

10. Enfin, la *rigidité musculaire cataleptique* est un état tonique des muscles dans lequel ceux-ci se maintiennent fixement dans toutes les positions qui leur sont imprimées passivement. On l'observe surtout dans l'hystérie; parfois, dans la méningite.

C. EXAMEN DE LA SENSIBILITÉ

1° MODE D'EXPLORATION

La sensibilité, considérée d'une manière générale, et susceptible de subir un grand nombre de modifications; elle peut être :

Totalement abolie ou *diminuée*; c'est l'**anesthésie** complète ou incomplète;

Augmentée, au point que de légères excitations provoquent une impression désagréable, ou même la douleur; c'est l'**hyperesthésie**;

Altérée, et faire naître des sensations spéciales sans causes extérieures apparentes, telles, par exemple, que des démangeaisons, des chatouillements, des fourmillements, des picotements, des sensations exagérées de chaud et de froid, etc., c'est la **paresthésie**.

Il y a plusieurs espèces de sensibilités (sensibilité à la douleur, à la température, etc.), et chacune d'elles peut être isolément atteinte d'une des modifications que nous venons de signaler; pour faire une étude clinique complète de la sensibilité, il est donc nécessaire d'explorer séparément les diverses formes sous lesquelles elle se manifeste.

a) La sensibilité tactile;

1. On commence par constater si elle existe ou si elle est

abolie; pour cela, on couvre les yeux du malade, et on le touche légèrement en différents points de la surface cutanée, soit au moyen du doigt, soit au moyen d'un pinceau; on le prie d'annoncer chacune des impressions ressenties. Dans ces explorations, il faut éviter les différences de température parfois plus facilement appréciables que l'attouchement lui-même; si le doigt explorateur est plus froid que la peau du sujet en exploration, on interpose un linge, qui conduit mal la chaleur.

2. Lorsque la sensibilité tactile *existe*, on en mesure le degré de *netteté* par plusieurs procédés :

On recherche si le malade est capable de différencier par le toucher un objet à surface lisse d'un objet rugueux (la peau de gant, par exemple, d'un objet de laine);

On peut aussi lui demander de reconnaître, par le toucher seul, diverses pièces de monnaie courante;

Enfin, on peut se servir d'un instrument spécial, l'*œsthésiomètre*, composé de deux pointes mousses mobiles que l'on applique simultanément et avec une force égale sur la surface en exploration. On recherche quelle est la plus petite distance à laquelle les deux pointes sont encore ressenties par le sujet en expérience. A l'état normal, cette distance minima n'est pas la même sur toutes les parties du corps :

A la <i>glabelle</i> , elle est (d'après Weber) de	13	millimètres;
Aux <i>paupières</i> et aux <i>joues</i> , de	12	»
A la base du <i>nez</i> , de	7	»
A la muqueuse des <i>lèvres</i> , de	3	»
A la pointe de la <i>langue</i> , de	1	»

Au menton, de	9 millimètres;
Au cou, de	35 »
Au bras, de	80 »
A l'avant-bras, de	40 »
Au dos de la main, de	30 »
Aux éminences <i>thénar</i> et <i>hypothénar</i> , de	8 »
A la face dorsale des deux premières phalanges et à la face interne des doigts, de	6 »
A l'extrémité des doigts (pulpe), de	2 »
Au dos, de	60 à 80 »
A la cuisse, de	80 »
A la jambe et au dos du pied, de	40 »
Au talon, de	22 »
A l'extrémité du gros orteil, de	12 »

Il faut aussi constater si la transmission des impressions n'est pas retardée; il arrive parfois que celles-ci ne sont ressenties que lorsque le contact a cessé : c'est ce que l'on appelle le *retard de la perception sensitive*; il se rencontre dans les affections de la moelle (principalement dans le tabes).

b) La sensibilité de lieu;

Lorsque le malade a conscience des excitations produites, on lui demande d'appliquer un doigt sur le point excité; il commet assez souvent des erreurs de lieu en rapportant des impressions tactiles à des régions non touchées. A l'état normal, l'erreur ne dépasse pas un à deux centimètres. Les erreurs de lieu caractérisent également les affections médullaires.

c) La sensibilité de pression;

On laisse reposer librement le bras ou la jambe que l'on explore sur un point d'appui solide, et on les charge de poids différents; pour ne pas faire intervenir dans l'évaluation le *sens thermique*, on place les poids sur un corps mauvais conducteur de la chaleur (un mouchoir plié, une couche d'ouate, etc). On peut aussi se servir dans le même but de l'aiguille *œsthésiométrique* de *Beaunis* (aiguille munie d'un plateau qu'on charge de poids), du *barœsthésiomètre* d'*Eulenburg*, ou du *stasimètre* de *Bitot*.

Normalement, il est possible d'apprécier des différences de $\frac{1}{10}$ du poids primitif, et l'on peut encore reconnaître l'existence d'une pression minima de 2 milligrammes à 1 gramme. Les troubles moins délicats du sens de la pression se déterminent simplement par des pressions d'intensités différentes, opérées au moyen du doigt.

d) La sensibilité thermique;

C'est celle qui est le plus longtemps conservée malgré les lésions des centres nerveux; aussi faut-il bien éviter de la faire intervenir dans l'exploration des autres modes de sensibilités. On peut la déterminer de plusieurs façons :

Le moyen le plus pratique consiste à faire distinguer par le malade l'impression de chaleur produite par l'air *expiré* à courte distance sur la surface cutanée, de l'impression de froid que l'on provoque en *soufflant* sur la même surface et à une certaine distance;

Ou bien l'on chauffe de l'eau à des températures différentes dans des tubes à réactions, et on les applique successivement sur la surface en exploration; on peut porter l'un des tubes à

une température légèrement supérieure, l'autre à une température légèrement inférieure à la température du corps; entre 25° et 35°, les sujets normaux distinguent des écarts de température d'un demi-degré;

On peut aussi chauffer de l'eau dans deux récipients à des températures différentes (entre 25° et 35° par exemple) et y faire plonger successivement deux doigts; on peut reconnaître ainsi des écarts de $\frac{1}{6}$ de degré;

Enfin, on peut se servir d'un appareil spécial, l'*œsthésiomètre de Liégeois*, formé de deux petits cônes creux renfermant de l'eau à des températures différentes; on constate, normalement, que les pointes sont perçues, dans ces conditions, à une distance moindre que lorsque les cônes sont à la même température.

Les différences constatées dans les diverses régions du corps à propos de la sensibilité tactile se reproduisent dans le même ordre pour la sensibilité thermique.

e) La **sensibilité électro-cutanée**;

On applique un pinceau métallique sur la peau, et l'on recherche quelle intensité il faut donner au courant pour qu'il soit perçu. (Voir les détails dans le chapitre XXII.)

f) La **sensibilité à la douleur**;

Elle se constate de diverses façons : soit par la piqûre au moyen d'une épingle, soit par le pincement de la peau, soit par la traction des poils, soit, enfin, par l'application de fortes excitations électriques.

Lorsqu'une excitation douloureuse est ressentie comme

un simple attouchement, il y a *analgésie*. L'analgésie peut exister en même temps qu'une sensibilité tactile normale, dans l'hystérie et le tabes; inversement, un simple attouchement peut ne pas être perçu, tandis que la sensibilité à la douleur persiste; c'est le cas le plus fréquent.

Parfois, l'impression tactile et la sensation douloureuse sont successivement ressenties (c'est une sensation dédoublée).

g) Le **sens musculaire**;

On l'apprécie de deux façons différentes : en recherchant l'aptitude du sujet à reconnaître la position des membres; en mesurant la faculté de juger la force musculaire développée.

Après avoir bandé les yeux du malade, on lui demande d'indiquer la position dans laquelle on a placé ses membres, ou on le prie d'exécuter certains mouvements déterminés; dans quelques cas, cette double faculté fait complètement défaut.

On constate aussi si le malade sait conserver l'équilibre et s'il sait marcher; fréquemment, il sait se tenir debout dans l'immobilité, à condition qu'on lui laisse l'usage de ses yeux; mais que l'on recouvre ceux-ci, il se met à balancer, ou il tombe (symptôme de Romberg).

On fait soulever successivement des poids différents (renfermés dans une serviette, par exemple) et on prie le malade d'indiquer le plus lourd; la même recherche se fait pour les membres inférieurs en fixant au cou-de-pied un crochet auquel on suspend les poids, ou en plaçant ceux-ci dans un panier à anse unique et médiane.

Le *sens musculaire* est généralement plus délicat que le *sens de la pression*.

Pour les membres supérieurs, on peut évaluer des diffé-

rences de $\frac{1}{40}$ à l'état normal; les membres inférieurs exigent un écart de 60 à 70 grammes environ, au minimum.

L'abolition du sens musculaire caractérise surtout l'*ataxie locomotrice progressive*.

h) Sensibilités spéciales;

1. Sens de l'ouïe;

On tient une montre à une distance de l'oreille telle que son mouvement ne soit pas perçu par le malade; on la rapproche ensuite jusqu'à ce qu'il l'entende, et l'on note la distance à laquelle on est arrivé. Normalement, cette distance est en moyenne de 6 à 8 mètres.

2. Sens du goût;

On fait goûter au malade des corps sapides non odorants tels que la quinine, l'eau salée, sucrée ou acidifiée (acide sulfurique, 1 : 500); il ne faut pas employer le vinaigre. Il est souvent utile de faire cette expérience sur les deux moitiés de la langue.

3. Sens de l'odorat;

On fait sentir des corps odorants, mais ne donnant pas de vapeurs irritantes; il ne faut donc pas se servir d'ammoniac ni d'acide acétique; on peut employer dans ce but en clinique la térébenthine, l'assa-fœtida, le musc.

4. Sens de la vue. (Voir l'exploration des yeux dans le chapitre XXIII.)

2° SIGNIFICATION CLINIQUE

L'anesthésie considérée d'une manière générale, c'est-à-dire la diminution ou l'abolition de la sensibilité, résulte

d'affections diverses: lésions des nerfs, de la moelle, du cerveau, etc. Un premier signe important consiste à déterminer le mode de distribution de l'anesthésie; ordinairement, lorsqu'elle dépend d'une lésion cérébrale, elle atteint toute une moitié du corps (la moitié paralysée); c'est l'*hémianesthésie*, et celle-ci indique une lésion siégeant dans le tiers postérieur du segment postérieur de la capsule interne ou zone lenticulo-optique.

Lorsqu'elle se présente dans des parties symétriques de l'organisme, elle est l'indice d'une affection médullaire; dans l'ataxie, par exemple, il semble constamment au malade qu'il marche sur un tapis de laine ou sur du feutre; il en est de même lorsqu'elle existe dans un membre inférieur tandis que l'autre est atteint de paralysie: nous avons déjà vu que ce phénomène se produit lorsqu'une moitié de la moelle est atteinte de compression ou d'inflammation.

Les anesthésies d'origine périphérique suivent la distribution du nerf lésé.

L'hémianesthésie se rencontre surtout dans l'hémorragie et dans le ramollissement cérébral; les malades sentent mal le sol sur lequel ils marchent, mais du côté paralysé seulement, et ils laissent tomber de la main correspondante les objets *les plus légers*, non point par manque de force, mais parce qu'ils n'en sentent pas le contact. Cette hémianesthésie est souvent accompagnée de l'anesthésie des sens spéciaux du même côté (vue, ouïe, odorat); on l'appelle alors l'*hémianesthésie sensitivo-sensorielle*.

Dans les cas de compression cérébrale (tumeurs, méningites, etc.), l'anesthésie peut être \pm généralisée, comme la paralysie.

Parmi les affections médullaires qui entraînent l'anesthésie, se trouvent au premier rang celles qui atteignent la sub-

stance grise (conductrice des impressions sensibles) ; ce sont surtout les *myélites* (aiguës ou chroniques) et la *compression* de la moelle. Lorsque l'axe gris est atteint dans toute son épaisseur, l'anesthésie occupe toute la partie de l'organisme située au-dessous de la lésion.

Disons pour finir que l'hystérie peut entraîner des anesthésies (et surtout l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle) simulant toutes les affections dont nous venons de parler ; l'anesthésie peut être aussi disposée en plaques sur le tronc ; dans ce dernier cas elle ne correspond jamais exactement à un territoire de distribution nerveuse.

D. TROUBLES DU LANGAGE

Le langage comprend tous les moyens dont l'homme dispose pour exprimer ses pensées ; celles-ci peuvent être rendues par les *gestes* (langage *mimé*), par les *sons* (langage *articulé*), par les *dessins* ou *figures* (langage *écrit*).

Tous les troubles de l'utilisation des signes, soit pour exprimer les idées (troubles *moteurs*), soit pour les comprendre (troubles *sensitifs*), portent le nom générique de *troubles du langage* ou *asymbolies*, ou *asémies*.

Les asymbolies se divisent en trois groupes correspondant aux trois formes de langage indiquées ci-dessus :

1° TROUBLES DU LANGAGE MIMÉ

On leur donne le nom d'*amimie* ;

Si le sujet est incapable d'exprimer ses pensées par gestes, il est atteint d'*amimie motrice* ;

S'il ne comprend plus les gestes qu'il voit, il est atteint d'*amimie réceptive*.

2° TROUBLES DU LANGAGE ARTICULÉ

Le malade qui ne sait plus exprimer ses pensées par la parole est atteint d'*aphémie* (lésion du pied de la troisième circonvolution frontale gauche) ;

Celui qui ne comprend plus le langage articulé est atteint de *surdité verbale* (première et deuxième circonvolutions temporales).

3° TROUBLES DU LANGAGE ÉCRIT

L'incapacité d'exprimer ses pensées par l'écriture constitue l'*agraphie* (pied de la deuxième circonvolution frontale) ;

L'impossibilité de comprendre le sens de l'écriture est appelée la *cécité verbale* ou *alexie* (pli courbe ou circonvolution pariétale inférieure).

L'ensemble des troubles du langage articulé et du langage écrit porte le nom d'*aphasie*.

Enfin, on appelle *dyslalie* le trouble du langage qui résulte d'une malformation (généralement congénitale) dans les organes de la parole ;

Et *dysarthrie* celui qui résulte d'une malformation acquise généralement par suite de paralysies (paralysie de la langue, etc.), de la formation d'une tumeur, etc.

E. EXAMEN DES RÉFLEXES MÉCANIQUES

On provoque généralement les réflexes par deux ordres d'excitants : les excitants *mécaniques* (piqûre, pincements, chocs brusques, etc.) et les excitants *électriques*. Il serait rationnel d'étudier les réflexes obtenus par ces deux procédés dans un même paragraphe ; mais par suite de difficultés tech-