

En se plaçant au point de vue de l'inflammation subaiguë qui produit l'épanchement, on a conseillé les purgatifs, les préparations de calomel, et jusqu'aux émissions sanguines. On a vanté les diurétiques, les sudorifiques, les sialagogues. On a fait grand bruit de la compression méthodiquement exercée sur le crâne; je l'ai moi-même longtemps employée, mais aujourd'hui je l'ai complètement abandonnée, en raison d'un fait qui s'est passé sous mes yeux.

On m'amenait un jour dans mon cabinet un enfant de cinq mois atteint d'une hydrocéphale chronique ayant les proportions de celle que vous voyez aujourd'hui. J'espérais, à l'aide d'une compression exercée au moyen d'un bandage composé de bandelettes de sparadrap diachylon, pouvoir m'opposer au développement de l'épanchement; au bout de huit jours je me rendis chez les parents du petit malade pour enlever mon appareil et en appliquer un nouveau. Le volume de la tête avait sensiblement diminué; mais cinq à six semaines après mon second pansement, l'enfant mourut subitement. Tout à coup il s'était mis à crier au moment où il prenait le sein, un flot de liquide s'était échappé par les fosses nasales, en même temps que la tête s'affaissait à la façon d'une vessie qui se vide. Qu'était-il arrivé? Le développement de l'épanchement étant gêné à la partie supérieure du crâne par la compression exercée sur celui-ci, la base avait cédé, comme elle cède lorsque, pour séparer les os de la tête, les anatomistes la remplissent d'eau et de haricots qui, en se gonflant, produisent la désarticulation. Chez mon petit malade, c'était donc la base du crâne qui avait cédé à la compression du liquide; il s'était fait une désarticulation, et la sérosité ayant trouvé une issue du côté de l'ethmoïde, s'était écoulée par les fosses nasales; la mort avait dès lors été la conséquence du changement subit qui s'était produit dans les conditions anatomiques du cerveau.

La ponction au niveau des sutures et des fontanelles a été pratiquée par des chirurgiens célèbres; on l'a même répétée plusieurs fois chez le même individu, mais beaucoup d'entre ceux qui, d'abord, l'avaient préconisée ont fini par proscrire cette opération, dont les avantages ne compensent pas les graves inconvénients; dans ces derniers temps, on a fait un grand éloge de la médication par l'iodure de potassium. Depuis déjà quelques années, j'ai moi-même essayé, sinon les mêmes moyens, du moins un moyen analogue, c'est-à-dire des lotions sur la tête avec la teinture d'iode; je donne simultanément l'iodure de potassium à l'intérieur, en commençant par la dose de 40 centigrammes, que je porte graduellement à 20, 25, 30 et même 40 centigrammes, suivant la tolérance. Le but que je me propose en prescrivant des lotions de teinture d'iode est de favoriser la résolution de l'épanchement, guidé en cela par les succès que l'on obtient, à l'aide de ces mêmes lotions, dans les épanchements des membranes séreuses de la plèvre, de l'abdomen ou des articulations.

XLVI. — HÉMIPLÉGIE ALTERNE.

Elle est le plus souvent sous la dépendance d'une lésion de la protubérance, mais elle n'en est pas le signe absolu. — Ne doit pas être confondue avec la paralysie glosso-laryngée.

MESSIEURS,

Lorsqu'un individu est frappé d'hémiplégie, la paralysie occupe les membres et la face du même côté. Il est toutefois des exceptions à cette règle générale, et c'est à ces cas, rares il est vrai, dans lesquels, la face étant paralysée d'un côté, les membres le sont du côté opposé, que M. le docteur Gubler a proposé de donner le nom d'*hémiplégies alternes*.

Tout récemment, messieurs, en septembre 1861, je voyais en consultation, avec mon honorable ami et collègue M. le docteur Hillairet, une jeune fille de Clermont-Ferrand, âgée de sept ans, qui, quelques mois auparavant, était tombée en arrière avec violence et s'était heurtée contre un meuble. Le coup avait porté sur l'occipital et sur la partie supérieure de la nuque. Elle éprouva presque immédiatement de la pesanteur de tête et de la somnolence, et, après quelques jours, tout allait bien. Bientôt reparut une douleur occupant à la fois la région frontale et l'occiput. Les parents remarquèrent une certaine hésitation dans la marche, en même temps qu'une irascibilité particulière accompagnée de grimaces.

Trois mois après l'accident, on constata de la faiblesse dans tout le côté gauche du corps, en même temps qu'une hémiplégie faciale très-prononcée à droite. C'est dans cet état qu'elle nous fut adressée, à Paris, par notre honorable confrère M. le docteur Bourgard. Nous jugeâmes que la protubérance annulaire et que le commencement du bulbe étaient intéressés, et nous ne pûmes que porter un pronostic bien grave.

Dans ce cas, messieurs, nous dûmes nous en tenir à une simple hypothèse, car, ayant perdu la malade de vue, nous ne pûmes acquérir les preuves matérielles de l'exactitude de notre diagnostic. Ce diagnostic nous avions cru, toutefois, pouvoir l'établir par analogie, en tenant compte des faits que M. Gubler a rapportés pour démontrer les relations existant, généralement, entre l'hémiplégie alterne et les lésions de la protubérance annulaire.

Il n'en a plus été de même pour la malade qui était couchée au n° 6 de la salle Saint-Bernard, où elle succombait à une affection cérébrale qui avait également déterminé une hémiplégie alterne. L'autopsie en a été faite devant vous; mais, ici les résultats de l'examen cadavérique ne furent pas tels que nous nous attendions à les trouver, et nous semblèrent en contradiction avec la loi que mon savant collègue à l'hôpital Beaujon avait formulée.

Vous vous rappelez notre malade; c'était une domestique âgée de trente ans. Elle entra à l'Hôtel-Dieu pour un violent mal de tête qui ne datait que de quelques jours et n'était pas plus spécialement localisé dans un point que dans un autre. Elle était sans fièvre, se sentait de l'appétit, et n'accusait aucun autre phénomène morbide que la céphalalgie. Les règles étaient arrivées depuis quelques heures, et cette jeune femme nous disait que les maux de tête dont elle se plaignait se répétaient habituellement au moment de ses époques menstruelles.

Le lendemain, à l'heure de notre visite, rien de nouveau n'était survenu qui pût attirer notre attention; toutefois, bien que la malade répondît nettement aux questions qu'on lui adressait, nous nous apercevions d'un certain air d'hébétéude, d'une certaine paresse intellectuelle dont le mal de tête pouvait d'ailleurs rendre compte.

L'absence de tout symptôme fébrile, le bon état des fonctions en général, ne commandaient pas une intervention médicale active; nous avions jugé à propos de rester dans l'expectation, quand, dans la journée, se manifestèrent des accidents nouveaux qui, le soir, effrayèrent à bon droit mon chef de clinique. La malade était tout à coup devenue paralytique. Le bras *droit* et la jambe *droite* étaient dans la résolution, mais le mouvement n'était pas complètement aboli; la sensibilité tactile était conservée. Lorsqu'on pinçait ou lorsque seulement on chatouillait les membres affectés, la patiente les retirait encore, moins facilement et moins vivement, à la vérité, qu'elle ne retirait le bras et la jambe gauches. La tête était inclinée du côté gauche, le visage tourné à droite; le muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche était en contraction, le droit dans le relâchement.

Il y avait donc une hémiplegie; mais cette hémiplegie qui affectait les membres et le tronc du côté droit, occupait, à la face, le côté opposé. On constatait, en effet, une singulière expression du visage dont les traits étaient tirés à droite, c'est-à-dire du côté correspondant à la paralysie des membres. La bouche était déviée, la commissure des lèvres plus élevée de ce côté que de l'autre, tandis qu'à gauche la joue était plus flasque que la droite. En outre, la malade, qui répondait nettement aux questions qu'on lui adressait, disait ne plus voir de l'œil *droit*, tandis que, de l'œil gauche, la vue était conservée; les pupilles demeuraient également contractées. L'hémiplegie faciale gauche coïncidant avec cet affaiblissement de la vue du côté droit, était évidemment portée à un moindre degré que la paralysie des membres.

Le mal de tête était toujours aussi violent. Il n'y avait point de fièvre. La malade demandait à manger, mais sa langue était couverte d'un enduit saburral jaunâtre. On prescrivit un vomitif. Cependant, le lendemain matin, les accidents, loin d'avoir diminué, avaient pris une plus grande intensité. Les mouvements étaient plus empêchés et la sensibilité était plus obtuse que la veille. La paralysie faciale, quoique moins profonde que celle des membres, s'était prononcée davantage, sans toutefois avoir pris les proportions qu'elle présente dans les cas où elle se lie à une lésion affectant exclusivement le nerf de la

septième paire. L'intelligence était troublée, et bien que la malade, éveillée, parût encore entendre quand on lui parlait, elle ne répondait plus.

La mort arriva le lendemain, à quatre heures du matin.

L'autopsie fut faite trente heures environ après. A l'ouverture du crâne, il s'écoula une quantité assez notable de sang noir qui engorgeait les vaisseaux de la pie-mère sur toute la surface des hémisphères, et cette congestion n'était nulle part plus considérable qu'à la base du cerveau, où l'on trouvait dans l'espace interpédonculaire une masse noire, constituée non-seulement par les vaisseaux gorgés de sang, mais encore par du sang épanché, en partie liquide, en partie coagulé, sous forme de caillots, que l'on retrouvait aussi dans la fente cérébrale de Bichat. Au point d'émergence, derrière le pont de Varole, les nerfs de la septième paire n'offraient rien de notable. Toutefois, il nous sembla que celui du côté *droit* se déchirait plus facilement que l'autre. Indépendamment de l'hémorragie *méningée*, le cerveau était ramolli dans ses parties centrales, surtout à gauche, où la substance des corps calleux, de la voûte à trois piliers, du septum médian, se désagrégeaient sous le poids d'un filet d'eau. Il n'y avait pas d'ailleurs d'épanchement dans les ventricules; enfin, la protubérance annulaire ne présentait aucune lésion, tant à sa surface que dans son épaisseur: en la divisant en de nombreux segments, nous n'y rencontrâmes ni tumeur, ni trace d'hémorragie ou de ramollissement.

Messieurs, les résultats de l'autopsie, dans ce cas, nous ont paru en contradiction, ainsi que je vous le faisais observer; avec ce que M. le docteur Gubler nous a appris sur les rapports entre l'hémiplegie alterne et les lésions de la protubérance annulaire. En effet, dans ce cas, rempli, il est vrai, de singulières anomalies, en ce sens que les phénomènes qui se produisirent pendant la vie ne répondaient pas d'une façon régulière aux altérations matérielles constatées à l'ouverture du cadavre; dans ce cas, dis-je, le mésocéphale ne nous présenta aucune trace de lésion appréciable, quelque soin que nous ayons mis dans notre examen. En l'absence de ces lésions, on a contesté qu'il y eut une hémiplegie alterne; on s'est demandé si nous ne nous étions pas mépris sur le siège de la paralysie faciale; si, au lieu d'une paralysie du côté gauche, nous n'avions pas eu affaire à une contracture des muscles du côté droit du visage. On était d'autant plus fondé, j'en conviens, à nous adresser cette objection, que le ramollissement du nerf facial droit ne concordait pas avec l'intégrité des mouvements de la moitié correspondante de la face. A cela je réponds: quelque obscurs, quelque inexplicables que soient les faits, il n'en reste pas moins incontestable pour nous qu'il s'agissait, non d'une contracture du côté droit, mais d'une paralysie faciale du côté gauche, dont la joue était plus flasque que l'autre; et que cette paralysie coïncidait avec une hémiplegie occupant les membres du côté droit; enfin, quelles que pussent être les autres lésions de l'encéphale, la protubérance annulaire n'en présentait aucune.

Bien que, je le reconnais, il ne soit pas possible de tirer une conclusion rigoureuse d'un cas exceptionnel et rempli d'anomalies et d'obscurités, il sem-

blerait pourtant que la loi formulée par M. Gubler n'est pas aussi absolue qu'il l'a voulu prétendre. Ceux d'entre vous qui ont lu les deux intéressants mémoires qu'il a publiés sur ce sujet (1), savent que mon honorable collègue de l'hôpital Beaujon considère l'hémiplégie alterne comme un signe de lésion de la protubérance annulaire; et, localisant plus spécialement encore le siège de l'altération anatomique, M. Gubler dit qu'elle occupe la portion bulbaire du mésocéphale. Dès lors, la forme particulière de l'hémiplégie s'explique, suivant lui, de la façon suivante: la lésion intéressant le nerf facial dans un point où il a opéré sa décussation, la paralysie est directe pour la face, tandis qu'elle est croisée pour les parties animées par les faisceaux de la moelle, dont la décussation ne s'opère que dans les pyramides antérieures, c'est-à-dire au-dessous de la protubérance.

Je suis loin, messieurs, de nier la valeur du raisonnement employé par M. Gubler à l'appui de la thèse qu'il soutient. Les faits qu'il rapporte et qu'il discute avec un grand talent sont en nombre assez imposant et d'une valeur incontestable; je ne puis cependant m'empêcher de considérer comme trop absolue la loi qu'il a posée. En laissant de côté l'observation de notre femme du n° 6 de la salle Saint-Bernard, c'est dans le travail même de mon honorable collègue que je trouverais des arguments en faveur de mes propositions. En effet, lorsqu'il arrive à la question du diagnostic différentiel entre l'hémiplégie alterne et ce qu'il nomme les fausses hémiplégies alternes (il appelle ainsi celles qui ne se lient pas à une lésion cérébrale unique), M. Gubler se trouve en présence de cas qui l'embarrassent et qu'il cherche à expliquer par des hypothèses dont rien ne donne la démonstration. Je fais allusion aux observations XII et XVI de son second mémoire. Dans l'une et l'autre, il s'agit d'une hémiplégie alterne, occupant le côté droit de la face et les membres du côté gauche, survenue à la suite de la ligature de la carotide primitive droite. La première a été rapportée par M. le professeur Sédillot (de Strasbourg) et consignée dans la *Gazette médicale de Paris* du 3 septembre 1842. A l'autopsie, on trouva un ramollissement du lobe cérébral droit, et il n'est pas question de la protubérance. M. le docteur Gubler discute ces faits et repousse avec juste raison l'explication donnée par M. Sédillot, de la paralysie faciale, qui, suivant l'honorable professeur, dépendrait de la distribution directe des nerfs faciaux du côté correspondant à leur origine. Quoique en effet la décussation des nerfs de la septième paire ne soit pas un fait démontré pour tous les anatomistes, puisque M. Sappey n'a jamais pu la trouver, malgré les dissections les plus minutieuses, cet entrecroisement est admis et a été constaté par M. le professeur Jobert (de Lamballe), par MM. Vulpian, Philippeaux et Stilling: ces trois derniers pourtant déclarent que cette décussation est incomplète. De

(1) De l'hémiplégie alterne envisagée comme signe de lésion de la protubérance annulaire, etc. (*Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, Paris, 1856), et *Mémoire sur les paralysies alternes*, etc. (même recueil, 1859).

plus, cette circonstance que, le plus habituellement, la paralysie dépendant d'une cause cérébrale siège du même côté à la face et au corps, cette circonstance, dis-je, tendrait à établir l'existence de l'entrecroisement. Mais si l'interprétation donnée par M. Sédillot est défectueuse, celle avancée par M. Gubler peut aussi soulever des objections. La suspension du cours du sang consécutive à la ligature de la carotide primitive ne suffit pas, à mon avis, pour expliquer, comme le voudrait mon honorable confrère, les troubles de la motilité et de la sensibilité survenus dans le côté correspondant du visage. Personne ne conteste assurément les paralysies ou plutôt les espèces de paralysies dépendant d'un arrêt dans la circulation artérielle ou veineuse; mais si ces paralysies s'observent dans les membres, il n'en est pas de même pour la face, où les anastomoses, larges et fréquentes entre les divisions des deux carotides, permettent amplement à une circulation supplémentaire de s'établir.

La seconde observation a trait à un individu chez lequel les deux carotides primitives furent successivement liées à vingt-huit ans de distance pour un anévrysme cirsoïde de la tête. La première fois, la ligature de la carotide primitive droite fut pratiquée par Dupuytren, et il n'y eut aucun accident consécutif; la seconde fois ce fut la carotide gauche qui fut liée par M. le docteur Robert. « Le résultat de cette opération fut aussi satisfaisant que possible; il y eut seulement une certaine excitation mentale, et le malade voulant à toute force retourner chez lui, on dut lui accorder son *exeat* deux ou trois jours après. La joie de se revoir au milieu des siens exalta davantage son esprit, et déterminâ un véritable délire auquel succéda bientôt une paralysie bien caractérisée du côté droit du visage et du côté gauche du corps. La mort ne tarda pas à survenir, et l'autopsie ne put être faite. »

Dans ce cas, M. Gubler n'invoque plus le défaut de circulation dépendant de l'oblitération artérielle pour expliquer la paralysie faciale, cette paralysie s'étant manifestée à la face du côté opposé à celui où le vaisseau avait été lié; mais pour faire concorder les faits avec sa théorie, il dit: « A la suite de la ligature de la carotide primitive droite, la circulation s'était rétablie dans l'hémisphère correspondant, et par la carotide opposée au moyen de la communicante de Willis, et par la vertébrale du même côté, dont l'augmentation de volume était d'autant plus forcée que, le tronc brachio-céphalique conservant ses dimensions, l'effort latéral du sang, qui ne trouvait plus une large issue dans la carotide, devait tendre nécessairement à dilater l'artère vertébrale et la sous-clavière. Or, il est *présumable* que cette distension de l'artère vertébrale ne s'était pas effectuée sans une altération concomitante de ses parois ou de celles du tronc basilaire qui lui fait suite. Cela est *d'autant plus vraisemblable* que les altérations anévrysmales, ou au moins athéromateuses et calcaires de ces vaisseaux, sont plus fréquentes encore que celles des autres canaux artériels intra-crâniens. La substance cérébrale avait *peut-être* aussi souffert dans sa nutrition un changement qui la rendait plus apte à devenir le siège d'une hémorrhagie. Dans ces circonstances, on supprime la carotide gauche; dès

lors, le courant sanguin n'a plus pour débouchés que les deux vertébrales, qui deviennent le siège d'une pression relativement énorme. L'artère vertébrale gauche, dont les parois sont saines, résiste efficacement; la droite, au contraire, se rompt, soit dans son tronc, soit dans l'une de ses branches, à la surface ou dans l'épaisseur de la moitié droite de la protubérance annulaire, vers le bulbe. Il en résulte nécessairement, suivant notre manière de voir, une hémiplegie faciale à droite et une paralysie des deux membres à gauche. »

Vous voyez, messieurs, que quelque ingénieuses que soient ces interprétations, nous sommes en plein dans le champ des suppositions. Au lieu de tirer ses conclusions de l'observation, M. Gubler adapte celle-ci à sa manière de voir.

Il n'est ici question, bien entendu, que des cas dans lesquels l'hémiplegie croisée de la face et des membres semble répondre à une lésion unique; car on comprend, et M. Gubler a eu soin de le dire, que cette hémiplegie croisée peut dépendre de lésions multiples intéressant divers points du cerveau, un lobe d'un côté, et le nerf facial de l'autre côté. Mais à ces hémiplegies M. Gubler refuse le nom d'alternes, qu'il réserve pour celles qui se rattachent à une lésion unique. Tout en rendant justice au travail de mon honorable collègue, tout en reconnaissant que la science lui est redevable d'avoir appelé le premier l'attention sur des faits intéressants, tout en reconnaissant aussi que l'hémiplegie alterne se lie souvent à une lésion de la protubérance annulaire, comme le démontrent les faits qu'il a publiés, je crois que c'est pousser trop loin la généralisation que de vouloir faire de cette hémiplegie un signe *absolu* d'une lésion du mésocéphale. Dans certains cas, l'explication de cette singulière forme de paralysie nous échappe, et il arrive d'ailleurs ici ce qui nous arrive pour un grand nombre d'affections cérébrales dont l'étude est encore si remplie d'obscurités.

XLVII. — PARALYSIE FACIALE, OU PARALYSIE DE BELL.

Hémiplegie faciale. — Ses causes. — Ses symptômes. — La contracture musculaire consécutive à la paralysie d'un côté de la face peut faire croire à l'existence d'une paralysie de l'autre côté. — Traitement. — *Paralysie double de la face.*

MESSIEURS,

La paralysie faciale est une de ces affections ordinairement sans gravité que nous sommes appelés à rencontrer fréquemment dans le cours de notre pratique médicale, contre laquelle aussi échouent malheureusement trop souvent les efforts de la thérapeutique. Toute bénigne qu'elle soit dans la majorité des cas, elle épouvante parfois singulièrement les malades et ceux qui les entourent; or il importe d'autant plus au médecin de bien savoir la reconnaître, qu'elle est encore assez communément l'occasion de déplorables erreurs de diagnostic. C'est pour vous mettre en garde contre de telles erreurs que je veux, dans cette conférence, appeler votre attention sur quelques particularités relatives à ce sujet, à propos de deux individus qui sont affectés de cette paralysie et que vous avez vus, l'un dans la salle Sainte-Agnès, l'autre dans la salle Saint-Louis, voisine de la nôtre.

Le jeune homme de la salle Saint-Louis est âgé de dix-sept ans. Il raconte qu'étant empêché de travailler par une petite blessure de la main, il allait passer ses journées dans les rues et sur les promenades publiques; que lundi dernier, il s'est couché en plein air sur un tas de cailloux; que là, étant en sueur il s'est endormi et a pris un refroidissement. Il est rentré le soir chez lui, mal à son aise. Cependant, le lendemain matin, il a pu se lever comme d'habitude, n'éprouvant absolument aucun trouble dans sa santé; mais au moment où il se mit à manger, il ressentit quelque chose de particulier, une certaine gêne dans la mastication. Quand une bouchée d'aliments arrivait vers la joue du côté droit, il était forcé de porter sa main à cette joue pour refouler le bol alimentaire sous l'arcade dentaire. Cet accident, dont il ne se rendait aucun compte, qui n'était accompagné d'aucune sensation douloureuse, le surprit; il fut bien plus étonné quand un de ses camarades lui dit, en le voyant, qu'il avait la bouche de travers, et que cette déviation augmentait considérablement quand il riait. Se regardant alors dans un miroir, il vérifia le fait, en fut effrayé, et vint à l'hôpital demander la guérison.

Voici ce que nous avons nous-même constaté. Le visage étant au repos, le côté droit paraît seulement un peu plus aplati, plus flasque que le côté gauche;