

Le *ptyalisme* ou augmentation parfois considérable de la sécrétion de la salive ; se produisant le plus souvent au cours de la grossesse ;

L'augmentation de la sécrétion du SÉBUM (*séborrhée*) ;

La *suppression*  $\pm$  complète de la sécrétion URINAIRE dans l'*hystérie* ;

La *polyurie* dans l'*hystérie*, au début du *goitre exophtalmique*, et dans un grand nombre d'affections cérébrales et bulbaires ;

L'*albuminurie* et surtout la *glycosurie* dans diverses lésions centrales ou périphériques ;

Enfin, l'abaissement des produits de sécrétion contenus dans l'urine à la suite d'attaques nombreuses d'*hystérie* ; les mêmes éléments seraient au contraire augmentés dans les attaques d'*épilepsie*.

#### B. LÉSIONS PRINCIPALES DES CENTRES NERVEUX

Les lésions que l'on rencontre le plus fréquemment dans les centres nerveux sont la *congestion*, les *inflammations*, les *hémorragies*, le *ramollissement*, la  *sclérose*, les *tumeurs* ; en dehors de ces cas, il y a un groupe d'affections nerveuses dont les lésions ne sont pas nettement définies : on les désigne sous le nom de *névroses*.

La nature des symptômes, leur mode d'apparition et d'évolution dépendent nécessairement de la *nature* des lésions qui en sont le point de départ. Mais ce n'est pas le seul facteur qui intervienne dans la production des phénomènes, et il est permis d'affirmer que le *siège* de la lésion exerce une influence plus importante encore.

#### C. INFLUENCE DU SIÈGE DES LÉSIONS SUR LA NATURE ET LA DISTRIBUTION DES SYMPTÔMES

Tous les faits que nous avons rapportés jusqu'ici ont contribué à démontrer ce double principe général :

Que *les lésions étant les mêmes, les symptômes varient d'après le siège de celles-ci*, et que *les diverses altérations pouvant atteindre un même centre présentent ordinairement des caractères communs permettant d'en reconnaître, sinon la nature, au moins le point d'origine*.

Comme conséquence de cette loi, nous allons tâcher de grouper succinctement les signes distinctifs les plus caractéristiques des affections du *cerveau*, du *cervelet*, du *mésocéphale*, du *bulbe*, de la *moelle*, du *système nerveux périphérique*.

Nous prendrons comme base d'appréciation les *paralysies*, pour deux motifs principaux : 1° la paralysie est l'un des symptômes les plus importants des affections nerveuses ; 2° c'est aussi l'un des mieux appréciables par le malade et par le médecin.

Établissons d'abord quelques règles basées sur l'*anatomie* du système nerveux, et dont l'importance clinique est considérable.

I. *Plus les symptômes sont limités, circonscrits, plus il y a de probabilités que la lésion siège à l'une des deux extrémités de l'arbre nerveux ; cellules ou noyaux d'origine des nerfs, d'une part, filets nerveux périphériques, d'autre part.*

II. *Plus au contraire les symptômes sont étendus, généra-*

lisés et régulièrement distribués, plus il est probable que la lésion siège dans les centres eux-mêmes, sur le trajet des fibres nerveuses, et plus particulièrement dans le voisinage des points où se trouvent réunies les diverses fibres qui innervent les régions paralysées : région centrale du cerveau et notamment la capsule interne dans les cas d'hémiplégie; centres médullaires dans les paraplégies, etc.

III. Plus les symptômes sont étendus, généralisés, mais irrégulièrement disséminés, plus il est probable au contraire qu'ils résultent soit d'une **névrose fonctionnelle** (sans lésions anatomiques connues), comme la *neurasthénie*, l'*hystérie*, l'*épilepsie*, la *paralysie agitante*, la *chorée*, etc., soit d'une affection présentant des **lésions anatomiques irrégulièrement disséminées** comme le *tabes dorsal*, la *sclérose en plaques*, la *paralysie progressive*, la *syphilis du système nerveux*, etc.

IV. Enfin, il est possible de distinguer les paralysies d'origine *centrale* de celles dont la cause est *périphérique*, par :

L'état de la *sensibilité*;  
L'existence ou l'absence de *troubles trophiques*,  
Et parfois par l'état des *réflexes*.

A titre d'exemples des règles que nous venons de formuler, et principalement des deux premières, nous allons voir maintenant les phénomènes cliniques communs à quelques groupes d'affections nerveuses, de façon à donner pour chacun de ceux-ci un *tableau symptomatique spécial et nettement caractérisé*, permettant de faire sans difficulté le classement étiologique.

Pour simplifier les recherches, nous avons dessiné un certain nombre de schémas (pl. VII, de 1 à 19), représentant les types pathologiques les mieux définis, et destinés à constituer autant de points de repère. Grâce au schéma 20 qui les accompagne, on constatera immédiatement le siège de la lésion correspondante.

En ce qui concerne l'examen de l'œil, si important dans l'étude du système nerveux, nous donnerons les renseignements complémentaires indispensables dans le chapitre XXIII, exclusivement consacré à cet objet.

#### 1° AFFECTIONS CÉRÉBRALES (Voir pl. VII).

Les *paralysies* d'origine cérébrale se manifestent sous forme de *monoplégies*, d'*hémiplégies* ou de *paralysie généralisée*.

##### a) Les *monoplégies*;

Elles dépendent de lésions très circonscrites entamant l'écorce grise du cerveau; parmi les *monoplégies* cérébrales, nous citerons :

1. La *paralysie du releveur de la paupière* (lésion de la région postérieure du lobe pariétal opposé, atteignant quelques filets d'origine de la III<sup>e</sup> paire);

2. La *paralysie des muscles du globe oculaire, innervés par le moteur oculaire commun* (lésion, tumeur par exemple, de la partie postérieure du lobe pariétal opposé, comme ci-dessus);

3. La *paralysie du facial inférieur* (pl. VII, schéma 1; lésion, tumeur par exemple, de la partie inférieure des circonvolutions ascendantes du côté opposé);

4. La *paralysie d'un bras* (*monoplégie brachiale gauche*

ou droite); la lésion siège dans le  $\frac{1}{3}$  moyen des circonvolutions ascendantes opposées (particulièrement de la circonvolution frontale) (schéma 2);

5. La *paralysie d'un membre inférieur* (lésion du  $\frac{1}{3}$  supérieur des circonvolutions ascendantes);

6. La paralysie d'un bras et de la moitié correspondante de la face.

*b) Les hémiplésies;*

Elles sont complètes ou incomplètes.

Nous appelons hémiplégie *incomplète* celle qui n'atteint que le bras et la jambe d'un côté; hémiplégie *complète*, celle qui atteint *en même temps la face*.

Lorsque la paralysie siège dans la moitié de la face correspondante à la moitié du corps, l'hémiplégie est dite *unilatérale*; lorsque la face est paralysée du côté opposé à la paralysie des membres, l'hémiplégie est dite *alterne* ou *croisée*:

**L'hémiplégie complète d'origine cérébrale n'est jamais croisée.**

Les hémiplésies dépendent de lésions siégeant:

Dans l'*écorce grise du cerveau*; dans ce cas, les lésions doivent être assez étendues et occuper la plus grande portion des circonvolutions ascendantes, B par exemple (cas peu fréquent);

Dans la *couronne rayonnante* sur le trajet des fibres (schéma 20 B');

Dans la *capsule interne*; ici, la lésion peut être très peu étendue; c'est le cas le plus fréquent.

1. *Hémiplégie incomplète*; la lésion n'atteint pas les fibres descendantes venant du centre de la face (schéma 3, B ou B');

2. *Hémiplégie complète*; la lésion atteint les fibres descendantes du facial avant la décussation; toute la paralysie siège du côté opposé à la lésion; dans ce cas, c'est surtout le facial inférieur qui est altéré et, par conséquent, le muscle orbiculaire des paupières est intact (schéma 4);

3. *L'hémiplégie (complète ou incomplète)* peut être augmentée de la paralysie du nerf moteur oculaire commun; il en résulte que l'œil du côté paralysé est dévié soit en bas, soit en dehors, souvent dans ces deux sens à la fois (schéma 5); la lésion siège dans ce cas dans la capsule interne, au-dessus du pédoncule, et avant l'entre-croisement des fibres nerveuses du moteur oculaire commun.

Lorsque la lésion siège dans le tiers postérieur de la capsule interne, il peut y avoir de l'*hémianesthésie seule* (schéma 6); si la lésion est plus étendue (pl. VII, 1), tous les symptômes indiqués ci-dessus peuvent se présenter en même temps, comme le montre le schéma 7.

L'hémiplégie est la forme de paralysie la plus fréquente dans les lésions cérébrales; les monoplégies sont assez fréquentes.

*c) Enfin, la paralysie généralisée* peut se produire à la suite d'une lésion affectant toute l'écorce grise du cerveau; c'est ordinairement une méningo-encéphalite interstitielle chronique et diffuse (paralysie des membres, des nerfs moteurs oculaires communs; troubles de la parole).

Outre les *paralysies* caractéristiques que nous venons de décrire, les affections d'origine cérébrale présentent encore comme signes distinctifs:

1. L'absence habituelle<sup>1</sup> de troubles sensitifs; 2. L'ab-

<sup>1</sup> Sauf les cas d'hémianesthésie ou de lésions localisées dans les centres de la sensibilité: vue, ouïe, etc.

sence d'atrophie musculaire; si celle-ci se produit, elle n'apparaît que fort tardivement; 3. La persistance des mouvements réflexes; 4. L'apparition d'épilepsies partielles (épilepsies jaksoniennes); 5. Enfin, s'il y a une eschare, elle occupe le centre de la fesse du côté paralysé.

### 2° AFFECTIONS DU PÉDONCULE

Ce qui les caractérise, c'est une hémiplegie des membres et de la face du même côté (côté opposé à la lésion), augmentée d'une paralysie du nerf moteur oculaire commun du côté opposé (schéma 8); cela résulte de ce qu'au niveau du pédoncule l'entre-croisement des nerfs moteurs oculaires communs est opéré (la lésion siège en K, planche VII); il peut y avoir concurremment de l'hémianesthésie n'atteignant pas les sens de la vue et de l'odorat.

### 3° AFFECTIONS DE LA PROTUBÉANCE

La lésion peut siéger en R (pl. VII, 20) et donner naissance à l'hémiplegie figurée dans le schéma 9; mais ce cas est rare. Les affections de la protubérance entraînent le plus souvent une **hémiplegie croisée** (schéma 10), la paralysie faciale, incomplète, se trouvant du côté de la lésion. Si celle-ci atteint le noyau d'origine du nerf moteur oculaire externe (schéma 20, L'), ce qui arrive fréquemment, il y a, en même temps que l'hémiplegie, paralysie du muscle droit externe de l'œil du côté de la lésion (schéma 11), côté correspondant à la paralysie faciale; l'œil est dévié *en dedans*. La lésion peut atteindre aussi le nerf acoustique.

Dans tous ces cas, il y a de l'hémianesthésie; mais la *vue* et l'*odorat* sont conservés, ce qui distingue cette dernière de l'hémianesthésie d'origine cérébrale. (La vue et l'odorat sont

des sens cérébraux, car les nerfs olfactif et optique sont les deux seuls nerfs crâniens qui ne pénètrent pas dans la protubérance ou le bulbe.)

### 4° AFFECTIONS BULBAIRES

Elles présentent deux paralysies caractéristiques :

a) La paralysie glosso-labio-laryngée (schéma 12), qui se produit à la suite d'une lésion siégeant vers la partie moyenne du bulbe (planche VII, M).

b) Une hémiplegie simulant l'hémiplegie cérébrale (schémas 13 et 14); dans le cas présent, il n'y a jamais paralysie faciale, ni troubles oculaires, ni aphasia proprement dite; la lésion envahit une pyramide au niveau du bulbe, c'est-à-dire au-dessous de l'origine des dernières paires de nerfs crâniens (schéma 20, N), ou elle atteint en même temps le grand hypoglosse (schéma 20, M').

### 5° AFFECTIONS DU CERVELET

Il peut y avoir de l'hémiplegie par compression; on constate en outre du vertige, de la céphalalgie occipitale, des vomissements et des *troubles de la vision* par compression des tubercules quadrijumeaux.

### 6° AFFECTIONS DE LA MOELLE

Les paralysies d'origine médullaire se manifestent sous forme de *monoplégies*, parfois d'*hémiplégies*, mais beaucoup plus souvent sous forme de paralysies symétriques siégeant parfois dans les bras (*paraplégie brachiale*), plus ordinairement dans les membres inférieurs (*paraplégies* proprement dites).

**a) Monoplégies;**

Nous citerons :

1. La paralysie du nerf moteur oculaire commun produisant la *chute de la paupière supérieure*, et du *strabisme*, ordinairement *divergent*; la paralysie du nerf moteur oculaire externe produisant le *strabisme convergent*; ces paralysies, isolées, caractérisent souvent l'ataxie locomotrice progressive à la première période. Il est inutile de faire remarquer que ces phénomènes, quoique appartenant à l'ensemble des *symptômes* du *tabes dorsal*, sont cependant sous la dépendance directe de lésions encéphaliques.

2. Il en est de même de l'*embarras de la parole* qui accompagne parfois l'ataxie et ordinairement la sclérose en plaques dès leur première période.

3. La paralysie d'origine médullaire n'atteint parfois qu'un bras (sclérose en plaques; pachyméningite cervicale hypertrophique).

4. D'autre fois, une jambe est seule paralysée; on constate ce symptôme dans la myélite hémilatérale, ou hémiparaplégie spinale, ou myélite diffuse unilatérale; dans ces cas, il y a hémianesthésie croisée, et la paralysie siège du côté de la lésion (schéma 15; voir aussi ce qui a été dit à ce propos page 429). Le même phénomène se produit par la présence d'une tumeur comprimant ou intéressant une moitié latérale de la moelle.

**b) Hémiplégié;**

Elle se rencontre dans la sclérose en plaques cérébro-spinale; cette forme de paralysie est donc, en réalité, comme toutes les hémiplégiés, sous la dépendance d'une lésion *cérébrale*, laquelle peut être accompagnée de lésions identiques du côté de la moelle.

**c) Paraplégies (paralysies symétriques);**

C'est la lésion la plus fréquente dans les affections médullaires; elle atteint parfois les deux bras seuls, le plus souvent les deux membres inférieurs (paraplégie), d'autres fois encore les quatre membres à la fois.

**1° Paralysie des deux bras;**

On la rencontre :

1. Dans l'*atrophie musculaire progressive* (spinale), qui débute généralement par la main; dans ce cas, la paralysie est consécutive à l'atrophie, et la marche de l'affection suffit à la faire reconnaître;

2. Dans la *sclérose latérale amyotrophique*; la paralysie et l'atrophie débutent également par les membres supérieurs; il y a de plus augmentation des réflexes tendineux, et contracture permanente surtout des muscles fléchisseurs; au bout de quelques mois, les membres inférieurs sont atteints de paralysie spastique.

**2° Paralysie des deux jambes (paraplégie);**

C'est le type habituel des affections médullaires; elle se constate :

1. Dans l'*ataxie locomotrice*, à la troisième période;

2. Dans la *paralysie atrophique de l'enfance*; cette affection se présente chez les enfants de 1 à 3 ans; la contractilité électrique a disparu, et les mouvements réflexes sont diminués;

3. Dans la *sclérose latérale symétrique (tabes dorsal spasmodique)*; il y a augmentation des réflexes tendineux, puis apparition des contractures;

4. Dans la *sclérose en plaques* (lésions spinales); il y a aussi augmentation des réflexes tendineux, et contractures

± passagères; mais il y a en outre des tremblements qui n'apparaissent qu'à l'occasion des mouvements volontaires;

5. Dans toutes les *myélites diffuses*; généralement, celles-ci présentent de l'exagération des réflexes au début (schéma 16), leur abolition dans la suite (schéma 17). En outre, il y a rétention, suivie d'incontinence par rétention, de l'urine et selles involontaires. Il survient aussi de l'anesthésie et des troubles trophiques;

6. Dans la *méningite rachidienne*, on peut rencontrer les mêmes symptômes de paraplégie et d'incontinence; mais ils apparaissent tardivement.

### 3° Paralyse des quatre membres.

On rencontre ce phénomène :

1. Dans la *paralyse générale spinale antérieure*; la paralysie débute par les membres inférieurs, et s'accompagne rapidement d'atrophie; ces phénomènes peuvent disparaître graduellement;

2. Dans la *sclérose latérale amyotrophique*; ici, la paralysie débute par les membres supérieurs; plus tard, il y a des phénomènes bulbaires se manifestant sous forme de troubles de la parole, de la mastication, de la déglutition et de la respiration (par atrophie des noyaux de l'hypoglosse, du facial, du trijumeau, du pneumogastrique). Il n'y a rien aux sphincters, pas d'anesthésies, pas de troubles trophiques.

En résumé, on voit que chez les malades atteints de paralysie, il faut, pour l'interprétation du symptôme, tenir compte :

1. Du mode d'*invasion* de la paralysie;
2. Du mode de *distribution* de la paralysie;
3. De la *nature* de la paralysie (flasque ou spastique);

4. De l'état de la *nutrition des muscles*;
5. De l'état de la *sensibilité*;
6. De l'état des *réflexes* (réflexes physiologiques, mécaniques et électriques);
7. De l'état de la *nutrition de la peau*.

Rappelons enfin qu'il est quelques signes que le médecin peut constater à la simple *inspection* du malade et qui sont de nature à rendre les plus grands services au point de vue de l'établissement rapide du diagnostic; ce sont :

L'*attitude* générale du malade (sa *démarche*, l'existence de *tremblements*, etc.);

Les troubles du côté des yeux;

La *paralyse de la face*;

Les troubles de la parole;

La présence d'*eschares*.

Les troubles de l'appareil oculaire seront étudiés dans le chapitre XXIII; quant aux autres phénomènes, nous les avons suffisamment examinés dans les pages précédentes.

Nous avons vu jusqu'ici comment il faut interpréter les signes recueillis dans les affections nerveuses; il nous reste à décrire les *moyens d'exploration clinique* capables de fournir au médecin les éléments nécessaires à cette interprétation. C'est ce qui fera l'objet des deux chapitres suivants.