

Une fois la région moyenne de la frontale ascendante ;

Une fois les faisceaux du centre ovale sous-jacents à la partie inférieure de la frontale ascendante.

Tous ces faits viennent, on le voit, confirmer les propositions précédemment émises ; une seule, parmi les observations récemment publiées, paraît être au premier abord en contradiction avec elles ; nous rapporterons les principaux détails de cette observation.

OBS. LII. — *Ramollissement cortical ancien. Atrophie des deux circonvolutions marginales. Monoplégie brachiale avec contracture secondaire permanente*, par de Boyer (*Bull. Soc. anat.*, 1877, p. 350).

Homme, 58 ans. En 1872, attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie gauche complète, sans paralysie faciale. Au bout de quatre à cinq jours, la motilité revient dans la jambe, mais le bras gauche fut toujours paralysé. La contracture tardive s'établit peu à peu.

Au commencement de 1877, cet homme ayant subi une contusion du grand trochanter fut soigné dans le service du docteur Terrier, où l'on a constaté une contracture passagère de la jambe gauche paraissant sous l'influence du traumatisme. Mort le 20 avril 1877.

Autopsie. — Plaque jaune intéressant l'extrémité supérieure des deux circonvolutions ascendantes, le pied du lobule pariétal inférieur et la partie moyenne des première et deuxième circonvolutions sphénoïdales (fig. 65). Les centres gris ne présentent pas d'altération.

Dans ce cas, une lésion limitée à l'extrémité supérieure des circonvolutions ascendantes aurait donné lieu à une monoplégie brachiale et non, comme cela aurait dû se

faire d'après nos propositions, à la monoplégie associée des membres supérieurs et inférieurs. Mais nous ferons remarquer qu'il n'est pas fait mention dans l'observation d'un examen détaillé de la motilité du membre inférieur gauche dans les derniers temps de la vie, qu'au début de

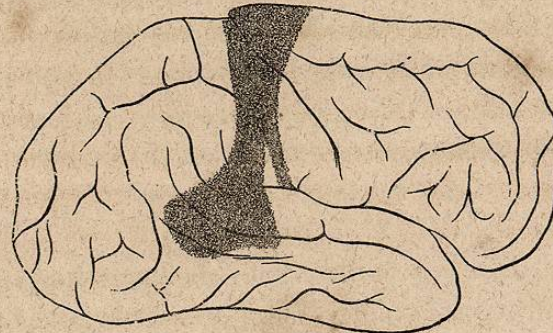


Fig. 65. — Topographie du foyer de ramollissement cortical décrit dans l'obs. LII, d'après un dessin déposé par M. de Boyer dans l'album de la Société anatomique de Paris.

la maladie l'hémiplégie portait sur les deux membres, à l'exclusion de la face, et qu'il est habituel de voir chez les hémiplégiques les mouvements se rétablir en grande partie dans le membre inférieur, sans qu'on soit autorisé à dire pour cela qu'ils sont atteints de monoplégie brachiale. En l'absence de détails suffisamment précis, nous sommes conduits à supposer que cette observation se rapporte, non à la monoplégie proprement dite, mais à l'hémiplégie dissociée portant sur les deux membres, avec rétablissement partiel des mouvements dans le membre inférieur.

C. — LÉSIONS TRÈS LIMITÉES DE LA ZONE MOTRICE CORTICALE (MONOPLÉGIES PROPREMENT DITES)

Le plus souvent, les monoplégies d'origine corticale sont associées deux à deux. Mais il peut arriver

qu'elles se montrent parfaitement isolées, c'est-à-dire que la paralysie reste exactement limitée soit à la face, soit à un membre, soit même à un groupe musculaire. Les observations de ce genre sont beaucoup plus rares que celles qui se rapportent à des cas de monoplégies associées, par la raison que les lésions très limitées de la zone motrice sont assez exceptionnelles. C'est pourquoi il se passera sans doute longtemps encore avant qu'il soit permis de déterminer avec quelque précision sur la zone motrice du cerveau de l'homme la topographie d'une bonne partie des centres distincts que les physiologistes décrivent en grand nombre sur la zone excitable de l'écorce des animaux supérieurs.

Les observations de monoplégies pures d'origine corticale recueillies ou publiées depuis l'an dernier ne sont pas très nombreuses. Nous avons observé à la Salpêtrière un cas de monoplégie faciale dont voici l'observation :

OBS. LIII. — *Monoplégie faciale inférieure droite. Aphasie. Ramollissement du pied de la troisième circonvolution frontale gauche et du tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante* (inédite).

V... Henriette, 71 ans. Entrée à la Salpêtrière (service de M. Charcot) pour un carcinome utérin. Etat cachectique très prononcé.

Le 10 mai, vers onze heures du matin, sans aucun prodrome, sans perte de connaissance, elle devient subitement aphasique. A midi, on constate une hémiparésie faciale inférieure droite assez prononcée. Le sillon nasolabial gauche est plus profond que le droit ; la bouche est

déviée ; son angle gauche est plus élevé que le droit. La déviation s'exagère par le rire. Aphasie absolue. La malade ne peut articuler aucun son, la langue se meut lentement, mais elle peut être tirée complètement hors de la bouche. Sa pointe est peut-être déviée à droite (?).

L'orbiculaire des paupières est intact. Les mouvements des yeux et des paupières sont normaux.

Aucune paralysie dans les membres. Le bras et la jambe du côté droit se meuvent aussi facilement que ceux du côté gauche. Sensibilité normale.

L'intelligence est très affaiblie ; la malade comprend à peine les questions qu'on lui pose ; elle pleure facilement.

Les jours suivants, l'aphasie et la paralysie faciale persistent, mais la malade s'affaiblit progressivement et meurt le 25 juin.



Fig. 66. — Topographie du foyer de ramollissement cortical décrit dans l'obs. LIII.

Autopsie. — L'hémisphère droit ne présente rien d'anormal. En enlevant l'hémisphère gauche, on constate que les méninges sont déprimées au niveau du pied de la troisième circonvolution frontale. En détachant la pie-mère, on remarque qu'elle adhère à la substance cérébrale en avant de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando. A ce niveau existe un foyer de ramollissement qui occupe le quart postérieur de la deuxième et de la troisième circonvolution frontale et le tiers inférieur environ de la circonvolution frontale ascendante (fig. 66).

La substance ramollie est jaune, molasse et affaissée sur elle-même.

M. Rosenthal a publié une très intéressante observation de glossoplégie. Elle présente de grandes analogies avec les faits de paralysie glosso-labiale cérébrale à forme pseudo-bulbaire qui ont été étudiés récemment par M. R. Lépine (1), et plus particulièrement avec l'excellente observation de M. Barlow (2).

OBS. LIV. — *Paralysie isolée de la langue : conservation de l'intelligence. Lésion de la partie postérieure des circonvolutions frontales inférieures et de leur voisinage des deux côtés*, par Rosenthal (*loc. cit.*, obs. II du mêm., p. 8 du tirage à part).

Homme, 69 ans, atteint d'emphysème pulmonaire et d'hypertrophie du cœur; est frappé, après une attaque, de paralysie de la langue.

La langue avait conservé son aspect normal, mais elle restait inerte sur le plancher de la bouche. En même temps, la parole et la déglutition étaient très gênées. Cependant une bouchée d'aliments portée sur le bout de la langue pouvait alors être déglutie facilement. Aucune paralysie appréciable dans les membres. L'action des muscles des mâchoires, du voile du palais, de la face était normale. Sensibilité intacte. Contractilité électro-musculaire conservée partout. Le malade pouvait, autant que ses forces et son oppression le lui permettaient, se pro-

(1) R. Lépine. *Note sur la paralysie glosso-labiale cérébrale à forme pseudo-bulbaire*. (*Revue mensuelle de chirurgie*, décembre 1877, p. 909).

(2) Cette observation a été reproduite par M. Lépine dans une addition à la note précédente publiée dans la *Revue mensuelle*, n° de juin 1878, p. 463.

mener dans sa chambre. Il pouvait écrire très bien. Il mourut de marasme et de bronchite.

Autopsie. — Sur l'hémisphère droit, il y avait un foyer de ramollissement occupant la partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante et l'extrémité postérieure de la troisième frontale. A gauche, il y avait un foyer occupant les mêmes points et un autre plus petit situé à la partie postérieure de la deuxième circonvolution frontale. En outre, on trouve de petits foyers lacunaires gros comme des pois dans les parties du corps strié voisines du ventricule. La moelle allongée et la moelle épinière étaient saines. Pas d'altération appréciable des racines nerveuses. A l'examen microscopique, on trouve de la dégénérescence graisseuse dans les fibres musculaires de la langue. Les tubes nerveux dans le nerf hypoglosse étaient sains.

Il semble résulter de ces observations que les centres corticaux pour les mouvements de la partie inférieure de la face occupent la partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante, et que les centres moteurs pour la langue sont situés dans le pied de la troisième circonvolution frontale et dans la portion avoisinante de la circonvolution frontale ascendante.

Les exemples de paralysie isolée du membre supérieur, dépendant d'une lésion corticale limitée du côté opposé du cerveau, sont encore fort rares. Nous n'en avons trouvé l'an passé que trois suivis d'autopsie. Une observation due à M. Pierret, et signalée dans la revue de M. Grasset, nous avait échappé, ce qui porte à quatre le nombre des monoplégies brachiales connues à cette époque. Dans ces quatre cas, les lésions siégeaient :

Une fois sur le pied de la première circonvolution frontale, il s'agissait d'une tumeur d'un pouce de diamètre dont les rapports avec la circonvolution frontale ascendante ne sont pas plus explicitement indiqués (Jackson, obs. XXIII de notre mémoire, p. 364) ;

Deux fois sur le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante (Mahot, obs. XXVII de notre mémoire, p. 366, et obs. de Pierret, *Bull. Soc. anat.*, 1874, p. 196) ;

Une fois sur la partie moyenne du sillon de Rolando, empiétant sur les deux circonvolutions qui bordent ce sillon (obs. de M. Raynaud, *Bull. Soc. anat.*, 1876, p. 187 de notre mémoire).

Ces faits et diverses considérations qu'il nous paraît inutile de reproduire ici nous firent penser que le siège des centres moteurs pour le membre supérieur du côté opposé (ou plutôt pour les muscles de l'avant-bras et de la main) se trouvait dans le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante.

M. Bourdon n'admet pas cette localisation. Dans un travail communiqué à l'Académie de médecine, cet auteur (1), s'appuyant sur quatorze observations, cherche à établir que les lésions qui ont donné lieu à la monoplégie brachiale, « au lieu d'avoir pour siège exclusif le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante, comme cela aurait dû être, d'après la

(1) Bourdon. *Recherches cliniques sur les centres moteurs des membres. Bulletin de l'Académie de médecine*, 2^e série, t. VI, p. 1076, séance du 23 octobre 1877.)

localisation proposée par MM. Charcot et Pitres dans leur récent mémoire, en occupaient presque en nombre égal le tiers inférieur et le tiers supérieur. »

La conclusion à laquelle s'arrête M. Bourdon ne nous paraît pas absolument rigoureuse ; cette variabilité du siège des lésions sur laquelle il insiste, n'est sans doute qu'apparente ; cela du moins nous paraît rendu vraisemblable par une étude attentive des observations rapportées par cet auteur, observations qui nous paraissent manquer pour la plupart de précision et de simplicité.

Trois d'entre elles sont relatives à des cas de méningite tuberculeuse (obs. VIII, XII, XIII). Or, dans les cas de ce genre, une détermination topographique exacte des lésions est au moins fort difficile.

Une a pour objet un fait d'atrophie cérébrale datant de l'enfance, dans lequel la topographie des lésions est, pensons-nous, tout à fait insuffisante (obs. XIV).

Cinq se rapportent à des cas d'hémiplégie dissociée portant à la fois sur la face et le membre supérieur (obs. V, VIII, X, XI) ou sur les quatre membres (obs. II) (1).

(1) Dans une de ces observations, il est dit : « Au niveau des circonvolutions marginales antérieures et postérieures du côté gauche, il existe de la méningite suppurée avec tubercules. Ceux-ci deviennent surtout abondants en approchant du lobule paracentral. » (Obs. XII.) Il est impossible de trouver dans des descriptions de ce genre les éléments d'une détermination quelque peu rigoureuse du siège des lésions.

Cette dernière observation recueillie par M. Vermeil, serait, d'après M. Bourdon, un exemple de double monoplégie brachiale. Il s'agit

Parmi les cinq autres, quatre sont déjà connues de nos lecteurs. La cinquième a été recueillie par M. Bourdon, et, comme elle paraît être en opposition avec la localisation que nous avons considérée comme probable, nous la rapportons *in extenso*.

OBS. LV. — *Monoplégie brachiale*, par Bourdon
(*loc. cit.*, p. 1077).

Un nommé X..., âgé de 67 ans, exerçant la profession de comptable, entre dans mon service, à l'hôpital de la Charité, le 5 février 1877.

Cet homme voyait depuis longtemps sa santé décliner, ses forces diminuer graduellement; il était sujet à de violents maux de tête, sa mémoire se perdait; depuis deux ans, il éprouvait par intervalles des hallucinations, des étourdissements, et ses facultés intellectuelles s'étaient affaiblies à tel point qu'il avait été obligé d'abandonner sa profession et, par suite, de s'imposer de dures privations.

Il raconte qu'il y a trois jours il a été pris subitement d'une sensation vertigineuse qui laisse à sa suite une perte presque absolue de la parole, avec impossibilité de faire mouvoir la langue dans aucun sens; il existait un léger trouble de la déglutition; ces phénomènes morbides furent de courte durée; mais il était survenu en même temps une paralysie de l'avant-bras et de la main du côté droit.

Lorsqu'on examine, on trouve qu'il reste encore un d'un malade qui aurait fait une chute d'un échafaudage de 4 à 5 mètres de hauteur. Il mourut deux jours après l'accident. Le premier jour, il se plaint de douleur dans toute la longueur des bras, et on constate une paralysie complète de ces deux membres. Mais le lendemain il est noté dans l'observation que les quatre membres sont immobiles et contracturés. On peut difficilement considérer cette observation comme un exemple de monoplégie brachiale.

peu de gêne dans la prononciation; la main et les doigts ne peuvent exécuter le plus léger mouvement; il n'y a pas la moindre contracture.

La sensibilité est conservée.

Il n'existe aucune paralysie de la jambe droite ni des membres du côté gauche; on constate une légère obtusion de l'ouïe, mais elle existait depuis longtemps; les autres sens ne présentent rien d'anormal.

Le cœur est hypertrophié; il existe un léger bruit de souffle au premier temps à la pointe, et un souffle systolique rude à la base. Les artères radiales et crurales sont dures et sinueuses. Il y a de l'inappétence et un peu de diarrhée. Les autres appareils n'offrent pas de troubles morbides. Mort six jours après l'entrée.

Autopsie. — *Cerveau*: la face externe de la dure-mère est un peu injectée; çà et là, on observe quelques petites suffusions sanguines dans les mailles du tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Après avoir détaché la pie-mère, on aperçoit, à la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante gauche, un petit point noir de la grosseur d'un grain de chènevis. Une incision pratiquée à ce niveau met à jour un foyer hémorragique récent, contenu en entier dans la substance grise, composé de sang noirâtre et n'occupant pas, tant en largeur qu'en profondeur, une étendue supérieure à 3 millimètres.

De plus, sur la partie moyenne du lobe occipital droit, la pie-mère est un peu épaisse et laisse voir par transparence une petite *plaque jaune* à laquelle elle est adhérente.

Le cerveau ne présente aucune autre lésion, si ce n'est une dégénérescence athéromateuse des artères de la base. La protubérance et le bulbe sont parfaitement intacts.

Le cœur est grasseux; son ventricule gauche est hypertrophié; les valvules mitrales et sigmoïdes sont incrustées de sels calcaires. Les artères coronaires et l'aorte sont très-athéromateuses.