

de nous arrêter un instant : c'est l'*aphasie* ou abolition  $\pm$  complète de la parole.

Ce symptôme peut se produire, essentiellement, de trois manières différentes :

1. Il y a *abolition de la pensée* ; le malade saurait parler, mais il n'a aucune idée à exprimer : c'est l'aphasie par défaut intellectuel ; elle se rencontre dans le coma et dans certaines formes d'aliénation mentale ;

2. Le malade parle, mais très difficilement, en bredouillant ; ce phénomène résulte d'une *paralysie de la moitié de la langue*, et il est accompagné d'ordinaire d'une hémiplégie.

En examinant les planches V, VI et VII, il est facile de s'assurer que s'il y a paralysie de la langue seule, la lésion est probablement périphérique ; s'il y a hémiplégie concomitante, il reste à déterminer si elle est *croisée* ou *du même côté* que la paralysie linguale ; dans le premier cas, la lésion est *bulbaire* et siège entre la décussation des pyramides et celle des fibres qui vont à l'hypoglosse, en M' par exemple (pl. VII) ; dans le second cas, la lésion siège en un point quelconque du trajet de ces dernières, mais au-dessus de leur entre-croisement (pl. VII. E).

3. Le malade ne sait pas parler, ou prononce toujours le même mot par lequel il représente toutes ses idées : c'est l'aphasie proprement dite ; dans ce cas, il y a une *lésion au niveau du centre de localisation de la parole* (3<sup>e</sup> circonvolution frontale gauche, voir pl. VI, III), et la lésion est le plus souvent constituée par un foyer de ramollissement.

Ce phénomène peut exister seul (lésion nettement localisée) ou être accompagné d'hémiplégie droite (lésion  $\pm$  étendue). Voir plus loin les troubles du langage articulé.

#### Paralysies ischémiques

Elles peuvent se produire après la ligature d'un gros tronc artériel se rendant à un membre.

#### Paralysies dyschrasiques

La plus importante est la paralysie saturnine, qui affecte les muscles extenseurs des doigts ; la main est donc pendante, en semi-flexion et en pronation. Dans ce cas, il y a perte de la contractilité électrique et parfois atrophie des muscles.

#### Paralysies fonctionnelles

On les rencontre surtout à la suite de la diphtérie et elles atteignent le plus souvent le voile du palais, le pharynx, les muscles moteurs de l'œil, et parfois même les membres.

Les paralysies fonctionnelles se rencontrent fréquemment aussi dans l'hystérie.

#### 2. Paraplégies.

C'est la paralysie  $\pm$  complète des deux membres inférieurs, compliquée souvent de la paralysie des organes abdominaux et particulièrement du rectum et de la vessie.

Ces symptômes caractérisent une lésion du segment antérieur de la moelle.

Nous avons vu dans notre étude physiologique que c'est cette partie de la moelle qui est chargée de *transmettre* les incitations cérébrales motrices ; il en résulte que l'abolition des mouvements volontaires dans les *membres inférieurs* peut se produire, *quelle que soit la hauteur à laquelle siège* la lésion médullaire, pourvu qu'elle se trouve au-dessous des points d'origine des nerfs du plexus brachial (voir fig. 151). La paraplégie indique donc simplement qu'il y a au-dessous



de la région cervicale un *obstacle à la conduction* des incitations volontaires (si la lésion siègeait plus haut, il y aurait en même temps paralysie des membres *supérieurs*). Pour décider si ce symptôme provient d'une destruction de la moelle lombaire elle-même, ou si la lésion siège plus haut (la moelle lombaire étant intacte), il suffit d'explorer le pouvoir réflexe des membres paralysés : si leur centre médullaire est intact, la motilité réflexe sera considérablement exagérée (pl. VII, 16); si celle-ci est au contraire abolie en même temps que la motilité volontaire, c'est que la moelle est *complètement désorganisée* jusqu'à l'extrémité de la queue de cheval (pl VII, 17).

En dehors des myélites, la paraplégie peut encore se produire à la suite de troubles de la circulation dans la moelle, et dans l'hystérie; dans ces cas, c'est souvent un symptôme passager.

### 3. Hémiplégies.

C'est la paralysie d'une moitié du corps, accompagnée ou non de la paralysie de la face, de la langue, du voile du palais, de la vessie et du rectum.

En nous aidant de la planche VII, il nous sera facile de déterminer quels peuvent être les différents points de départ d'une hémiplégie.

Une lésion détruisant la substance grise des circonvolutions ascendantes d'un hémisphère entraînerait une hémiplégie des membres (par destruction des centres moteurs eux-mêmes), sans lésions du côté de la tête; c'est le cas représenté par *B* (pl. VII, 3).

Ce qui se produit plus fréquemment, c'est une lésion de la capsule interne, intéressant non plus les *centres* moteurs,

mais les *filets conducteurs* de l'incitation motrice (fibres centrifuges); on se rappelle que ces fibres forment le segment antérieur, le genou et les deux tiers antérieurs du segment postérieur. Mais nous avons vu que le tiers postérieur du segment postérieur de la capsule est formé de fibres centripètes, sensibles; il résulte de cela qu'une lésion siègeant dans la capsule entraîne non seulement une diminution de la motilité de la moitié du corps, mais aussi une diminution de la sensibilité dans la même région : il y a *hémianesthésie* et hémiplégie du même côté. Si le segment antérieur est atteint, il y a en même temps que la paralysie des membres hémiplégie faciale (sans paralysie de l'orbiculaire des paupières), et celle-ci se trouve du côté paralysé.

L'hémiplégie peut aussi se produire à la suite d'une lésion de la protubérance; si elle siège au-dessus de la décussation des fibres du facial, il y aura *hémiplégie totale*, mais pas de déviation du globe oculaire, la III<sup>e</sup> paire se trouvant dans le pédoncule. Si elle siège au-dessous de la décussation des fibres du facial (pl. VII, L), il y a *hémiplégie alterne*, la paralysie faciale se trouvant du côté de la lésion.

Enfin, si la lésion atteignait une pyramide au niveau du bulbe, il y aurait hémiplégie sans lésion de la tête ni de la face (les points d'émergence des nerfs crâniens étant restés intacts) (pl. VII, 13).

L'hémiplégie peut se rencontrer, comme toutes les autres formes de paralysies déjà signalées, dans l'hystérie.

4. Les **paralysies disséminées** sont celles qui se distribuent irrégulièrement dans l'organisme; elles correspondent nécessairement à des lésions disséminées.



Nous avons donné quelque développement aux questions précédentes, parce que les considérations que nous avons fait valoir s'appliquent également à la recherche du point de départ d'autres symptômes, tels que les convulsions, les contractures, l'anesthésie, etc.

Avant de terminer l'étude de la paralysie, ajoutons que les muscles paralysés peuvent être mous (*paralysies flasques*), ou rigides (*paralysies spastiques*); celles-ci constituent généralement des phénomènes d'irritation motrice, et ont une signification clinique nettement définie.

Enfin, il est un dernier point qui présente la plus grande importance au point de vue du diagnostic : c'est l'état de la nutrition des muscles atteints de paralysie.

Puisque les cellules ganglionnaires des cornes antérieures de la moelle sont les centres trophiques des nerfs moteurs et des muscles, on peut affirmer que dans toute paralysie non accompagnée d'atrophie musculaire, la lésion siège au-dessus du centre médullaire correspondant aux muscles paralysés, et celui-ci est intact; dans ce cas, les réflexes sont non seulement conservés, mais même augmentés (voir 4° *Pouvoir réflexe*), et la réaction de dégénérescence ne se produit pas (voir 5° *Troubles de nutrition* et *Examen de la contractilité électrique*).

Quand, au contraire, la paralysie est accompagnée d'atrophie musculaire, on peut en conclure que la lésion siège dans le centre médullaire lui-même (qui est détruit), ou en deçà de ce centre (nerfs périphériques ou muscles eux-mêmes); alors, les réflexes sont abolis, et l'on obtient la réaction de dégénérescence.

*c) Ataxie.*

C'est le désordre ou l'incoordination dans les mouvements

volontaires; l'ataxique n'est donc pas paralysé, mais ses mouvements manquent de précision; il éprouve de la difficulté à maintenir l'équilibre dans la marche, et cette difficulté augmente encore lorsqu'il ferme les yeux.

Cette affection provient d'altérations de la sensibilité, mais surtout du défaut de sensibilité musculaire dépendant soit d'une lésion des cordons postérieurs de la moelle (nous avons vu que ces cordons sont les conducteurs de la sensibilité), soit d'une lésion du faisceau cérébelleux direct. Ce symptôme caractérise principalement la *sclérose spinale postérieure* ou ataxie locomotrice progressive.

Lorsque l'ataxie dépend d'une lésion du cervelet, il y a en même temps des vomissements et de la céphalalgie occipitale; de plus, les douleurs fulgurantes font complètement défaut.

On rencontre également l'ataxie dans la *paralysie générale* et dans l'*hystérie*.

*d) Tremblements.*

Ce sont de petites contractions involontaires, régulières ou irrégulières et occupant une partie ± étendue du corps. Le tremblement peut être hémilatéral, ou limité à un membre ou à un groupe de muscles. (Voir ce que nous avons dit de la valeur diagnostique du tremblement, pages 113 et 114.)

*e) Convulsions.*

Ce sont des contractions plus étendues que les tremblements, involontaires comme ces derniers, accompagnées de secousses ± violentes, et produisant un mouvement irrégulier du tronc et des membres. Les convulsions reviennent ordinairement sous forme d'accès séparés par des intervalles ± longs de relâchement et de calme.



Elles sont *cloniques* lorsque les muscles sont alternativement contractés et relâchés ; dans ce cas, les membres sont animés de mouvements successifs et  $\pm$  étendus ;

Elles sont *toniques* lorsque la contraction dure assez longtemps pour imprimer à la partie atteinte une position immobile, une sorte de raideur continue.

Les convulsions résultent toujours d'une excitation anormale de la substance grise centrale.

Cette excitation peut être produite :

1. Par une **lésion organique des centres nerveux** ;

Dans ce groupe, nous rencontrons tout d'abord la méningite aiguë (à la 1<sup>re</sup> période) ; d'après le siège et l'étendue de l'inflammation, les convulsions sont généralisées ou localisées et se présentent dans un ou plusieurs membres, à la face, dans quelque muscles seulement, etc. — Dans la méningite spinale, il y a de véritables contractures.

Beaucoup d'autres affections peuvent exciter la substance grise centrale au point d'amener des convulsions, et, d'après le *mode de distribution* de ces dernières, il est souvent possible de déterminer le siège probable de la lésion. On dirige ses recherches suivant le procédé général que nous avons indiqué à propos des paralysies.

Par suite du grand nombre de fibres réunies en un même point, les lésions du mésocéphale et du bulbe donnent souvent naissance à des convulsions *généralisées*, semblables aux accès d'épilepsie.

Lorsque la cause excitante se trouve dans la partie motrice (régions moyenne et antérieure) de la capsule interne (voir fig. 149 et pl. V), elle provoque des convulsions dans une moitié du corps : c'est l'*hémichorée* ; celle-ci succède souvent à une *hémiplégie*, et elle est parfois accompagnée d'*hémianesthésie* indiquant qu'il y a altération simultanée

de la partie *postérieure* (fibres sensitives) de la capsule interne.

Faisons remarquer que toutes les lésions médullaires localisées qui entraînent la paraplégie *par obstacle à la conduction* (la partie inférieure de la moelle étant donc *intacte*), peuvent aussi s'accompagner de convulsions dans les membres inférieurs ; de ce nombre sont la sclérose en plaques, l'ataxie locomotrice progressive, les myélites transverses, la compression de la moelle par tumeur ou affection quelconque du rachis.

2. L'excitation peut encore être produite par une **altération du sang** ;

Nous citerons l'action de l'alcool, de la strychnine, de la belladone, de l'acide carbonique ; le saturnisme chronique, l'ergotisme convulsif, l'urémie, l'ictère grave, l'éclampsie puerpérale, etc.

3. Enfin, les convulsions se rencontrent dans une classe d'affections dont les causes sont encore peu connues et que l'on a appelées les **névroses convulsives** ; nous signalerons particulièrement : la chorée, l'épilepsie, l'hystérie, le tétanos.

Chez l'enfant, les convulsions résultent plus rarement que chez l'adulte d'une affection centrale ; elles sont souvent un phénomène réflexe déterminé soit par une émotion morale vive, soit par des troubles digestifs, les douleurs de la dentition, la présence de vers intestinaux, etc.

f) **Contractures.**

C'est un état de rigidité permanente affectant un ou plusieurs muscles et accompagné fréquemment de douleurs ; la contracture est une contraction tonique portée à son maximum d'intensité et maintenue dans le même état pendant un temps parfois très long. Elle diffère de la rétraction



musculaire en ce que cette dernière est le résultat non pas d'une contraction, mais d'un raccourcissement définitif, consécutif à une déchirure ou à un traumatisme quelconque du muscle et des tissus voisins; le muscle rétracté n'est plus susceptible de s'allonger; le muscle contracturé peut au contraire revenir à son état normal primitif.

La cause de la contracture siège dans les muscles eux-mêmes, ou dans les filets nerveux périphériques, ou dans les centres nerveux; c'est le *mode de distribution* du phénomène qui fournit les renseignements les plus importants.

Si la contracture affecte un muscle isolé (torticolis, lumbago), c'est probablement le muscle lui-même qui est le siège de la lésion, et celle-ci est d'origine périphérique ou externe. Si elle atteint tous les muscles innervés par une branche nerveuse, c'est sur le trajet de cette dernière qu'il y a lieu de rechercher la cause de l'irritation. Enfin, si la contracture se produit dans un groupe de muscles servant à un travail déterminé<sup>1</sup>, ou dans un membre tout entier, ou dans les deux membres inférieurs, ou dans une moitié du corps, etc., la lésion est probablement d'origine centrale, et l'on procède à l'étude dont il a déjà été question antérieurement.

On voit survenir la contracture dans l'hémorragie cérébrale, le ramollissement cérébral, les myélites, la compression de la moelle, le mal de Pott, la sclérose en plaques (il y a en même temps des *tremblements*), le tabes dorsal spasmodique, la sclérose latérale amyotrophique (il y a en même temps atrophie musculaire), etc.

La contracture des extrémités se rencontre aussi parfois chez les hystériques.

<sup>1</sup> Par exemple, les muscles qui interviennent dans l'action d'écrire, ou de jouer du piano, etc. (Névroses professionnelles de la coordination, telles que la crampe des écrivains, des pianistes, des violonistes, des tailleurs, des télégraphistes, des danseuses, etc.)

La contracture se manifestant dans un certain nombre de muscles, et se prolongeant pendant un temps indéfini, porte le nom de tétanos. Celui-ci se présente sous diverses formes qui sont par ordre de fréquence :

Le *trismus*, ou contracture des muscles de la mâchoire;

L'*opisthotonos*; la contracture siège dans les muscles postérieurs, et le corps se recourbe en arrière;

L'*emprostotonos*; la contracture atteint les muscles antérieurs, et le tronc est courbé en avant;

Le *pleurothotonos*; c'est une contracture qui a pour effet de courber le corps sur un de ses côtés.

### 3° ANOMALIES DE LA SENSIBILITÉ

#### a) Anesthésie.

C'est la diminution ou l'abolition de la sensibilité, et plus particulièrement de la sensibilité tactile. Elle peut provenir de lésions siégeant à la *peau*, dans les *filets nerveux* périphériques, dans les différents *centres nerveux*; enfin, elle peut provenir d'*intoxications* ou résulter de l'*hystérie*.

C'est encore le *mode de distribution* du symptôme qui en fera découvrir l'origine: anesthésie limitée à une région précédemment atteinte d'affection cutanée (zona, érysipèle, etc.); anesthésie correspondant à la surface de distribution d'un nerf; anesthésie affectant de grandes régions, en rapport avec des lésions centrales. Ce dernier cas mérite encore de fixer un instant notre attention.

*La lésion siège dans le cerveau.*

Il arrive parfois, après une hémorragie cérébrale, que la moitié du corps atteinte d'hémiplégie  $\pm$  légère est en même temps le siège d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Le malade laisse tomber les objets légers qu'il a en main, non



pas qu'il n'ait la force de les tenir, mais parce qu'il ne les sent pas; il marche difficilement parce que le contact du sol est imparfait; de plus, la vue, l'odorat, le goût, l'ouïe sont affaiblis dans la moitié correspondante à la lésion: cet ensemble de symptômes indique que la lésion cérébrale atteint le *tiers postérieur du segment postérieur de la capsule interne* (région lenticulo-optique; voir fig. 149 et pl. V et VII).

Lorsqu'il n'y a que des troubles moteurs sans modifications de la sensibilité, la lésion occupe la partie antérieure de la même région.

Dans les lésions localisées de la substance grise, l'anesthésie se rencontre aux points correspondants de la périphérie que nous avons déjà signalés.

*La lésion siège dans la moelle.*

Rappelons d'abord deux faits. Dans la moelle, c'est surtout la substance grise qui conduit les impressions sensibles; la plupart des fibres sensibles, aussitôt qu'elles ont pénétré dans la substance grise centrale, subissent l'*entre-croisement*.

Il en résulte que l'anesthésie d'origine médullaire se produit surtout dans les *lésions de la substance grise*, et, d'autre part, que l'anesthésie siège du côté opposé à la lésion, lorsque celle-ci est unilatérale.

Citons les cas les plus typiques:

1. La lésion occupe toute l'épaisseur de la substance grise, dans une portion déterminée de la moelle rachidienne (myélite aiguë ou chronique, compression de la moelle); les impressions périphériques ne sont plus transmises au cerveau, il y a donc *anesthésie de toute la partie du corps située au-dessous de la limite supérieure de la lésion*; les membres inférieurs sont paralysés, et si leur centre médullaire est

intact, il y a augmentation des réflexes (pl. VII, 16); si le centre est détruit, les réflexes sont abolis (pl. VII, 17).

2. La lésion n'occupe qu'une moitié latérale de la moelle; dans ce cas, il y aura une zone d'anesthésie *du côté de la lésion*, et ayant la même hauteur que celle-ci: cette anesthésie est due à la destruction elle-même de la moelle. En même temps, il y aura anesthésie *du côté opposé à la lésion* (à cause de l'entre-croisement des fibres intramédullaires) et dans toute la partie du corps située au-dessous: cette dernière anesthésie ne provient pas de la destruction de la moelle à son niveau, mais de l'*obstacle à la conduction*, situé plus haut (pl. VII, 15 et fig. 151).

Dans l'ataxie locomotrice progressive, l'anesthésie apparaît lorsque la lésion s'est propagée à la substance grise ou aux racines postérieures; les réflexes sont donc abolis, par défaut de conduction centripète des impressions périphériques.

Quant à l'anesthésie résultant d'une intoxication, elle se distribue d'une manière égale à toute la surface du corps. Elle se produit dans l'absorption de l'acide carbonique, de l'oxyde de carbone; des vapeurs d'éther, de chloroforme, d'amylène; dans l'intoxication alcoolique; par l'absorption des narcotiques; dans le saturnisme; enfin, par l'application générale ou locale (stypage) du froid.

Disons, pour finir, que l'anesthésie caractérise surtout l'hystérie, et que, dans ce cas, elle peut se distribuer de manières très diverses et *simuler toutes les affections centrales*; il y a cependant un certain nombre de signes qui permettent de reconnaître l'existence de cette névrose; on leur a donné le nom de *stigmates de l'hystérie*. Nous croyons utile de les réunir dès à présent en un seul paragraphe.



## STIGMATES DE L'HYSTÉRIE

## A. TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE

## 1. Anesthésie

a) *Intensité*. — Il peut y avoir simplement *diminution* de la sensibilité générale, ou il peut y avoir anesthésie *complète*.

b) *Nature*. — L'anesthésie peut être *totale* et comprendre tous les modes de sensibilité cutanée et profonde :

Perte du *sens musculaire* ;

Perte du *sens articulaire* ;

Perte de la *sensibilité tactile* (anesthésie) ;

Perte de la *sensibilité à la douleur* (analgésie) ;

Perte de la *sensibilité à la température* (thermo-anesthésie) ;

Ou elle peut être *dissociée*, et donner par exemple de l'analgésie ou de la thermo-anesthésie, tandis que la sensibilité tactile est conservée, etc.

c) *Distribution topographique*. — L'anesthésie peut être :

1° Étendue à tout le corps (rare) ;

2° Localisée exactement à une moitié du corps : c'est l'hémi-anesthésie ; cette forme se présente assez souvent et est toujours accompagnée d'anesthésie  $\pm$  complète des organes sensoriels et des muqueuses, du côté correspondant ;

3° Limitée à un segment de membre ou à une région articulaire (anesthésie en gant, en gigot, en bottine, en manchon, etc.) ;

4° Enfin, disposée en plaques sur le tronc.

*L'anesthésie ne correspond jamais à un territoire de distribution nerveuse*, puisqu'elle ne dépend pas d'une lésion siégeant dans un organe anatomique.

## 2. Hyperesthésie

Au point de vue de l'intensité et de la distribution topographique, elle présente les mêmes particularités que l'anesthésie.

Le plus souvent, l'hyperesthésie se distribue en *zones très limitées*, correspondant aux *zones dites hystérogènes*.

Dans les névralgies articulaires de nature hystérique, il existe souvent une hyperesthésie très manifeste de la peau de la région articulaire ; c'est le *signe de Brodie*.

## 3. Zones dites hystérogènes

Ce sont des zones dont la compression *légère* peut faire naître l'attaque d'hystérie ou un malaise particulier accompagné de battements au niveau des tempes, de palpitations, etc., tandis que la compression *forte* de ces mêmes régions peut suspendre l'attaque.

Les zones hystérogènes sont ordinairement le point de départ de l'aura, et sont souvent le siège de douleurs spontanées (névralgies).

S'il existe une hémi-anesthésie, la zone hystérogène se trouve généralement du même côté que l'anesthésie. A son niveau, la peau peut être également anesthésiée, ou bien hyperesthésiée.

Les zones hystérogènes principales sont les suivantes :

a) La *région ovarienn*e (zone elliptique située au-dessus du pli inguinal) ; cette zone existe très fréquemment ;

ï) La *région rachidienne* (zone allongée correspondant aux apophyses épineuses) ;

c) La *zone mammaire* ;

d) La *zone occipitale* ;

e) La *région testiculaire* (c'est le siège le plus fréquent chez l'homme).