

paralysies de ce genre sont les *hémiplegies* — survenant brusquement au moment de la *ligature d'une artère carotide primitive* ou interne (ainsi qu'on en possède plusieurs exemples), — ou au moment où une *embolie* détachée du cœur vient obstruer, soit une de ces artères, soit plus ordinairement l'artère sylvienne ou cérébrale moyenne du côté gauche¹.

c) PARALYSIES DYSCRASIQUES. — Dans ce genre de paralysies, les centres nerveux ne fonctionnent plus parce qu'ils reçoivent un sang altéré. Or, l'altération du sang est — tantôt celle qui constitue la *chloro-anémie* (cependant il est fort rare que cette altération produise des paralysies véritables); — tantôt elle tient à la présence d'un élément toxique (*plomb, mercure, arsenic, tabac, ergot de seigle*) et on sait combien sont fréquentes les *paralysies saturnines*. Toutefois, il semble démontré aujourd'hui que ces paralysies ne relèvent qu'indirectement de l'altération sanguine : les unes sont liées à l'existence d'altérations matérielles (myélite ou névrite); les autres dépendent de l'hystérie (voy. *Manuel de pathologie interne*, 4^e édit., p. 366).

d) PARALYSIES FONCTIONNELLES. — En dehors de toute altération organique, de toute diminution ou intoxication appréciable du sang, on observe certaines paralysies dont les plus fréquentes se rattachent à des *névroses* : — telles sont les *paralysies hystériques* (psychiques) dont l'importance s'est considérablement accrue dans ces dernières années; c'est dans ce groupe qu'il faut faire rentrer certaines paralysies toxiques déterminant une hémiplegie motrice avec anesthésie sensitivo-sensorielle (*hystérie toxique*) et qu'on observe particulièrement dans le saturnisme, l'hydrargyrisme et dans certaines auto-intoxications comme l'urémie. Peut-être certaines paralysies, consécutives à des maladies infectieuses, rentrent-elles dans le même groupe ainsi que certaines paralysies dites *a frigore* (paralysie faciale par exemple). — On peut observer des para-

1. On aurait encore observé des paralysies partielles par oblitération ou compression de l'artère principale d'un membre ou à la suite d'hémorragies abondantes; des paralysies par oblitération de l'aorte (Barth et Grisolle).

lyties fonctionnelles dans d'autres névroses, mais elles sont assez rares et transitoires : telles sont celles qui succèdent à une attaque d'*épilepsie*.

Enfin il en est qui semblent avoir une origine réflexe : par exemple celles qui sont déterminées par la présence de *vers intestinaux*.

Pronostic. — Nous venons d'exposer les nombreuses causes de paralysies : liées à la destinée des maladies dont elles sont symptomatiques, les paralysies ont donc un pronostic très variable. Quelle différence, par exemple, entre une paralysie faciale *a frigore*, une paralysie hystérique, etc., et une hémiplegie liée à une hémorragie cérébrale, etc. ?

Diagnostic. — Un diagnostic complet comprend la solution de trois problèmes :

A. Il faut *reconnaître la paralysie* : on y arrive à l'aide de caractères que nous avons indiqués déjà.

B. En *reconnaître la cause* : cette étude va être faite dans les articles consacrés à l'hémiplegie, à la paraplégie et aux paralysies partielles.

C. Préciser le *siège des lésions anatomiques* : ce troisième point se confond souvent, en partie, avec le diagnostic de la cause; il est cependant utile d'en dire quelques mots.

Siège des lésions anatomiques. — Plusieurs cas peuvent se présenter :

1^o Il existe une *paraplégie*, c'est-à-dire une paralysie de la moitié inférieure du corps : vous pouvez, sans hésitation, en placer le point de départ dans la moelle, et la limite supérieure de la paralysie vous indique à quelle hauteur de la moelle est située l'altération¹. Il reste, bien entendu, à déterminer sa cause, organique, ischémique, dyscrasique ou fonctionnelle.

1. Charcot a publié quelques faits très exceptionnels d'hémiparaplégie ou même de paralysies tout à fait localisées, résultant de la compression partielle de la moelle.

2° Il existe une *hémiplégie*, c'est-à-dire une paralysie de la moitié droite ou gauche du corps : son point de départ siège dans l'*hémisphère cérébral opposé au côté paralysé* ; car, en raison de l'entre-croisement des pyramides au niveau du bulbe, les nerfs de la moitié gauche du corps se rattachent à l'hémisphère cérébral du côté droit, et réciproquement ; mais il est souvent beaucoup plus difficile d'arriver à plus de précision et de localiser la lésion dans les couches optiques, les corps striés, les circonvolutions, etc.

3° Le diagnostic topographique des *paralysies partielles* est plus facile. En effet, une paralysie exactement limitée à la distribution d'un nerf indique une lésion de ce nerf, soit dans sa portion périphérique ou spinale, soit dans sa portion centrale ou cérébrale¹.

Ainsi une hémiplégie faciale, exactement limitée à la distribution du nerf facial, indique une altération du nerf facial, soit dans sa portion périphérique (et alors la paralysie se trouve placée du côté de la lésion), soit dans sa portion cérébrale (et alors la paralysie se trouve placée du côté opposé à la lésion, etc.).

Les paralysies produites par certaines influences spéciales, telles que les intoxications, frappent de préférence des régions déterminées ; ex. : paralysie des muscles extenseurs de l'avant-bras et du bras dans l'empoisonnement saturnin.

La paralysie isolée d'un membre est souvent en rapport avec la lésion (traumatisme, compression) des filets nerveux qui s'y rendent. Les névroses (hystérie) déterminent fréquemment des paralysies partielles, à invasion et à dispari-

1. Chaque nerf crânien se compose de deux parties : l'une périphérique, étendue du mésocéphale à la sphère de distribution du nerf ; l'autre centrale, étendue du mésocéphale au cerveau. L'union de ces deux parties s'effectue par un amas de cellules grises (noyau de Stilling). La portion périphérique est formée de filets nerveux réunis en un cordon, tandis que la portion cérébrale est formée d'une foule de filets dissociés se rendant dans l'hémisphère cérébral opposé ; le nerf moteur oculaire externe fait seule exception : il se rend dans l'hémisphère correspondant.

tion brusques, paralysies qui peuvent, il est vrai, revêtir la forme hémiplégique ou paraplégique, etc.

Traitement. — Il présente deux indications :

1° *Combattre la cause de la paralysie.* — Les moyens à employer seront aussi divers que le sont les causes elles-mêmes. Il faudra combattre tantôt une hémorragie cérébrale ; tantôt une compression par fracture, luxation, tumeur, etc. ; dans d'autres cas, la syphilis, l'hystérie, l'empoisonnement saturnin, etc.

2° *Rappeler la contractilité des muscles et prévenir leur atrophie.* — Les frictions excitantes et surtout les courants électriques sont les agents les mieux appropriés à ce but ; mais leur usage doit être fait avec discernement.

II. — Des paralysies en particulier.

HÉMIPLÉGIE.

L'hémiplégie est la paralysie de la moitié du corps.

Variétés. — L'hémiplégie est complète ou incomplète, localisée aux membres ou étendue à la face.

Description. — *Début.* — Elle est souvent précédée d'une *attaque d'apoplexie*, c'est-à-dire que le malade, brusquement frappé, s'affaisse sur lui-même privé de connaissance, et insensible à toute excitation ; ses membres sont dans la résolution (soulevés, ils retombent comme une masse inerte), et ce n'est qu'après la disparition de cet état apoplectique que l'hémiplégie devient évidente (v. p. 549). Ce début apoplectique s'observe surtout dans les hémiplegies liées aux hémorragies et aux embolies cérébrales, aux compressions brusques de l'encéphale par une fracture, un épanchement sanguin, etc. — Dans d'autres cas, l'hémiplégie se dessine immédiatement, c'est-à-dire sans apoplexie préalable, ou encore son développement est graduel : c'est ce que l'on observe lorsqu'elle est sous la dépendance d'une tumeur ou d'un arrêt progressif (temporaire ou permanent) de la circulation dans un département du cerveau, dû à de l'artério-sclérose.

Caractères. — Lorsque l'hémiplégie est complète, le bras et la jambe (d'un même côté) sont absolument inertes. Mais une paralysie aussi complète est assez rare ; d'ordinaire, le malade peut imprimer quelques mouvements aux extrémités, surtout à la jambe, qui est ordinairement moins immobile que le bras. Si l'hémiplégie est incomplète, on le reconnaît à ce que le malade traîne la jambe, marche en fauchant, serre moins énergiquement, etc.

A la face, l'hémiplégie est moins accentuée que dans les lésions du nerf facial ; cependant la face, et principalement la commissure des lèvres, paraît être entraînée du côté sain, ce qui est surtout appréciable lorsque le malade parle, rit, etc. ; du côté paralysé la joue est flasque, l'œil ouvert (voy. *Paralysie faciale*). La paralysie de la face est incomplète, et surtout, frappe les muscles innervés par le facial inférieur ; la paralysie du facial supérieur, toujours beaucoup moins marquée que celle du facial inférieur, est incomplète et passagère et échappe facilement à une observation superficielle : pour la constater, il faut demander au malade (en supposant qu'il soit conscient) de fermer successivement et isolément chacun des deux yeux ; il peut les fermer simultanément (à cause de l'intégrité de l'innervation mésocéphalique), il peut également fermer l'œil du côté sain, en laissant l'œil ouvert du côté paralysé, mais il lui est impossible de fermer seul l'œil du côté paralysé, l'autre restant ouvert¹ (*signe de l'orbiculaire*, L. Revilliod [1889], Grasset).

La paralysie de la face siège ordinairement du même côté que la paralysie des membres. Dans quelques cas désignés par Gubler sous le nom de paralysie alterne, la face est paralysée du côté opposé à la paralysie des membres ; la paralysie faciale est alors complète ; l'orbiculaire est pris.

La langue est déviée du côté paralysé. Ce qui tient à l'action du génioglosse qui, en tirant la langue hors de la bouche, dirige sa pointe du côté opposé ; lorsque les deux muscles

1. Ce signe n'a de valeur que si le malade possédait, antérieurement à son hémiplégie, la capacité de fermer isolément les deux yeux, ce qui est le cas 90 fois sur 100.

agissent simultanément, les mouvements de latéralité s'annulent, mais ils deviennent manifestes lorsque l'un d'eux est paralysé.

Les paralysies des *muscles de l'œil* sont rares.

Parfois il existe une hémiplégie du *voile du palais*, qui devient flasque et dont la luette est déviée vers le côté sain ; elle rend la déglutition difficile, les liquides tombent souvent dans les voies aériennes et provoquent la toux.

Les muscles de la moitié correspondante du tronc se contractent moins énergiquement et l'on constate facilement de l'asymétrie dans la dilatation inspiratoire.

Les *paralysies viscérales* (vessie, rectum) existent dans certains cas ; elles donnent lieu, suivant le muscle qu'elles frappent, à la rétention, ou au contraire à l'incontinence de l'urine et des matières.

La *sensibilité* est souvent éteinte dans les parties paralysées, dont la température s'élève, au début, au point de dépasser d'un degré celle des parties opposées.

Marche. — Extrêmement variable : — certaines hémiplégies s'effacent rapidement, tout à coup et d'une façon complète (hémiplégie hystérique) ; — dans d'autres cas, leur guérison est lente, graduelle et incomplète (hémiplégies liées à une hémorragie cérébrale qui se résorbe, à un arrêt momentané de la circulation, à une tumeur syphilitique qui disparaît, etc.) ; — souvent elles persistent indéfiniment.

Or lorsqu'une hémiplégie se prolonge plusieurs mois (4 ou 5, Turck), surtout lorsqu'elle se rattache à une hémorragie cérébrale, il n'est pas rare de voir les membres paralysés se *contracturer*, phénomène en rapport avec la dégénérescence scléreuse des faisceaux de la moelle qui correspondent au foyer hémorragique du cerveau ; leur *nutrition s'altère* ; la peau est sèche, squameuse ; les nerfs, les os s'atrophient et la réaction électrique s'éteint.

Pathogénie. — L'hémiplégie indique une altération organique ou fonctionnelle de l'hémisphère cérébral opposé aux

membres paralysés. Ainsi que nous l'avons dit, cela tient à l'entre-croisement des pyramides et même de la plupart des filets nerveux au niveau du bulbe, de telle sorte que les nerfs du côté droit, par exemple, se rendent à l'hémisphère cérébral gauche et réciproquement.

Nous devrions répéter ici ce que nous avons déjà exposé dans la pathogénie des paralysies en général. Sans revenir sur ces nombreux détails, nous dirons que les causes des hémiplegies peuvent se diviser en quatre groupes :

1° *Hémiplegies organiques*. — Elles se rattachent à une altération organique d'un hémisphère cérébral, telle que : *hémorragie cérébrale, hémorragie méningée, pachyméningite, leptoméningites aiguës ou chroniques* (tuberculeuses, syphilitiques, actinomycosiques, etc.), *fracture du crâne avec épanchement sanguin intracranien ou compression du cerveau par un fragment, ramollissement cérébral, méningo-encéphalite, plaies du cerveau, tumeurs* (sarcomes, carcinomes, exostoses, tumeurs syphilitiques, tubercules, etc.), *abcès cérébral* (à la suite d'otite et de mastoïdite).

2° A côté de ces hémiplegies se placent celles qui surviennent au cours de la paralysie agitante, de la chorée.

3° *Hémiplegies toxi-infectieuses*. — Elles sont beaucoup plus rares et semblent liées à une altération du sang ou à de l'ischémie : les *hémiplegies toxiques* se rencontrent, par ordre de fréquence, dans l'urémie (indépendamment de tout œdème cérébral), le diabète, l'alcoolisme, le saturnisme, l'hydrargyrisme, et en dernier lieu dans les intoxications accidentelles comme celles par l'oxyde de carbone ou le sulfure de carbone ; — quant aux *infections aiguës*, toutes (pneumonies, fièvres éruptives, fièvre typhoïde, diphtérie, infection puerpérale, rage, etc.) peuvent donner lieu à une hémiplegie, indépendamment d'aucune lésion organique telle que embolie, artérite infectieuse, nécrobiose, etc. (Brissaud).

4° *Hémiplegies fonctionnelles*. — Le type en est représenté par l'hémiplegie hystérique. L'importance de ces paralysies tend chaque jour à s'accroître : c'est à elles qu'on rapporte beaucoup des hémiplegies motrices sensitivo-sensorielles qui

peuvent se rencontrer dans les intoxications saturnine, alcoolique, mercurielle et même dans l'intoxication urémique (*hystérie toxique*).

Sémiotique. — Après avoir, grâce aux caractères que nous venons d'indiquer, constaté l'existence d'une hémiplegie, vous devez déterminer les causes qui lui ont donné naissance, c'est-à-dire reconnaître si elle se rattache à une *hémorragie cérébrale*, à un *traumatisme*, à un *ramollissement cérébral*, à une *tumeur*, à une *embolie*, ou à l'*hystérie*, car ce sont là les causes ordinaires des hémiplegies.

Voici à quels signes vous reconnaîtrez que l'hémiplegie se rattache :

1° *A une hémorragie cérébrale*. — C'est ordinairement un individu d'un certain âge, à prédispositions héréditaires (Dieulafoy), dont la santé était bonne ou qui souffrait depuis peu de temps de vertiges et de maux de tête, et qui, sous l'action brusque du froid, ou à l'occasion d'une indigestion ou d'un coït, ou encore sous l'influence d'un brusque abaissement de la pression atmosphérique tombe tout à coup : — tantôt il est frappé d'apoplexie, c'est-à-dire qu'il a perdu le sentiment, le mouvement et l'intelligence ; il est dans une résolution complète, sa respiration est lente, stertoreuse, et ce n'est que lorsque cette phase apoplectique se dissipe (quelques heures à deux ou trois jours) que l'hémiplegie se dessine ; — tantôt l'apoplexie fait défaut, l'hémiplegie est soudaine, le malade conserve sa connaissance, mais il est paralysé de la moitié du corps.

Tel est le début. Si l'on a alors recours à la ponction lombaire on recueille souvent un liquide sanglant, hémorragique, ne se coagulant pas au bout d'un repos de quelques heures (Widal) et qui fournit la preuve qu'il s'agit bien d'une hémorragie. Il ne faut pas oublier toutefois que la teinte hémorragique du liquide peut n'apparaître qu'au bout de quelques jours (Sicard), ou même manquer complètement lorsque l'hémorragie s'est localisée et n'a pas diffusé dans les ventricules (Widal).

Les choses restent en cet état pendant quatre à huit jours. Puis se manifestent du mal de tête, des douleurs, des contractures et des secousses dans les membres paralysés, la température s'élève un peu : ce sont les signes d'un travail inflammatoire, d'une *encéphalite* développée autour du foyer sanguin.

Si le malade traverse ces deux phases du début d'encéphalite, il entre dans une phase d'état, à durée indéterminée, phase pendant laquelle l'hémiplégie se présente dans toute sa pureté, accompagnée ou non de troubles de l'intelligence, de la sensibilité, etc. En général, elle s'amende graduellement et le mouvement reparait d'abord dans le membre inférieur, etc.; mais le retour à la santé n'est jamais complet, et les récidives sont presque toujours fatales.

2° *A un traumatisme.* — Si l'hémiplégie est survenue à la suite d'une violence extérieure, la simple connaissance de ce fait vous permet d'affirmer qu'elle est due, soit à une *fracture du crâne* avec enfoncement d'un fragment, et l'examen direct, aidé au besoin de la radioscopie, vous instruit à cet égard; soit à un *épanchement sanguin*; soit à une *contusion cérébrale* qui se révèle quelques jours après l'accident par l'*encéphalite* qu'elle provoque (légère élévation de la température et phénomènes d'excitation, tels que délire, convulsions, contractures, etc.).

3° *A un hématome de la dure-mère ou pachyméningite.* — Ici l'hémiplégie est précédée des symptômes d'une méningite chronique, l'individu est aliéné, les accidents présentent des intermittences, la paralysie est mal limitée, tardive, précédée de contractures ou de convulsions épileptiformes.

4° *A un ramollissement cérébral*¹. — Il s'agit d'un individu avancé en âge, dont l'intelligence s'affaiblit graduellement, qui souffre de la tête, devient irritable, morose, pleure sans motif, perd la mémoire et les forces, et chez lequel survient une attaque apoplectique, laissant après elle une hémiplégie.

5° *A une embolie.* — Il s'agit, en général, d'un individu jeune, atteint d'une lésion cardiaque (athérome ou endocardite ulcéreuse); il tombe tout à coup, frappé par une attaque d'apoplexie, comme s'il s'agissait d'une hémorragie cérébrale; l'apoplexie se dissipe et l'hémiplégie apparaît; elle siège ordinairement à droite, car l'embolie a pour l'artère sylvienne du côté gauche une prédilection marquée, qu'on a cherché à expliquer par l'angle d'insertion de la carotide primitive gauche sur la crosse de l'aorte. Parfois il existe en même temps des signes d'obstruction embolique dans d'autres viscères et surtout dans la rate qui est grosse et sensible.

1. On sait que la nécrobiose ou ramollissement du cerveau est due à l'anémie cérébrale, tantôt graduelle et consécutive à la thrombose des artères cérébrales, tantôt brusque et occasionnée par leur obturation embolique.

Cette hémiplégie peut disparaître en quelques heures (si la circulation collatérale suffit à conduire à l'hémisphère anémié la ration de sang nécessaire à l'accomplissement de ses fonctions), ou se prolonger indéfiniment, en ne présentant ni l'amélioration graduelle, ni les convulsions ou contractures si fréquentes dans les hémiplégies liées à une hémorragie cérébrale.

6° *A une tumeur.* — Le malade a eu, bien avant son accident hémiplégique, des engourdissements; son hémiplégie s'est, le plus souvent, développée progressivement; il a de la céphalée, de la stase papillaire, des troubles visuels, de l'épilepsie jacksonienne ou non jacksonienne.

— Mais il ne suffit pas d'avoir fait le diagnostic de l'hémorragie cérébrale, du ramollissement, de la tumeur, causes de l'hémiplégie, il faut encore, autant que possible, rechercher de quelle cause plus générale procèdent ces diverses altérations, et notamment si l'hémorragie cérébrale et le ramollissement ne sont pas dus à de l'artérite syphilitique, si la tumeur ne consiste pas en une gomme.

L'hémiplégie peut survenir au cours de la *Syphilis*, soit comme accident précoce, soit comme accident tardif.

L'hémiplégie syphilitique précoce apparaît le plus souvent 8 ou 9 mois après le chancre, mais peut apparaître plus tôt (56 jours après le chancre dans un cas de Mauriac) ou plus tard (1 an, 15 mois). L'hémiplégie syphilitique peut survenir brusquement, mais le plus souvent, elle est précédée de divers symptômes précurseurs: *céphalée*, plus ou moins intense, tenace, à exacerbations nocturnes; *phénomènes congestifs* caractérisés par des vertiges et des phénomènes d'obnubilation, par une lassitude générale, de la somnolence, un affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence; *troubles moteurs* représentés par de la faiblesse passagère dans une partie du corps, dans une main, dans une jambe, par des paralysies motrices partielles, surtout de la 3^e paire, ou du facial; *troubles de la sensibilité* consistant en fourmillements dans les membres qui seront ultérieurement paralysés, en sensations de froid, d'engourdissement. Lorsque l'hémiplégie survient (Fournier), elle peut apparaître sous trois formes: *forme apoplectique* (rare), le plus souvent mortelle et qui résulte soit de la rupture d'un anévrysme méningé, soit de l'oblitération d'un gros tronc artériel de la base du cerveau; *forme paralytique grave*, provenant de lésions incurables ou difficilement curables, qui déterminent des hémiplégies de longue durée dont le traitement doit être énergique; *forme*

légère ou parétique, de beaucoup la plus fréquente, presque toujours incomplète et frappant inégalement deux membres, s'accompagnant ordinairement d'aphasie lorsqu'elle siège à droite. D'après Fournier, l'hémiplégie syphilitique précoce ne s'accompagne pas d'hémianesthésie. Outre les renseignements que l'étude des commémoratifs peut fournir, lorsque le malade est en état de répondre à un interrogatoire, on relève souvent sur son corps des lésions syphilitiques de la période secondaire en évolution : adénopathie inguinale, roséole, plaques muqueuses, syphilides papuleuses ou papulo-squameuses.

L'hémiplégie syphilitique tardive de la période tertiaire peut se montrer 5, 10, 15 ans, et plus encore, après le chancre infectant.

7° A l'hystérie. — Le début, qui se rattache presque toujours à une émotion, est quelquefois soudain (*apoplexie hystérique* de Debove-Achard). La paralysie motrice siège presque toujours à gauche ; elle n'atteint pas généralement la face, bien que la langue puisse être très déviée par un hémispasme (Brissaud et P. Marie) ; elle ne s'accompagne d'aucun trouble de tonicité, ni des réflexes : si, par exemple, on recherche le réflexe plantaire, on constate qu'il est net du côté sain comme du côté paralysé, alors que dans les hémiplégies organiques il se produit en extension, du côté paralysé (Babinski). De plus, si le malade étant dans la position horizontale, on lui ordonne de chercher à se relever, on constate qu'au moment de l'effort, les deux jambes se relèvent et d'une façon semblable, alors que dans l'hémiplégie organique, la jambe du côté paralysé se soulève davantage que celle du côté sain. De plus, l'hémiplégique hystérique, quand il marche, laisse pendre son membre supérieur paralysé et traîne complètement la jambe, alors que, dans les mêmes conditions, l'hémiplégique organique lève sa main en l'écartant du tronc et lève son pied au-dessus du sol en lui faisant décrire un mouvement de circumduction. Enfin l'hémiplégie hystérique reste flasque.

La paralysie motrice hystérique s'accompagne d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète, c'est-à-dire d'une perte de la sensibilité cutanée sur la moitié du corps et de troubles oculaires (amblyopie croisée avec contraction concentrique des champs visuels).

8° Les hémiplégies qui succèdent aux *intoxications ou aux infections autres que la syphilis* ont pour caractères d'être totales, « au maximum », de réaliser le type complet de l'hémiplégie motrice, d'être passagères, de guérir complètement.

Il en est de même des *hémiplégies réflexes*, observées, par Berger, chez des sujets opérés de hernie, et par d'autres auteurs à la suite d'empyèmes opérés, etc.

Il en est de même des hémiplégies qui surviennent au cours de la *paralysie agitante*, de la *chorée*, etc.

Les unes et les autres surviennent dans des conditions spéciales qui éclairent le diagnostic.

9° Les diabétiques peuvent, tout comme les autres individus, être frappés d'hémiplégie vulgaire, mais en général, il n'en est pas ainsi, et le plus souvent, l'hémiplégie revêt chez eux des caractères spéciaux ; rarement, ils perdent connaissance et sont frappés d'apoplexie vraie ; l'hémiplégie est atypique, incomplète, peu intense, dissociée, et elle offre une tendance spontanée à la régression.

10° Dans les hémiplégies qui sont liées au paludisme, la cause est généralement très apparente.

— En résumé, d'une façon générale, ce sont l'hystérie, la syphilis cérébrale, l'embolie d'origine cardiaque qui représentent les causes les plus fréquentes de l'hémiplégie, avant cinquante ans, tandis qu'après cet âge, l'hémiplégie est plus souvent due à l'hémorragie cérébrale et au ramollissement.

Localisations cérébrales. — Après avoir établi la nature de l'hémiplégie, il faut déterminer quelle est la partie du cerveau qui est atteinte. D'une façon générale, on peut dire que l'hémiplégie correspond presque toujours à une lésion siégeant dans l'hémisphère du côté opposé. Pour arriver à une localisation plus précise, on se basera sur l'analyse des divers autres troubles nerveux (aphasie, troubles de la sensibilité, etc.) qui peuvent accompagner l'hémiplégie (Voir *Pathologie interne*).

Pronostic. — Sauf dans les cas de paralysies hystériques, le pronostic de l'hémiplégie est toujours grave.

Traitement. — Il ne saurait être exposé d'une manière générale, car l'hémiplégie n'est qu'un symptôme étroitement lié à l'altération d'un hémisphère cérébral, altération dont la nature variée présente des indications thérapeutiques diverses.

PARAPLÉGIE.

La paraplégie est une impuissance complète ou incomplète de la motilité volontaire des deux membres inférieurs ou plutôt de la partie inférieure du corps.

Pathogénie. — Dans l'immense majorité des cas, la paraplégie se rattache à une altération organique ou fonctionnelle de la moelle. Or, les causes capables d'altérer le fonctionnement de la moelle et, par suite, de produire une paraplégie, sont au nombre de quatre¹ : — A. Il existe une altération organique de la moelle : *Paraplégies organiques*. — B. La moelle ne reçoit qu'une quantité de sang insuffisante à sa nutrition : *Paraplégies ischémiques*. — C. La moelle ne reçoit qu'un sang altéré : *Paraplégies dyscrasiques*. — D. La moelle éprouve un simple trouble fonctionnel : *Paraplégies fonctionnelles ou liées aux névroses*.

A. PARAPLÉGIES ORGANIQUES. — Ces paraplégies, qui sont de beaucoup les plus fréquentes et les plus importantes, se rattachent à une altération organique de la moelle, altération qui peut être consécutive, soit :

1° A un traumatisme ou à une maladie de la colonne vertébrale (fractures, luxations, exostoses, gommes syphilitiques, nécrose, ostéite, mal de Pott, cancer)² ;

2° A une maladie des enveloppes de la moelle : tumeurs de natures diverses (sarcomes névrogliales, fibromes, etc.) ; inflammations avec collections purulentes ; exsudats pseudo-membraneux ; hémorrhagies méningées ou hématorachis ; — ou encore à l'irruption dans le canal médullaire d'une collection liquide ;

1. Cette classification a été proposée par Jaccoud dans ses magnifiques études sur les ataxies du mouvement.

2. Dans ces cas, la paralysie est le fait de la compression exercée sur la moelle par le fragment osseux, la tumeur, l'abcès, etc., compression qui interrompt la communication entre le cerveau et les nerfs qui précèdent du segment de la moelle sous-jacent à la partie comprimée.

3° Soit à une maladie de la moelle elle-même : congestion, myélites de toute nature (myélite centrale généralisée de Charcot, myélite aiguë, chronique, myélite transverse, sclérose des cordons antérieurs) ; tumeurs de la moelle (gliomes, cancers, tubercules, gommes, etc.).

B. LES PARAPLÉGIES ISCHÉMIQUES sont fort rares ; on en connaît deux ou trois cas consécutifs à l'oblitération de l'aorte.

C. LES PARAPLÉGIES DYSCRASIQUES sont également très exceptionnelles. On en a observé à la suite de l'empoisonnement par le plomb, le mercure, le phosphore, l'oxyde de carbone, etc. ; mais on est forcé de faire des réserves sur leur nature, aujourd'hui que l'on sait que ces substances toxiques amènent fréquemment des lésions médullaires ou des névrites périphériques.

D. LES PARAPLÉGIES FONCTIONNELLES sont plus rares que les hémiplegies fonctionnelles : en tête se place la paraplégie hystérique.

Peut-être faut-il faire rentrer dans le groupe des paraplégies fonctionnelles certaines paraplégies réflexes, telles qu'on peut les observer dans les maladies de l'intestin (vers intestinaux, diarrhées prolongées, etc.) et surtout dans le cours des maladies chroniques des organes génito-urinaires. Charcot admet trois variétés de paraplégies urinaires : 1° par névrite ascendante avec myélite transverse consécutive : c'est ce qu'on voit chez les vieux urinaires ; le pronostic est très grave ; 2° paraplégie réflexe, disparaissant et se reproduisant facilement ; 3° par névrite descendante, bilatérale des nerfs sacrés.

Description. — *Début.* — La paraplégie peut se manifester tout d'un coup : c'est ce qui a lieu dans les compressions brusques de la moelle par une fracture, une luxation de la colonne vertébrale, une hémorrhagie rachidienne ou encore dans l'hystérie. — Dans d'autres cas, elle se développe graduellement comme la tumeur ou l'inflammation qui l'engendre.

Caractères. — Les mouvements volontaires sont impossibles ou très faibles dans les deux membres inférieurs ; il existe de la