

fois, mais se bornent quelquefois exclusivement à de l'anesthésie cutanée.

Nous ignorons les propriétés des autres parties de la capsule interne dont il n'est pas fait mention ici. Qu'il nous suffise de signaler l'opinion de CHARCOT qui rapporte les *phénomènes d'excitation posthémiplegique* (hémichorée posthémiplegique, v. y.) à une affection de la partie *la plus reculée* de la capsule interne.

Ganglions centraux (noyau caudé, noyau lenticulaire et thalamus opticus). Avant qu'on eût déterminé la marche précise de la voie pyramidale, on considérait la lésion des ganglions centraux, surtout du noyau caudé et du noyau lenticulaire, comme la cause presque constante de l'hémiplegie cérébrale commune. Cependant les observations actuelles tendent de plus en plus à prouver que l'interruption de la voie pyramidale peut seule provoquer une hémiplegie totale. Les nombreux cas dans lesquels on a découvert comme cause anatomique d'une hémiplegie qui avait existé du vivant du malade, un foyer situé dans les ganglions centraux, s'expliquent tous en admettant que la voie pyramidale dans la traverse de la capsule interne, au voisinage immédiat des ganglions centraux, est directement atteinte par le foyer morbide ou que tout au moins la conductibilité est interceptée dans cette voie par l'action à distance d'un foyer voisin (compression de voisinage, etc.). Conséquemment, nous voyons que les foyers logés dans les ganglions centraux qui entourent la capsule interne, ne provoquent d'ordinaire que des *hémiplegies transitoires*, c'est-à-dire des paralysies qui rétrocedent peu à peu à mesure que l'action à distance des foyers morbides sur la capsule interne va en diminuant. En cas d'*hémiplegie persistante et incurable* il faut croire au contraire, si tant est qu'il s'agisse d'une maladie de cette région, que la voie pyramidale est directement lésée dans son passage à travers la capsule interne. Cette règle semble s'appliquer également à l'hémianesthésie. L'idée qu'on avait autrefois d'attribuer ce phénomène à des foyers situés dans la couche optique, s'explique aisément par le retentissement de la maladie sur la voie sensible qui court à proximité du thalamus opticus, à la partie postérieure de la capsule interne.

Si l'on demande maintenant quels sont les symptômes qui dépendent directement d'une lésion des ganglions centraux, nous ne pouvons pas donner de réponse précise à cette question. Les données de la clinique aussi bien que de l'expérimentation se contredisent beaucoup trop entre elles, et on a trop souvent rencontré des destructions passablement étendues de ces parties qui ne s'étaient traduites par aucun symptôme. Il importe de signaler encore que le *noyau lenticulaire* et le *noyau caudé* peuvent être atteints de ramollissement, sans qu'il ait existé du vivant du malade le moindre vestige

hémiplegique. Il est probable aussi que le *thalamus opticus* n'a absolument rien à faire avec les mouvements volontaires. Mais il semble n'être pas étranger à la *mimique expressive* (BECHTEREW, NOTHNAGEL). On voit quelquefois chez les hémiplegiques que l'un côté de la face est inhabile à tout mouvement volontaire, tandis que sous l'influence d'émotions morales (rire, pleurer) il participe vivement à l'agitation. En ce cas on est autorisé à conclure que le thalamus est exempt de lésion, tandis que, s'il est compromis, l'état contraire se présente, c.-à-d. que la moitié de la face qui lui correspond est susceptible de se mouvoir par l'action de la volonté, mais que les mouvements affectifs la laissent complètement immobile. Parmi les fonctions sensibles du thalamus, il n'y en a qu'une *seule* d'acquise, à savoir la propriété inhérente à la partie postérieure de la couche optique (au *pulvinar*, coussinet) et au *corps genouillé externe*, de conduire centralement les impressions optiques. La destruction de la partie postérieure du thalamus a conséquemment pour effet une *hémianopsie* complète du côté opposé (v. p. 328). Il n'est pas établi, comme on l'a prétendu, que les couches optiques ont encore d'autres connexions avec les voies sensibles. On a observé à diverses reprises des symptômes d'irritation posthémiplegique (chorée posthémiplegique) en cas de foyers situés dans ces couches. Le noyau lenticulaire, d'après les dernières recherches, renfermerait les centres *régulateurs de la chaleur*.

Corpuscules quadrijumeaux et pédoncules cérébraux. Les affections des tubercules quadrijumeaux sont excessivement rares et font presque toujours partie de maladies cérébrales plus ou moins étendues. Ce n'est donc que par exception que sous le rapport diagnostique elles entrent en ligne de compte.

Les *tubercules quadrijumeaux antérieurs* sont incontestablement reliés aux fibres du *nerf optique*. Si les tubercules antérieurs sont détruits *tous les deux*, il s'ensuit inévitablement une *cécité* complète, tandis qu'il faut s'attendre à de l'*hémioptie* quand l'affection est *unilatérale*. Ces deux symptômes sont toutefois d'une interprétation si douteuse que, pris isolément, ils n'autorisent jamais le diagnostic topographique d'une lésion des tubercules quadrijumeaux antérieurs. Au reste, dans toutes les maladies des tubercules quadrijumeaux, c'est la situation du nucléole des nerfs des muscles oculaires, et principalement du *nerf oculo-moteur commun*, qui est surtout à considérer. C'est ce qui explique comment on a observé dans les lésions des tubercules quadrijumeaux, la *paralysie oculo-motrice commune*, uni-ou bilatérale, de même que la *fixité réflexe des pupilles* et le *nystagme*.

Si la maladie se propage au *pédonculé du cerveau*, il peut surgir un com-

BIBLIOTECA

N. Y. V. 11111

plexus de symptômes très caractéristique au point de vue du diagnostic régional, à savoir la paralysie d'un côté du corps (bras, jambe, facial) associée à une *paralysie oculo-motrice croisée* (située de l'autre côté). Un coup d'œil jeté sur la figure 9 (p. 48) rend parfaitement compte de cet état de choses. Un foyer occupant par ex. le côté droit, détruira les fibres oculo-motrices communes droites (III), et donnera lieu par conséquent à une *paralysie oculo-motrice commune du côté droit*, tandis qu'en s'agrandissant suffisamment, il atteindra par là même les fibres pyramidales ρ du pédoncule cérébral droit, ce qui donnera lieu à une *hémiplégié gauche*. Il est admis à priori que des affections de la *calotte des pédoncules cérébraux* doivent entraîner des troubles de la sensibilité. Mais nous ne possédons pas encore assez d'expériences cliniques spéciales sur cette question.

5. Cervelet.

Le cervelet peut être atteint de lésions destructives assez étendues qui pendant la vie du malade ne se révèlent par aucun indice quelconque. Ce sont presque constamment les *lamelles hémisphériques* seules qui sont malades en ces cas. Dès que le lobe central du cervelet, le *vermis*, est profondément atteint, il en résulte presque toujours des symptômes morbides particuliers qui permettent de poser avec suffisamment de certitude le diagnostic d'une affection cérébelleuse.

Deux symptômes caractérisent les maladies du cervelet : une incertitude particulière de la marche (*ataxie cérébelleuse*) et un *état vertigineux* prononcé.

L'*ataxie cérébelleuse* ne se montre qu'au *tronc* et aux *extrémités inférieures*, et notamment lors de la marche et de la station debout. Les malades en étant couchés, savent mouvoir leurs jambes avec une entière liberté et une force normale. Mais dès qu'ils quittent le lit, les troubles moteurs caractéristiques apparaissent aussitôt. Il suffit qu'ils se *tiennent debout* pour qu'ils chancellent et cela surtout quand les talons sont rapprochés l'un de l'autre. En écartant les pieds, ils se donnent un peu plus d'assurance et de stabilité. S'ils ferment les yeux, la vacillation n'augmente généralement *pas*, parce que la sensibilité cutanée et musculaire des extrémités inférieures reste parfaitement intacte dans les affections cérébelleuses non compliquées. La *marche* est incertaine et titubante au plus haut degré et entièrement semblable à celle d'un ivrogne, tout en différant considérablement de la démarche ataxique du tabétique. Au lieu de la succession uniforme des pas pesants et déjetés du tabes, le corps dans l'*ataxie cérébelleuse* se meut par une série de chutes, au point que les malades ne savent à la fin presque plus

avancer en ligne droite, et qu'ils marchent en faisant des zigzags et en chancelant alternativement à droite et à gauche. On remarque quelquefois, mais pas toujours, qu'en marchant le corps vacille de préférence suivant un sens déterminé, en avant ou en arrière ou bien de côté. Il n'y a pas moyen à cette heure de tirer de la direction de cette chute une conclusion quant au siège précis du foyer cérébelleux ; tout au plus pourrait-on présumer que dans un cas semblable les *pédoncules cérébelleux moyens* (v. y.) doivent être compris dans la maladie. Il est digne de remarque qu'à part de rares exceptions, les *bras* ne prennent *aucune* part à l'incertitude des mouvements. Beaucoup de malades qui sont à peine en état de cheminer sans aide, peuvent encore faire les plus fins ouvrages manuels. On voit par là que le cervelet ne contribue réellement qu'au *maintien de l'équilibre* tel qu'il est requis pour la marche et la station debout.

L'*ataxie cérébelleuse*, comme il a été dit, est la plupart du temps accompagnée d'un *sentiment* prononcé de *vertige*. Cependant le parallélisme n'est pas complet entre le vertige et le trouble de la marche. Dans telle circonstance exceptionnelle même, l'un de ces symptômes peut se présenter sans l'autre. D'ordinaire le vertige n'apparaît qu'au moment de la marche ou de la station debout ; très rarement dans le décubitus au lit. Nous manquons encore de connaissances précises concernant son mode de production. Comme le vertige appartient à beaucoup d'affections cérébrales, il n'a de valeur pour le diagnostic d'une maladie du cervelet que pour autant qu'il est très persistant, très accentué et combiné avec le trouble caractéristique de la démarche cérébelleuse.

Nous savons peu de chose des autres symptômes indicatifs d'une affection du cervelet. Une *céphalalgie occipitale* opiniâtre a parfois de l'importance diagnostique, surtout quand elle n'est pas le seul symptôme cérébelleux. Autrement ce symptôme est naturellement trop multicolore pour pouvoir être utilisé en diagnostic, et d'ailleurs le mal de tête dans une affection du cervelet peut, par exception, prédominer aux parties latérales du crâne et au front. Le *vomissement* est d'une signification encore moins certaine ; il se montre en effet dans les maladies chroniques du cervelet (surtout en cas de tumeurs), mais avec non moins de fréquence dans les affections situées partout ailleurs. Les *troubles visuels* qui se rencontrent dans une *proportion si remarquable* en cas de tumeurs cérébelleuses, dépendent incontestablement, non pas directement de la lésion du cervelet, mais du développement de l'*œdème de la papille* (v. tumeurs cérébrales).

Pour finir nous devons ajouter quelques mots encore sur les maladies du *pédoncule cérébelleux moyen* (*crura cerebelli ad pontem*). Nous devons le

BIBLIOTECA
FARMACIA
N. 1111111111

plus souvent rapporter à une irritation de ce dernier, le symptôme particulier qu'on désigne sous le nom de *mouvement impulsif* ou de *position forcée*.

Ce symptôme consiste en ce que les malades, qu'ils jouissent de leur pleine présence d'esprit ou qu'ils soient totalement inconscients, prennent constamment, étant au lit, une attitude latérale déterminée. Si on les met dans une autre position, aussitôt le tronc retourne involontairement dans l'attitude première. Très souvent cette position forcée du corps est associée à une position similaire de la tête et des yeux, tandis que les extrémités sont presque toujours indemnes. On rencontre moins souvent des *mouvements impulsifs* proprement dits. Ceux-ci consistent soit en tournolements du corps sur son axe, soit, si tant est que les malades sachent marcher, en mouvements giratoires forcés « mouvements de manège », etc. Il n'y a pas moyen de décider, d'après la nature spéciale de ces symptômes, lequel des deux pédoncules cérébelleux est atteint d'irritation. Dans quelques affections cérébrales, rares à la vérité, on a pu constater la présence de ces mêmes symptômes, sans que le pédoncule cérébelleux moyen fût lésé d'une façon appréciable.

En vue d'en donner un aperçu raccourci, nous récapitulerons quelques-unes des *règles diagnostiques les plus importantes relatives aux localisations cérébrales*.

1. L'hémiplégie commune est le plus souvent occasionnée par une lésion des voies pyramidales dans le pédicule postérieur de la *capsule interne*. Quand l'hémiplégie persiste, ces voies sont réellement détruites ; quand elle est passagère, elles sont pour un temps frappées d'impuissance par suite du voisinage de foyers morbides.

2. Les *paralysies cérébrales monoplégiques* dépendent ordinairement d'affections de la *couche corticale du cerveau* (circonvolutions centrales et lobule paracentral). La *monoplégie faciale* et *linguale* tient à une lésion de l'extrémité *inférieure* de la circonvolution centrale antérieure. La *monoplégie brachiale* est surtout en rapport avec une affection du tiers moyen de la circonvolution centrale antérieure. La *monoplégie crurale* dénote une lésion du *lobule paracentral*.

3. Les paralysies hémiplégiques ou monoplégiques qui sont accompagnées de *convulsions épileptiformes* unilatérales ou ne se manifestant qu'en une partie déterminée du corps, dépendent presque toujours d'une affection de l'*écorce du cerveau*. Ces mêmes symptômes d'excitation motrice sans accompagnement de paralysie, doivent également être mis au compte d'un état d'irritation des territoires corticaux susdits.

4. L'hémiplégie avec *paralysie oculo-motrice commune croisée* indique une affection des *pédoncules cérébraux*.

5. L'hémiplégie avec *paralysie faciale croisée* dénote avec un haut degré de certitude que le foyer morbide siège dans la *protubérance*.

6. La *chorée posthémiplégique* (v. y.) paraît se rencontrer surtout en cas de maladies en foyer dans le voisinage des couches optiques et de la partie postérieure de la capsule interne.

7. L'hémianesthésie (de la surface cutanée et des organes des sens) dépend surtout, selon toute apparence, d'une affection du *segment postérieur de la capsule interne*.

8. L'hémianopsie (*hémioptie*) peut tenir à une lésion des *lobes occipitaux*, puis probablement à une lésion de la partie postérieure de la *capsule interne* (combinée alors le plus souvent avec de l'hémianesthésie) enfin à une affection du *cousinet des couches optiques* (pulvinar thalami optici), d'un des *tubercules quadrijumeaux* antérieurs et d'une des *bandelettes optiques*.

9. L'aphasie motrice véritable indique une maladie de la *troisième circonvolution frontale gauche*.

10. La *surdité verbale* dépend probablement d'une affection de la *première circonvolution temporale gauche*.

11. Les *troubles du langage articulé* démontrent l'existence d'une maladie de la *moelle allongée*, il en est de même des *troubles de la déglutition*.

12. La *marche titubante* et l'*état vertigineux* sont les symptômes les plus constants des affections *cérébelleuses*. Les *positions forcées* et les *mouvements impulsifs* se rencontrent principalement dans les affections du *pédoncule cérébelleux moyen* (fibres transversales de la protubérance annulaire).

CHAPITRE TROISIÈME.

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

(Apoplexie sanguine.)

Étiologie. La cause productrice de l'hémorragie cérébrale doit toujours être recherchée dans une affection des parois des petites artères encéphaliques. En 1868 CHARCOT et BOUCHARD ont démontré les premiers que dans presque toutes les hémorragies cérébrales on voit sur les artérioles de la substance cérébrale une quantité d'*anévrismes miliaires* dont un, en se rompant, a donné lieu à l'écoulement du sang. Ces anévrismes miliaires dont tous les observateurs subséquents ont confirmé l'existence et la signification, peuvent atteindre un diamètre de 1 Mm et au delà. Ils se montrent