ne produit pas l'anesthésie des hystériques. Les sens spéciaux sont respectés ou touchés bilatéralement et passagèrement. Une exception, à cet égard, s'impose pour la vision. Mais ici il n'y a jamais ni rétrécissement du champ visuel ni vue double; il y a hémi-anopie latérale homonyme, symptôme qui n'existe pas dans l'hystérie.

Du reste, il faut bien savoir que l'hystérie peut se superposer et s'associer aux maladies organiques.

Quand on a éliminé l'hystérie, il reste à savoir si l'hémi-anesthésie relève d'un foyer cortical ou d'une lésion capsulaire. Les caractères signalés plus haut et les signes concomitants permettront d'habitude de s'en rendre compte. La coexistence d'une aphasie, d'une épilepsie jaksonienne, d'une monoplégie associée plaideront en faveur d'une lésion corticale.

L'hémi-anesthésie cérébrale organique relève donc soit de foyers capsulaires, soit de foyers corticaux.

Une lésion centrale occupant soit tout le segment postérieur, soit le tiers postérieur de la capsule interne, semble pouvoir occasionner une hémi-anesthésie. Mais il y a en même temps des troubles moteurs. Par contre, les sens ne sont pas intéressés. Pour ce qui concerne la vision, on sait aujourd'hui qu'il n'y

a ni rétrécissement du champ visuel, ni amblyopie unilatérale. On peut rencontrer simplement une hémi-anopie latérale homonyme. Les autres sens, ouïe, goût, odorat, ne sont pas touchés dans l'hémi-anesthésie capsulaire, ou s'ils le sont, ils ne le sont que transitoirement et des deux côtés. En pratique, les altérations du goût, de l'odorat, de l'audition ne font pas partie du tableau du syndrome hémi-anesthésique capsulaire. Il est aisé de le comprendre si on songe que les fibres auditives cheminent dans la partie postérieure du segment sous-lenticulaire de la capsule interne, et que les fibres olfactives et gustatives ne passent vraisemblablement pas dans cette capsule. Il faudrait par conséquent des foyers très étendus, dépassant le domaine de la capsule pour produire l'anosmie, l'agueusie, la surdité qui seraient du reste bilatérales et transitoires. L'hémiopie seule est possible dans les conditions citées ci-dessus.

Au demeurant, tout le monde n'admet pas qu'une lésion limitée au segment postérieur de la capsule interne proprement dite et respectant le thalamus puisse produire l'hémi-anesthésie. Dejerine et Long émettent, en effet, des doutes à cet égard. Pour eux, l'hémi-anesthésie ne se rencontre dans les lésions centrales qu'aux deux conditions suivantes :

1° Dans les cas de lésions thalamiques détruisant les fibres terminales des voies sensitives du pédoncule et les fibres d'origine des neurones thalamo-corticaux;

2° Dans les cas où, le thalamus étant intact, les connexions avec le cortex sensitivo-motrices sont plus ou moins détruites. Dans ce dernier cas la lésion est toujours très étendue.

La méthode anatomo-clinique et la méthode expérimentale ont montré l'existence d'une hémi-anesthésie par lésion corticale. La zone rolandique doit être regardée aujourd'hui comme le centre de la sensibilité générale. Une lésion de cette zone entraîne une hémi-anesthésie. Les sens ne sont pas intéressés, car leurs centres respectifs sont très éloignés de cette région. Cependant si la lésion s'étendait au pli courbe il pourrait y avoir hémiopie; il en serait de même s'il y avait un second foyer au niveau de la scissure calcarine. Quant à l'ouïe, au goût et à l'odorat, une lésion unilatérale de leurs centres ne déterminerait aucune altération notable. Donc une lésion de la zone rolandique n'entraîne aucun trouble sensoriel coïncidant avec une hémi-anesthésie.

Traitement. — L'hémi-anesthésie organique est généralement au-dessus des ressources de la thérapeutique. Elle ne comporte d'autre traitement que celui de la cause qui lui a donné naissance. Quant à l'hémi-anesthésie hystérique, elle est aisément accessible à la suggestion directe ou indirecte et facilement curable (V. HYSTÉRIE).

A. SOUQUES.

HÉMIANOPIE. — *Définition.* — L'hémi-anopie ou hémi-anopsie est la suppression complète ou incomplète de l'une des moitiés du champ visuel. L'hémi-anopie type intéresse les deux moitiés correspondantes ou homonymes du champ visuel des deux yeux : c'est l'hémi-anopie *homonyme* droite ou gauche (fig. 117). Elle est dite aussi *latérale* par opposition à l'hémi-anopie homonyme *supérieure* ou *inférieure*. Mais ces deux dernières variétés sont encore mal connues.

L'hémi-anopie latérale peut consister en scotomes symétriques. On a étendu encore le terme d'hémi-anopie. On appelle hémi-anopie *hétéronyme* celle qui

consiste dans la suppression d'une moitié de l'un des deux champs visuels et de l'autre moitié de l'autre. L'hémianopie est alors droite d'un côté et gauche de

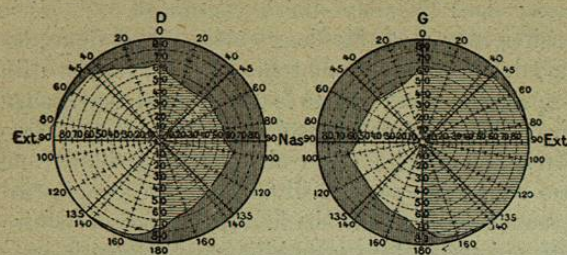


Fig. 117. — Hémianopie homonyme droite.

l'autre; autrement dit, elle est *nasale* ou bien *temporale* pour les deux champs visuels à la fois. Une lésion placée au-dessus ou au-dessous du chiasma peut par compression déterminer une *hémianopie horizontale supérieure* ou *inférieure*.

Enfin l'hémianopie peut n'être pas binoculaire; elle peut être simplement *monoculaire*, s'il s'agit d'une lésion qui n'intéresse que la moitié de l'un des nerfs optiques.

Localisation. — Le trajet des voies optiques est aujourd'hui bien fixé. Au delà du nerf optique, les fibres visuelles passent dans le chiasma, puis dans la bandelette optique, et vont se perdre dans les centres sous-corticaux ou ganglionnaires, à savoir dans le tubercle quadrijumeau antérieur, le pulvinar et le corps genouillé externe. Les nerfs optiques ne subissent dans le chiasma qu'une *semi-décussation*, de sorte que la bandelette optique d'un côté contient deux faisceaux distincts: l'un volumineux qui s'entre-croise au niveau du chiasma, passe dans le nerf optique opposé et vient s'irradier dans la moitié nasale de la rétine, l'autre moins épais passe dans le nerf optique correspondant et vient se perdre dans la moitié temporale de la rétine: on conçoit aisément qu'une lésion de la bandelette gauche, par exemple, entraîne une hémianopie homonyme latérale droite, puisque nous voyons à droite avec la moitié gauche de nos deux rétines.

Les *radiations optiques* naissent du pulvinar, du corps genouillé externe, du tubercle quadrijumeau antérieur, autrement dit, des centres sous-corticaux ou ganglionnaires où elles entrent en rapport avec les arborisations terminales des fibres de la bandelette optique correspondante. Puis elles enveloppent la partie externe du corps genouillé et du pulvinar, et ensuite se dirigent vers le lobe occipital en décrivant une courbe autour de la corne occipitale du ventricule latéral. Ces radiations traversent donc le segment rétro-lenticulaire de la capsule interne. On conçoit qu'une lésion puisse les atteindre en même temps que le faisceau moteur et le « faisceau sensitif » et déterminer une hémianopie coexistant avec une hémiplégié et une hémianesthésie. Cette lésion devrait intéresser la partie sous-thalamique de la capsule (Dejerine).

Reste à déterminer la *localisation corticale de l'hémianopie*. Or, celle-ci n'est que la terminaison du *faisceau sensitif visuel*. Les faisceaux sensitifs aboutissent à tout l'étage inférieur du lobe lingual, depuis l'extrémité postérieure de cette circonvolution, c'est-à-dire depuis le pôle occipital, jusqu'à l'uncus de l'hippocampe, en arrière du noyau amygdalien. Un certain nombre se jettent aussi dans le lobule fusiforme et peut-être même dans la troisième circonvolution occipito-temporale.

La scissure calcarine, qui forme le centre de la sphère visuelle de l'homme,

se prolonge quelquefois à la face externe de l'hémisphère; par conséquent, l'hémianopie peut résulter d'une destruction de la partie la plus postérieure et externe du lobe occipital.

Lésions. — Pour ce qui est de l'hémianopie d'origine corticale, il s'agit presque toujours d'un ramollissement de la face interne du cerveau dans la région indiquée. Les lésions sont souvent beaucoup plus profondes qu'on ne

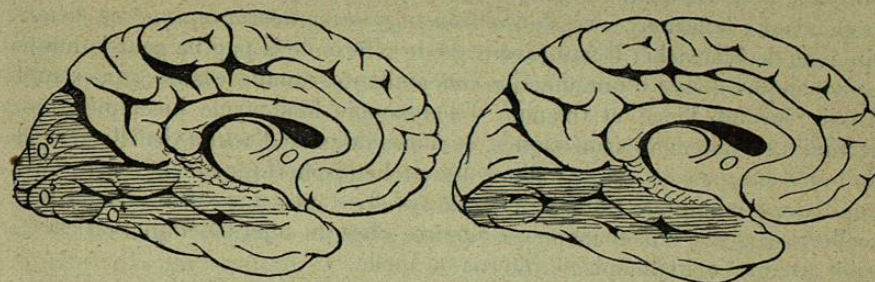


Fig. 118. — Sphère visuelle corticale (d'après Vialet): O*, gyrus fusiforme; O°, gyrus lingual; O°, cuneus. Le cuneus n'en fait pas partie. Fig. 119. — Sphère corticale visuelle limitée en haut par la scissure calcarine. Le cuneus n'en fait pas partie (d'après Brissaud).

le soupçonne et l'examen microscopique est nécessaire. Jusqu'à présent on a toujours trouvé des lésions sous-corticales. Exceptionnellement, il s'agit d'un foyer hémorragique sous-cortical comme dans l'observation de Chauffard (cécité corticale).

Il suffit que la lésion intéresse le faisceau visuel à sa partie inférieure pour produire l'hémianopie. Certaines lésions du lobe temporal, ou pariétal, et surtout du pli courbe sont dans ce cas. Il va sans dire que la nature de la lésion est indifférente: on peut avoir affaire à une tumeur, sarcome, gliome, abcès, hématome, traumatisme du lobe occipital ou pariétal.

On a signalé quelques rares observations d'hémianopie dans les névroses, dans l'*hystéro-neurasthénie* (Dejerine et Nolet), dans l'*hystérie* (P. Janet). Cette hémianopie est variable dans ses limites, mobile et généralement transitoire.

Séméiologie. — Il est rare que le malade accuse le phénomène catégoriquement; en général, le fait demande à être recherché. Cependant certains sujets disent qu'ils ne voient que la moitié des objets, la moitié des figures.

Souvent le malade ne se plaint que d'avoir la vue faible ou trouble du côté de l'hémianopie latérale. S'il s'agit d'un malade atteint de cécité verbale surtout, on cherchera immédiatement l'hémianopie de la façon suivante.

Il faut examiner séparément les deux champs visuels et, pour ce faire, fermer l'un des yeux du malade. Un examen grossier sans appareil peut suffire au diagnostic dans les cas typiques. On conçoit que, s'il s'agit seulement de scotomes symétriques, il sera nécessaire de faire usage du campimètre. Chose curieuse, la vision centrale est généralement respectée. Quelquefois, il existe un rétrécissement concomitant du champ visuel; toujours alors le champ visuel correspondant du côté de l'hémianopie est plus rétréci.