
SIXIÈME LEÇON

SUR DEUX CAS D'HÉMIPLÉGIE.

Analogies et dissemblances de deux cas d'hémiplégie. — Étude détaillée de l'un de ces cas.

Période de l'apoplexie et des symptômes diffus. — Des diverses étapes du diagnostic. — Caractères de l'hémiplégie. — Troubles du mouvement, de la sensibilité. — De l'impression et de la perception sensibles. — Abolition de la sensibilité musculaire. — Anesthésie de la cinquième paire. — Examen du cœur et de la température. — Importance de ces données.

Diagnostic du siège de la lésion. — Méthode à suivre. — Diagnostic de la nature de la lésion. — Discussion de l'embolie et de l'hémorragie cérébrales.

Dégénérescences secondaires.

MESSIEURS,

Je me propose de consacrer cette conférence et la suivante à l'étude de deux malades hémiplégiques, qui sont actuellement dans notre salle de femmes. J'ai pour le faire un double but. Ces deux faits cliniques ont en eux-mêmes un puissant intérêt; ils vous montrent certaines particularités symptomatiques qui se présentent rarement à l'observation, et, malgré leur apparente complexité, ils permettent une détermination précise du siège de la lésion; ils ne sont pas moins instructifs, si vous

considérez les conditions pathogéniques et étiologiques de la maladie; bref, bien qu'il ne s'agisse au fond que d'un cas très-ordinaire, d'une hémiplégie succédant à une attaque d'apoplexie, vous pourrez fréquenter bien longtemps un service hospitalier, et observer bien des hémiplégiques avant de rencontrer deux faits analogues. D'un autre côté, l'examen de nos malades vous fera connaître la méthode et les jalons de l'observation pour tous les cas d'hémiplégie, et cette acquisition d'une portée générale ne sera certainement pas le fruit le moins précieux de cette étude.

Au premier abord, la situation de nos deux malades ne paraît pas différer; toutes deux ont été frappées il y a peu de semaines d'une attaque d'apoplexie forte; toutes deux ont conservé à la suite de cette attaque une hémiplégie des membres et de la face; mais là s'arrête la ressemblance; les caractères de la paralysie, le siège et la nature de la lésion qui l'a causée sont entièrement dissemblables, et le sort qui attend ces deux femmes n'offre pas un moins grand contraste: l'une est à la veille d'une guérison complète qui ne lui laissera pas vestige de sa maladie; l'autre est condamnée à languir dans un état d'irréparable infirmité. Ce simple aperçu suffit pour vous montrer qu'en présence d'un malade affecté de paralysie unilatérale des membres, vous ne devez jamais vous borner à constater l'hémiplégie; ce n'est là qu'un symptôme, et la notion de ce symptôme ne peut fournir par elle-même le diagnostic de la maladie, encore moins vous permettre d'en formuler le pronostic.

La femme de quarante-quatre ans, qui est couchée au

n° 12 de la salle Sainte-Claire, a été frappée d'apoplexie le 11 novembre 1871, et lorsqu'elle nous est arrivée cinq jours après, elle était dans un état comateux qui ne permettait point une analyse symptomatique rigoureuse ; elle présentait encore les symptômes diffus produits par l'attaque elle-même. Vous savez que les lésions cérébrales apoplectiques ne bornent pas leurs effets initiaux à leur étendue topographique ; au moment où l'apoplexie a lieu, la lésion qui supprime directement l'activité d'une des moitiés de l'encéphale, agit par action réflexe sur l'autre moitié unie à la première par de puissantes commissures, et en éteint l'excitabilité ; les symptômes limités issus de la lésion même sont alors perdus au milieu des phénomènes bilatéraux résultant de la névrosie générale du cerveau, laquelle se traduit par l'anéantissement des facultés intellectuelles et animales, et par la résolution totale du système musculaire. Ce sont là les phénomènes que j'oppose, sous le nom de symptômes diffus, aux symptômes de foyer, qui traduisent l'influence persistante de la lésion. Le temps pendant lequel persistent les symptômes diffus, c'est-à-dire le temps qui s'écoule entre l'ictus apoplectique et le dégagement des symptômes de foyer, est le meilleur criterium pour juger de la gravité de l'attaque ; de quelques heures ou moins encore dans les apoplexies légères, cet intervalle est d'un à deux jours dans les cas d'intensité moyenne, et dans les apoplexies fortes il peut égaler un septenaire ; cette durée est sans rapport avec la nature de la lésion, mais elle est en relation directe avec son étendue, et avant tout avec son siège : à étendue égale, les altérations de la protubérance et de l'appareil de jonction produisent des

attaques plus fortes, et partant une période de diffusion plus longue que les lésions purement hémisphériques.

Notre malade qui, au matin du sixième jour, présentait une résolution générale avec abolition à peu près complète de la connaissance, avait donc été frappée d'une apoplexie des plus fortes ; mais dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'entrée à l'hôpital, un amendement notable s'est produit ; la notion du moi et du monde extérieur, c'est-à-dire la connaissance est revenue, et avec elle la parole, qui était jusqu'alors confuse, incohérente et monosyllabique ; en même temps, le relâchement musculaire des membres droits avait disparu et la motilité volontaire y était restaurée ; en un mot, les phénomènes diffus étaient dissipés, et les symptômes de foyer surgissaient avec une netteté qui imposait aussitôt cette conclusion : la malade, sortie de l'état apoplectique, conservait une hémiplegie gauche des membres et de la face. La moitié gauche du visage, étalée et sans expression, se présentait la première au regard, les mouvements de clignement des paupières tranchaient seuls sur l'immobilité des traits, et la déviation de la commissure labiale de l'autre côté, fortement tirée vers la droite, complétait cette déformation caractéristique.

Jusqu'à là aucune difficulté ; mais cette conclusion n'était en somme que la première étape du diagnostic, et pour aller plus loin, il fallait avant tout déterminer les caractères propres de la paralysie du mouvement, et ensuite, rechercher les troubles de sensibilité, et les autres symptômes qui coïncidaient avec elle.

Le MOUVEMENT *volontaire* était totalement aboli dans les parties paralysées ; soulevés au-dessus du lit, les

membres gauches y retombaient lourdement comme des masses inertes, et la moitié gauche de la face ne participait aux mouvements du visage que par la persistance du clignement spontané ou provoqué. — Les *mouvements spontanés*, secousses, soubresauts, contractions brusques, manquaient dans les membres paralysés; on n'y observait pas non plus ces *mouvements d'association* qui sont si fréquents dans les hémiplegies anciennes, et qui consistent dans le soulèvement involontaire des membres malades, à l'occasion des mouvements exécutés par ceux du côté sain. — Les *mouvements réflexes* ne pouvaient être réveillés par les impressions purement tactiles; ils se manifestaient après les impressions douloureuses, et surtout, anomalie rare, après les impressions thermiques; l'application d'un corps froid sur la jambe ou sur le bras paralysé déterminait instantanément de violentes secousses réflexes qui, unilatérales d'abord, s'étendaient ensuite du côté opposé, suivant une des lois de Pflüger, la loi de l'irradiation transversale.

La *SENSIBILITÉ tactile* était complètement anéantie dans les membres malades, elle l'est encore aujourd'hui; vous pouvez varier de toute manière le mode d'exploration, tant que vous restez dans la sphère de la sensibilité de contact, vous ne produisez aucune impression, et partant aucune perception. — La *sensibilité à la douleur* était, et est encore diminuée, ce qui résulte clairement de la comparaison avec les membres droits, mais enfin elle n'est pas abolie, et elle présente un phénomène sur lequel j'ai bien des fois déjà appelé l'attention; l'impression que vous déterminez en piquant, en pinçant les téguments, est convenablement sentie, en ce sens que la

malade en accuse correctement l'existence sans retard appréciable, mais elle n'est pas discernée; la femme ne peut indiquer la nature de cette impression, même si on la met sur la voie par quelques interrogations, elle ne peut dire si c'est un attouchement, une douleur, une brûlure, en outre elle est incapable de localiser l'excitation, même approximativement; elle se trompe le plus souvent de tout un segment du membre. Vous avez là, messieurs, un exemple type de dissociation de la fonction de sensibilité; c'est une analyse toute faite que crée pour vous la maladie, et vous devez vous garder d'en négliger l'enseignement, bien que ces distinctions soient taxées de subtilités inutiles par les cliniciens de l'ancienne école; au total, chez la malade l'impression douloureuse est sentie, mais elle n'est pas élaborée et transformée en un phénomène personnel et de conscience; la sensation simple ou brute existe, la perception fait défaut. — La *sensibilité thermique* présente une altération toute semblable. — Enfin la *sensibilité musculaire* est perdue à un degré que vous aurez rarement occasion d'observer; cette hémiplegique n'a aucunement conscience de la position de ses membres; lorsqu'on lui maintient les yeux fermés, et qu'on lui demande de préciser la situation du bras ou de la jambe paralysée, elle les cherche avec sa main droite avant de répondre, et l'hésitation, l'incertitude avec lesquelles elle procède à cette recherche démontrent, sans méprise possible, la suppression complète des perceptions topographiques. Si ce phénomène ne se produisait que lorsque les membres sont étendus sur le plan du lit, on pourrait l'attribuer tout simplement à l'anesthésie tactile, qui est totale, vous vous le rap-

pelez ; dans cette condition, les impressions cutanées résultant du contact avec le plan solide sont annihilées, et ce désordre suffit pour rendre compte de l'absence de notion de position. Mais ce n'est point ainsi que se passent les choses dans le fait actuel ; prenez l'un des doigts de la malade, et soulevez le membre inférieur gauche jusqu'à la verticalité ; comme tantôt, demandez à cette femme où est son bras ; elle le cherche imperturbablement sur le plan du lit, et pour le coup, s'étonne et s'afflige de ne pas le rencontrer. Or, dans l'appréciation de cette situation particulière, la sensibilité de contact n'intervient nullement, puisqu'elle n'est pas mise en jeu ; le jugement est entièrement le fait de la sensibilité musculaire. Du reste, la perte de la notion de position est totale ; ce n'est pas seulement dans les deux conditions précédentes que vous la constatez, variez autant qu'il vous plaira la situation des membres paralysés, jamais la malade n'en manifestera la moindre conscience ; ces membres sont vraiment comme s'ils ne lui appartenaient plus.

L'exploration de la sensibilité de la face donne des résultats non moins intéressants, et nous avons encore là une de ces particularités rares auxquelles je faisais allusion en commençant cette étude. Du côté qui est paralysé du mouvement, la sensibilité cutanée est perdue dans ses trois modes sur toute l'étendue de la joue, sur la région massétérine et temporo-frontale ; sur les paupières gauches, la sensibilité est obtuse, mais elle n'est pas éteinte ; il en est de même sur la conjonctive et sur la cornée ; sur cette dernière cependant, la sensibilité est un peu moins compromise. Cette différence, messieurs, ne doit pas vous

surprendre ; la conjonctive ne reçoit que des filets ciliaires directs du nerf nasal, la cornée reçoit, outre ces filets directs, des nerfs ciliaires indirects, qui lui arrivent par le ganglion ophthalmique ; il est donc tout simple que les altérations de la sensibilité ne soient point toujours parallèles sur les deux membranes. Il importe de noter que dans les points où l'anesthésie n'est pas complète, elle présente identiquement les mêmes caractères que sur les membres ; l'impression, la sensation brute subsiste seule, de perception point. — Sur la muqueuse de la bouche, des gencives, de la langue, la sensibilité tactile est intacte, il en est de même sur la pituitaire, qui a conservé d'ailleurs la sensibilité spéciale olfactive. Conséquemment la paralysie du nerf trijumeau gauche qui est ici bien certaine, est partielle quant à son étendue, et incomplète quant à son degré.

Cette analyse minutieuse, qui est d'absolue nécessité dans tous les cas analogues, n'est point encore suffisante ; quand vous en avez fini avec les désordres des fonctions encéphaliques, vous devez séance tenante, avant de chercher à vous faire une idée de la lésion ou de la maladie, vous devez, dis-je, vous préoccuper de trois autres questions : l'état des vaisseaux, l'état du cœur, le chiffre de la température.

Notre malade présente un souffle systolique très-net, mais de force médiocre à la pointe du cœur, qui est légèrement augmenté de volume ; un murmure plus léger peut être entendu à la base de l'organe, et vous trouvez quelques frottements péricardiaques le long du bord gauche du sternum ; insuffisance mitrale, rugosités de l'orifice aortique, exsudations anciennes sur le péri-

carde, voilà ce que signifient ces phénomènes d'auscultation.

Les artères chez cette femme sont manifestement athéromateuses, ce dont vous pouvez juger soit à la résistance insolite des radiales, soit aux flexuosités exagérées des temporales ; or la malade ayant quarante-quatre ans, l'athéromasie ne peut être imputée à l'involution sénile, elle constitue à n'en pas douter un fait pathologique.

Quant à la température, elle était normale au moment de l'entrée ; elle n'a cessé de l'être depuis ; cette exploration a été faite avec d'autant plus de soin, que nous avons observé pendant trois jours un phénomène qui est ordinairement lié, dans les cas analogues, à une légère élévation thermique. Le lendemain de l'arrivée de cette malade, alors que la connaissance et la parole commençaient à reparaitre, les membres paralysés ont été pris d'une contracture qui occupait, comme d'habitude, au membre supérieur les groupes fléchisseurs, et au membre inférieur les muscles extenseurs ; cette contracture était plus forte au bras qu'à la jambe, elle pouvait être surmontée sans grand effort par l'extension directe, mais aussitôt que l'on cessait la traction, les parties revenaient à la position commandée par le spasme musculaire. Ce symptôme a persisté jusqu'au neuvième jour, après quoi il a cessé ; les membres sont retombés dans une flaccidité complète, et la maladie a repris ses allures torpides un moment interrompues par ce phénomène d'excitation.

L'observation étant alors achevée, nous avons pu étendre et préciser notre conclusion première ; nous avons affaire à une paralysie du mouvement et de la sensibilité

dans les membres gauches et le côté gauche de la face, survenue après une attaque d'apoplexie forte, chez une femme de quarante-quatre ans affectée d'insuffisance mitrale et d'athéromasie artérielle ; la paralysie présentant d'ailleurs ces caractères, qu'elle a été accompagnée de contracture passagère sans aucun phénomène fébrile, et que dans tous les points où la sensibilité n'est pas totalement éteinte, l'impression subsiste seule, tandis que la perception fait défaut.

En possession de ces données, résultats directs de l'étude de la malade, nous pouvions arriver à l'appréciation des faits ; nous avons les éléments nécessaires pour résoudre la double question que présente le diagnostic dans toutes les maladies encéphaliques, la *question de siège* et la *question de nature*.

Pour répondre à la première, qui constitue le *diagnostic topographique*, j'ai adopté une méthode sur laquelle j'ai plusieurs fois déjà appelé l'attention, et que je vous recommande à nouveau avec insistance, parce qu'elle facilite vraiment la solution de ce problème toujours difficile ; j'ai l'habitude de le décomposer en deux questions, qui coupent par une division logique la route à parcourir. Une lésion unique peut-elle rendre compte de l'ensemble des phénomènes présentés par le malade ? c'est là le premier point. — Si la réponse est affirmative, où doit siéger cette lésion unique pour provoquer les divers symptômes observés ? voilà la seconde et dernière étape. Je vous engage, messieurs, à ne jamais vous écarter de cette méthode analytique ; elle est moins brillante et moins rapide que la synthèse d'emblée, mais croyez-moi, elle est infiniment plus sûre, et sur un ter-

rain aussi accidenté vous ne pouvez prendre trop de précautions.

Dans le cas que nous étudions aujourd'hui, la première question comporte une réponse affirmative, il n'y a place pour aucune hésitation. Nous savons, en effet, que la moitié droite de l'encéphale contient tous les éléments kinésodiques des membres gauches et de la moitié gauche de la face, qu'elle renferme aussi les conducteurs æsthésodiques ou centripètes montant de ces mêmes parties vers l'hémisphère droit ; il est donc certain par cela même qu'une lésion unique des régions encéphaliques droites peut supprimer le mouvement et la sensibilité dans tout le côté gauche du corps.

Où doit siéger cette lésion unique, pour qu'elle ait pu produire *au même moment* ces effets complexes ? La réponse est ici moins malaisée que dans beaucoup d'autres cas, et c'est précisément pour cela que ce fait clinique, qui est vraiment un type du genre, m'a paru une occasion favorable pour vous faire connaître ma méthode, et vous en faire apprécier la supériorité. — Puisque tous les symptômes sont à gauche, que le côté droit ne présente aucun désordre ni dans la motilité ni dans la sensibilité, la lésion droite de l'encéphale est nécessairement située au dessus de l'entrecroisement des pyramides, c'est-à-dire au delà du bulbe ; et en outre elle est au-dessus et au delà du lieu d'entrecroisement des nerfs de la septième et de la cinquième paire, et cela pour deux raisons ; 1° parce que les fonctions de ces nerfs sont parfaitement intactes dans la moitié droite de la face ; 2° parce que la paralysie dont ils sont frappés à gauche a tous les caractères des paralysies dites centrales ; dans la sphère du facial, les branches

profondes ne sont pas affectées, le mouvement réflexe du clignement persiste ; pour le trijumeau la paralysie est plus incomplète, plus partielle encore ; la cause paralysante n'a donc certainement pas atteint les cordons nerveux eux-mêmes, elle ne peut porter que sur les éléments qui relient indirectement les noyaux d'origine à l'hémisphère opposé, c'est-à-dire sur les faisceaux centraux des nerfs. Pour ces raisons déduites des caractères que présentent les paralysies faciales, la lésion, je le répète, n'est pas seulement au delà du bulbe, elle est au delà du point où est achevée la décussation du facial et du trijumeau gauche ; elle est donc au delà du bord antérieur de la moitié droite de la protubérance.

A partir de ce point des régions diverses se présentent à nous ; et d'abord le pédoncule cérébral doit nous arrêter un moment ; il est bien certain qu'une lésion de ce pédoncule peut déterminer tous les désordres de mouvement et de sensibilité que nous trouvons chez cette femme, puisque cet organe représente, en un faisceau condensé, la totalité des éléments qui unissent l'hémisphère droit aux nerfs gauches. Mais pour qu'une lésion pédonculaire puisse produire de semblables effets, il faut qu'elle soit profonde et qu'elle intéresse au moins l'étage inférieur et l'étage moyen du pédoncule ; or, dans ce cas je ne vois pas comment le nerf de la troisième paire échapperait à l'altération, et puisqu'il n'existe chez notre malade aucun signe de paralysie de l'oculo-moteur commun, je suis obligé de repousser cette localisation. — La lésion siégerait-elle dans l'hémisphère droit lui-même ? je ne puis l'admettre davantage. Les hémisphères sont les régions tolérantes par excellence ; pour qu'une