

L. — 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 le professeur Ad. Gubler a proposé de donner le nom d'hémiplégies alternes (1).

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 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

1. Ad. Gubler, *De l'hémiplégie alterne comme signe de lésion de la protubérance annulaire, et comme preuve de la décussation des nerfs faciaux* (Gazette hebdomadaire, 1856), et *Mémoire sur les paralysies alternes*, etc. (même recueil, 1859).

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 de 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 répondit nettement aux questions qu'on lui adressait, nous nous apercevions d'un certain air d'hébétude, 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 par 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 hémiplégie; mais cette hémiplégie 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'hémiplégie faciale gauche coïncidant avec l'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 en-

duit 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 interpedonculaire 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 du corps calleux, de la voûte à trois piliers, du septum médian, se désagrégait 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 le professeur Gubler nous a appris sur les rapports entre l'hémiplégie 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 eût une hémiplégie 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 hémiplégie 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 semblerait 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, 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 de 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 des membres du côté gauche, survenue à la suite de la ligature de la carotide primitive droite. La première a été rapportée par le professeur Ch. Sédillot (de Strasbourg)¹. A l'autopsie, on trouva un ramollissement du lobe

1. Sédillot, *Gazette médicale de Paris* du 3 septembre 1842.

cérébral droit, et il n'est pas question de la protubérance. M. 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 entre-croisement est admis et a été constaté par le professeur Jobert (de Lamballe), par MM. Vulpian, Philippeaux et Stilling : ces trois derniers pourtant déclarent que cette décussation est incomplète. De 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'entre-croisement. 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 détermina 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 pas 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 circula-

tion 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 anévrysmatiques, ou au moins athéromateuses et calcaires de ces vaisseaux, sont plus fréquentes encore que celles des autres canaux artériels intracrâniens. La substance cérébrale avait *peut-être* aussi souffert dans sa nutrition un changement qui la rendait plus apte à devenir le siège d'une hémorragie. 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.