

pouvait s'y attendre, étant donnée leur importance comme organes de l'intelligence. La région 5 des fig. 26 et 27 est le centre des mouvements d'extension en avant de la main et du bras; 4, le centre des mouvements d'adduction et de rétraction; 6, le centre des mouvements de flexion et de supination; les lettres *a, b, c, d*, de la pariétale ascendante

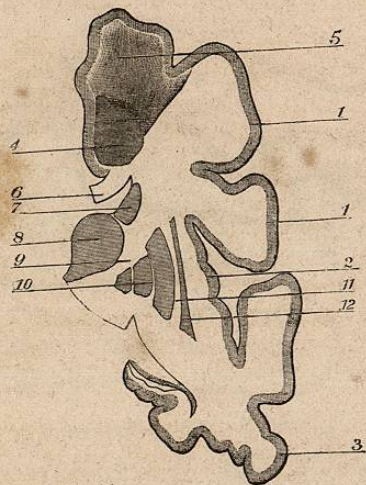


Fig. 33.

indiquent la position des centres des mouvements du poignet et des doigts. Aux mouvements de ces derniers se joignent souvent la rétraction de l'angle de la bouche, ce qui est dû à la proximité des centres facial et oral (7, 8, 9, 10, 11, fig. 26). Cette proximité explique, entre autres, la rétraction de l'angle de la bouche qui accompagne souvent les efforts vigoureux de la main. D'où, également, la

fréquence moindre de la monoplégie brachiale par rapport à la paralysie brachio-faciale.

Il est évidemment d'une grande importance que, dans tout cas de monoplégie brachiale, d'origine corticale, l'on détermine avec exactitude quels sont les mouvements plus particulièrement affectés, autant que faire se peut; dans la plupart des observations, on l'a fait sans grande précision.

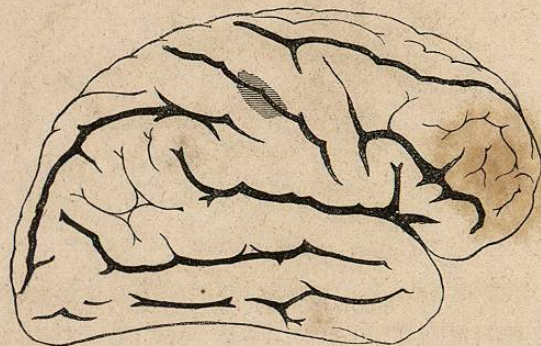


Fig. 34.

M. Maurice Raynaud (1) cite un cas de paralysie limitée au bras gauche, affectant surtout les extenseurs, bien qu'il y eût parésie des fléchisseurs, sans altération de la sensibilité, ni de la contractilité électro-motrice. La lésion siégeait sur la pariétale ascendante, à droite, dans l'alignement de la seconde frontale; c'était un foyer de ramollissement, entourant un tubercule d'un centimètre de diamètre; les fibres médullaires adjacentes étaient plus éprouvées que l'écorce. Une zone plus étroite de

(1) *Bull. Soc. anat.*, juillet 1876.

ramollissement, de la taille d'un pois, était voisine de la première, mais elle siégeait dans la scissure de Rolando. La lésion entière pouvait être couverte par la pulpe du doigt (fig. 34).

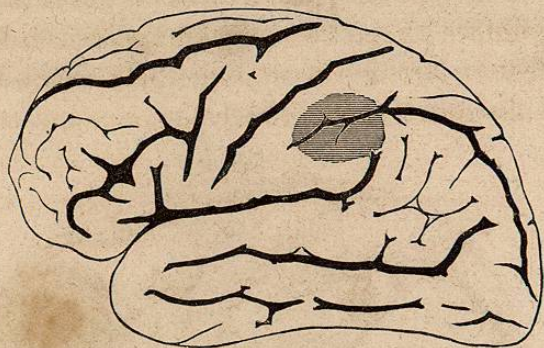


Fig. 35.

M. Sabourin (1) rapporte un cas d'hémiplégie droite partielle et subite, sans perte de conscience, qui disparut bientôt en laissant une paralysie du bras et de la main à droite; cet état dura jusqu'à la mort, qui survint dix-sept jours plus tard. Un foyer de ramollissement rouge fut trouvé dans l'hémisphère gauche, de la dimension d'une pièce de deux francs, dont le centre, siège du ramollissement le plus intense, correspondait à la jonction de la *pariétale ascendante et du lobule supra-marginal*. Le ramollissement remontait jusqu'à moitié de la hauteur de la *pariétale ascendante*, quelque peu caché dans la scissure. Ganglions intacts (fig. 35).

(1) *Prog. méd.* 1877, p. 391.

M. Boyer (1) a rapporté un cas de paralysie subite des bras et jambe gauches. Quatre ou cinq jours après, la jambe reconquit ses fonctions, mais le bras gauche demeura paralysé d'une manière permanente; ceci se passait en 1872. En 1877, le malade présentait les symptômes suivants : raideur du bras gauche avec atrophie des muscles de l'avant-bras; sensibilité intacte. Une broncho-pneumonie enleva

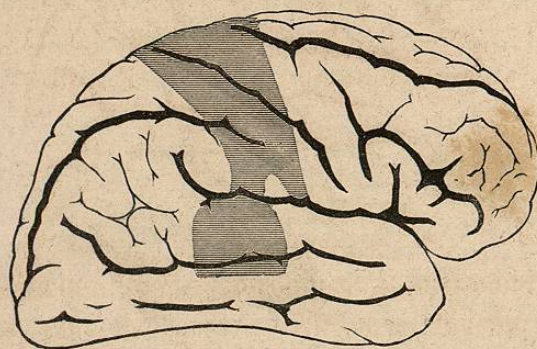


Fig. 36.

le malade. A l'autopsie, hémisphère gauche normal; à droite, plaque d'atrophie résultant d'un ramollissement jaune, déjà ancien, siégeant sur les *pariétale et frontale ascendantes*, avec extension de la lésion dans la région temporo-sphénoïdale. (Voyez la fig. 36, qui représente la lésion d'après un dessin que m'a envoyé M. Boyer.)

Ringrose Atkins (2) a rapporté un cas de paralysie des jambe et bras gauches chez un paralyti-

(1) *Bull. Soc. anat.*, 4 mai 1877.

(2) *British medic. journ.*, 11 mai 1878.

que général, survenue peu de jours avant la mort. Les membranes étaient adhérentes et l'écorce était ramollie dans toute une région comprenant : « une légère partie de la portion moyenne de  
« la frontale ascendante, le tiers moyen de la pa-  
« riétale ascendante, s'étendant plus au-dessous  
« qu'au-dessus du bord antérieur du gyrus supra-  
« marginal, et une petite partie du gyrus angu-  
« laire, au lieu où il émerge avec le gyrus supra-  
« marginal, près de la pariétale ascendante. » (Voir fig. 37.) Un symptôme caractéristique de ce cas,

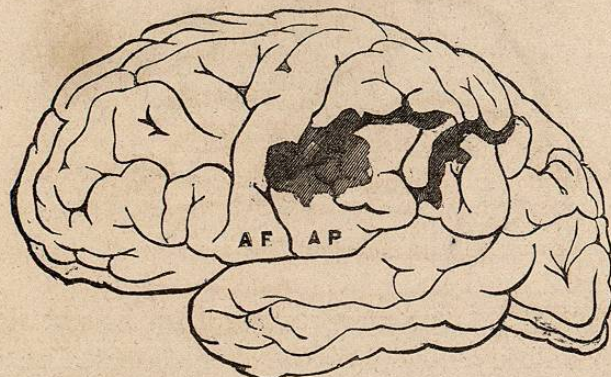


Fig. 37.

auquel il sera fait allusion plus loin, était l'existence d'hallucinations de la vue. M. Bourdon (1) a réuni un certain nombre d'observations, parmi lesquelles je citerai les suivantes :

Dans un cas, il s'agit d'un malade, observé par M. Pierret (1), qui eut une attaque d'apoplexie,

(1) Centres moteurs des membres.

(2) Bull. Soc. anat., 1874, p. 196.

avec raideur précoce du bras gauche, et rétraction de l'angle droit de la bouche, suivie de paralysie partielle du bras gauche. La mort survint, vers le douzième jour, dans un coma accompagné de convulsions épileptiformes. Dans l'hémisphère droit, à l'union de la frontale moyenne et de la frontale ascendante, l'on trouva un foyer de ramollissement rouge, de la taille d'une pièce d'un franc (fig. 38). Il y avait un foyer du même genre dans la circonvolution occipitale moyenne du même hémisphère.

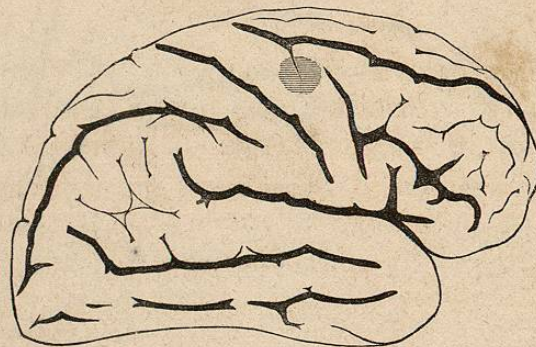


Fig. 38.

Darolles a pu observer un autre cas, cité également par M. Bourdon, où l'on se trouva en présence de symptômes de congestion cérébrale, et qui se termina par une paralysie du bras droit. L'on trouva un épanchement sanguin dans l'hémisphère gauche, dans la substance corticale, de 5 millimètres d'étendue, siégeant dans la partie supérieure de la frontale ascendante (fig. 39). Il y

avait aussi un point de ramollissement dans le lobe occipital moyen de l'hémisphère droit.

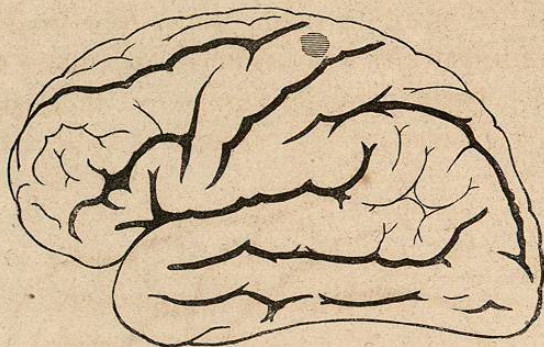


Fig. 39.

M. Bourdon cite encore un cas intéressant de monoplégie brachiale double, qui lui a été communiqué par M. Verneuil. Cette affection était d'origine traumatique. Les bras seuls étaient paralysés ; leur sensibilité était intacte. La mort enleva le patient deux jours après l'accident. Pas de dépression du crâne. A la surface du cerveau, deux légers épanchements hémorragiques de 15 mill. environ de diamètre. L'un d'eux siégeait à la partie supérieure de la frontale ascendante de l'hémisphère gauche (fig. 40, 1) ; l'autre, dans l'hémisphère droit, siégeait au point de jonction de la pariétale ascendante et du lobule pariétal inférieur (fig. 40, 2).

L'on connaît plusieurs autres cas de monoplégie brachiale associée à des affections corticales, mais, dans quelques-uns d'entre eux, qui ont été invoqués à l'appui des localisations distinctes, le caractère des

lésions est tel qu'il faut les exclure pour les raisons données plus haut. De ce nombre sont un cas de monoplégie brachiale droite rapporté par M. Raymond, un autre du même genre, par Demongeot de Confevron ; les lésions étaient de nature tuberculeuse, participant des caractères de la méningite (voir Bourdon).

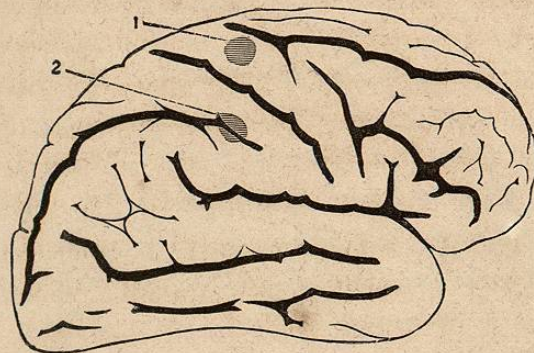


Fig. 40.

Je ne citerai plus qu'un cas de monoplégie brachiale, surtout parce qu'il semble opposé à la localisation des centres du bras et de la jambe telle qu'elle est donnée plus haut.

C'est M. Cotard (1) qui l'a relaté. Une femme, qui mourut à l'âge de soixante et onze ans, avait été prise de convulsions qui furent suivies de la paralysie du bras gauche, vers l'âge de deux ans ; ce bras resta paralysé et raide. Elle marchait avec difficulté, mais ceci semblait dû à une fracture du col du fémur gauche survenue quelques années

(1) *Atrophie partielle du cerveau*, p. 21.

auparavant. En tous cas, il n'y avait avant cet accident aucun trouble de ce genre. A l'autopsie, l'hémisphère droit fut trouvé plus petit que le gauche. « En arrière de l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando, il y avait une dépression longitudinale de l'écorce s'étendant parallèlement à la scissure longitudinale, jusqu'au lobule occipital, longue de 5 centimètres, sur 1 centimètre de largeur. » L'on ne voit pas très bien dans ce cas jusqu'à quel point était intéressée la pariétale ascendante et le lobule postéro-pariétal, car l'on se borne à dire que la dépression était parallèle à la scissure longitudinale. M. Charcot, dans la clinique duquel ce cas fut observé, ne peut nous donner de plus amples détails relativement au siège exact de la lésion.

La difficulté apparente, dans ce cas, consiste à expliquer l'intégrité de la jambe; — nous admettons qu'elle n'avait rien; — malgré l'existence d'une lésion dans la région où nous localisons les centres moteurs de ce membre.

Il faudrait rapprocher de ce cas celui qui a été observé par Boyer et cité plus haut, où, bien que la jambe fût paralysée à un certain moment, la guérison se produisit malgré l'existence d'une lésion partielle des centres de la jambe comme dans le cas de Cotard.

Il semblerait donc que la jambe pût recouvrer sa motilité malgré des lésions partielles de ses centres corticaux, et ceci est complètement d'accord

avec d'autres faits relatifs à la paralysie cérébrale.

Dans le même ordre d'idées, et pour donner un exemple de plus de ce fait, je citerai un cas observé par Ringrose Atkins (1), où il y avait une lésion superficielle de l'écorce, siégeant sur le lobule postéro-pariétal de l'hémisphère gauche, sans troubles moteurs. Le siège de cette lésion est indiqué sur la figure 41.

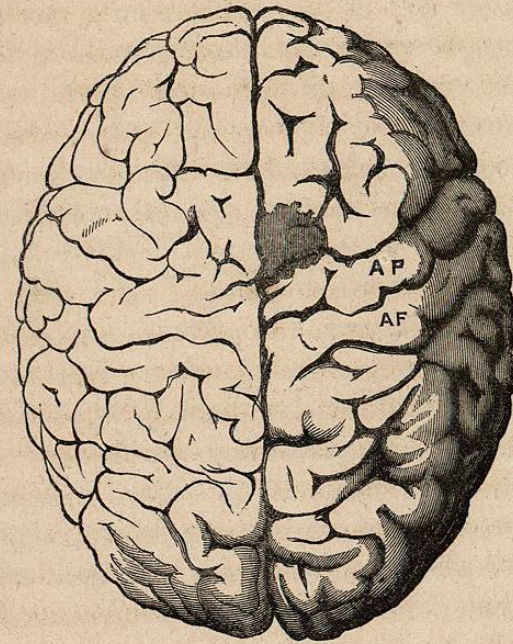


Fig. 41.

Dans une communication privée qu'il m'a faite relativement au cas rapporté par M. Cotard, M. Charcot exprime l'opinion que les effets des

(1) *Brit. med. jour.*, 4 mai 1878.

lésions corticales, dans l'enfance, ne sont pas identiques à ceux des lésions analogues chez les adultes ; ce phénomène résulte de ce que les fonctions des centres corticaux ne sont pas bien définies et différenciées pendant quelque temps après la naissance. C'est là un point qui appelle des recherches cliniques attentives. Soltmann (1) a démontré, au sujet des animaux inférieurs, qu'il n'y a pas, lors de la naissance, de distinction fonctionnelle des centres moteurs dans l'écorce. La différenciation ne se produit qu'au bout de quelque temps, et à raisonner par analogie, la différenciation fonctionnelle des divers centres corticaux chez l'homme doit être relativement beaucoup plus tardive.

A l'exception du cas de Cotard, que nous pouvons avec raison laisser de côté, les sept observations que j'ai rapportées de lésions limitées avec monoplégie brachiale sont tout à fait d'accord avec la localisation expérimentale ; car, bien que les lésions citées n'occupassent pas toutes la même situation dans chaque cas, toutes du moins, siégeaient dans des régions comprises dans l'aire qui renferme ces centres, c'est-à-dire *dans la pariétale ascendante et la partie supérieure de la frontale ascendante*.

Dans les cas où il fut noté que la main était particulièrement affectée, la lésion envahissait la *pariétale ascendante*, ce qui concorde avec les faits de la localisation expérimentale. Dans d'autres cas,

(1) *Jahr. für Kinderheilk.*, Bd. ix.

aucune distinction ne fut faite ni ne put l'être. Il eût été intéressant qu'on le fit dans le cas cité par Verneuil (monoplégie brachiale double), puisque les lésions siégeaient sur des centres présidant à des mouvements différents du membre supérieur.

L'on a dit que de l'atrophie survenait dans l'hémisphère opposé par suite d'amputation de vieille date du bras. Les deux cas suivants ont été rapportés par M. Bourdon (1).

Il s'agit d'un malade observé par Chuquet (2) : Amputation du bras droit six ans avant la mort. Dans l'hémisphère gauche, atrophie du tiers supérieur de la pariétale ascendante et de la partie correspondante de la face interne de l'hémisphère. La partie atrophiée mesurait 2 centimètres de longueur.

M. Boyer (3) a examiné le cerveau d'un homme mort à Bicêtre ; il avait subi l'amputation du bras gauche trente ans auparavant. Atrophie dans l'hémisphère opposé des deux ascendantes, à leur extrémité supérieure, la frontale étant très-mince et aplatie d'un bout à l'autre.

Le docteur Gowers m'a très obligeamment donné les détails, avec photographie du cerveau, d'un cas d'absence congénitale de la main droite (4). La partie moyenne de la pariétale ascendante est, dans l'hémisphère droit, plus petite qu'à gauche ; la gravure le montre pleinement. Au microscope, pas de

(1) Centres moteurs des membres., p. 21.

(2) *Bull. Soc. anat.*, nov. 1876.

(3) *Bull. Soc. anat.*, avril 1877.

(4) En voir des extraits dans *Brain.*, Part. III, 1878.

différence de structure entre les deux circonvolutions. Les couches corticales ont le même aspect, et il ne semble pas qu'il y ait de différence en ce qui concerne le nombre et la forme des cellules.

Quant à l'atrophie qui existerait dans les observations de Boyer et de Chuquet, l'on peut reproduire les observations déjà citées où il y a eu atrophie par amputation de l'extrémité inférieure. Récemment (Soc. de Biolog., 19 janv. 1878), M. Charcot a montré la photographie du cerveau d'une femme dont le bras gauche avait été désarticulé à l'épaule trente-huit ans avant la mort. Pas d'atrophie cérébrale, mais sclérose et atrophie de la colonne latérale dans la région cervicale de la moelle. Toutefois, il y a une différence entre cette observation et celle de Gowers, puisqu'il s'agissait dans cette dernière d'absence congénitale du membre. Le siège de l'atrophie dans ce cas concorde complètement avec la position que nous avons assignée aux centres de la main dans le cerveau de l'homme. Marc Sée (1) a présenté à la Société de chirurgie un cas analogue à celui de Gowers (15 mai 1878). Il y avait atrophie du bras droit par suite de paralysie dans l'enfance; la pariétale ascendante gauche était plus petite que la droite. MM. Bourdon et Luys y voyaient le résultat de l'atrophie du membre, mais M. Charcot hésita, doutant que l'asymétrie fût, dans ce cas, plus considérable que chez les individus entièrement normaux.

(1) *Bull. Soc. chirug.* Tome iv, 1878, p. 334.

## MONOPLÉGIE BRACHIO-FACIALE

Il est plus fréquent d'observer les paralysies faciale et brachiale combinées que de les rencontrer isolées, lorsqu'elles reconnaissent pour origine des affections corticales; et lorsque la maladie occupe l'hémisphère gauche, il y a souvent de l'aphasie en sus, pour diverses raisons. Ce n'est toutefois pas une règle absolue; j'ai observé récemment deux cas de monoplégie brachio-faciale droite sans symptômes d'aphasie. Il se produit plusieurs cas de ce genre, mais la guérison survient et le malade est perdu de vue. Toutefois, on a pu pratiquer quelques autopsies.

Dieulafoy (1) a cité l'observation d'une femme, âgée de soixante ans, qui fut prise tout à coup d'une paralysie du bras droit et de la région faciale inférieure du même côté. Sensibilité intacte. Le lendemain, mort dans le coma. A l'autopsie l'on trouva un épanchement hémorragique des dimensions d'une noisette, entouré d'une zone de ramollissement siégeant dans les fibres médullaires de la frontale ascendante de l'hémisphère gauche, en arrière de la troisième frontale (fig. 42).

Troisier (2) rapporte l'observation d'un homme mort phtisique, qui fut brusquement pris de paralysie du bras droit, qui se manifesta tout d'abord dans les muscles innervés par le radial; il y avait

(1) *Bull. Soc. anat.* 1868, p. 139.

(2) *Bull. Soc. anat.*, 1872, p. 262.