

kératite neuro-paralytique a été observée dans des cas de tumeurs et de ramollissements protubérantiels, mais non dans des cas d'hémorragie.

Romberg et Rosenthal et d'autres auteurs ont rapporté quelques observations de troubles de l'audition par lésion protubérantielle; ces observations sont rares. Récemment Gellé a attiré l'attention sur la paralysie acoustique alterne. Les troubles du goût n'ont été que très rarement signalés.

La céphalalgie, les vomissements, les vertiges se voient souvent dans les lésions de la protubérance. Ces troubles font partie du syndrome du noyau de Deiters décrit par P. Bonnier (voir p. 506).

Quelques auteurs ont signalé dans les lésions de la protubérance des températures centrales élevées. Eichhorst, dans un cas, a noté une température rectale de 45°,6.

Nous avons souvent observé avec M. Pierre Marie que les vastes lésions de la protubérance s'accompagnaient d'un *affaiblissement très notable des facultés mentales et de troubles psychiques parfois très accentués*. Ce fait, que nous ne cherchons pas à expliquer, nous paraît intéressant à signaler.

CHAPITRE II

LES PARALYSIES ALTERNES

Sous le nom de paralysie alterne on désigne l'association d'une hémiplegie motrice ou sensitivo-motrice à la paralysie d'un nerf crânien du côté opposé.

La valeur séméiologique de ces paralysies est très importante, car elles sont la manifestation clinique de lésions bulbo-ponto-pédonculaires.

Il existe des paralysies alternes motrices et des paralysies alternes sensitives. Deux variétés sont surtout fréquentes: la paralysie alterne supérieure, du type Weber, la paralysie alterne inférieure du type Millard-Gubler.

Historique. — La notion des paralysies alternes est relativement ancienne. Andral écrivait vers 1824: « Une paralysie complète de la troisième paire survenant dans le cours d'une affection cérébrale et coïncidant avec une hémiplegie des membres du côté opposé indique que la lésion se trouve du côté de la paralysie oculaire et dans le point où le moteur oculaire passe tout près et au-dessous du pédoncule cérébral. »

Gendrin disait: « L'épanchement de sang dans le pédoncule cérébral produit la suspension directe de l'action des nerfs qui en naissent en même temps qu'il détermine des phénomènes de paralysie et d'anesthésie du côté opposé par l'intermédiaire de la pyramide. »

Millard⁽¹⁾ et Gubler⁽²⁾ attirèrent l'attention sur une paralysie alterne caracté-

⁽¹⁾ MILLARD. A propos des foyers apoplectiques de l'encéphale. *Bull. de la Soc. anat.*, 1855, p. 206. — A propos d'un cas (relaté par Sénac) de tumeur fibro-plastique de la base du crâne. *Bull. de la Soc. anat.*, 1856, p. 217.

⁽²⁾ GUBLER. De l'hémiplegie alterne envisagée comme signe de lésion de la protubérance annulaire. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 24 octobre, 7 et 14 novembre 1856. — AD. GUBLER. Mé-

térisée par l'hémiplegie croisée des membres et la paralysie faciale directe, ils montrèrent que ce type morbide était en rapport avec une lésion de la protubérance annulaire. Gubler, à côté de la paralysie alterne inférieure par lésion de la protubérance, décrivait aussi la paralysie alterne supérieure, il rappelait des observations de Koechlin, de Luton et disait: « Étant donnée une paralysie du moteur oculaire commun gauche avec une hémiplegie totale droite, on devra diagnostiquer une lésion du pédoncule cérébral gauche. »

En 1865, Weber⁽¹⁾, médecin allemand résidant en Angleterre, fit paraître sur la pathologie du pédoncule cérébral un mémoire dans lequel il signalait la coexistence de l'hémiplegie d'un côté du corps avec la paralysie du moteur oculaire commun du côté opposé. Mayor⁽²⁾ en 1877, publiait une observation de même ordre. Dans une leçon parue en 1891, Charcot⁽³⁾ proposa de donner à la paralysie alterne supérieure le nom de syndrome de Weber.

A côté de la paralysie alterne du type Weber et de la paralysie alterne du type Millard-Gubler, les neurologistes modernes ont décrit des types cliniques un peu différents que nous aurons l'occasion de signaler. On a isolé aussi les paralysies alternes sensitives. Raymond⁽⁴⁾ a consacré une série de leçons dans son enseignement de la Salpêtrière à l'étude des diverses paralysies alternes.

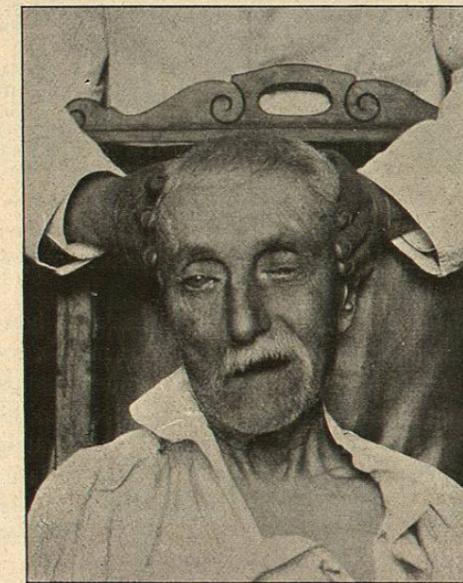


FIG. 112. — Syndrome de Weber. On voit sur cette photographie le ptosis de la paupière gauche, la paralysie faciale droite. Le malade avait de plus une hémiplegie des membres à droite. (Collection Pierre Marie.)

Symptomatologie. — Nous rappellerons succinctement les différents types de paralysies alternes.

Paralysies alternes motrices. — La paralysie alterne supérieure ou syndrome de Weber se caractérise par l'association d'une hémiplegie motrice ou sensitivo-motrice à la paralysie du nerf oculo-moteur commun du côté opposé. Nous avons vu, en étudiant la pathologie du pédoncule cérébral, les diverses lésions déterminant le syndrome de Weber. Brissaud⁽⁵⁾ a fait remar-

quer que les hémiplegies croisées du syndrome de Weber, dans les cas de lésions en foyer localisées à la partie interne du pédoncule, ont pour caractère

moire sur les paralysies alternes en général et particulièrement sur l'hémiplegie alterne avec lésion de la protubérance annulaire. *Gaz. hebd. de méd.*, 1859.

⁽¹⁾ H. WEBER. A contribution to the pathology of crura cerebri. *Medico-chir. Transactions* Londres, 1865, p. 121.

⁽²⁾ MAYOR. Paralysie alterne portant sur le moteur oculaire commun. *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1877, p. 259.

⁽³⁾ J.-M. CHARCOT. Sur un cas d'hystérie simulatrice du syndrome de Weber, in *Clin. des mal. du syst. nerveux*, Paris, 1892, t. I, p. 508.

⁽⁴⁾ RAYMOND. *Clin. des mal. du syst. nerveux*, 1896-1905.

⁽⁵⁾ BRISSAUD. *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1895, p. 411.

particulier d'être plus prononcées à la face qu'aux membres. La paralysie du nerf facial, contrairement à ce que l'on observe dans le syndrome de Millard-

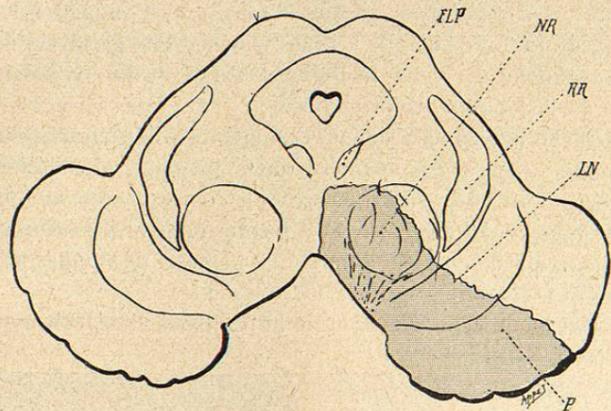


Fig. 115. — Lésion du pédoncule gauche amenant en clinique un syndrome de Weber. — P, Voie pyramidale; LN, locus niger; RR, ruban de Reil; NR, noyau rouge; FLP, faisceau longitudinal postérieur. La lésion figurée sur ce dessin atteint dans le pied du pédoncule gauche la voie motrice destinée à l'innervation des membres et de la face à droite, elle atteint aussi les fibres du nerf oculo-moteur commun gauche.

Nous avons vu (page 451) que la paralysie de la troisième paire, accompagnée d'hémiplégie croisée avec tremblement, était désignée sous le nom de « syndrome de Benedikt ».

La paralysie alterne inférieure du type Millard-Gubler est caractérisée par l'association de la paralysie des membres d'un côté avec la paralysie du facial, du côté opposé et parfois en même temps de l'oculo-moteur externe. L'anatomie montre que les fibres motrices destinées aux noyaux du facial et de l'oculo-

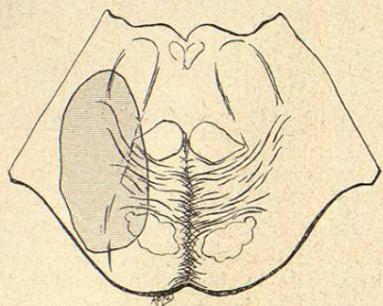


Fig. 114. — Lésion de la protubérance annulaire à droite déterminant un syndrome de Millard-Gubler (hémiplégie gauche, paralysie du facial et de l'abducens à droite).

moteur externe s'entre-croisent au niveau de la partie supérieure de la protubérance, aussi toute lésion détruisant ces fibres après leur entre-croisement, les noyaux des nerfs, ou les fibres radiculaires et intéressant en même temps la voie pyramidale, pourra créer le syndrome de Millard-Gubler. La paralysie faciale présente habituellement les caractères des paralysies nucléaires.

Au lieu de se réduire à une hémiplégie d'un côté et à une paralysie faciale périphérique du côté opposé, avec ou sans participation de l'oculo-moteur externe, ce qui est le propre du type Millard-

Gubler, la paralysie alterne peut également intéresser l'hypoglosse du même côté que le nerf facial. Raymond a présenté un malade qui réalisait ce syndrome. Le même auteur a observé la simple association d'une paralysie de l'oculo-moteur externe d'un côté à une hémiplégie du côté opposé.

Raymond a constaté chez un malade une paralysie alterne inférieure ainsi

Gubler, siège du même côté que la paralysie des membres, elle présente les caractères bien connus de la paralysie faciale d'origine cérébrale. Quant à la paralysie du moteur oculaire commun, elle peut être partielle ou totale. Brisaud a constaté que dans le syndrome de Weber une faible participation du second nerf de la troisième paire est plutôt la règle que l'exception.

constituée: hémiplégie sensitivo-motrice droite, paralysie faciale gauche totale, paralysie de l'oculo-moteur externe gauche et des mouvements associés du droit interne, rétrécissement de la pupille à gauche, enfin une paralysie du masséter de ce même côté. Toutes ces lésions semblaient être sous la dépendance de la syphilis.

Raymond a vu chez une femme un type particulier de paralysie alterne limitée au domaine d'innervation des nerfs crâniens et intéressant: à droite un certain nombre des filets de l'oculo-moteur commun et l'abducens, à gauche la branche inférieure du facial. Pour expliquer ces symptômes, Raymond a supposé chez sa malade l'existence de deux foyers: l'un destiné à rendre compte de la paralysie partielle de la troisième paire à droite et de la paralysie faciale gauche devait se trouver au voisinage de la limite commune de la protubérance et du pédoncule sur le trajet intrapédonculaire des fibres d'origine de l'oculo-moteur commun et sur le trajet des fibres cortico-bulbaires du facial en avant de l'entrecroisement de ces fibres. L'autre foyer devait intéresser le noyau de l'abducens ou les fibres d'origine de ce nerf, il était par conséquent situé plus bas que le précédent. Les faits de paralysies alternes limitées à la sphère d'innervation des nerfs crâniens sont très rares. Crohn, Hunnius, Wernicke en ont cité des observations.

Oppenheim a constaté chez un malade la paralysie de l'abducens et du trijumeau d'un côté et une hémiplégie de l'autre.

Pierre Marie et Crouzon⁽¹⁾ ont décrit une variété particulière de syndrome alterne. Leur malade présentait une hémiplégie gauche avec paralysie de l'oculo-moteur commun droit, kératite neuroparalytique droite, anesthésie du trijumeau à droite, paralysie faciale droite. Ce syndrome diffère, comme on le voit, du syndrome de Gubler et du syndrome de Weber. Aussi Marie et Crouzon ont-ils supposé que leur malade était atteint d'une lésion bulbaire caractérisée par un syndrome de Millard-Gubler (hémiplégie gauche, paralysie faciale droite, paralysie de trijumeau droite) et d'une lésion pédonculaire caractérisée par la paralysie de l'oculo-moteur commun.

On peut voir l'association de deux paralysies alternes unilatérales. Sigerson⁽²⁾ a donné de ces paralysies alternes bilatérales la classification suivante:

⁽¹⁾ MARIE et CROUZON. Sur une variété particulière du syndrome alterne: paralysie de l'oculo-moteur commun droit, kératite neuroparalytique droite et hémiplégie. *Soc. de neurol. de Paris*, 2 avril 1905; *Revue neurol.*, 1905, p. 459.

⁽²⁾ SIGERSON. *The Dublin Journal of medical Sciences*, 1878.

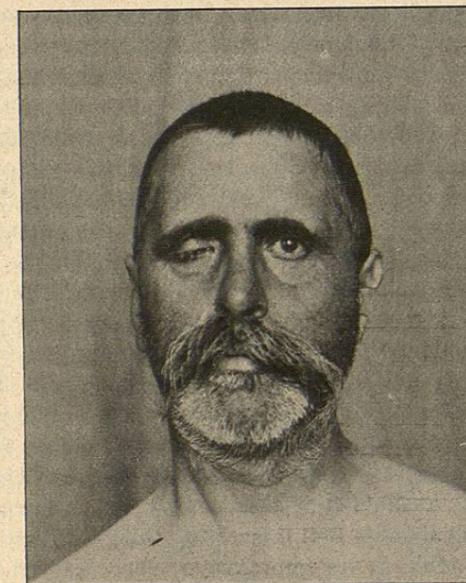


Fig. 115. — Paralysie alterne décrite par Pierre Marie et Crouzon (hémiplégie gauche, paralysie du moteur oculaire commun droit, kératite neuroparalytique droite, anesthésie du trijumeau à droite, paralysie faciale droite). (Collection Pierre Marie.)