

« égalait celle d'une demi-couronne, et la profondeur, un quart de pouce. Les ventricules contenait plus de sérosité qu'à l'état normal. » La seule indication relative aux troubles sensitifs dans ce cas fut l'absence apparente de perception auditive au début ; mais il est impossible de dire avec certitude si ceci résultait simplement de l'état de stupeur générale du patient, ou de lésions des centres auditifs ; la position des lésions milite toutefois en faveur de cette dernière hypothèse.

Je n'ai pu trouver d'observations de lésions bilatérales des hémisphères dans les parties correspondantes de la région sensitive, où il ne soit survenu des troubles mentaux assez profonds pour rendre impossible la certitude de la présence ou de l'absence de troubles de la sensibilité.

Mais si nous réservons notre attention aux cas que j'ai cités de lésions unilatérales de la région sensitive, et si nous comparons les résultats négatifs concernant la sensibilité, coïncidant avec des lésions lentes ou soudaines de la région sensitive chez l'homme, aux affections de la sensibilité observées et vérifiées par plusieurs physiologistes, comme résultant des lésions corticales analogues produite chez les animaux inférieurs, nous ne pouvons qu'être frappés des différences que nous rencontrons. Pour les expliquer, il nous faut adopter l'une des deux hypothèses suivantes, ou bien, considérant les faits comme également bien prouvés, il nous faut admettre que le parallélisme jusqu'ici existant entre

le cerveau de l'homme et celui du singe et des animaux inférieurs cesse tout à coup, et qu'en ce qui concerne les localisations sensitives, le cerveau humain est autrement construit que celui des animaux inférieurs ; ou bien, si cette hypothèse est considérée comme improbable, il faut croire qu'il n'y a pas latence dans les symptômes qui caractérisent les lésions de la région sensitive chez l'homme, mais qu'il y a des erreurs d'observation.

M. Pitres (1) pense que les fibres sensitives qui se rassemblent dans le tiers postérieur de la capsule interne, au lieu de se distribuer comme les fibres motrices à des régions distinctes de l'écorce, se distribuent indifféremment dans toute la région occipito-sphénoïdale.

Mais ceci ne déplace pas la difficulté, car nous pourrions nous attendre alors à ce que des lésions étendues de cette région fussent suivies d'un affaiblissement général de toutes les facultés sensitives du côté opposé, hypothèse aussi peu soutenue par les faits cliniques que celle des localisations spéciales. Il semblerait étrange, en outre, qu'il y eût une telle différenciation des centres du mouvement et une confusion générale de centres d'organes aussi spéciaux que les organes des sens. Je ne puis donc partager cette opinion à laquelle je ne vois aucun fondement solide. Il n'est pas impossible que les organes des sens soient plus bilatéralement représentés dans chaque hémisphère chez l'homme

(1) *Lésions du centre ovale*, p. 53.

que chez les animaux inférieurs. Les faits d'expérience établissent que cette représentation bilatérale existe à un très haut degré, surtout en ce qui concerne la vue et l'ouïe ; cela suffit pour expliquer l'absence de troubles très notables de ces facultés dans les cas de lésions unilatérales à marche progressive lente. Mais je n'admets pas qu'il soit prouvé qu'il n'existe pas de troubles du tout de la perception ou de la distinction sensitive dans les lésions unilatérales *subites* ou même *chroniques* ; je pense donc que les observations ont été insuffisantes et que ce ne sont pas les symptômes qui ont été latents.

Voici qui peut sembler une accusation exagérée et une manière des plus sommaires d'écarter les difficultés, mais je ne puis m'empêcher d'exprimer combien de fois j'ai été désappointé en lisant nombre de cas de lésions cérébrales, qui eussent pu jeter quelque lumière sur mon sujet, sans jamais trouver une indication d'efforts tentés pour s'assurer de l'état des sens spéciaux. Considérant la manière hâtive dont on agit en pareille circonstance, et les omissions nombreuses de ce genre que nous trouvons dans les observations de nos écrivains, même les plus compétents et les plus minutieux, je ne puis regarder la simple absence de remarque comme preuve de l'absence de symptômes, à moins qu'il ne soit bien prouvé que les divers points ont été entièrement et attentivement étudiés, et l'absence de symptôme établie d'une façon positive. Les faits

cliniques n'ont pas tous le même caractère négatif que ceux que j'ai cités, et, à mon avis, plusieurs d'entre eux ne peuvent s'expliquer d'une manière satisfaisante que par l'hypothèse que j'ai émise.

TROUBLES DE LA VUE

Commençons par la question des troubles visuels dépendant directement de lésions cérébrales. Ici, naturellement, il nous faut éliminer tous les cas où l'affaiblissement ou l'abolition de la vision provient d'altérations secondaires du nerf optique et de la rétine, à la suite de maladie intracrânienne. Par suite, la plupart des cas observés avant la découverte de l'ophthalmoscope et plusieurs autres observés depuis n'ont aucune valeur à notre point de vue spécial. Toutefois, l'observation suivante d'Abercrombie (1) a une valeur spéciale. Je cite textuellement : « L'ef-
« fet de l'inflammation superficielle du cerveau ou
« de ses membranes est bien démontré par un cas
« cité par le D^r Anderson, qui vit la maladie se dé-
« rouler sous ses propres yeux. Un garçon souffrait
« d'une blessure de la tête ; *le pariétal droit* était
« considérablement déprimé, il s'enfonçait à tra-
« vers la dure-mère dans le cerveau. *Le malade était*
« *paralysé du côté gauche et l'œil gauche était insen-*
« *sible.* L'on pratiqua l'ablation de la portion dé-
« primée, la paralysie diminua considérablement
« et l'œil redevint sensible à un degré notable. Trois

(1) *Diseases of the Brain and Spinal Cord.* 2^e édit. 1829.

« jours après l'opération, l'inflammation envahit la
 « blessure de la dure-mère, il y eut tuméfaction
 « considérable, et de suite, le bras et la jambe gau-
 « ches se paralysèrent; des convulsions accompa-
 « gnaient la paralysie; *l'œil gauche redevint insen-*
 « *sible.* Convulsions fréquentes de ces parties
 « pendant plusieurs jours, le côté droit n'étant
 « aucunement affecté; puis la plaie suppura et tous
 « les symptômes disparurent » (p. 121-122). Bien
 que la guérison se soit produite et que l'observation
 soit en conséquence incomplète au point de vue
 anatomique, nous avons évidemment ici un cas de
 lésion corticale bien caractérisée; et je pense que
 l'on ne peut douter de l'origine analogue (lésion
 corticale) des troubles de l'œil opposé qui suivirent
 la même marche que les symptômes moteurs. Bien
 que l'on n'ait pas donné l'étendue et la position exac-
 tes de la lésion, nous pouvons conclure de ce
 qu'elle siégeait à la région pariétale que la lésion
 envahissait non seulement la région *motrice* corti-
 cale, mais aussi le centre visuel, qui est très voisin
 de cette région située au-dessous de la bosse pariétale
 (fig. 5). A mon avis, ce cas confirme évidemment
 les localisations sensitives que j'ai obtenues par les
 recherches expérimentales, ou du moins, il ne s'ex-
 plique que de cette manière. Le même auteur cite
 un autre cas rapporté par John Bell, où, par suite
 de blessure du crâne, il se fit un épanchement à la
 surface du cerveau qui nécessita l'application répétée
 du trépan. Des poussées inflammatoires locales,

avec suppuration, se produisirent de temps à autre,
 dans l'hémisphère gauche, à la suite de la trépana-
 tion. Ces poussées s'accompagnaient de vision
 double quand elles occupaient la partie antérieure,
 « mais quand elles étaient en arrière, il n'y avait
 « pas double vision, mais la vision était telle
 « qu'une bougie semblait entourée d'une auréole
 « (p. 122).

Je cite ce cas surtout parce qu'il s'accorde avec
 les observations de Hughlings-Jackson déjà citées,
 relatives à l'association fréquente des illusions opti-
 ques, de la vision colorée, etc., avec les maladies
 des lobes postérieurs. Ces spectres sont la contre-
 partie des décharges motrices provoquées par des
 lésions irritantes du centre moteur. Il est tout à fait
 concordant avec la localisation du centre visuel dans
 le pli courbe de voir ces phénomènes s'observer sur-
 tout lors des lésions siégeant à la face inférieure
 des hémisphères. Ces décharges sensitives liées à
 l'épilepsie d'origine corticale, qu'elles soient du
 domaine de la vue, ou de l'ouïe, ou du goût, ou
 de l'odorat, etc., doivent, sans aucun doute, être
 considérées comme des lésions d'irritation des centres
 sensitifs, bien que nous n'ayons pas assez de maté-
 riaux pour pouvoir, cliniquement, rapporter une
 forme particulière quelconque de décharge sensitive
 à une lésion spécialement localisable, à moins que
 nous ne considérions la chose comme établie en ce
 qui concerne les illusions optiques. Celles-ci consti-
 tuaient un symptôme remarquable dans un cas de

lésion du pli courbe et de la région voisine, que j'ai citée et discutée dans le *West Riding Reports* (vol. IV, *Pathological Illustrations*, obs. 2). Atkins observe les mêmes phénomènes chez son malade déjà cité. Il n'est pas rare que les centres sensitifs se déchargent ensemble, comme dans une convulsion unilatérale générale, et alors il n'y a pas distinction d'une forme de sensibilité d'une autre. Il y avait de ce fait un bon exemple, bien décrit, dans ce que me racontait un de mes malades, homme fort intelligent, qui me racontait que ses accès épileptiques (petit mal) s'annonçaient par « une horrible odeur de tonnerre vert », ou par quelque autre combinaison non moins étrange de sons, d'odeur et de couleurs mêlés.

Pour en revenir aux troubles visuels liés à des lésions destructives, Bastian a remarqué que souvent, dans les cas de thrombose de la cérébrale postérieure, la vision est altérée du côté où siège la paralysie motrice (1). Il attribue ce phénomène à un état morbide du tractus optique opposé ou du côté opposé des tubercules quadrijumeaux. Mais comme les lésions des tractus optiques sembleraient devoir s'accompagner d'hémiopie bilatérale plutôt que d'amblyopie unilatérale, et comme les lésions des tubercules quadrijumeaux s'accompagnent de symptômes plus compliqués que la simple hémiplégie motrice, il me semble que le trouble de la vision doit être attribué à une perturbation subite du centre visuel.

(1) *Paralysis from Brain-Disease*, p. 113.

Fürstner (1) a rapporté des observations de troubles unilatéraux de la vue, avec un degré plus ou moins considérable de paralysie motrice, dans plusieurs cas de paralysie générale où les régions occipitales et leur voisinage immédiat semblaient plus particulièrement affectés bien que les lésions fussent comme d'habitude plus ou moins diffuses. Ces cas ne peuvent servir à établir des localisations distinctes, mais ils sont d'autant plus importants que, dans chacun d'eux, le trouble visuel était unilatéral et qu'il y avait évidemment pas d'hémiopie bilatérale. Rien à l'ophthalmoscope qui expliquât la cécité. Un autre trait remarquable de ces troubles visuels chez les paralytiques généraux consiste en ce qu'ils étaient rémittents, et même, chez quelques-uns d'entre ces malades, ces troubles disparurent entièrement.

TROUBLES DE L'OUÏE.

A part l'évidence fournie par les décharges auditives et les illusions variées de l'ouïe dans l'épilepsie et d'autres affections cérébrales, je ne puis trouver de faits qui établissent avec certitude l'affaiblissement ou l'abolition de l'ouïe par lésions destructives de l'écorce.

Hughlings-Jackson répète avec insistance qu'il n'a jamais rencontré la surdité en tant que résultat direct de lésions des hémisphères cérébraux.

(1) *Archiv. für Psychiatrie*. Tome VIII, 1877. p. 162.

Mais, bien que nous puissions admettre, — d'accord en ceci avec les faits de physiologie expérimentale, — que la destruction unilatérale des centres de l'ouïe et de la vue ne doit pas amener nécessairement une insensibilité complète ou durable aux excitations optiques ou auditives, il y a certains faits qui tendent à établir que les lésions unilatérales de ces centres peuvent produire ce que nous appelons une cécité ou une surdité *subjective*, ou abolition de la perception et de la distinction visuelles ou auditives. Cet

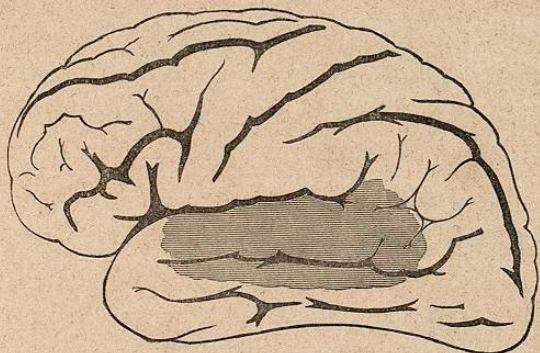


Fig. 57.

état se confond assez souvent avec l'aphasie et peut l'accompagner, mais il peut exister *sans* véritable aphasie. Kussmaul donne à cet état le nom de « cécité des mots » et de « surdité des mots » (*cæcitas et surditas verbalis*.) Ces états peuvent se rencontrer conjointement ou isolés. Dans le premier cas, bien que l'homme puisse parler et écrire, il ne peut traduire des symboles écrits en idées, bien qu'il puisse comprendre les sons articulés; dans l'autre,

il peut lire, bien qu'il ne puisse comprendre les mots parlés; ou bien il ne peut ni l'un ni l'autre.

Dans aucun de ces cas, il n'y a insensibilité vraie de l'œil ni de l'oreille. Dans un cas de surdité des mots, rapporté par Wernicke (1), il y avait, outre une atrophie générale des circonvolutions, un ramollissement embolique *de la première temporo-sphénoïdale gauche et d'une grande partie de la deuxième* (fig. 57). Le centre auditif était donc détruit. Le docteur Broadbent a recueilli une observation très intéressante de cécité subjective ou cécité des mots (2).

Voici comment sont résumés les points principaux : « Après une attaque cérébrale aiguë, « impossibilité absolue de lire les mots écrits ou « imprimés (excepté le propre nom du patient); le « malade pouvait pourtant écrire correctement « sous la dictée, composer et écrire des lettres lorsqu'on l'y aidait un peu. Impossibilité de se rap- « peler le nom des objets, les plus familiers « eux-mêmes, lorsqu'on les lui montrait; toutefois « il causait d'une façon intelligente, employant un « vocabulaire étendu et varié, faisant peu de fautes, « mais oubliant de temps à autre les noms des rues, « des personnes et des objets. » Les lésions primitives, d'où parurent dépendre le ramollissement et l'hémorragie fatale consécutive, étaient deux cail-

(1) *Der aphasische symptom-complex*. 1874. Obs. II.(2) *Cerebral mechanism of Thought and Speech*. *Med. chir. Trans.* LV, 1872.

lots anciens. L'un, de la taille et de la forme d'une amande, était lâchement circonscrit dans le gyrus supramarginal ou circonvolution temporo-sphénoïdale supérieure, au niveau de la jonction du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de la corne descendante. L'autre, que Broadbent regarde comme le plus important et la cause du ramollissement qui entraîna l'hémorragie fatale, était de la grosseur d'un haricot, entouré d'une zone ramollie, situé à l'extrémité supérieure de la scissure du Sylvius, en dehors, au point d'union de la corne descendante

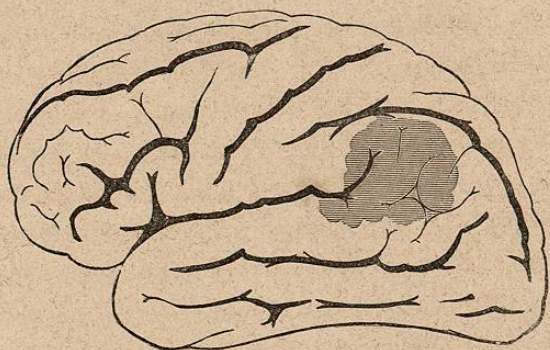


Fig. 58.

avec le corps du ventricule à la face interne (fig. 58). Nous sommes ici dans la région du pli courbe et du lobule supramarginal, l'homologue du centre visuel du singe. Ces cas me semblent concorder avec les opinions que j'ai exprimées autre part, savoir : que les centres sensitifs sont également le substratum de la mémoire et de l'idéation sensitives correspondantes. Dans un de ces cas, celui de Wernicke, où

il y avait lésion du centre auditif, il y avait paralysie de l'idéation auditive; dans l'autre, celui de Broadbent, où la lésion occupait le centre visuel, il y avait paralysie de l'idéation visuelle surtout en ce qui concernait les symboles articulés ou leurs équivalents visibles.

La paralysie de l'idéation visuelle et auditive au point de vue spécial des mots, dans ces cas, s'explique par le fait que la lésion siégeait dans les centres visuels et auditifs de l'hémisphère gauche; nous pouvons supposer qu'il existe entre cet hémisphère et le centre de la parole une connexion organique ou fonctionnelle plus intime à gauche qu'à droite. Mais, en ce qui concerne l'idéation et la distinction sensitives, il n'y a pas de raison pour supposer que l'hémisphère droit est subordonné au gauche, comme c'est la règle pour les mouvements volontaires; car, avec une sensibilité également fine des deux côtés, nous trouvons que, pour les perceptions sensitives délicates, quelques personnes se servent invariablement d'une oreille de préférence à l'autre, et par suite, de l'hémisphère cérébral opposé. Ainsi le même individu se servira de son œil *droit* pour le microscope et de son oreille *gauche* pour ausculter, ce qui, pour nous, signifie que ses centres visuel gauche et auditif droit sont plus spécialement développés et cultivés.

Nous concluons donc que les lésions unilatérales des centres sensitifs ont des effets des plus variés sur l'idéation sensitive, selon que la lésion siège du

côté du centre le plus ou le moins développé. Il n'est donc pas impossible que ce que Hughlings-Jackson nomme « perception défectueuse » soit plus commun dans les lésions des régions sensibles de l'hémisphère droit, si celles-ci sont communément plus cultivées et développées.

Avant de quitter ce sujet, je désirerais citer un cas intéressant rapporté par le docteur Banks (1) de Dublin, où malgré l'absence malheureuse d'autopsie, il y a certains faits relatifs à la question de la possibilité d'une surdité actuelle à la suite d'affections cérébrales. Dans ce cas, après une attaque cérébrale soudaine, sans coma ni paralysie, le patient se trouva incapable de comprendre l'écriture ou les paroles; bien qu'il pût écrire et parler. Il était tout à fait sourd, ne faisant attention à rien de ce qu'on lui disait, ne remarquant pas les bruits, même les plus forts; lui-même faisait allusion à sa surdité. Un jour il dit qu'il ne pouvait ni entendre, ni lire; « il pouvait lire un peu, mais ne comprenait rien à ce qu'il lisait ». Il mourut enfin, avec coma et hémiplegie droite, mais l'autopsie ne put être faite. A moins de supposer, dans ce cas, que le malade était atteint de lésions isolées des deux nerfs acoustiques ou des deux oreilles, coïncidant avec sa lésion cérébrale, nous pouvons voir ici un cas de surdité dépendant directement de maladies cérébrales; malheureusement l'absence d'autopsie fait qu'il est impossible de décider si la lésion était unilatérale ou bilatérale.

TROUBLES DU GOUT ET DE L'ODORAT

Ces troubles, nous l'avons vu, coïncident avec les altérations des autres sens dans l'hémianesthésie cérébrale, mais les troubles de l'odorat seul ou de ces deux sens réunis peuvent se présenter sans autres symptômes sensitifs dans certains cas de lésions cérébrales. En ce qui concerne l'odorat, il semble y avoir un certain désaccord entre ma localisation du centre olfactif et les faits d'hémianesthésie cérébrale. Je trouve que la destruction de la région du subiculum amène l'anosmie du *même côté*; tandis que, dans l'hémianesthésie, l'anosmie affecte *le côté opposé à la lésion cérébrale*. J'ai essayé d'expliquer ceci par ce fait, découvert par Magendie, que l'abolition de la sensibilité générale de la narine par section des branches sensibles de la cinquième paire amène l'anosmie; et, comme dans l'hémianesthésie, la sensibilité de la muqueuse de la narine est abolie, nous y pouvons voir une cause suffisante d'anosmie unilatérale. Je ne vois aucune raison pour douter de la validité de cette explication, mais j'y joindrai une autre considération. Bien que la racine externe du tractus olfactif se puisse suivre directement jusqu'au subiculum du même côté, il n'est pas improbable que la racine interne passe à l'hémisphère opposé avec les autres tractus sensitifs; chaque hémisphère peut être ainsi bilatéralement en rapports avec l'organe de l'odorat. S'il en était ainsi, le trouble partiel de l'odorat