

EPILEPSIE PARTIELLE SENSITIVE. — H. Jackson, Ferrier, Powers, Pitres, Raymond ont fait connaître une *épilepsie partielle sensitive*, essentiellement caractérisée par des paroxysmes douloureux, survenant dans une moitié du corps, accompagnés ou non de perte de connaissance, avec ou sans parésies consécutives.

### CHAPITRE III

#### Troubles de la motilité.

Les troubles de la motilité peuvent consister en *paralysies*, en *convulsions*, en *contractures*, ou en *défaut de coordination*.

Quelle que soit leur nature, ils s'accompagnent presque toujours de modifications dans l'état des réflexes et dans les réactions électriques des nerfs et des muscles. Aussi croyons-nous utile, pour déblayer le terrain, de consacrer d'abord quelques pages à l'étude des réflexes et à celle des réactions électriques.

#### I. — Troubles des réflexes.

L'exagération de l'excitabilité réflexe se reconnaît à ce qu'il suffit d'irritations légères pour produire des mouvements réflexes rapides et intenses. On observe le contraire quand l'excitabilité réflexe est diminuée.

Nous envisagerons successivement les réflexes tendineux, les réflexes cutanés, les réflexes muqueux, le réflexe pupillaire.

RÉFLEXES TENDINEUX. — Parmi les réflexes tendineux, le plus important est le réflexe rotulien.

Pour l'explorer, il faut d'abord placer le sujet dans une position convenable, c'est-à-dire la jambe fléchie et pendante. On obtient ce résultat — soit en le faisant asseoir sur le bord de son lit, les jambes pendantes, — soit en le laissant dans le décubitus dorsal et en lui disant de mettre une de ses jambes sur l'autre, — soit en soulevant la partie inférieure de sa cuisse de façon à ce que sa jambe tombe dans le vide, — soit lorsqu'il est assis, en lui faisant croiser les jambes l'une sur l'autre. En un mot, il faut que les extenseurs de la cuisse soient dans le relâchement. Puis on percute le tendon rotulien, soit avec un marteau à percussion, soit avec le bord cubital de la main droite, soit avec l'extrémité des doigts réunis.

A l'état normal, on obtient immédiatement une contraction brusque du triceps crural qui projette la pointe du pied en avant et qui est due à ce que l'irritation mécanique transmise à la substance grise de la moelle par les filets centripètes et les racines médullaires postérieures, s'est propagée aux cellules motrices correspondantes des cornes antérieures et s'est réfléchie, par les voies motrices périphériques, sur les muscles qui se sont contractés.

A l'état pathologique, le réflexe peut être diminué ou aboli ; il peut, au contraire, être exagéré.

Sa diminution ou son abolition peuvent se rencontrer dans les pyraxies graves, dans le diabète, dans l'urémie, dans l'ataxie locomotrice (signe de Westphal), les pseudo-tabes par névrites périphériques, la paralysie infantile, la paralysie spinale aiguë, les méningites aiguës cérébro-spinales, la sclérose latérale amyotrophique, etc.

Son exagération peut s'observer dans la sclérose en plaques, les myélites transverses<sup>1</sup>, la sclérose du faisceau pyramidal, la sclérose latérale amyotrophique, la neurasthénie, l'hydrargyrisme. Lorsqu'elle apparaît au cours d'une hémiplegie flasque, elle annonce l'imminence des contractures.

Von Bechterev a signalé l'épuisement rapide des réflexes patellaires, dans divers cas de myélite de la moelle dorsale inférieure et du renflement lombaire (à la période de déclin de la maladie), au début de la polynévrite, ainsi que dans la phase initiale du tabes, avant leur abolition : le réflexe, provoqué par un premier choc, a une intensité normale, mais la réaction s'affaiblit très vite et finit par manquer tout à fait si l'on répète, plusieurs fois de suite, la percussion du tendon ; après un repos plus ou moins prolongé, le réflexe récupère son intensité primitive.

— Le réflexe du tendon d'Achille s'obtient lorsqu'on percute ledit tendon, la jambe élevée et dans l'extension, le pied en demi-extension ; chaque coup détermine une ou plusieurs flexions dorsales du pied. On doit à Babinski d'avoir démontré : — 1<sup>o</sup> que l'abolition ou l'affaiblissement de ce réflexe dans la sciatique permet d'affirmer l'existence d'une altération organique du nerf et de distinguer la sciatique vraie de la pseudo-sciatique hystérique ; — 2<sup>o</sup> que son

1. L'exaltation des réflexes tendineux du genou et du pied, s'observerait dans 60 p. 100 des cas de fièvre typhoïde, au dire de Bernheim (de Nancy), et serait due à une sorte de myélite infectieuse curable.

abolition, dans le tabes, peut s'observer alors que les réflexes rotuliens sont encore normaux ; que, par conséquent, elle a, au point de vue du diagnostic de cette affection, au moins autant d'importance, sinon plus, que le signe de Westphal.

Lorsqu'il y a exagération du réflexe Achilléen, il suffit souvent, le malade étant couché sur le dos, de redresser brusquement les orteils, pour obtenir la *trépidation épileptoïde*, c'est-à-dire une série de mouvements d'extension et de flexion au niveau du pied.

— On peut encore rechercher l'état du réflexe brachial tricipital, en plaçant sur la poitrine, le bras plié à angle droit, et en percutant la partie inférieure du tendon tricipital : à l'état normal, chaque coup est suivi de légers mouvements d'extension de l'avant-bras.

On peut enfin explorer d'une façon analogue les tendons du biceps brachial, des fléchisseurs et des extenseurs de l'avant-bras.

RÉFLEXES CUTANÉS. — Parmi les réflexes cutanés, le plus important est le réflexe plantaire qui s'explore en chatouillant ou en piquant la plante du pied. A l'état normal, semblable irritation détermine un réflexe de flexion du pied sur la jambe, de la jambe sur la cuisse, de la cuisse sur le bassin. Ce réflexe peut être diminué, aboli, ou exagéré.

On doit à Babinski d'avoir attiré l'attention sur un réflexe très important, celui des orteils (réflexe cutané plantaire). A l'état normal, lorsqu'on picote la face plantaire du gros orteil par exemple, on détermine sa flexion : il en est de même dans les paralysies hystériques. Au contraire, lorsqu'il existe une lésion du système pyramidal, une paralysie organique, le résultat obtenu, à la suite de la même excitation, est son extension.

Le réflexe crémastérien s'explore en grattant avec l'ongle la face interne de la cuisse : à l'état normal, le testicule remonte alors vers l'anneau ; le phénomène est surtout marqué chez les enfants.

Les réflexes abdominal, fessier, lombaire, s'explorent en excitant les muscles de ces régions.

Signalons encore le réflexe mammaire qu'on explore en grattant la peau du mamelon et qui consiste, à l'état normal, dans une saillie plus forte du mamelon et dans un fronçage plus marqué de l'aréole par contraction du peaussier.

La recherche de l'état des réflexes cutanés peut aider au diagnostic précoce de l'hémiplegie, lorsque le malade est encore dans l'état apoplectiforme et que les membres restent inertes sous

les excitations : on peut souvent, en pareil cas, constater la persistance des réflexes cutanés du côté non paralysé et leur abolition du côté de l'hémiplégie.

**RÉFLEXES MUQUEUX.** — A côté des réflexes cutanés se placent les réflexes muqueux, dont le principal, au point de vue sémiotique, est le réflexe nauséux qui se produit, à l'état normal, lorsqu'on touche le voile du palais ou la muqueuse du pharynx et qui est souvent aboli dans l'hystérie. Signalons encore — le réflexe conjonctival qui se traduit par l'occlusion brusque de la paupière lorsqu'on touche la muqueuse oculaire ou la sclérotique ; — le réflexe sternutatoire lorsqu'on irrite la muqueuse pituitaire ; — le réflexe bulbo-caverneux qui se traduit par une contraction du bulbe urétral sous l'excitation de la muqueuse du gland.

**RÉFLEXES OCULAIRES.** — Normalement la pupille se rétrécit dans deux conditions :

1<sup>o</sup> Lorsque la rétine est éclairée brusquement ou lorsque l'éclairage augmente : réflexe pupillaire lumineux ;

2<sup>o</sup> Au moment de l'accommodation de l'œil pour la vision des objets rapprochés : contraction pupillaire accommodative.

La perte du réflexe lumineux, avec conservation de la contraction pupillaire accommodative, constitue le signe d'ARGYLL-ROBERTSON.

Ce signe se rencontre constamment à un moment de l'évolution de la paralysie générale et du tabes. Il fait toujours défaut dans la sclérose en plaques, dans les polynévrites, dans l'atrophie musculaire du type Charcot-Marie, dans la syringomyélie, dans la maladie de Friedreich, et dans toutes les variétés de vésanies, à moins que les sujets vésaniques, myélitiques, atrophiques ne soient en même temps d'anciens syphilitiques et ne présentent une association de leur affection cérébrale, médullaire ou névritique avec la syphilis (Cestan et Dupuy-Dutemps). On doit donc admettre la règle formulée par Babinski, à savoir, que la présence du signe d'Argyll-Robertson doit toujours faire soupçonner la syphilis (Dufour, Vidal). On peut même affirmer, d'après Cestan et Dupuy-Dutemps, qu'il est toujours un symptôme de tabes ou de paralysie générale évoluant, soit à l'état isolé, soit à l'état d'association avec d'autres affections nerveuses syphilitiques.

« On désigne sous le nom de rigidité pupillaire hémianoptique tous les cas où, chez les hémianoptiques, l'éclairage, à l'aide d'un verre convexe, bien circonscrit de la moitié aveugle de la pupille, n'est pas suivi de dilatation de la pupille. La rigidité pupillaire

hémianoptique ne s'observe point lorsque l'hémioptie est causée par une affection de l'écorce cérébrale (lobe occipital), mais seulement en cas de lésion de l'arc réflexe pupillaire, à la constitution duquel concourent le nerf optique, le chiasma, la bandelette optique, les tubercules quadrijumeaux antérieurs et l'oculo-moteur commun. On voit donc que la rigidité pupillaire hémianoptique se rencontre au cours des affections du nerf optique, du chiasma, et de la bandelette optique » (Eichhorst).

## II. — Étude des réactions électriques des nerfs et des muscles.

Cette étude est résumée de la manière suivante par E. Lacaille.

### RÉACTIONS ÉLECTRIQUES À L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE.

**Mode opératoire.** — Une plaque indifférente et un seul tampon actif.

1. *Courants faradiques-nerfs.* — Lorsqu'on excite un nerf normal avec ces courants, on doit voir tous les muscles qu'innerve ce nerf se contracter à chaque fermeture du courant.

*Muscles.* — Si l'on excite directement le muscle, on constate la même contraction à chaque fermeture.

D'autre part, toutes choses étant égales d'ailleurs, les contractions obtenues sont aussi fortes à droite qu'à gauche, il n'y a pas lieu de différencier les excitations d'un pôle ou d'un autre.

2. *Courants galvaniques.* — Ici la chose est moins simple, et il y a lieu de considérer ce qui se passe pendant le passage du courant, à son ouverture, à sa fermeture, avec un pôle ou avec l'autre. De plus, les phénomènes ne sont pas pareils pour le nerf et pour le muscle.

*Excitations galvaniques du nerf. — Passage du courant.* — Aucune contraction, quelle que soit l'intensité employée.

Examinons maintenant ce qui se passe à la fermeture et à l'ouverture du courant, d'abord avec un pôle, puis avec l'autre comme pôle actif.

Débitons notre courant progressivement jusqu'à 3 mill. environ, servons-nous du pôle négatif, nous constatons une contraction à la fermeture et rien à l'ouverture. Changeons de pôle, nous ne trouvons toujours, avec 3 mill., pas de contraction, ni à l'ouverture ni à la fermeture positive.