

dans les apoplexies sanguines, avec complication d'encéphalite.

Nous rappellerons, en terminant, la fréquence et la variété des douleurs dans les névroses, épilepsie, hystérie. L'aura de ces affections, quand elle existe, est toujours une douleur qui part d'un point éloigné des centres nerveux, d'une blessure, d'une cicatrice, etc. L'invasion de la rage, du tétanos, est précédée de douleur dans la blessure, etc.

En résumé, les douleurs qui siègent loin de la tête ou du rachis, et qui ne s'expliquent par aucune cause locale, ni par une altération du sang, un état cachectique, doivent être rapportées à une affection du système nerveux central; quoique sans caractères importants par elles-mêmes, si l'on excepte les douleurs fulgurantes de l'ataxie, elles doivent toujours fixer l'attention du médecin.

IV. — DIMINUTION ET PERTE DE LA SENSIBILITÉ, INSENSIBILITÉ, ANESTHÉSIE, ANALGÉSIE.

Les recherches de Beau (1) établissent qu'il existe deux espèces de sensibilité dans la peau et dans les membranes muqueuses voisines des orifices naturels: l'une est la sensibilité au tact, l'autre la sensibilité à la douleur. La première a pour objet de faire apprécier le contact ou les impressions de différents ordres des corps extérieurs; c'est à l'aide de cette sensibilité qu'on perçoit la résistance, la forme, l'état de la surface des corps; la seconde espèce de sensibilité est celle qui a pour but de nous faire connaître les impressions nuisibles et douloureuses produites par les différents agents qui nous entourent; c'est par elle que l'on sent la piqure, le pincement, la torsion, etc. Ces deux espèces de sensibilité sont tellement distinctes, qu'elles peuvent être isolées. Quelques-uns des tissus profonds de l'économie ne possèdent que la seconde; les ligaments, par exemple, incapables de sentir le simple contact des corps extérieurs et d'en apprécier les qualités, sont cependant fortement influencés par le tiraillement et deviennent assez douloureux. La peau jouit, au contraire, des deux propriétés

(1) Beau, *Archives générales de médecine*, 1848.

sensitives; or, dans l'état morbide, il peut se faire qu'elle perde l'une d'elles ou toutes les deux à la fois, et il en résulte alors des phénomènes particuliers qu'on doit consulter à titre de symptômes (1).

La peau peut perdre la sensibilité à la douleur sans perdre la propriété du toucher. On s'assure de ce fait en touchant d'abord la peau et ensuite en la piquant, la pinçant, la tirillant, etc.; les malades disent alors qu'ils sentent

(1) [[Les études de physiologie pathologique ont conduit quelques auteurs à admettre l'existence de plus de deux espèces de sensibilité. Ainsi M. Brown-Sequard établit que, outre la sensibilité au tact et à la douleur, il existe une sensibilité spéciale à la température, une autre au chatouillement, et une autre enfin particulière aux muscles et qui permet d'apprécier leur état de contraction ou de relâchement; cette dernière n'est autre que le *sens musculaire*, dont il sera question plus loin dans le cours de cet article. Ce savant physiologiste croit même à l'existence dans la moelle de voies distinctes pour la transmission des diverses sensations de contact, de douleur, de température, de chatouillement et du sens musculaire, et il indique le trajet de ces diverses voies; en outre, les conducteurs des quatre premières espèces d'impressions sensitives subiraient un entre-croisement dans la moelle épinière; au contraire, les conducteurs servant au sens musculaire ne s'entre-croiseraient pas dans la moelle, pas plus que les conducteurs des ordres de la volonté aux muscles.

A l'appui de cette dernière proposition, M. Brown-Sequard a rapporté des observations de maladies de la moelle, occupant un seul côté de cet organe, dans lesquelles on observe, du côté correspondant à la lésion, une paralysie du mouvement avec conservation ou même hyperesthésie des diverses sensations à l'exception du sens musculaire qui est aboli, tandis que, du côté opposé à la lésion, on trouve une anesthésie de ces sensations, sauf le sens musculaire qui est conservé.

M. Vulpian a fait quelques réserves sur l'existence de voies distinctes pour la transmission des diverses impressions; il se montre cependant moins éloigné d'admettre, d'après les faits de M. Brown-Sequard, que les conducteurs de la sensibilité musculaire suivent dans la moelle un trajet direct, tandis que ceux des autres sensibilités seraient croisés.

Quoi qu'il en soit, la conclusion pratique à tirer de ce qui précède, c'est ce qu'il ne faut pas se borner à rechercher comment les malades ressentent le contact et la douleur, mais qu'on doit examiner aussi comment sont perçus le chatouillement et la température, et quel est l'état du sens musculaire. On verra souvent une ou plusieurs de ces sensibilités altérées à l'exclusion des autres; et bien que, dans l'état actuel de nos connaissances, il ne soit pas toujours possible de fixer la valeur diagnostique de ces particularités, il est du moins intéressant de les connaître.

Consulter: Brown-Sequard, *Archives de physiologie*, 1863; 1868, p. 610 et 716; 1869, p. 236 et 693. — Vulpian, *Leçons sur la physiologie du système nerveux*. Paris, 1866, p. 377.]]

bien qu'on les touche, qu'on agit sur leur peau, ils sentent même bien qu'on les pique et qu'on les pince, mais ils n'éprouvent aucune sensation douloureuse. Nous comparons ce phénomène à celui qui se passe dans la congélation commençante, dans l'ivresse, dans l'action du chloroforme, dans la contusion ou la compression des nerfs (exemple : contusion du nerf cubital au coude). Si l'on plonge pendant quelque temps un doigt dans la glace, il se refroidit et pâlit, puis devient momentanément insensible à la douleur, sans avoir perdu pour cela la faculté tactile. Avant le sommeil produit par le chloroforme, la surface du corps devient à peu près insensible à la douleur (engourdissement chloroformique). Le même phénomène se remarque aussi dans l'ivresse : tout le monde est témoin de l'indifférence avec laquelle les ivrognes reçoivent des blessures. Nous avons une fois, à l'Hôtel-Dieu, pratiqué une suture de la peau chez un homme ivre qui venait de faire une chute sur une bouteille cassée, et qui s'était fait à la cuisse une plaie de deux centimètres environ de longueur; le blessé ne s'aperçut pas de l'introduction des épingles dans la peau, et il quitta l'hôpital immédiatement après le pansement. Tous ces exemples montrent que la peau peut perdre la sensibilité à la douleur sans avoir perdu sa propriété tactile.

Nous ne croyons pas que le contraire ait jamais été observé. Quand la sensibilité du tact est abolie, l'autre espèce est également détruite; au moins nous n'avons jamais observé d'exemple du contraire.

Dans l'état morbide, cette double faculté peut être diminuée ou détruite. La perte de la sensibilité au tact a reçu le nom de *paralysie de la sensibilité* ou *anesthésie*; celle de la sensibilité à la douleur a reçu celui d'*analgesie* (Beau), et nous ne pouvons que conserver cette distinction très-ingénieuse et très-réelle. Seulement nous décrirons simultanément ces deux paralysies, et nous ferons, en quelque sorte parallèlement, leur histoire pathologique, à cause des nombreux points de contact qu'elles ont entre elles.

L'*anesthésie* proprement dite, qui a été connue de tous les temps, est beaucoup plus rare que l'*analgesie*, et elle a différents degrés. Quelquefois elle est absolue, à tel point que les malades ne sentent absolument pas le contact des corps. Le professeur Bérard citait, dans ses cours, l'exem-

ple d'un homme affecté d'une lésion du rameau mentonnier de la cinquième paire, et qui avait si complètement perdu la sensibilité de la lèvre inférieure, qu'en buvant il croyait toujours que le verre dont il se servait était ébréché dans le point où il touchait cette lèvre. D'autres fois, la sensibilité est seulement obtuse; quand c'est aux pieds, les malades ne sentent pas bien le sol en marchant, ils croient marcher sur du coton, sur quelque chose d'élastique; pieds nus, ils ne distingueraient pas le carreau d'un parquet de bois. Si la paralysie siège aux mains, ils saisissent mal les objets, les lâchent croyant les serrer, n'en distinguent ni la forme ni les caractères physiques. Si l'insensibilité occupe le tronc, les jambes, les bras, on ne s'en aperçoit qu'en touchant, en pressant les parties ou en promenant les doigts légèrement à la surface et en comparant le degré de finesse du tact avec celui du côté opposé et symétrique du corps. Mais en général la plupart des malades remarquent assez bien qu'ils sont privés de cette espèce de sensibilité, tandis qu'il n'y en a presque pas un qui remarque spontanément l'existence de l'*analgesie* proprement dite.

Cette espèce de paralysie est extrêmement variable pour le siège, l'existence, la fixité, etc.

On appelle *analgesie* l'insensibilité à la douleur. Les malades, ainsi que nous l'avons dit, ne la remarquent pas et, par conséquent ne l'accusent presque jamais spontanément, et la plupart sont fort surpris quand on leur fait observer qu'une portion plus ou moins étendue de leur corps n'est plus impressionnable à la douleur.

On constate l'*analgesie* en piquant la peau avec une épingle, en la pinçant légèrement, en la tordant, ou enfin en tirant les productions pileuses qui peuvent s'y trouver; on peut aussi cautériser la peau, y faire naître des phlyctènes sans occasionner de douleur (Henrot) (1); pour les muqueuses, il suffit de les toucher simplement avec les doigts, avec les barbes d'une plume, etc.

L'*analgesie* est souvent fort peu étendue; nous l'avons vue limitée à seul doigt, à une étendue de la peau qu'on pouvait couvrir avec une pièce de monnaie, de sorte qu'il faut de la patience et un examen minutieux pour la découvrir;

(1) Henrot, *Thèse*, Paris 1847.

pendant la décroissance de la sensibilité se fait suivant certaines lois qui rendent les explorations moins difficiles. M. Beau a remarqué que l'analgésie débute de préférence par les membres et surtout par les avant-bras; qu'elle est toujours plus prononcée vers leur partie postérieure qu'à leur partie antérieure, et qu'on est à peu près certain de la trouver dans le premier siège quand elle existe dans le second, sans que la réciproque soit vraie cependant; elle est aussi fort commune sur le devant de la poitrine, à l'épigastre; mais alors on la trouve presque toujours aux avant-bras. Chez d'autres malades, l'analgésie est hémiplegique et très-fréquemment elle siège au côté gauche du corps: M. Briquet donne la proportion de 70 à 20 (1). Enfin il est rare qu'elle existe sur les muqueuses sans occuper une étendue plus ou moins grande de la peau.

On a observé encore une autre variété d'insensibilité signalée en ces termes par M. le docteur Henrot: « Si l'on ferme les yeux du malade, on peut placer ses membres dans tous les sens, et il n'est aucunement averti des nouvelles positions qu'on leur donne; on peut les tordre violemment dans tous les sens, le malade ne s'en aperçoit nullement. » Il existe, dans ces faits extraordinaires et fort rares, une complexité que l'auteur n'a pas assez remarquée. En effet, la peau n'est pas seulement frappée d'anesthésie et d'analgésie, mais encore les muscles ont perdu la sensation de leur propre contraction. MM. Landry (2), Duchenne de Boulogne (3), ont étudié dans ces derniers temps ce singulier phénomène. Ils ont reconnu dans les muscles une faculté nouvelle, *conscience musculaire, aptitude motrice indépendante de la vue*, qui se rapproche beaucoup de celle que Gerdy nommait *sensation d'activité musculaire*, et Ch. Bell, *sens musculaire*. En vertu de cette faculté, les muscles peuvent, sous l'influence de la volonté, exécuter les mouvements qui leur sont propres, et ils ont tout seuls, localement, et sans le concours d'un autre organe, la sensation du mouvement qu'ils opèrent. Mais, lorsqu'ils ont perdu leur *conscience*, ils ne peuvent

(1) Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, p. 278. Paris, 1859.

(2) Landry, *Traité des paralysies*, 1859.

(3) Duchenne de Boulogne, *De l'électrisation localisée*, p. 782. 3^e édit. Paris, 1872.

plus exécuter un seul mouvement sans l'intervention de la vue. Alors, si l'on fait fermer les yeux au malade, il ne peut plus contracter les muscles affectés, ou bien il exécute des mouvements irréguliers; si les yeux sont ouverts, au contraire, le malade, en regardant ses membres, peut leur faire accomplir les mouvements les plus variés avec une grande précision. Évidemment, il s'agit, dans ce cas, d'une *anesthésie musculaire*.

[[Ces phénomènes ont été observés et étudiés avec soin par M. Lasègue chez des hystériques (1); ils constituent aussi un des éléments de l'ataxie locomotrice. (Voy. *Ataxie*.)]]

Les muqueuses principalement affectées sont la conjonctive, la muqueuse des fosses nasales, celle de la langue, de la vulve, du vagin, etc.; dans ces différents sièges l'insensibilité occupe quelquefois une grande étendue, d'autres fois un seul point; et elle y est ou très-légère ou très-prononcée. On peut chez quelques hystériques, par exemple, promener le doigt à la surface d'un des yeux sans causer de douleur, tandis que celui du côté opposé demeure très-sensible; chez d'autres, une partie de la langue peut être percée avec des épingles, déchirée, mordue, sans douleur appréciable.

*Maladies dans lesquelles on rencontre l'insensibilité. —
Valeur diagnostique.*

L'anesthésie et l'analgésie peuvent exister simultanément ou isolément. Quand on rencontre l'un ou l'autre phénomène ou tous les deux, on doit en rechercher la cause dans l'une des influences que voici: les maladies propres de la membrane où l'insensibilité existe, une affection des nerfs, une névrose, une maladie du cerveau ou de la moelle, un empoisonnement, une affection du tube digestif.

Maladies de la peau.— Dans la *lèpre tuberculeuse*, éléphantiasis des Grecs, la peau devient insensible à l'époque de la formation des taches fauves et des phlyctènes qui sont, en quelque sorte, les phénomènes d'invasion du mal. Cette in-

(1) Lasègue, *Archives gén. de méd.*, 1864.

sensibilité, bornée d'abord à la base des taches, ne tarde pas à s'étendre sur la peau saine et à se réunir avec d'autres points d'anesthésie; de sorte qu'au bout d'un certain temps les malades ont la peau comme engourdie, dans une étendue quelquefois considérable. Le même phénomène se remarque sur les tubercules et dans tous les points où la peau est tuméfiée. La même chose se voit aussi sur les muqueuses, aux yeux, aux lèvres, dans l'intérieur de la bouche. Bielt, M. Cazenave, considèrent ce phénomène comme très-précieux pour le diagnostic; nous avons, pour notre part, vu M. Cazenave annoncer, d'après ce caractère, le développement prochain de tubercules éléphantiaques, et son pronostic n'a pas tardé à être réalisé.

La *zona* laisse à sa suite une insensibilité de longue durée, qui s'accompagne aussi de douleurs vives et profondes.

On voit enfin cette anesthésie à la suite et dans le cours de beaucoup d'affections aiguës et chroniques de la peau, telles que le *lichen*, les *pemphigus*, l'*érysipèle* (Andral, t. V, p. 335). Dans ces cas, la cause étant toute locale, c'est-à-dire consistant en une lésion matérielle appréciable de la membrane, on n'aura pas besoin de rechercher ailleurs la cause de l'insensibilité.

Nous mentionnons ici l'*acrodynie*, sans pouvoir donner des détails précis sur la nature de l'insensibilité dans cette singulière affection. On sait que, dans cette maladie, qui précéda de quelque temps le choléra de 1832, et qui depuis n'a pas reparu, les malades ressentaient dans les pieds et les mains des douleurs vives et lancinantes, accompagnées ou non d'érythème, et qu'il survenait ensuite une desquamation de l'épiderme et une insensibilité plus ou moins profonde et de longue durée.

Affections des troncs nerveux. — A la suite de la commotion, de la contusion des nerfs, de lésions développées sur leur trajet ou dans leur névrilème, à la suite de névrites, de névralgies, on voit souvent la peau perdre sa sensibilité d'une manière plus ou moins complète. Nous rappelons la commotion locale qui suit les coups de feu, l'engourdissement qu'on éprouve quand on frappe violemment avec la main sur un corps résistant, celui qui suit les douleurs de névralgies, etc. Cette insensibilité est locale, permanente,

décroissante, sans lésion appréciable à la peau, et accompagnée d'autres phénomènes qui établissent clairement qu'un tronc nerveux a été lésé.

Névroses. — *Épilepsie.* Jusqu'à présent on n'a fait aucune recherche digne d'attention sur l'état de sensibilité chez les épileptiques; nous croyons, mais ce n'est qu'une simple opinion, qu'en général la sensibilité est peu altérée dans cette affection. Pourtant, il y a peu de temps, nous avons eu l'occasion d'observer une exception à ce que nous croyons être la règle. Un homme de cinquante ans, après une attaque épileptique, a présenté une analgésie et une diminution prononcée de la force musculaire dans la moitié gauche du corps; cet accident n'a duré que deux jours. — Nous devons rappeler que, durant l'attaque, la perte de la sensibilité est si absolue que des malades tombent dans le feu et se brûlent, se carbonisent une partie du corps sans le sentir; tout le monde connaît le fait de cet épileptique qui tomba la tête dans un foyer ardent, et eut une nécrose qui entraîna la chute d'une partie de la voûte du crâne; le malade survécut à cet effroyable accident. M. Bouchut cite un cas analogue (1).

Hystérie. Indiquée vaguement par beaucoup d'auteurs, la perte de la sensibilité dans l'hystérie a été étudiée complètement par M. Gendrin (1846). Dans ces premières recherches, ce symptôme est désigné sous le nom d'*anesthésie* et considéré comme un phénomène permanent et succédant aux attaques. Les recherches plus récentes, appartenant à MM. Beau, Briquet (2), Bezançon, et un peu à tout le monde, il faut le dire, doivent modifier légèrement les résultats de M. Gendrin, sans leur ôter leur importance et leur nouveauté. En effet, la perte de la sensibilité dans l'hystérie est, dans la grande majorité des cas, une analgésie, et non une anesthésie, et elle n'est pas nécessairement liée aux attaques convulsives. Quoi qu'il en soit de cette question, voici ce qu'il y a d'essentiel à savoir à ce sujet.

Il y a au moins deux formes d'hystérie: l'hystérie con-

(1) Bouchut, *Nouveaux Éléments de pathologie générale*. Paris, 1837, p. 801.

(2) Briquet, *Union médicale*. Paris, 1838.

vulsive et l'hystérie simple, qui ne se traduit que par de légers spasmes, et qu'on pourrait, avec Pomme, appeler l'hystérie *vaporeuse*. Dans l'une et dans l'autre forme, la perte de la sensibilité se remarque, et elle est parfaitement indépendante des convulsions cloniques ou attaques de nerfs. Cette perte de sensibilité consiste en une analgésie ; quelquefois, mais très-rarement, il y a de l'anesthésie véritable. Les malades conservent ordinairement la sensibilité tactile, mais, si on les pique, si l'on enfonce des aiguilles dans la peau, dans les muscles, elles ne ressentent pas de douleur ; les muqueuses sont aussi insensibles, soit à leurs excitants naturels, soit surtout aux impressions douloureuses ; on peut promener le doigt sur la surface de la conjonctive sans que les malades en souffrent, et sans qu'elles exécutent le mouvement de clignement ; quelquefois cependant la cornée est aussi impressionnable que dans l'état naturel ; on peut titiller les fosses nasales, le conduit auditif avec une plume, sans provoquer de sensation désagréable ; introduire le doigt jusqu'à l'isthme du gosier sans déterminer le vomissement ; le vagin, le rectum, l'urètre, peuvent être devenus insensibles de la même manière ; la vessie perd quelquefois sa sensibilité spéciale, et les malades ne ressentant plus le besoin d'uriner, on est obligé de les sonder ; chez d'autres, le coït ne produit plus aucune impression agréable. Les organes des sens s'affectent également, mais moins souvent que la peau ; on observe alors une diminution de l'ouïe, du goût, de l'odorat, de la vue, diminution dont les malades ne se doutent pas ; l'affaiblissement de la vue d'un seul œil, affaiblissement qui va quelquefois jusqu'à l'amaurose complète (Bezançon). L'insensibilité n'est jamais générale ; le plus souvent elle n'occupe que quelques points de la peau et des muqueuses, et presque toujours des points de la moitié gauche du corps. Dans la majorité des cas, elle occupe la moitié gauche de la face et l'œil correspondant, le haut de la poitrine, l'épaule, quelquefois le bras et la main ; elle est rare au tronc, et surtout aux membres inférieurs.

L'analgésie hystérique est de longue durée, permanente ; mais ce dernier caractère est difficile à apprécier, parce que les malades ne se doutent pas, le plus ordinairement, de la perte de la sensibilité dont elles sont affectées ; elles ne s'en aperçoivent que quand elle siège aux doigts, parce

qu'elles remarquent qu'elles peuvent, en cousant, se piquer impunément à une main, tandis que l'autre main est douloureusement impressionnée par l'introduction de la pointe d'une aiguille.

Ce phénomène est cependant sujet à se modifier, soit dans son siège, soit dans son étendue. Il y a des jours où les malades éprouvent plus de malaise que de coutume ; on est à peu près certain de trouver alors l'analgésie plus étendue ou plus marquée que les jours précédents. Le traitement par les toniques, les opiacés et l'électricité (Briquet, Duchenne) la fait disparaître aussi d'une manière lente, graduelle et quelquefois complète.

Cet accident n'empêche pas les malades de ressentir des douleurs vagues, des élancements, des névralgies dans les points insensibles eux-mêmes ou ailleurs, et de présenter tous les autres phénomènes hystériques plus ou moins prononcés.

Quand on rencontre ces phénomènes d'insensibilité chez une femme qui présente de la douleur épigastrique et dorsale, des points douloureux vagues, une céphalalgie habituelle, des syncopes, le sentiment d'étranglement à la gorge, qui pleure, sanglote ou rit sans motif ; lorsque, enfin, ces accidents succèdent à quelque émotion, à des chagrins, on peut considérer la femme comme bien et dument hystérique (Bezançon), sans qu'il soit nécessaire d'attendre, pour se prononcer, l'apparition des attaques convulsives ; et l'on ne serait nullement fondé à croire à l'existence d'une affection matérielle des centres nerveux.

Nous n'avons pas remarqué de changements dans la sensibilité chez les *choréiques*, et nous n'avons pas eu d'occasion d'étudier sous ce point de vue le *tétanos*, la *rage*, etc.

[[**Maladies de la moelle.** — L'anesthésie est un symptôme très-commun des maladies de la moelle, et cela s'explique facilement par cette considération que la moelle est l'organe de transmission de toutes les impressions sensitives qui viennent des membres et du tronc, et que les altérations de cet organe devront toutes compromettre plus ou moins cette transmission. La substance grise de la moelle paraît être la voie principale, peut-être même ex-

clusive, que suivent les sensations (Brown-Sequard, Vulpian); c'est donc particulièrement dans les lésions de la substance grise qu'on doit s'attendre à trouver des anesthésies.

Dans la *myélite aiguë*, après les quelques phénomènes d'excitation de la sensibilité qui marquent le début de la maladie (fourmillements, pincements, etc.), on voit bientôt survenir une anesthésie qui ne tarde pas à être complète et absolue, occupant toute la partie du corps située au-dessous de la lésion et intéressant à la fois tous les modes de sensibilité. Dans la *myélite partielle subaiguë* ou chronique, la sensibilité peut n'être pas complètement abolie, lorsque l'axe gris de la moelle n'est pas détruit dans sa totalité; mais on observe souvent des troubles sur lesquels M. Charcot a insisté: les sensations de contact, de température, sont mal perçues ou même supprimées; quant aux sensations douloureuses, à celles, par exemple, que provoque le pincement, elles sont souvent rapportées par le malade ailleurs qu'au point excité, quelquefois même très-loin et jusque dans le membre opposé; en outre la sensation est retardée, elle peut n'apparaître que trente secondes après l'excitation (Romberg, Charcot). Ces erreurs de lieu, si l'on peut ainsi dire, et ces retards dans les sensations appartiennent en propre aux maladies de la moelle; mais ils ne sont pas spéciaux à la myélite, on peut les rencontrer aussi dans les compressions de la moelle.

Dans l'*ataxie locomotrice progressive* (sclérose spinale postérieure), l'anesthésie existe quand la lésion s'est propagée à la substance grise ou aux racines postérieures, ce qui n'est pas rare. Mais, en dehors du trouble se rapportant aux sensations de contact, de douleur, de température, ce qu'on observe fréquemment dans cette maladie, c'est l'abolition du sens musculaire qui donne lieu à des troubles sur lesquels nous reviendrons ailleurs. (Voy. *Ataxie*.)

La *compression de la moelle*, dont nous avons énuméré les causes ailleurs, peut donner lieu à une anesthésie complète, quand la moelle est détruite dans une partie de son étendue; plus souvent elle amène ces troubles singuliers de la sensibilité que nous venons de signaler à propos des myélites partielles. — Lorsque la compression ne porte que sur une moitié latérale de la moelle, la sensibilité présente des désordres complexes dont M. Brown-Sequard a

bien développé les particularités: par suite de l'entre-croisement des fibres sensitives dans toute la hauteur de la moelle épinière, on trouve d'abord une zone d'anesthésie du côté de la lésion et ayant la même hauteur que celle-ci, puis une anesthésie du côté opposé à la lésion et occupant toutes les parties situées au-dessous d'elle; il existe en outre une paralysie du mouvement du même côté que la tumeur dans les parties situées au-dessous de la lésion. En somme, la destruction d'une moitié latérale de la moelle dans une certaine étendue produit des troubles dans toutes les parties du corps situées au-dessous d'elle: paralysie du côté correspondant, anesthésie du côté opposé, et en même temps zone d'anesthésie au niveau de la lésion et du même côté. Ces faits sont d'ailleurs assez rares, et nous les avons cités surtout pour donner la clef des désordres de la sensibilité que peuvent entraîner les lésions médullaires.]]

Maladies cérébrales. — Les troubles de la sensibilité sont moins fréquents et moins prononcés dans les lésions de l'*encéphale* qu'on ne serait disposé à le croire.

Dans l'*hémorrhagie cérébrale* forte, les malades perdent tout à la fois l'intelligence, le sentiment et le mouvement; si on les pique, si l'on excite la peau, on ne voit pas de mouvements qui indiquent la persistance de la sensibilité; on peut cautériser, scarifier la peau, sans qu'ils le sentent; des sinapismes ont, dans ces cas, provoqué quelquefois la gangrène de la peau sans que les malades en aient éprouvé de douleur; mais quand ils ont repris connaissance, ils sentent généralement bien. Quelquefois il y a un engourdissement, une obtusion de la sensibilité, mais pas de perte absolue du tact et des impressions douloureuses: cela est si vrai que le pincement, la piqure font exécuter, par une véritable action réflexe de la moelle, des mouvements aux membres, et la figure exprime la souffrance. Dans les attaques moyennes, c'est-à-dire avec retour rapide de l'intelligence, la sensibilité reparait très-promptement, et les parties paralysées sont aussi sensibles, et quelquefois même plus sensibles que celles qui ne sont pas paralysées. L'apoplexie légère, la congestion cérébrale ne troublent que très-passagèrement le sentiment.

Avant l'attaque, les malades éprouvent des engourdisse-

ments, des fourmillements dans quelques points. Un homme, plusieurs mois avant d'être frappé d'apoplexie, éprouvait de temps en temps une perte absolue du sentiment dans quelques points isolés du thorax (1).

Dans la *méningite*, au moins au début, on observe plutôt de l'hypéresthésie.

Dans le *ramollissement*, la sensibilité est profondément troublée; mais ici, par opposition aux névroses, c'est surtout la sensibilité tactile qui est diminuée; les malades ressentent des engourdissements, des fourmillements, du refroidissement dans les membres, surtout aux extrémités; ils saisissent mal les objets et les laissent tomber, non parce que la force leur manque, mais parce qu'ils ne les sentent pas bien; quand ils marchent sur le sol, ils le sentent à peine et ne sauraient dire sur quoi ils s'appuient. Cette altération de la sensibilité occupe principalement les membres, surtout les inférieurs; elle est souvent double et égale des deux côtés, et sujette à se modifier; elle s'accompagne de douleurs passagères, de sensations que nous avons décrites à l'article *Douleurs vagues*.

Ce symptôme est fort souvent un des premiers phénomènes du ramollissement. Il précède de très-longtemps la paralysie, et, lorsque celle-ci survient, il l'accompagne et augmente graduellement avec elle; le plus ordinairement alors, il est borné aux parties paralysées du mouvement, mais cela n'est pas constant. En définitive, c'est un phénomène très-important et assez facile à différencier de l'anesthésie des cas précédents.

L'obtusion graduellement croissante de la sensibilité et son abolition complète sont le résultat de toutes les affections qui se terminent par une *compression du cerveau* (épanchement de sérosité, de pus, etc.). Nous observons en ce moment, dans notre service, une femme qui est affectée des symptômes suivants: difficulté notable dans l'articulation des sons, perte de la mémoire, affaiblissement des membres gauches, amaurose de l'œil gauche; la présence d'une tumeur du périoste à la partie supérieure droite du crâne, la chute des cheveux, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, nous portent à croire que cette femme est sous l'influence de la diathèse syphiliti-

(1) Andral, *Clinique médicale*, p. 355, t. V.

que, et que tous les accidents qu'elle éprouve sont dus à une tumeur de même nature de l'intérieur du crâne; il s'agirait donc d'une compression du cerveau. Chez cette femme, la sensibilité offre un très-grand affaiblissement dans toute l'étendue du corps; la malade sent qu'on la pique, mais elle ne s'en plaint pas et ne fait aucun mouvement qui indique de la douleur.

[[On a noté plus haut que l'anesthésie était un des symptômes fréquents de l'hystérie, et que cette anesthésie présentait quelquefois comme caractère remarquable d'occuper exactement une moitié du corps, d'où le nom d'*hémianesthésie* qui lui a été donné. Nous devons ajouter ici quelques détails sur ce phénomène important dont certains travaux récents et surtout ceux de M. Charcot et de ses élèves (1) ont montré toute la valeur clinique.

L'*hémianesthésie hystérique* est un symptôme assez fréquent, puisque, suivant M. Briquet, il se rencontre 93 fois sur 400; voici en quoi elle consiste: si l'on suppose un plan vertical passant par la ligne médiane du corps, l'anesthésie existe sur tout un côté: tête, face, langue, cou, tronc, bras et jambe. Très-souvent cette perte de la sensibilité porte seulement sur les parties superficielles (tégument externe), mais quelquefois elle envahit aussi les régions profondes (muscles, os, articulations). Tantôt la sensibilité à la douleur est seule abolie, tantôt les autres modes de la sensibilité sont également anéantis. Les membranes muqueuses sont atteintes d'un côté du corps comme le tégument externe. Les organes des sens eux-mêmes sont affectés à un certain degré du côté anesthésié: le goût peut avoir disparu sur la moitié correspondante de la langue; l'odorat et l'ouïe sont émoussés du même côté; enfin la vision est également atteinte dans l'œil correspondant, il existe de l'amblyopie. M. Charcot appelle en outre l'attention sur quelques phénomènes qui accompagnent souvent cette hémianesthésie: ainsi la pâleur et le refroidissement relatifs du côté anesthésié (ces phénomènes, liés à une ischémie plus ou moins permanente, expliquent que des piqûres superficielles ne fournissent pas de sang du côté malade,

(1) Consulter: Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, etc., 2^e édit., t. I, p. 300; Veyssière, Thèse inaug. 1874; Raymond, Thèse inaug. 1876.

comme du côté sain), l'hyperesthésie ovarienne du même côté que l'anesthésie, la parésie ou la contracture des membres, etc. Malgré ses caractères si nets, l'hémianesthésie est un symptôme qu'il faut chercher (Lasèque) : souvent les malades qui en sont atteintes ne se doutent pas de son existence et se montrent très-surpris quand on la leur fait remarquer.

Mais l'hémianesthésie ne se montre pas exclusivement dans l'hystérie, comme le pensait Briquet ; on peut l'observer aussi dans les lésions cérébrales (hémorragie, ramollissement ou tumeur). Or dans ces cas, et c'est là un point très-intéressant que les recherches récentes ont parfaitement mis en lumière, la lésion occupe un point précis de l'encéphale qui a été indiqué par Turck (de Vienne) d'abord, puis avec plus de précision par M. Charcot et par ses élèves : ce point, c'est la partie postérieure du pied de la couronne rayonnante, une partie de la capsule interne. La lésion peut varier quant à sa nature, elle est constante dans son siège ; et ce fait démontre qu'il y a là, dans cette partie de la capsule interne, un faisceau spécial qui contient toutes les fibres sensitives destinées à une moitié du corps. Cette hémianesthésie de cause cérébrale ne diffère pas, par ses caractères cliniques, de l'hémianesthésie hystérique ; elle présente, comme celle-ci, toutes les particularités que nous avons indiquées plus haut. Hâtons-nous d'ajouter qu'elle est rare, exceptionnelle même, eu égard à la fréquence des cas où il existe une hémiplégie sans trouble notable de la sensibilité. L'hémianesthésie est souvent associée à un trouble particulier du mouvement que nous étudierons plus loin sous le nom d'hémichorée.

Enfin l'hémianesthésie a été encore observée chez les saturnins frappés d'hémiplégie saturnine.

Dans tous ces cas, l'hémianesthésie présente les mêmes caractères, ce qui donne à penser qu'elle doit être produite par des lésions sans doute de nature différente, mais ayant probablement le même siège ; et ainsi ce symptôme présente une réelle valeur diagnostique en permettant d'indiquer avec précision le siège de la lésion cérébrale dont il reste ensuite à déterminer la nature.]]

L'insensibilité est un phénomène commun à un grand nombre d'intoxications, soit aiguës, soit chroniques.

Dans le premier degré de l'ivresse, il y a analgésie ordinairement générale ; nous en avons rapporté un exemple plus haut. Dans le second degré, c'est-à-dire dans le *coma alcoolique*, l'insensibilité est absolue et générale. Les individus affectés du *delirium tremens* ont une grande partie de la surface du corps analgésique.

Mêmes phénomènes et dans le même ordre, dans les empoisonnements par l'acide carbonique, le haschisch, les narcotiques et par les préparations de plomb. La description de ces accidents nous entraînerait trop loin.

Notons enfin qu'on a remarqué dans l'empoisonnement par l'arsenic, des points d'anesthésie de la peau, de l'amaurose, la paralysie des organes génitaux (paralysie des fonctions et de la sensibilité spéciale) ; enfin les individus qui guérissent présentent presque tous des paralysies variées du sentiment et du mouvement, lesquelles durent un temps quelquefois considérable.

Enfin les affections du tube digestif, et particulièrement la dyspepsie, l'embarras gastrique, la gastralgie, les fièvres typhoïdes avec état gastrique prononcé, s'accompagnent très-ordinairement, pour ne pas dire toujours, d'une analgésie plus ou moins prononcée. Cette espèce a quelques traits particuliers ; elle occupe de préférence à tout autre siège les deux avant-bras, le devant de la poitrine, et surtout l'épigastre. Beau fait remarquer que la région épigastrique est presque constamment le foyer de cette analgésie, sans doute à cause des rapports intimes de cette région avec l'organe souffrant, l'estomac.

En résumé, l'anesthésie, contrairement aux idées qui ont eu cours dans la science jusqu'à une époque encore très-récente, se montre dans un grand nombre d'affections étrangères aux centres nerveux, et constitue dans les maladies cérébrales un phénomène comparativement rare ; de sorte que, quand on a constaté l'existence de ce symptôme chez un malade, on doit, avant de l'attribuer à une maladie cérébrale, rechercher s'il n'existe pas quelques-unes des nombreuses causes locales ou générales d'insensibilité que nous avons citées. Nous ne craignons pas d'ajouter que, dans la très-grande majorité des cas, on doit penser que l'encéphale est étranger à la maladie.