

quel rôle de premier ordre Schiff leur faisait jouer dans la coordination du mouvement ; les autres, profondes, sont articulaires, ligamenteuses ou tendineuses, et plusieurs auteurs récents, Goldscheider en particulier, leur attribuent une importance considérable ; quelques-unes sont osseuses et probablement musculaires, si l'on admet avec Sachs, Tchiriev et Golgi, les nerfs sensitifs des muscles. Quoi qu'il en soit, ces impressions sensitives périphériques sont recueillies dans les centres supérieurs du bulbe, des couches optiques, de l'écorce cérébrale ; elles donnent alors naissance aux sensations ou notions subjectives, que M. Claparède ramène à quatre notions principales : la notion de position, celle de mouvement passif, celle de mouvement actif, enfin celle de résistance ou d'effort.

Quoi qu'il en soit, quand le sens musculaire est perdu, comme il l'est si fréquemment dans l'ataxie locomotrice, les mouvements commandés ne sont ponctuellement exécutés que lorsqu'ils sont dirigés par la vue¹.

III. — Troubles de la sensibilité de la peau et des muqueuses dermo-papillaires.

La sensibilité générale de la peau et des muqueuses se décompose : — A. en *sensibilité tactile* qu'on explore par le contact d'objets mous avec la peau et les muqueuses, en procédant de façon à ne pas provoquer de sensations de douleur ou de température² ; — B. en *sensibilité à la douleur* qu'on explore à l'aide de piqûres d'aiguilles ; — C. en *sensibilité à la température* qu'on explore en touchant la peau, en divers points, avec des objets de même nature mais ayant une température différente.

1. Dites au malade d'exécuter un mouvement pendant qu'il tient ses yeux fermés, il croira avoir obéi en restant parfaitement immobile ou en portant son membre dans une direction opposée ; mais, dès qu'il ouvre les yeux, il se rend compte de son erreur et il la corrige.

2. On peut se servir aussi du compas de Weber dont les deux

Il est préférable que durant ces explorations, le sujet ait les yeux fermés.

D'après Brown-Séquard, chacune de ces sensibilités aurait pour organe des nerfs spéciaux dont l'entre-croisement s'effectuerait au niveau du bulbe comme celui des nerfs moteurs (il n'y aurait d'exception que pour les fibres nerveuses qui président au sens musculaire, fibres nerveuses qui ne s'entre-croiseraient pas).

Vulpian s'est élevé contre ces localisations qu'il a prétendu exagérées, et, tout en reconnaissant qu'il existe un sens spécial du tact, de la douleur, de la température, du chatouillement — puisqu'un de ces sens peut être aboli, les autres restant intacts — il ne croit pas possible d'affirmer l'existence de nerfs spéciaux à chacun d'eux.

Quoi qu'il en soit, ces diverses sensibilités peuvent être — soit diminuées ou abolies, — soit perverses, — soit exaltées.

DIMINUTION OU ABOLITION DE LA SENSIBILITÉ.

Lorsqu'elle porte sur le *tact*, elle constitue l'*anesthésie proprement dite*.

Lorsqu'elle porte sur la sensibilité à la douleur, elle constitue l'*analgesie*.

Lorsqu'elle porte sur la sensibilité à la température, elle constitue la *thermesthésie*.

L'*anesthésie tactile* peut exister à divers degrés : parfois elle est absolue et le malade n'a aucune conscience du contact des corps ; souvent elle est incomplète ou obtuse, le malade n'ayant du contact des corps qu'une notion imparfaite, croyant marcher sur du duvet, sur du coton, etc.

La diminution de la sensibilité à la température ou *thermesthésie* coexiste assez fréquemment avec une modification ana-

pointes mous sont appliquées sur la région à explorer : l'écart qu'il faut leur donner pour produire deux impressions distinctes mesure la sensibilité, car moins la région est sensible, plus il faudra les écarter, et inversement.

logue de la sensibilité tactile ; mais elle peut exister indépendamment.

La diminution de la sensibilité à la douleur (*hypoalgésie*) ou son abolition (*analgésie*) apparaissent souvent plus tôt que l'anesthésie proprement dite, mais demandent à être recherchées, car les malades n'en ont jamais conscience. L'hypoalgésie se rencontre fréquemment au pourtour de zones analgésiées.

Ces divers troubles de la sensibilité cutanéomuqueuse peuvent être associés, la diminution ou l'augmentation de la sensibilité tactile pouvant coexister avec des modifications analogues de la sensibilité thermique, par exemple.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il existe des cas (dont nous nous occuperons plus loin) dans lesquels les divers ordres de sensibilité ne sont pas modifiés dans le même sens. Ainsi l'anesthésie et l'analgésie peuvent ne pas se correspondre ; de même, la sensibilité tactile peut être intacte alors que la sensibilité thermique est abolie.

Pitres a résumé dans le tableau suivant ces divers cas :

L'anesthésie cutanée peut être :

- | | |
|---|--|
| <p>1° <i>Totale</i>, c'est-à-dire portant sur toutes les perceptions sensibles.</p> | <p>a) Complète : anesthésie proprement dite.
b) Incomplète : hypoesthésie.</p> |
| <p>2° <i>Partielle</i>, c'est-à-dire portant sur certaines sensations, les autres étant conservées.</p> | <p>a) Perte des sensations douloureuses avec conservation des sensations tactiles : analgésie.
b) Perte des sensations thermiques avec conservation des sensations tactiles et douloureuses : thermo-anesthésie.
c) Perte des sensations tactiles et douloureuses avec conservation des sensations thermiques : anesthésie avec thermoesthésie.
d) Perte isolée des sensations électriques : électroanesthésie.
e) Conservation isolée des sensations électriques : anesthésie avec électroesthésie.</p> |

Pathogénie. — Au point de vue pathogénique, les anesthésies peuvent être divisées en trois groupes : — A. *Anesthésies organiques* liées à une altération appréciable des centres nerveux, des nerfs ou de la peau ; — B. *Anesthésies dyscrasiques* liées à l'anémie ou à l'altération du sang ; — C. *Anesthésies névrosiques*, c'est-à-dire liées à des névroses indépendantes de toute altération organique ou dyscrasique accessible à nos moyens d'exploration.

A. ANESTHÉSIES ORGANIQUES. — Les lésions organiques qui donnent lieu à des anesthésies intéressent :

1° *Les centres nerveux et leurs enveloppes.* — Dans beaucoup de lésions organiques des centres nerveux la perte de la sensibilité cutanée accompagne la perte du mouvement volontaire. Sa production, son siège, sa durée, etc., obéissent aux mêmes lois : ainsi, la lésion de la capsule interne, lorsqu'elle s'étend à son tiers postérieur, détermine à la fois l'hémiplégie et l'hémi-anesthésie de la moitié opposée du corps ; il en est de même des lésions de l'un des pédoncules ou d'une moitié de l'axe bulbo-protubérantiel, lorsqu'elles siègent au-dessus de l'entre-croisement des pyramides ; la destruction de la moelle détermine la paraplégie et l'anesthésie de la moitié inférieure du corps.

L'anesthésie incomplète ou un *simple retard* dans la perception indique que les voies de transmission sont altérées sans être complètement détruites.

On a remarqué que lorsque tous les modes de sensibilité ne sont pas éteints, c'est la sensibilité à la température qui persiste en dernier lieu.

Il est une remarque importante : pour qu'une lésion de la moelle détermine l'anesthésie, il faut qu'elle intéresse la substance grise ou les racines postérieures des nerfs rachidiens ; les lésions des cordons antérieurs et des racines antérieures produisent seulement des paralysies du mouvement.

Les maladies cérébrales qui déterminent des troubles de la sensibilité sont : les *méningites*, la *paralysie générale*, les *hémorragies cérébrales*, les *ramollissements*, la *compression du*