

Une coupe horizontale, passant au-dessus de la scissure de Sylvius, fait voir que la capsule interne est composée de deux segments : l'un antérieur, qui se dirige d'avant en arrière, de dehors en dedans ; l'autre postérieur, plus grand, à direction inverse, de dedans en dehors. M. Flehsig donne le nom de *genou de la capsule* au point de rencontre des deux segments.

La capsule interne comprend quatre faisceaux, *bien localisés*, qui sont, en procédant d'arrière en avant : 1° le tiers postérieur du *segment postérieur* ; il répond aux fibres de l'hémianesthésie ; 2° les deux tiers antérieurs de ce segment, qui répondent aux fibres du faisceau pyramidal, chargé de l'innervation des muscles du tronc et des membres ; 3° le genou, et 4° le segment antérieur, étudiés par M. Brissaud dans sa thèse inaugurale (1880). Pour cet auteur, le genou de la capsule interne est occupé par un faisceau qu'il appelle, à cause de sa situation, *généculé*, faisceau moteur que l'on peut regarder comme une dépendance du faisceau pyramidal, mais dont les fibres, au lieu de gagner la moelle, s'arrêtent dans les noyaux du bulbe, « pour donner le mouvement à la face, à la langue (au voile du palais peut-être), en un mot à toutes les parties de la tête et du visage qui peuvent être actionnées par la volonté ».

Le segment antérieur est rempli par des fibres qui paraissent être dévolues aux fonctions intellectuelles, car leur dégénérescence ne semble coïncider qu'avec des troubles psychiques.

Les quatre faisceaux de la capsule interne correspondent aux trois segments des pédoncules cérébraux, qui sont : le segment postéro-externe, le moyen et l'interne.

Aux fibres de l'hémianesthésie répond le segment postéro-externe, qui ne dégénérerait jamais ; au faisceau pyramidal répond le segment moyen. Le faisceau géniculé est représenté par une petite bandelette, intermédiaire aux segments moyen et interne, et ne faisant aucun relief à l'extérieur.

Enfin, le faisceau des troubles psychiques occupe le segment interne du pédoncule.

Disons maintenant quelques mots de la *compression* de la moelle.

Au point de vue clinique, il y a lieu de distinguer la *compression brusque* de celle qui s'effectue *lentement*. Dans la compression brusque, la perte de la sensibilité et du mouvement se produit ordinairement tout de suite, comme dans les plaies de la moelle. Dans la compression lente, ce sont tantôt des troubles moteurs, comme crampes, convulsions, parésies ; tantôt des troubles sensitifs, tels qu'hyperesthésie, douleur au niveau de la moelle, douleurs fulgurantes, qui ouvrent la marche et précèdent la perte du mouvement et de la sensibilité. Si la compression s'exerce sur la moitié latérale de la moelle, on observe, de même que dans les plaies unilatérales, les symptômes de l'*hémiparalysie spinale*, à savoir, du côté lésé : paralysie avec hyperesthésie ; de l'autre côté : anesthésie sans paralysie motrice. Il existe, de plus, une zone anesthésique à la limite des parties saines et des parties hyperesthésiées, du côté, par conséquent, où siège la lésion. Dans quelques cas d'hémisection ou de compression unilatérale, on a noté, au début surtout, non plus seulement les phénomènes précédents, mais une véritable paraplégie, atteignant les deux membres inférieurs, ce qui ferait supposer que le faisceau pyramidal subit un double entrecroisement, d'abord au niveau du bulbe, ce qui est incontestable, puis dans