



Thèse

1892

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Le signe de l'orbiculaire de la paupière : paralysie du facial supérieur

Boiadjiew, Georges D.

How to cite

BOIADJIEW, Georges D. Le signe de l'orbiculaire de la paupière : paralysie du facial supérieur. Doctoral Thesis, 1892. doi: [10.13097/archive-ouverte/unige:26810](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:26810)

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:26810>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:26810](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:26810)

LE SIGNE

DE

L'ORBICULAIRE DE LA PAUPIÈRE

PARALYSIE DU FACIAL SUPÉRIEUR

THÈSE INAUGURALE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

PAR

Georges D. BOÏADJIEW

(né à Gornia-Oréhovitz, Gouvernement de Tirnovo, Bulgarie.)

GENÈVE

IMPRIMERIE DE M. WEBER, RUE LEVIER, 3

1892

A la
Mémoire vénérée de mon Père.

A ma chère Mère,

FAIBLE TÉMOIGNAGE DE MA PROFONDE RECONNAISSANCE.

A ma Famille.





A mon cher Maître

L. REVILLIOD,

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE MÉDICALE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

*Hommage respectueux
d'Estime et de Reconnaissance.*

La Faculté de Médecine autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui s'y trouvent énoncées.

Genève, le 18 Juin 1892.

Prof. Dr. L.-S. LASKOWSKI,

Doyen de la Faculté de Médecine de Genève.

INTRODUCTION

Le grand mouvement imprimé depuis une trentaine d'années à l'anatomie, à la physiologie, à l'expérimentation et à la clinique a jeté une vive lumière sur l'étude des affections du système nerveux. En jetant un regard d'ensemble sur l'œuvre accomplie depuis Flourens, Magendie et d'autres, jusqu'à Vulpian, Fritsch, Hitzig, Ferrier, Schiff, Munck, Charcot, Nothnagel, Huguenin, etc. etc., on ne peut qu'être émerveillé des progrès réalisés dans ce domaine, où tout était obscurité. Aussi notre génération a-t-elle contracté une dette de reconnaissance envers les illustres devanciers qui, en lui aplanissant la route, lui ont en même temps fourni le fil conducteur nécessaire dans l'étude si captivante de la névro-pathologie. Ce n'est pas cependant sans quelque appréhension que nous osons, à peine arrivé à la fin de nos études, nous placer sur ce terrain; car, si restreint que soit notre sujet, il n'en est pas moins hérissé de difficultés nombreuses, ainsi que cela ressort surabondamment des divergences des auteurs sur le trajet du facial supérieur.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter des données anatomiques nouvelles, au sens propre du mot; mais nous savons que la clinique, qui pénètre-partout, a été et est encore une des sources les plus fécondes où

l'anatomie doit puiser. Un symptôme, un *signe*, peut, à lui seul, révéler la direction des fibres, que le scalpel ne peut poursuivre jusqu'au bout. Le trajet du faisceau pyramidal en est un exemple frappant. C'est en partant du fait de la dépendance où l'anatomie est vis-à-vis de la clinique, que nous nous sommes risqué à étudier, ayant sous les yeux des observations cliniques, l'itinéraire des fibres d'origine du facial supérieur, au sujet desquelles, ainsi que nous l'avons dit, et que nous allons le voir, les auteurs sont encore loin d'être d'accord.

Nous commencerons par jeter un coup d'œil sur l'état actuel de nos connaissances anatomiques relatives au trajet intracérébral du facial supérieur. Nous étudierons ensuite le fonctionnement de l'orbiculaire des paupières, en signalant les variantes qu'il présente dans l'état physiologique et ses modifications dans l'état pathologique. Heureux, si nous pouvons apporter quelque lumière dans cette obscure et intéressante question.

Le sujet de cette thèse : *signe de l'orbiculaire de la paupière*, nous a été suggéré par M. le professeur L. Revilliod. Je saisis, avec empressement, l'occasion qui m'est offerte, de lui adresser l'expression de ma très vive reconnaissance, pour la bienveillance avec laquelle il m'a guidé dans mon travail.

CHAPITRE I

Trajet intracérébral du facial supérieur

1. Origine corticale

On le sait, les opinions quant au centre cortical du facial supérieur, sont divergentes. Certains auteurs, Landouzy¹ entre autres, se demandent si le facial supérieur a ou non un centre cortical et ils seraient tentés de croire, que le noyau du quatrième ventricule seul préside à son fonctionnement. D'autres, Mendel², Exner et Paneth³ placent ce centre près de celui de la troisième paire, sur le pli courbe. D'autres enfin, comme Ferrier, Horsley, Hitzig et Carville et Duret, le placent sur la deuxième frontale, à son union avec la

¹ LANDOUZY. *Hémiplégie faciale corticale*. Thèse de Paris, 1876.

² MENDEL, Berlin. *Klin. Wochenschr.* N° 48, p. 913. 1887. — Vortrag in der Berliner Med. Gesellschaft, 9. November 1887. — *Nervologisches Centralblatt*, N° 23, 1887.

³ EXNER ET PANETH. *Archiv für die gesammte Physiologie* XLI, p. 349.

frontale ascendante. C'est cette dernière opinion qui est la nôtre.

De ce centre, les fibres du facial supérieur se dirigent à travers le centre ovale, vers les centres opto-striés.

2. Trajet du facial supérieur dans les centres opto-striés.

A) Capsule externe — l'anse de Gratiolet (noyau lenticulaire).

Quelques auteurs, Huguenin, Chvosteck et Hallopeau, font passer les fibres du facial supérieur par la capsule externe — l'anse de Gratiolet (noyau lenticulaire). Raymond¹, Mathias Duval² et Nothnagel partagent cette manière de voir. C'est en faisant passer ainsi le faisceau du facial supérieur par la capsule externe, que ces auteurs ont voulu expliquer l'intégrité supposée de la partie supérieure de la face, dans les hémiplegies vulgaires, produites par l'oblitération de la sylvienne ou la rupture des artères lenticulo-striées ou optiques (artère de l'hémorragie cérébrale de Charcot).

Voici comment s'exprime à cet égard M. Hallopeau³:

« On possède des notions assez étendues sur le trajet du faisceau facial inférieur ; on sait, en premier lieu,

¹ RAYMOND. *Gazette médicale de Paris*, 1884.

² MATHIAS DUVAL. *Anse lenticulaire in Anatomie des centres nerveux*, par Huguenin, et in *Société de Biologie*, 1877.

³ HALLOPEAU. *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, Paris 1879.

qu'il est constamment lésé, en même temps que le faisceau moteur des membres (faisceau pyramidal), dans l'hémiplégie commune ». «...Il est donc au moins vraisemblable qu'après s'être entrecroisé dans la protubérance il chemine avec le faisceau pyramidal dans la partie moyenne du pédoncule cérébral et de la capsule interne ; l'histoire des paralysies corticales montre, de plus, qu'il s'en sépare dans le centre ovale pour gagner isolément la partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante. On peut ainsi suivre ce faisceau depuis son origine jusqu'à sa terminaison. »

« Il n'en est pas de même pour le faisceau facial supérieur : si l'on s'en tient aux données classiques, il semble qu'il se perde au-dessus de la protubérance ; l'anatomic ne peut guère, en effet, le suivre au delà du noyau qui lui est commun avec le moteur oculaire externe, et son intégrité dans les lésions des hémiplégies est la règle. La pathologie expérimentale semble cependant indiquer qu'il entre en rapport avec l'écorce, car Ferrier a vu chez le chien la galvanisation de la deuxième frontale provoquer l'occlusion des paupières ; mais on ne sait pas exactement à quelle partie du cerveau humain répond cette circonvolution du chien »...

Il dit plus loin :

« L'observation pathologique nous apprend, en tout cas, que le faisceau de l'orbiculaire ne suit pas le trajet du faisceau facial inférieur à travers la capsule interne et le centre ovale, et qu'il n'aboutit pas à la même circonvolution. La plupart des auteurs admettent même que dans l'hémiplégie vulgaire, la partie supérieure de la face échappe constamment à la paralysie. Cette pro-

position n'est pas rigoureusement exacte, car souvent, suivant la remarque de M. le professeur Potain, les mouvements de l'orbiculaire ne s'accomplissent pas régulièrement du côté malade que s'ils sont associés aux mouvements du côté sain et ils ne peuvent se produire isolément ; un de ses élèves, M. Simoneau, a constaté le fait dans onze observations ; nous avons nous-même reconnu plusieurs fois, surtout dans des hémiplegies récentes, que l'occlusion des paupières se faisait plus difficilement, plus lentement et moins complètement du côté malade que du côté opposé ; il sera intéressant de rechercher dans quelles conditions ce phénomène se produit ; il semble indiquer que, si les filets de l'orbiculaire ne sont pas confondus avec ceux qui se distribuent à la partie inférieure de la face, *ils n'en sont pas toutefois très éloignés*. Les cas dans lesquels ces filets ont été directement et complètement intéressés vont nous permettre de préciser davantage. Ils ne sont pas très exceptionnels, car nous avons, pour notre part, rencontré, depuis trois ans, quatre malades chez lesquels il existait une paralysie de l'orbiculaire en même temps qu'une hémiplegie du même côté ; mais les seuls faits qui puissent servir à résoudre la question qui nous occupe sont ceux dans lesquels on a pu déterminer exactement le siège des lésions et ceux-là sont rares, car nous n'en avons trouvé dans la littérature médicale que deux, appartenant l'un à Huguenin, l'autre à Chvostek ».

I. *Observation d'Huguenin*¹. « Une femme atteinte d'une néphrite interstitielle est prise brusquement d'une parésie du bras droit, en même temps que d'une paralysie faciale incomplète du même côté ; la malade ne peut plisser le front, elle ne peut clore les paupières ; les muscles de l'aile du nez ne sont que très légèrement intéressés ; ceux de la bouche paraissent intacts. Les jours suivants, la paralysie du bras disparaît, celle de la face persiste seule ; on trouve à l'autopsie un foyer hémorrhagique du volume d'une noisette, dont une moitié occupe la base du noyau lenticulaire et l'autre, ainsi que l'anse lenticulaire, la partie adjacente de la couche optique ».

II^e obs. M. *Chvostek*² a observé un cas analogue dans lequel il y avait eu paralysie du membre supérieur droit et de la moitié droite de la face toute entière. A l'autopsie, on trouva aussi un foyer hémorrhagique dans le noyau lenticulaire.

Voici maintenant l'observation personnelle de M. Hallopeau :

III^e obs. — Il s'agit d'une femme de 38 ans, atteinte d'une néphrite interstitielle, qui fut frappée brusquement d'une hémiplegie incomplète du côté droit. La paralysie de la face était totale et la malade ne pouvait

¹ HUGUENIN. *Jahresbericht für die Medicinische Wissenschaft*, 1872.

² CHVOSTECK. *Oesterr. Zeitsch. für prakt. Heilk.*, 1870, N^o 35.

pas fermer l'œil, ni plisser le front. La mort survint treize jours après.

A l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère gauche un foyer hémorragique, remplissant une cavité mesurant trois centimètres de hauteur et deux centimètres et demi en largeur et en épaisseur. La lésion intéressait à la fois le noyau caudé, dont la surface ventriculaire était infiltrée de sang sur une étendue d'environ un centimètre, puis la partie antérieure de la capsule interne, le noyau lenticulaire, la capsule externe et l'avant-mur. En arrière de la cavité hémorragique, on pouvait suivre le ramollissement du noyau lenticulaire jusqu'au niveau d'une coupe transversale, passant par la circonvolution frontale antérieure. Sur la coupe passant par les circonvolutions frontales, à deux centimètres de leur base, existait un second foyer hémorragique d'un centimètre de diamètre environ. Il occupait le centre ovale, dans la région située immédiatement au-dessous de la deuxième circonvolution frontale. Enfin, sur la coupe de la frontale antérieure, il y avait aussi, dans le noyau lenticulaire, tout près de sa surface externe, un petit foyer du volume d'un pois.

S'appuyant sur les trois observations sus-nommées, M. Hallopeau¹ conclut : « Que dans les trois cas, le foyer étant seul commun, peut seul rendre compte du symptôme insolite qui leur était commun ; on est donc en droit d'admettre que le faisceau de l'orbiculaire traverse cette partie de l'encéphale, ou tout au moins en passe

¹ *Revue de Médecine et de Chirurgie*, loc. cit.

assez près, pour être intéressé par les hémorragies qui s'y développent. »

On sait que la capsule interne est *assez près* pour être intéressée par cette lésion qui, du reste, dans l'observation personnelle de M. Hallopeau, n'était pas limitée strictement dans le noyau lenticulaire, mais intéressait aussi la capsule interne.

B) Capsule interne

Un grand nombre d'auteurs admettent que les fibres du facial supérieur, avec celles du facial inférieur (faisceau moteur) traversent la capsule interne dans sa partie antérieure. C'est cette opinion que nous avons adoptée avec Diday¹, Duplay², Wernicke, Potain³, Simoneau⁴, Charcot, Strümpell, Coingt⁵, Legendre, Berger, et à l'appui de laquelle nous donnons les douze observations suivantes, recueillies dans la littérature qui se rapporte à ce sujet.

IV. *Obs. de Strauss*⁶. — Homme de 76 ans, admis le 17 mars pour une pneumonie du côté droit, existant,

¹ DIDAY. Hémiplegie de cause cérébrale avec paralysie de la paupière. *Gazette méd. de Paris*, 1836.

² DUPLAY. *Union médicale*, 1854. Paralysie faciale de cause cérébrale, avec paralysie de l'orbiculaire des paupières.

³ POTAIN. Art. ENCEPHALE in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

⁴ SIMONEAU. *Thèse de Paris*, 1877.

⁵ COINGT, Maurice. *Thèse de Paris*, 1878.

⁶ STRAUSS. *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, 1877.

d'après les anamnestiques, depuis quatre jours. Le 19 au matin, on constate une paralysie complète du côté gauche ; le bras gauche pend sans force, la jambe gauche est également paralysée ; il est difficile de décider s'il existe une paralysie de la moitié gauche de la face. — Coma. Stertor. Mort le soir du même jour.

Autopsie : La seule altération encéphalique constatée est un foyer de ramollissement jaunâtre dans l'hémisphère droit. Ce foyer est tout-à-fait rond et circonscrit ; il mesure en diamètre à peu près sept millimètres et siège dans la partie moyenne et interne du noyau lentillaire. La capsule interne paraît indemne ; il en est de même du noyau caudé et de la couche optique.

V. Obs. de M. Prévost¹. — Femme de 62 ans ; le 6 juillet elle est prise, sans perte de connaissance, brusquement d'une hémiplegie incomplète du côté gauche, sans raideur des membres ; *paralysie faciale légère* du côté gauche. La température du côté paralysé est plus élevée que celle du côté opposé ; la pupille droite est un peu plus étroite ; *les fentes palpébrales sont égales*. Morte le 13.

Autopsie : « Ramollissement peu étendu, siégeant essentiellement dans la partie moyenne du noyau lentillaire droit. » Rien nulle part ailleurs dans l'encéphale.

VI. Obs. de Dussaussy². — Femme de 78 ans, atteinte le 27 décembre d'une attaque d'apoplexie, qui

¹ PRÉVOST. *De la déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête dans certains cas d'hémiplegie*, Paris 1868.

² DUSSAUSSAY. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1876.

la plonge dans le coma pendant 24 heures. Cette attaque est suivie d'une hémiplegie complète du côté droit, y compris le facial ; la sensibilité est partout très obtuse. Le 4 janvier commencent les accidents du décubitus du côté droit, qui progressent rapidement ; le 10, la malade ne peut prononcer un mot, elle bredouille ; le 12, contracture des extrémités paralysées ; le 15, mort.

Autopsie : Foyer hémorrhagique récent dans le noyau lenticulaire gauche, occupant cet organe dans son ensemble, ne le dépassant pas ; il va de soi que l'on ne saurait exclure, dans l'espèce, une action compressive exercée sur la capsule interne, dans son segment antérieur, comme dans son segment postérieur.

VII. *Obs. de Bourneville*¹. — « On trouva dans la partie postérieure du noyau lenticulaire un foyer ancien, affectant la coloration de terre de Sienne, qui mesurait à peine un centimètre. » Voici le texte qui le concerne quant à l'histoire clinique : Le malade, âgé de 56 ans, « a eu il y a deux ans une première attaque d'apoplexie, qui nécessita son traitement à l'hôpital Cochin. Il quitta l'établissement guéri et put reprendre son travail. »

Ce malade n'aurait eu à la suite de son attaque apoplectique aucun signe d'hémiplegie. D'où nous concluons que le faisceau moteur (*le facial supérieur en particulier*) ne passe pas dans la partie postérieure du noyau lenticulaire.

¹ BOURNEVILLE. *Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux*, Paris, 1872.

VIII. *Obs. de Nothnagel*¹. — « P., compositeur-typographe, âgé de 62 ans. Depuis environ six mois, déchéance graduelle des facultés psychiques. Au début de mars, il tombe, dans une promenade, sans connaissance dans la rue ; cet incident ne laisse après lui aucune espèce de trouble perceptible. Depuis lors, assez souvent, accès de vertige. Au moment de l'admission, le 7 avril, excepté la faiblesse mentale, aucune sorte de perturbations, motrices ou sensitives, constatables. »

Le 8 juillet, ictus apoplectique, qui n'est pas non plus suivi de symptômes d'une lésion en foyer. Mort le 10 octobre, au milieu d'une déchéance psychique croissante.

Autopsie : Outre quelques altérations qui n'ont rien à faire ici, on trouve dans le segment interne et moyen du noyau lenticulaire gauche, exactement en son milieu, une lacune grosse comme une forte lentille, qui contenait un liquide clair et qui était pourvue d'une paroi jauneverd. Dans le second tiers du segment externe du même organe, existe, immédiatement contigu à la capsule externe, un foyer de la grosseur d'un haricot, qui, mesurant sept millimètres de long, s'étend vers l'extrémité postérieure du noyau lenticulaire ; ce foyer est muni d'une paroi d'un brun-rouille intense. »

IX. *Obs. de Nothnagel*². — « Femme de 57 ans, atteinte de tabès dorsal, observée pendant quelques années à la clinique. En dehors de la moëlle épinière, on trouve,

¹ NOTHNAGEL. *Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale*, trad. par Keraval, Paris. 1885. p. 259.

² NOTHNAGEL. *Loc. cit.*

dans l'encéphale, un foyer jaune-gris, circonscrit, qui occupe l'extrémité postérieure et inférieure du noyau lenticulaire droit. Sa longueur comporte, à peu près, un centimètre; sa largeur, 4 millimètres. Les espaces périvasculaires sont considérablement dilatés dans le noyau lenticulaire. Durant les 18 mois qui précédèrent la mort, laps de temps pendant lequel j'ai observé la malade par moi-même, il n'existait incontestablement *aucun* symptôme de déficit cérébral que l'on puisse rattacher à la lésion du noyau lenticulaire; mais je n'ai pas pu déterminer s'il n'y avait pas eu auparavant de symptômes. »

X. *Obs. de Lépine*¹. — Chez une femme de 44 ans, portant un foyer cortical du côté droit, on trouva en outre, dans l'hémisphère gauche, un foyer de ramollissement, qui avait détruit le noyau lenticulaire dans son entier. Et, chose plus remarquable, ce foyer était limité en dedans et en dehors par la capsule interne et par la capsule externe complètement indemnes. Pendant la vie, il ne s'était pas produit de paralysie appréciable du côté droit.

XI. *Obs. de Brault et L. de Beurmann*.² — Il s'agit d'un homme âgé de 71 ans, qui est entré à l'hôpital pour des vastes brûlures de la peau, du tronc et des bras. Le 17 novembre, il est frappé d'une apoplexie avec perte de connaissance pendant 20 heures. Le lendemain, il

¹ LÉPINE. *De la localisation dans les maladies cérébrales*. Paris, 1875.

² *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1876, p. 739.

reprend connaissance ; la parole est embarrassée ; il y a une hémiplégie du côté droit avec perte complète des mouvements du bras, affaiblissement de la jambe, effacement du pli naso-labial. Le 20, l'intelligence est revenue complètement, la parole est nette ; l'hémiplégie faciale a disparu ; les mouvements du bras et de la jambe sont plus libres. Le 25, face, bras et jambes sont redevenus normaux. Cependant le malade s'affaiblit graduellement en suite de la suppuration des vastes brûlures ; il succombe le 13 décembre.

Autopsie : « On trouve dans le lobe cérébral gauche une vaste hémorragie qui a détruit la capsule externe, l'avant-mur et qui avait entamé un peu la partie externe du noyau extraventriculaire du corps strié. D'avant en arrière, le foyer a une longueur de 3 centimètres ; sa hauteur est de 2 1/2 centimètres et sa largeur de 2 ou 3 millimètres seulement ; il a une forme à peu près linéaire, rectiligne et est compris dans un plan antéro-postérieur parallèle à la grande scissure interhémisphérique. Son centre est occupé par un caillot sanguin, noir, dense, adhérent aux parties voisines, coutuses et dilacérées. Celles-ci offrent une teinte rougeâtre, ocreuse, diminuant peu à peu d'intensité et se perdant à un centimètre environ des bords du foyer ». Rien à noter ailleurs.

XII. *Obs. du Dr O. Hebold* ¹. Il s'agit d'une femme âgée de 74 ans, qui a eu des accès de vertiges en 1883, à la suite desquels sont survenus des troubles intellec-

¹ *Archiv für Psychologie und Nervenkrankheiten*, XXIII. Heft II, p. 447 et suiv.

tuels, et des tremblements des membres avec parésie. Elle est entrée dans la maison de santé à Sorau le 10 avril 1889. On constata : femme, se tenant penchée en avant, pas maigre, ptosis de la paupière droite, pupilles moyennes, paresseuses, acuité visuelle diminuée (par la cataracte) ; la moitié gauche de la face est moins bien innervée, la bouche tirée à droite ; la langue lourde et tremblante ; la parole difficile ; le bras droit tremble constamment ; le tremblement de la jambe devient plus fort pendant les mouvements intentionnels ; les membres du côté gauche tremblent aussi, mais ils peuvent être retenus ; la jambe gauche traîne. Le 19 septembre, nouvelle attaque d'apoplexie. La mort survient le 18 novembre.

Autopsie : Sur le ganglion de Gasser droit se trouvait une masse polypeuse, de la grosseur d'un pois. Les vaisseaux de la base sont fortement athéromateux ; la pie-mère de la convexité épaissie et fortement œdemaciée ; les sillons sont élargis ; les ventricules latéraux élargis aussi, contiennent beaucoup de sérosité ; bonne consistance cérébrale ; substance blanche piquetée ; écorce amincie et pâle. Sur la coupe transversale, passant tout près du Thalamus opticus, on constate que le *putamen* droit était le siège d'une cavité de la grosseur d'un pois, avec parois lisses de couleur blanchâtre. Cette cavité atteignait à peine la commissure cérébrale antérieure. Dans l'hémisphère gauche, à la même région, on constatait plusieurs petites cavités, atteignant jusqu'à la grosseur d'une tête d'épingle.

XIII. *Obs. de Hebold*¹. La veuve Aug... Röhrig âgée de 82 ans ; depuis 1883 troubles mentaux ; insupportable à son entourage ; on la fait entrer le 7 juin 1889 dans une maison de santé.

Status : femme en décrépitude, maigre, cheveux blancs, cataracte des deux yeux, parole libre, tremblement des mains ; démarche tremblante et incertaine. Elle mourut le 14 décembre.

Autopsie : On constata la dure-mère moitié adhérente aux os du crâne, et sur sa surface interne de fausses membranes. La pie-mère de la convexité est épaissie, trouble, œdemaciée. Les circonvolutions sont atrophiées, les sillons élargis ; la substance blanche piquetée. Dans l'hémisphère gauche, dans le noyau lenticulaire et dans l'avant-mur se trouvait un ramollissement hémorragique ; il en existait un autre exactement au même endroit, mais moins étendu, dans l'hémisphère droit.

XIV. *Obs. de Hebold*². La veuve Ernstein, Rœ..., âgée de 73 ans ; depuis 1884 troubles mentaux ; le 15 janvier 1887 elle est entrée dans la maison de santé à Sorau.

Status : femme mal nourrie, fortement ridée ; la pupille droite est blanche ; à l'œil gauche existe un staphylôme de la grosseur d'une cerise ; la vision est abolie. L'état mental est toujours le même. Le 20 mai elle se plaint de vertiges ; elle meurt le 29 novembre, à la suite d'une chute en bas d'une fenêtre.

¹ *Archiv für Psychologie...* Loc. cit.

² Loc. cit.

Autopsie : On trouva les vaisseaux de la base athéromateux ; le nerf optique gauche atrophié ; la pie-mère de la convexité un peu épaissie ; les circonvolutions larges. Il y avait une place atrophiée sur la circonvolution antéro-supérieure du lobe pariétal gauche, qui paraissait rougeâtre à la surface. La substance cérébrale molle, était fortement piquetée. Dans l'hémisphère gauche, sur une coupe transversale, passant en avant de la couche optique, se voyait un petit kyste siégeant dans le *putamen*.

XV. *Obs. de Hebold*¹. — Lud... Dietrich, âgé de 70 ans ; troubles mentaux depuis 1879. Il entra le 14 octobre 1879 dans la maison de santé d'Eberswalde.

Status : homme de haute taille, fortement bâti, mal nourri, pupilles égales, réagissant bien ; langue tremblante ; en 1880, hallucinations. Il a dû quitter l'établissement en mai. Jusqu'en juillet 1886, il vécut dans sa famille ; mais à ce moment, il devint méchant et insupportable. On le fit entrer dans la maison de santé de Sorau, le 2 septembre 1886. Il y resta jusqu'à sa mort dans le même état mental ; il refusait la nourriture pendant des journées entières. Il mourut le 13 septembre 1890.

Autopsie : La pie-mère de la convexité était un peu épaissie. Dans l'hémisphère gauche, sur une coupe transversale, passant en avant de la couche optique, on voyait un kyste à parois lisses, de la grosseur d'un pois, siégeant dans le *putamen*, et contenant de la sérosité. L'aorte était athéromateuse.

¹ Loc. cit.

Comme on a pu le voir par ces douze observations, malgré le noyau lenticulaire lésé, on ne constatait pas de paralysie du facial supérieur, comme dans les cas de M. Hallopeau, d'où nous sommes autorisés à conclure, que le facial supérieur ne traverse pas le noyau lenticulaire, comme l'admettent les auteurs sus-nommés — Huguenin, Chvostek et Hallopeau — ; M. Hallopeau, en particulier, dont l'opinion basée sur trois cas seulement, est contredite par les douze observations que nous venons de rappeler. D'ailleurs cet auteur apporte lui-même un argument en faveur de notre thèse, en admettant que dans le cas qu'il cite, comme dans celui de Chvostek, le foyer du noyau lenticulaire a pu agir par compression sur le faisceau moteur (capsule interne).

3. Trajet du facial supérieur dans le pédoncule cérébral et les noyaux du quatrième ventricule.

Les fibres du facial supérieur, après avoir traversé la capsule interne, contourneraient le faisceau moteur et viendraient se placer à la partie interne du pédoncule qu'elles longeraient jusqu'au quatrième ventricule.

D'après quelques auteurs, Huguenin ¹, Mathias Duval et d'autres, elles traverseraient ensuite le noyau du moteur oculaire externe, en faisant une anse (genou du facial) et iraient se joindre à celles du facial inférieur.

¹ HUGUENIN. *Anatomie des centres nerveux*, traduite par Th. Keller, annotée par Mathias Duval.

D'après d'autres, Mendel ¹ par exemple : « Le facial supérieur ne viendrait ni du noyau bulbaire du facial, ni du noyau du moteur oculaire externe, mais bien de la partie postérieure du noyau du moteur oculaire commun. Partant de là, ses fibres passeraient dans le faisceau longitudinal et postérieur et arriveraient enfin au noyau inférieur du facial, où elles se mélangeraient avec les fibres du facial inférieur. »

¹ MENDEL. Loc. cit.

CHAPITRE II.

Physiologie de l'orbitulaire des paupières.

La synergie de l'action des orbitulaires dans l'état de repos ou l'état inconscient prouve que leur innervation doit être commune, un même filet nerveux devant commander simultanément à droite et à gauche. D'autre part, sous l'influence de la volonté et par le fait de l'éducation, l'orbitulaire d'un côté peut isoler son action de celle de l'autre côté, ce qui prouve aussi que chaque orbitulaire possède un rameau nerveux indépendant. La distribution nerveuse des orbitulaires doit, par conséquent, être représentée par un chiasma ; soit un réseau composé de deux rameaux entrecroisés et de deux autres rameaux directs.

Cette même disposition doit se retrouver dans tous les appareils musculaires de l'économie qui agissent synergiquement. C'est cette idée qui est exposée par Broadbent et citée par Grasset¹ dans les termes suivants :

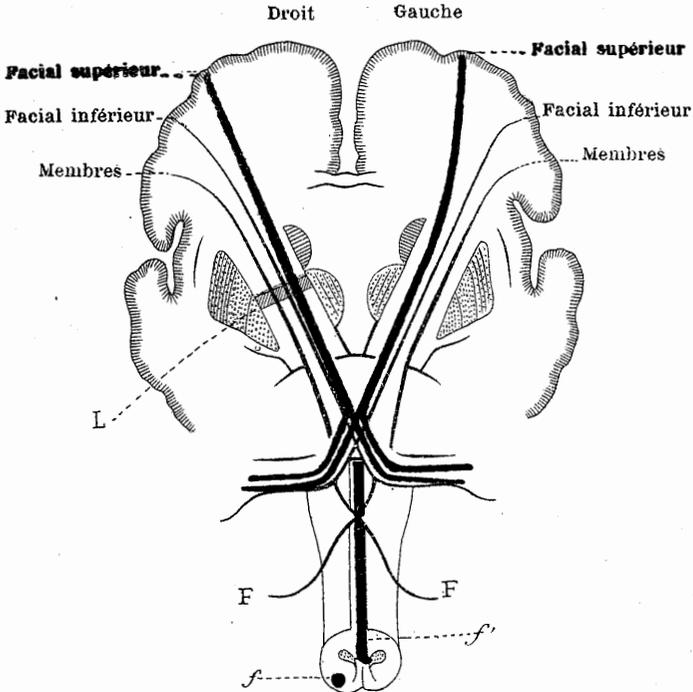
¹J. GRASSET. *Maladies du système nerveux*. Paris-Montpellier, 1879.

Broadbent, le premier, a fait remarquer que dans l'hémiplégie complète l'intégrité ne porte pas seulement sur l'orbiculaire des paupières, mais aussi sur tous les muscles des yeux, sur ceux du tronc, du larynx ;... aucun de ces muscles ne serait paralysé. Or, tous ces muscles entrent généralement en action des deux côtés simultanément ; ils donnent lieu à des mouvements associés bilatéraux. L'auteur admet alors des commissures qui, reliant les noyaux d'origine de leurs nerfs moteurs des deux côtés, assureraient la synergie fonctionnelle dans les cas physiologiques et la suppléance réciproque dans les cas pathologiques. Ainsi, quand un noyau serait détruit, l'autre le suppléerait, grâce à la commissure.

De son côté, M. le professeur Revilliod s'exprime ainsi dans son mémoire (*Revue médicale de la Suisse romande*, n° 10, 1889) :

« L'innervation des orbiculaires doit se comporter comme celle des divers groupes musculaires dont l'action de droite et de gauche doit être associée. Cette idée, proposée par Broadbent, adoptée par Charcot, traitée par Simoneau, exposée par Grasset, mentionnée par Strümpell, ne semble cependant pas avoir fait beaucoup de chemin, ni avoir donné tout le parti qu'on pouvait en tirer au sujet de l'itinéraire du facial supérieur. C'est cette idée que nous avons voulu exploiter en prenant la clinique pour guide, puisque c'est la clinique qui éclaire l'anatomie dans cette circonstance, comme dans bien d'autres. Si, en effet, comme le signe de l'orbiculaire nous l'a démontré, le facial supérieur est réellement intéressé dans l'hémiplégie vulgaire en même temps et

par le même foyer que la face inférieure et les membres, c'est qu'il fait partie du même faisceau, dit pyramidal,



FF, faisceaux pour les membres ne décussant pas. — *f*, faisceau croisé, et *f'*, faisceau direct, destinés aux groupes musculaires à action associée.

S'il y a lésion en L, il y a paralysie du *nerf facial supérieur droit*, par conséquent du *muscle orbiculaire gauche*, mais le *nerf facial supérieur gauche* maintient par sa décussation la fonction *associée* des deux orbiculaires.

cheminant avec lui depuis l'écorce au bulbe en passant par la capsule interne. Mais pour assurer la synergie des deux côtés de la face supérieure, ce nerf doit se diviser,

avant d'arriver à son noyau, en deux branches, l'une croisée, l'autre directe, qui retourne à la face du même côté que l'hémisphère d'où elle émane. La première serait le faisceau volontaire, la seconde le faisceau réflexe d'Huguenin ¹. »

« La branche croisée sera par conséquent toujours accompagnée et assistée jusque dans ses dernières ramifications par la directe qui vient de l'hémisphère du côté opposé. C'est ce que nous essayons de représenter par le schéma ci-dessus. L'entrecroisement des faisceaux nerveux qui est complet pour les membres et la face inférieure, serait incomplet pour les groupes musculaires synergiques dont les orbiculaires font partie au point de vue morphologique, mais dont ils ont été plus ou moins distraits par l'éducation. Cette même disposition se continuerait dans l'axe spinal pour le service des appareils à action musculaire associée par l'intermédiaire du faisceau latéral (croisé) et du faisceau de Türk (direct). »

« Cette interprétation, qui ne brille que par sa simplicité, semble satisfaire aux desiderata anatomiques et physiologiques du facial supérieur. »

Elle nous semble en effet préférable à l'opinion formulée par Vulpian, qui admet que les fibres du facial supérieur ne subirait aucun entrecroisement et viendraient directement de l'hémisphère correspondant. S'il en était ainsi, une lésion d'un hémisphère devrait entraîner la paralysie croisée de la face inférieure et directe de la face supérieure, ce qui ne s'observe jamais.

Nous ne saurions pas non plus souscrire à l'opinion

¹ Loc. cit. p. 198-199.

de Larcher (cité aussi par Grasset), et qui se fondant sur les résultats de la section du facial avec la parotide, opération qui laisse une certaine motilité dans la paupière, admet que le facial ne serait pas la source unique d'innervation de l'orbiculaire et que le grand sympathique aurait aussi à y jouer son rôle.

Claude Bernard avait avancé que le ganglion cervical supérieur aurait une action sur le muscle de l'orbiculaire. C'est en s'appuyant sur ce fait et sur la conservation du grand sympathique dans les lésions hémisphériques, que Larcher explique l'immunité, dont jouit l'orbiculaire des paupières.

« Cette théorie me semble reposer sur des bases bien fragiles, dit M. Grasset. Pourquoi, dans la paralysie périphérique complète, n'y a-t-il pas d'autres signes de paralysie du grand sympathique cervical ? » Aussi ne faut-il pas s'étonner si l'idée de Larcher n'a pas été généralement acceptée.

Nous revenons donc à l'opinion de Broadbent, défendue par Grasset et Revilliod et qui nous semble la plus rationnelle pour expliquer la physiologie de l'orbiculaire.

Mais l'indépendance de la fermeture de chaque œil, phénomène qui ne s'observe que chez l'homme, peut être considéré comme le résultat de l'éducation et la conséquence de certains exercices spéciaux de l'appareil visuel, tels que le tir, l'usage du microscope, etc.

Or pour donner au signe de l'orbiculaire toute la valeur sémiologique, il était nécessaire de rechercher sur un grand nombre d'individus la faculté de fermer chaque œil isolément, c'est ce que nous avons fait sur 750 personnes.

Voici le résultat de cette enquête :

484, soit le 64,54 %, peuvent fermer chaque œil séparément ;

126, soit le 16,80 %, ne peuvent fermer que l'œil gauche isolément ;

64, soit le 8,53 %, ne peuvent fermer que l'œil droit isolément ;

76, soit le 10,13 %, sont incapables de fermer seul soit l'un, soit l'autre des deux yeux.

La fréquence plus grande de la fermeture isolée de l'œil gauche, comparée à l'œil droit, prouve, comme le dit M. le professeur Revilliod : « que les droitiers sont droitiers de l'œil gauche. » Mais ce qui nous importe le plus, c'est le fait que les deux tiers environ peuvent fermer indifféremment chaque œil isolément. Ce chiffre répond à l'objection qu'on pourrait nous faire pour infirmer la valeur du signe de l'orbiculaire. Comme nous le verrons, en effet, les cas d'hémiplégie dans lesquels ce signe existe représentent une proportion sensiblement plus forte, puisque nous l'avons observé dans presque tous les cas où l'état cérébral du malade permettait de le rechercher.

CHAPITRE III

Signe de l'orbiculaire dans l'état pathologique

Le signe de l'orbiculaire consiste dans l'expérience suivante : Si l'on demande à un hémiplegique de fermer les deux yeux simultanément, il les ferme ; il peut également fermer l'œil du côté sain, mais il lui est impossible de faire l'inverse, c'est-à-dire de fermer *seul* l'œil du côté paralysé, l'autre restant ouvert. Même pendant qu'il ferme les deux yeux, on remarque que les paupières du côté paralysé se rapprochent plus difficilement que celles de l'autre. L'effort qu'il fait pour les clore produit des clignotements. Le but n'est atteint qu'avec peine. Le froncement du sourcilier et du frontal est aussi incomplet.

Ce phénomène a été observé chez presque tous nos hémiplegiques, comme le prouvent les observations ci-après. Nous avons même constaté chez certains malades que le signe de l'orbiculaire persistait seul longtemps encore après que tous les autres symptômes de la paralysie s'étaient dissipés. Par exemple, dans un

cas nous l'avons trouvé 46 ans après l'attaque d'hémiplégie. La malade nous a raconté qu'elle pouvait très bien fermer les deux yeux séparément avant l'attaque et que depuis cette dernière elle n'a jamais pu fermer seul l'œil du côté paralysé.

Ce signe peut donc avoir une grande valeur pour révéler l'existence d'une ancienne hémiplégie, dont les vestiges ont disparu ou une hémiplégie latente non appréciable au visage et aux membres.

Ainsi la paralysie du facial supérieur s'observe presque chez tous les hémiplégiques vulgaires. Ce n'est pas un *lagophthalmos*, comme on l'observe dans la paralysie faciale périphérique, c'est une paralysie *incomplète*, qui échappe à une observation superficielle, mais qui apparaît, évidente, à un examen plus attentif. « Il est vrai que l'expérience ne réussit pas toujours, du moins du premier coup. Il faut quelquefois un certain apprentissage de la part du malade, surtout s'il est encore sous le coup apoplectique ».

« Enfin, j'ai vu, dit mon cher maître¹, fait bizarre, un hémiplégique ne pouvant fermer que l'œil du côté paralysé et être incapable de fermer l'autre seul, comme s'il s'agissait d'une paralysie alterne ».

C'est à l'aide du *signe de l'orbiculaire*, constaté dans nos observations, que nous croyons pouvoir réfuter l'idée classique généralement admise et enseignée dans tous les traités, idée qui est : que dans l'hémiplégie commune, le facial inférieur seul est paralysé, tandis que le facial supérieur ne serait paralysé que dans l'hémiplégie faciale périphérique.

¹ L. REVILLIOD. Loc. cit.

A l'appui du phénomène de l'orbiculaire, nous donnons les observations suivantes que nous avons trouvées, les unes, dans la littérature, et dont les autres ont été recueillies à la clinique médicale de Genève, dans le service de M. le prof. Revilliod.

XVI^e obs.¹ Hémorrhagie cérébrale, avec hémiplegie complète de la face et des membres du côté gauche ; (recueillie à l'hôpital Necker, dans le service de M. Pottain, par M. Cuffer, externe.)

Le 1^{er} mai 1873, la nommée Butet, M..., journalière, 68 ans, entre à l'hôpital Necker.

Après plusieurs jours de maux de tête et des vertiges à diverses reprises, elle eut le 30 avril à son lever un ictus, sans perte de connaissance avec une hémiplegie complète à gauche. Cette femme n'avait jamais eu d'attaque hystérique. Artères radicales légèrement athéromateuses ; à l'auscultation du cœur, aucune altération organique. Plus de mouvement dans le côté gauche ; la sensibilité est à peu près intacte. La face est déviée à droite ; fait-on tirer la langue à la malade, la pointe se dirige du côté paralysé.

L'orbiculaire de la paupière du côté gauche paraît indemne ; la malade ferme les deux yeux à la fois si facilement que l'on serait tenté de croire que l'orbiculaire gauche n'est pas atteint. Mais si on prie la malade de fermer l'œil gauche seul, elle n'y peut réussir, tandis

¹ Les observations, à partir de la XVI^e à la XXVI^e inclusivement, sont tirées de la thèse de M. Simoneau ; *Thèse de Paris*, 1877.

qu'elle ferme, sans peine, l'œil droit aussi souvent qu'on le lui demande.

La malade mourut le 10 août, avec des escharres très étendues à la face postérieure du sacrum.

A l'*autopsie* on trouva : que les signes d'une hémorragie cérébrale ancienne, caractérisée par une lacune dans l'hémisphère cérébral droit, au-dessus de la couche optique et du corps strié, en dehors du ventricule latéral. Une coupe pratiquée au niveau de ce foyer fit voir une substance jaunâtre, granuleuse. Ce foyer bien limité était cependant entouré de petits points rouges très peu nombreux. Aucune autre lésion appréciable dans le reste de l'encéphale.

XVII^e obs. *Hémorragie cérébrale et ramollissement avec hémiplégié gauche de la face et des membres ; recueillie à l'hôpital Necker, dans le service de M. Potain.*

E., J..., 60 ans ; il se plaignait depuis quelques semaines de maux de tête et de fourmillements dans les deux mains, dans la gauche surtout, lorsque le 1^{er} juillet 1873, à son réveil, il se sentit incapable de remuer son côté gauche. On constate une hémiplégié complète de la face et des membres à gauche, avec déviation de la face à droite. Au cœur rien, si ce n'est un peu de dureté des battements ; artères athéromateuses.

Les mouvements associés des deux paupières sont conservés ; le malade peut fermer, très bien, les deux yeux simultanément. L'œil gauche seul se ferme très imparfaitement, l'œil droit, au contraire, se ferme très facilement et complètement.

XVIII^e obs. *Hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie de la face et des membres du côté droit ; recueillie à l'hôpital Necker, dans le service de M. Potain.*

R..., 49 ans. Après quatre jours de souffrances dans la tête, elle perdit connaissance le 20 juin 1876, pendant son travail. Revenue à elle, la face et les membres du côté droit étaient paralysés. La perte de mouvement dans les parties malades était complète, la sensibilité tactile et réflexe conservée, la face tirée à gauche ; pas de déviation de la langue, ni paralysie du voile du palais.

L'orbiculaire de la paupière droite ne paraît pas atteint, car la malade peut fermer les deux yeux en même temps ; mais elle ne peut réussir à fermer séparément l'œil droit ; pour l'œil gauche, au contraire, pas de difficulté.

Le 30 juin, la jambe a retrouvé quelques mouvements, mais l'orbiculaire ne change pas.

XIX^e obs. *Hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie gauche complète de la face et des membres ; recueillie à l'hôpital Necker, dans le service de M. Potain.*

R..., 45 ans, chauffeur. Malade depuis six semaines, époque à laquelle il a eu une fluxion de poitrine ; depuis sept à huit jours violentes douleurs de tête. A son entrée à l'hôpital, le 28 août 1876, on constate une hémiplégie incomplète, avec déviation de la langue du côté paralysé, à gauche. Le 29 la paralysie augmente et l'embarras de la parole. Le 30, la paralysie est beaucoup plus prononcée, le bras retombe inerte. Le premier

septembre, on trouve, c'était une constatation déjà faite, que l'orbiculaire, en apparence intact, est paralysé comme les autres muscles. Le malade ferme très bien les deux yeux simultanément, mais malgré les plus grands efforts, il est incapable de fermer séparément l'œil gauche, tandis qu'il n'a pas de peine à exécuter les mouvements isolés de l'orbiculaire droit. Les mouvements du thorax sont plus étendus à droite, et la colonne vertébrale est déviée du même côté. Si le malade respire tranquillement, les contractions du diaphragme sont égales des deux côtés, mais dans les grandes inspirations, on voit immédiatement cesser l'association des deux côtés du diaphragme, le côté sain seul se contracte. Mais elle reparait avec la respiration normale. Le 4 septembre, les mouvements reviennent dans le membre inférieur; dans le bras aussi, mais moins. L'orbiculaire reste dans le même état.

XX^e obs. *Embolie suivie de ramollissement cérébral avec hémiplegie complète de la face et des membres du côté droit; recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Frémy.*

R..., bijoutière, trouvée sur la voie publique, sans connaissance, le 3 janvier 1877. On constate une paralysie incomplète des membres à droite. A l'auscultation du cœur, souffle systolique à la pointe. A un nouvel examen on constate que la paralysie est complète dans tout le côté droit du corps; la face est déviée à gauche; l'aphasie absolue.

L'orbiculaire de la paupière droite ne paraît pas atteint,

mais si la malade veut fermer les yeux séparément, elle n'y réussit qu'avec l'œil gauche.

XXI^e obs. *Hémorragie cérébrale avec hémiplegie complète de la face et des membres, du côté droit; recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Guéneau de Mussy.*

E..., L..., 43 ans, blanchisseuse; on constate une hémiplegie complète de la face et des membres, du côté droit, et de l'aphasie.

L'orbiculaire ne paraît pas paralysé; elle ferme très bien les deux yeux (mouvement d'association). L'œil gauche seul se ferme très bien; l'œil droit, impossible. L'intelligence est conservée.

XXII^e obs. *Hémiplegie complète du côté droit, due à une hémorragie cérébrale; recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de la clinique interne.*

E..., B..., aphasique, point de renseignements. Hémiplegie complète de la face et des membres du côté droit. Quelques jours après, les mouvements sont revenus dans le membre inférieur.

L'orbiculaire de la paupière droite ne paraît pas atteint, car le malade peut fermer les deux yeux en même temps. On n'aperçoit la paralysie qu'en le priant de fermer l'œil droit seul, ce qui lui est impossible, malgré tous les efforts. L'œil gauche, au contraire, se ferme sans aucune difficulté.

XXIII^e obs. *Hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie incomplète des membres et de la face du côté droit; recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Frémy.*

A..., F..., 55 ans, serrurier. A brusquement perdu les mouvements et la connaissance. On constate (3 février 1877) une hémiplégie droite complète, de l'aphasie, la conservation de l'intelligence et de la sensibilité tactile et réflexe.

Le malade est incapable de fermer l'œil du côté paralysé tout seul; les deux yeux ensemble se ferment, ainsi que l'œil gauche seul, sans aucune difficulté. Le 6 février il parle mieux, remue la jambe droite; le bras est encore inerte. Le 10 février, aucun changement.

XXIV^e obs. *Hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie incomplète des membres et de la face du côté droit; recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Oulmont.*

J..., B..., 46 ans; on constate (le 6 janvier 1876) une hémiplégie incomplète du côté droit.

Le malade ferme les deux yeux ensemble; mais il lui est impossible de fermer seul l'œil du côté paralysé; pour l'autre, il n'éprouve aucune difficulté. L'orbiculaire en apparence n'est pas atteint.

Pendant que le malade baille, on peut constater une élévation de l'épaule et du bras du côté paralysé, qui, d'ordinaire, sont en résolution complète. Le 1^{er} février les mouvements des membres sont revenus un peu; mais la face est toujours déviée à gauche; les mouvements isolés de l'orbiculaire droit ne peuvent pas se faire; les mouvements associés sont conservés. Le 8 fé-

vrier, pas de changement dans la motilité, commencement d'escharres au sacrum.

XXV^e obs. *Hémorrhagie cérébrale avec hémiplegie incomplète des membres et de la face du côté droit, recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Oulmont.*

P..., M..., 23 ans, aucun renseignement. On constate une hémiplegie incomplète à droite et de l'aphasie. Quelques mouvements dans la jambe, face peu déviée.

L'orbiculaire droit ne paraît pas atteint; cependant, si le malade peut fermer les deux yeux, l'œil droit seul n'obéit pas à ses efforts; pour l'œil gauche, point de difficulté.

XXVI^e obs. *Hémorrhagie cérébrale avec ramollissement, accompagnée d'hémiplegie complète de la face et des membres du côté droit; recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Guéneau de Mussij.*

P..., B..., compteur aux Halles, 32 ans. Hémiplegie complète de la face et des membres du côté gauche, aphasie (14 janvier 1877). Lorsqu'il pleure, on observe une déviation de la bouche à gauche.

L'orbiculaire droit semble indemne. On constate cependant qu'il est incapable de faire agir isolément l'orbiculaire droit sous l'influence de la volonté; il peut, au contraire, très bien fermer séparément l'œil gauche.

Le 1^{er} février, quelques mouvements à la jambe; le bras est inerte.

XXVII. *Obs. extraite de la thèse de M. Henri Thomas*¹.

H. . . , 45 ans. Le 29 novembre 1875, au matin, douleurs déchirantes dans la région temporale gauche ; tremblement du bras droit, difficulté d'incliner la tête sur l'épaule droite. Il essaie d'écrire, mais ne trouve plus les mots, ou s'il les trouve, la fin en est oubliée. Le 2 décembre, il reconnaît son entourage, comprend les questions et y répond en courtes phrases.

Hémiplégie faciale droite avec occlusion incomplète de l'œil droit ; mouvements de la langue normaux, luette déviée à gauche.

Nuit du 3 au 4 décembre : les doigts de la main droite commencent à trembler, puis le tremblement s'étend au bras, la tête se renverse, les paupières s'agitent, les globes oculaires sont fortement dirigés en haut. La connaissance est complète ; le malade fait comprendre par signes qu'il ressent une violente douleur dans la tempe gauche. Le 4, aggravation, paralysie complète du bras droit. Mort le 8.

Autopsie : Absès de la grosseur d'un œuf de poule, plein d'un liquide épais, verdâtre, fétide, mélangé d'un peu de sang, à parois formées par une membrane conjonctive mince, assez résistante, tomenteuse et fortement piquetée. Siège de l'abcès : au-dessous de la partie moyenne des circonvolutions centrales, antérieure et postérieure, de l'hémisphère gauche. La substance cérébrale voisine était très molle, d'une coloration blanc-jaunâtre, jusqu'au corps strié. Le reste de l'encéphale

¹ HENRI THOMAS. *Thèse de Paris*, 1877.

avait la consistance normale, mais très hyperémié. Rien à la basé.

XXVIII^e obs. *Embolie cérébrale. Endocardite végétante. Pellagre. Hypertrophie du système lymphatique*¹.

Jeune homme de 19 ans, charretier ; le 29 mai, hémiplégie gauche ; les membres, supérieur et inférieur, flasques et inertes ; la face déviée à droite. Le malade peut toutefois ramener la tête à gauche, quand on l'interroge ou qu'on l'excite. Les yeux, convulsés à droite, sont susceptibles de redressement dans les mêmes conditions ; la pupille gauche est dilatée, la droite contracturée.

L'orbiculaire de l'œil droit est aussi contracturé, celui de l'œil gauche est inerte. La commissure buccale gauche est abaissée et attirée vers la ligne médiane.

La pointe du cœur est abaissée et portée sur la ligne axillaire ; le soufite est rude à la base, au premier temps.

Autopsie : « A cheval sur l'angle de bifurcation de la sylvienne et de la cérébrale antérieure se trouve un caillot fibrineux, dur. Toutes les ramifications de ces deux branches artérielles, en aval, jusqu'à la communicante antérieure, sont remplies par un caillot mou, noirâtre. » — *Cœur* : Ventricule gauche hypertrophié, végétations virruqueuses à la surface ventriculaire des valvules aortiques — perforées.

¹ Extrait de l'observation de M. Ch. Rémy, dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris* de 1876, Juin, p. 418.

XXIX. *Obs. de MM. Maragliano et Seppilli*¹.

Il s'agit d'une femme de 52 ans, alcoolique, qui présentait des accès d'épilepsie partielle, limitée à la moitié droite du visage. Ces accès commençaient par l'orbiculaire des paupières, pour s'étendre ensuite à tous les muscles du côté droit de la face. Plus tard, les convulsions épileptiformes gagnèrent les mêmes muscles du membre supérieur droit. Enfin, un mois environ avant la mort, il survint une hémiplégie droite avec aphasie.

A l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère gauche un ramollissement cérébral, superficiel, de couleur hortensia, occupant la moitié inférieure de la circonvolution frontale ascendante, le pied de la deuxième frontale et la partie postérieure de la troisième. Pas d'autres lésions.

XXX. *Obs. de MM. Assagiotti et Bonvecchiato*².

Il s'agit d'une femme de 64 ans, pellagreuse, qui présentait tout-à-coup, sans aucun prodrome, des accès convulsifs épileptiformes. Ces accès débutaient toujours par l'orbiculaire des paupières du côté droit; quelquefois ils restaient limités à ce muscle; d'autres fois, ils s'étendaient progressivement aux autres muscles du même côté de la face, puis à ceux du membre supérieur et du membre inférieur droits. On les vit aussi atteindre

¹ MARAGLIONE ET SEPPILLI. *Riv. sper. di freniatria e di medicina legale*, 1878, cité dans l'ouvrage de M. J. J. Picot. — *Leçons de clinique médicale*, deuxième série. 1892. p. 341.

² ASSAGIOTTI ET BONVECCHIATO. Due casi de epilessia da lesione corticale. *Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale*: 1879; p. 117. Cité par J. J. Picot.

les muscles du côté gauche de la face et des membres. Les accès durèrent trois jours et disparurent à la suite d'une application de sangsues aux apophyses mastoïdes. La malade succomba néanmoins.

A l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère gauche une tumeur elliptique, mesurant 42 millimètres de longueur et 39 millimètres de largeur. Elle adhérait à la dure-mère et comprimait la deuxième circonvolution frontale gauche, à l'union de son tiers moyen avec son tiers postérieur. La première et la troisième circonvolutions frontales, dans le voisinage de la tumeur, et étaient refoulées et aplaties; il n'existait aucune autre lésion dans l'encéphale.

XXXI^e obs. *Hémorragie cérébrale droite avec hémiplegie gauche (face, bras, jambe); signe de l'orbiculaire; recueillie à l'hôpital cantonal de Genève, dans le service de M. le prof. Revilliod¹.*

Sage, A..., âgée de 26 ans, lingère. Le 8 mai, dans l'après-midi, elle tombe avec perte de connaissance incomplète : hémiplegie gauche (face, bras, jambe). L'hémiplegie faciale aurait été plus prononcée dans les premiers temps. Elle entre à l'hôpital cantonal le 9 juin 1887.

Status : femme brune, pâle. Intellect paresseux ; réponses lentes, justes, pas d'aphasie. Le côté gauche de la face est paralysé.

Signe de l'orbiculaire : elle ferme bien les deux yeux

¹ A partir de cette observation, toutes celles qui suivront sont recueillies dans le service de M. le Prof. L. Revilliod.

ensemble, ferme bien aussi l'œil droit seul, mais ne réussit pas avec l'œil gauche seul.

Bras et jambe gauches paralysés complètement ; sensibilité normale, un peu obtuse ; réflexes du bras et des genoux des deux côtés exagérés ; phénomène du pied gauche. Trophiques, sphinctères et vaso-moteurs normaux. Le 14 juillet, elle meut la jambe gauche ; il y a des contractures des fléchisseurs ; elle ne peut pas lever le bras ; les réflexes patellaires, du pied et des radiaux sont toujours exagérés.

XXXII^e obs. *Hémorragie cérébrale droite avec hémiplégie gauche (face, bras, jambe) ; signe de l'orbiculaire ; recueillie par M. l'assistant Ruel.*

Grillon, F..., âgé de 43 ans, agriculteur. Le 15 juin, fauchant dans les champs, il ressent subitement des vertiges, voit trouble, chancelle sans tomber. En retournant à la maison, il tombe, mais sans perte de connaissance. On constata une paralysie du côté gauche. Il entre à l'hôpital cantonal le 19 Juin 1887.

Status : homme blond-châtain, hâlé sur fond pâle. Hémiplégie faciale gauche.

Signe de l'orbiculaire : ferme bien les deux yeux ensemble, peut fermer l'œil droit seul, mais il lui est impossible, malgré tous les efforts, d'en faire autant de l'œil gauche seul. L'intellect normal, un peu paresseux. La langue est déviée à gauche ; il regarde à droite, mais a de la peine à tourner sa tête à gauche. Le cou raide, il y a torticolis. Le bras et la jambe sont paralysés complètement. Sphinctères normaux.

XXXIII^e obs. *Hémorrhagie cérébrale avec hémiplegie complète du côté droit ; signe de l'orbiculaire ; recueillie par MM. les assistants Gilbert et Jaccard.*

Meyer, M..., âgée de 44 ans, est tombée sans connaissance. A son réveil, on constate une hémiplegie de tout le côté droit. Elle entre à l'hôpital le 29 août 1889.

Status : femme corpulente, yeux gris, pupilles égales et réagissant bien. Pas de rotation de la tête, ni de déviation des yeux, respiration tranquille régulière. Hémiplegie droite (face, bras, jambe). Face : le pli naso-labial est légèrement effacé ; la commissure labiale droite un peu abaissée. Lorsqu'elle boit, les liquides ressortent à l'angle droit de la bouche.

Signe de l'orbiculaire : la malade peut fermer les deux yeux ensemble, et l'œil gauche seul ; mais non l'œil droit, si le gauche reste ouvert. La langue est un peu déviée à droite. Dans le bras et la jambe il y a eu une paralysie flasque, incomplète. Réflexes rotuliens normaux ; pas d'anesthésie, ni d'aphasie.

Le 30, elle bredouille davantage, ne trouve plus ses mots, ne sait dire son nom.

Le 3, elle ne peut plus soulever le bras, ni écarter les doigts. Les mouvements de la jambe reviennent de plus en plus. Toujours le signe de l'orbiculaire. La parole est absente : ni un mot, ni un son. L'intellect est conservé ; la physionomie éveillée ; elle comprend tout et répond par des gestes et jeux de physionomie.

Le 23, elle parle, prononce tous les mots isolément ; mais ne peut former des phrases qu'avec difficulté. Tous les mouvements passifs du bras sont possibles. La malade marche un peu dans la journée.

XXXIV^e obs. *Hémorragie cérébrale dans la capsule interne droite; signe de l'orbiculaire; recueillie par M. l'assistant Gilbert.*

Lescaze, L..., 64 ans; elle tombe sans perte de connaissance après avoir fait son ménage, se relève et marche en trébuchant. Sa jambe gauche est moins forte et la porte à peine; le bras gauche est plus faible, elle peut cependant s'en servir. La parole est embrouillée. Elle entre à l'hôpital cantonal le 12 août 1889.

Status: femme à yeux bruns, à pupilles égales et réagissant bien, ligne blanche périkératique à droite. — Droitière. — Teint naturel. Intellect conservé: elle répond lentement et difficilement. Parésie de la face, du bras et de la jambe gauche, plus forte dans celui-là que dans celle-ci. Après quelques jours, elle remue moins bien le bras et la jambe.

Signe de l'orbiculaire: ne peut ouvrir aucun des deux yeux séparément, l'autre œil restant fermé; ferme l'œil droit plus fortement que l'œil gauche. Pas de lagophthalmos; sillon naso-labial effacé à gauche. Commissure labiale gauche abaissée; fume par moments la pipe. Pas de contractures, ni de crampes. Sensibilité non modifiée. Réflexes, sphinctères, vaso-moteurs et trophiques normaux. Rien dans les autres systèmes.

XXXV^e obs. *Embolie sylvienne droite avec hémiplegie du côté gauche (face, bras, jambe); signe de l'orbiculaire; recueillie par M. l'assistant Gilbert.*

Favre, A..., 61 ans, ex-monteur de boîtes à musique. Ancien rhumatisant, palpitations, enflures des jambes de temps en temps. Il a eu un étourdissement, il y a

quatre mois, est tombé sans perte de connaissance. On constate que le bras et la jambe étaient inertes ; il disait un mot pour un autre, mais n'avait pas d'écholalie. Entre à l'hôpital cantonal le 28 novembre 1889.

Status : homme ayant l'air encore jeune, yeux gris-bleus, vifs, brillants ; pupilles égales, réagissant bien. Intellect conservé ; la mémoire a baissé un peu, depuis 4 mois, vertiges. Hémiplégie gauche (face, bras, jambe — parésiés).

Signe de l'orbiculaire. Gaucher. La langue est déviée à gauche ; rien à la luvette ; pas d'aphasie. Jambe et bras raides, tendance à la contracture ; réflexes rotuliens exagérés, phénomène du pied à gauche.

Sensibilité à la douleur et à la température fortement diminuée et retardée à gauche ; très sensible au chatouillement à droite, presque pas à gauche. Rien dans les autres systèmes.

XXXVI^e obs. *Hémiplégie gauche chez une gauchère ; embolie du tronc brachio-céphalique. Signe de l'orbiculaire.*¹

Claudine, Th..., 25 ans, domestique. Elle allait au marché, le 29 mars 1889, quand arrivée à la poste et sans aucun symptôme précurseur, elle se sentit tourner et tomba aussitôt, sans perdre connaissance. Des passants la relevèrent et la portèrent à l'hôpital cantonal.

Status : on constate de suite une hémiplégie gauche, flasque, de la jambe, du bras et de la face inférieure et d'une manière très nette le *signe de l'orbiculaire* gauche.

¹ *Revue de la Suisse romande*. Genève, n° 10, 1889.

La langue est un peu déviée à gauche ; la sensibilité générale fortement émoussée du même côté. Les sensibilités spéciales sont normales, sauf le goût, un peu retardé à gauche. La réaction faradique est normale. Le réflexe patellaire est diminué, presque aboli à gauche (plus tard il s'est exagéré et accompagné de phénomène du pied), normal à droite. Albuminurie transitoire, constipation, rien dans les autres systèmes.

La malade accuse en outre, à la région inférieure et interne de l'avant-bras et à la main droite, une vive douleur avec sentiment de tension, d'engourdissement et de fourmillement dans la pulpe de l'index et du médus. Dès le lendemain la main commença à devenir turgide, violocée, livide et froide. Les ongles se cyano-sent ; le pouls normal à gauche est imperceptible à droite.

Le 12 avril, la pulpe et l'ongle de l'index, du médus et du petit doigt sont noirs, momifiés et insensibles ; la même lésion intéresse, mais plus superficiellement, la pulpe du pouce ; l'annulaire est intact.

Le premier mai commence le travail d'élimination ; le pouls devient perceptible au pli du coude. Le 15 mai la malade quitte l'hôpital ; elle avait retrouvé quelques mouvements, et était en train d'éliminer des parties molles des extrémités de trois des doigts de sa main droite. Les douleurs et le gonflement de la main avaient disparu. Le pouls était normal partout.

Nous avons revu la malade au mois de janvier 1892 ; certains mouvements du bras et de la jambe gauche lui manquent encore, mais elle se sert très bien de ses membres. *Le signe de l'orbiculaire persistait.*

XXXVII^e obs. *Hémorrhagie cérébrale droite (capsule externe), avec hémiplégie gauche (face, bras, jambe) ; signe de l'orbiculaire ; recueillie par MM. les assistants Droz et Maillart.*

Schlatter, M. H..., 40 ans, cuisinière. Tombe sans connaissance, reste inanimée, entre le même jour à l'hôpital cantonal (1889).

Status præsens : femme de taille moyenne, forte corpulence, cou court, ridée ; teint modérément coloré, face large, yeux bruns, pupilles égales, moyennes qui réagissent peu à la lumière. Elle regarde à droite. Somnolente, elle répond brièvement puis retombe dans sa torpeur. Elle a une douleur à la tempe droite ; baille fréquemment, pleure, larmoie.

Visage immobile ; pli naso-labial moins marqué à gauche qu'à droite ; commissure gauche abaissée, fume la pipe. Bras gauche flasque un peu de raideur dans l'épaule dans les mouvements passifs. De temps en temps des mouvements choréïques et tremblants du bras droit. Plie le membre inférieur gauche plus difficilement que le droit ; ne peut pas mouvoir le pied seul. Réflexes patellaires un peu exagérés. Sensibilité normale. Sphinctères, trophiques et vaso-moteurs normaux.

Cœur : pointe déviée à gauche, bat dans le cinquième espace intercostal en dehors de la ligne mamillaire ; pouls inégal, irrégulier, tendu, petit, récurrence radiale. Varices en réseau sur la cuisse gauche. Rien de particulier dans les autres systèmes.

Le 29, au matin, plus éveillée.

Signe de l'orbiculaire : ne peut pas fermer l'œil gauche aussi fortement que le droit, ni le fermer isolément. Le soir elle retombe en torpeur. Le 5 décembre, elle peut mouvoir un peu la face et le bras. L'intellect est complètement revenu.

Le 2 février 1890 : depuis quelques jours il y a une tendance à la contracture des fléchisseurs des doigts de la main gauche ; la motilité est absolument normale, sauf à la main gauche.

XXXVIII^e obs. *Hémiplégie gauche ; signe de l'orbiculaire ; recueillie par M. l'assistant Gilbert.*

Droux, V..., 30 ans, ouvrier de campagne, est tombé tout d'un coup sans perte de connaissance, dix jours auparavant. En se relevant, il remarqua que la jambe gauche fléchissait sous lui ; il ne la sentait plus, le bras et la face du même côté étaient aussi atteints. La parole était conservée. Transporté dans son lit, les mouvements revenaient dès le lendemain. Il est entré à l'hôpital cantonal le 26 décembre 1889.

Status præsens : homme à yeux bruns, pupilles grandes, égales, réagissant bien ; teint coloré ; constitution robuste. Gaucher. Tireur, tenant le fusil à gauche.

Signe de l'orbiculaire : ne peut fermer que l'œil droit séparément ; il grimace du côté gauche, mais l'orbiculaire ne fonctionne pas. Légère parésie gauche de la face, du bras et de la jambe ; pas de contractures.

Actuellement : sensibilité normale ; fourmillements, picotements aux doigts et aux pieds ; démarche normale ; réflexes normaux. Rien dans les autres systèmes.

XXXIX^e obs. *Hémiplégie droite ; aphasie ; amblyopie, puis cécité totale ; signe de l'orbiculaire ; mort par broncho-pneumonie ; recueillie par M. l'assistant Audéoud.*

Ramel, F..., 67 ans, ex-marin. Il aurait eu, onze mois auparavant, une attaque d'hémiplégie droite, de laquelle il s'est remis. Depuis 6 mois, plusieurs petites attaques, sensation de raideur. Entré à l'hôpital le 13 février 1890.

Peut fermer très bien les deux yeux ensemble et isolément. Quitte l'hôpital le 11 mars, y rentre le 15 juillet 1890.

Le 21 août, au milieu de la nuit, il se lève pour uriner, le côté droit se prend, il s'affaisse à côté du lit. On constate : l'hémiplégie droite très prononcée pour la face et le bras, moins pour la jambe. La langue dévie à droite, le voile du palais à gauche.

Signe de l'orbiculaire : peut fermer les deux yeux ensemble, mais ne peut fermer l'œil droit seul, ce qu'il faisait très bien auparavant. Bredouillement, pas d'aphasie. Réflexe patellaire exagéré à droite.

Le 18 octobre, survient l'abolition de la vision — amblyopie et aphasie. Réflexes exagérés des deux genoux ; atrophie musculaire des deux jambes, tremblement de la jambe gauche et du pied.

Le premier novembre, l'aphasie toujours très nette ; vue tout à fait abolie ; tremblement spontané et contraction du bras droit ; escharres au niveau du sacrum et du grand trochanter droit. Mort le 9 novembre.

Autopsie : Un foyer de ramollissement du cuneus droit, du lobule pariétal inférieur, du pli courbe gauche, du

cervelet et de la couche optique gauche. Artério-sclérose de la base du cerveau.

XL^e obs. *Hémiplégie Jacksonienne droite, pas d'aphasie ; signe de l'orbiculaire ; recueillie par MM. les assistants Gilbert et Jaccard.*

Gerdil, M..., 38 ans, cultivateur. Depuis le 19 juillet, fréquentes crises accompagnées de convulsions et de perte de connaissance, d'abord localisées au bras, pour s'étendre plus tard à la face et ensuite à la jambe. Entré à l'hôpital cantonal le 23 août 1890.

Status praesens : homme à pupilles égales, réagissant à la lumière, cependant la droite semble plus paresseuse. Intellect conservé. La face est déviée à gauche, le pli naso-labial, moins accusé à droite qu'à gauche ; ne peut pas siffler. La langue peut être projetée à droite et à gauche, mais tirée directement hors de la bouche, elle s'incline à droite. Anonnement, pas d'aphasie.

Signe de l'orbiculaire : le malade peut fermer l'œil gauche seul, mais non l'œil droit. Quand il ferme les deux yeux simultanément, l'occlusion de l'œil droit est moins complète que celle de gauche. Il écrit avec la main droite, quoique gaucher ; grimace facilement à gauche, mais pas à droite. Paralyse flasque du membre supérieur droit ; parésie du membre inférieur droit ; pas de contracture ni de douleur ; sensibilité normale ; sens musculaire normal ; réflexe du genou à droite exagéré, à gauche normal. Sphinctères, trophiques et vaso-moteurs normaux.

Du 24 au 28, crises fréquentes. La parole s'embrouillait de plus en plus. Il se plaignait d'un mal de tête,

assez fort, occupant toute la région temporo-pariétale gauche. Le 28, amélioration de la parole (à la suite de mouches de Milan, sur la région Rolandique). Toujours des crises.

XLI^e obs. *Traumatisme du crâne (pariétal droit) hémiplégie droite, (face, bras, jambe) ; signe de l'orbitulaire ; aphasie motrice ; agraphie ; surdité ; guérison partielle ; recueillie par M. l'assistant Audéoud.*

Passy, J..., 50 ans, ouvrier. A fait une chute sur la tête, il y a 8 jours et est resté paralysé depuis. Ne peut pas parler. Entre à l'hôpital cantonal.

Status : homme à l'air hébété, peu intelligent, n'entendant pas ce qu'on lui dit et ne pouvant exprimer ce qu'il veut.

Facies pâle, muqueuses non-colorées ; yeux bleus, pupilles égales, petites, réagissant facilement à la lumière.

Au niveau de la partie postérieure du pariétal droit, on voit les traces de la chute : cheveux encore agglutinés, parties sous-jacentes gonflées, douloureuses à la pression. Pas de fracture du crâne appréciable ; (pas d'écoulement sanguin ou séreux par les oreilles, pas d'ecchymoses dans les paupières). Plaie récente au coude et au genou droits.

Il est obnubilé ; fait signe qu'il a mal à la tête ; bégaille, mais ne trouve pas ses mots ; pas de surdité verbale ; il reconnaît une cuillère, une clef, etc. ; pas de cécité psychique ; mais il a l'agrahie — il ne peut pas écrire son nom et trace des caractères informes.

Hémiplégie droite, plus prononcée à la face, moins au

bras et encore moins à la jambe. Les plis naso-géniens et sous-orbitaires et les rides sont effacés à droite ; la commissure droite est abaissée ; toute la face se dévie à gauche quand le malade essaie de parler.

Signe de l'orbiculaire : peut fermer les deux yeux simultanément et l'œil gauche seul, mais non le droit. Bras et jambe parésiés. Réflexes, trophiques, sphinctères et vaso-moteurs normaux. Apyrexie. Rien dans les autres systèmes.

Le 31 décembre, la parole revient de plus en plus ; l'hémiplégie faciale persiste ; les membres vont bien.

XLII^e obs. *Hémiplégie faciale droite ; signe de l'orbiculaire ; aphasie ; recueillie par M. l'assistant Jaccard.*

Fromaget, J.-L..., 80 ans, charpentier. Il y a deux jours, en se réveillant le matin, il se sentit faible sur ses jambes et bredouillait inintelligiblement. Entre à l'hôpital cantonal le premier juillet 1891.

Status : Pupilles égales, petites, réagissant bien.

Signe de l'orbiculaire : peut fermer l'œil gauche seul, mais non le droit. Pli naso-labial moins accusé à droite ; face déviée à gauche, angle des lèvres relevé. Il ne peut pas grimacer du côté droit de la face, tandis qu'il le fait très bien à gauche. Intellect conservé. Vertiges, brouillards devant les yeux ; bredouillement un peu diminué ; parésie de la face droite ; démarche un peu hésitante ; réflexes patellaires exagérés. Rien dans les autres systèmes.

XLIII^e obs. *Embolie sylvienne gauche ; hémiplégie droite et aphasie ; signe de l'orbiculaire ; tact de la*

main droite abolie ; guérison presque complète ; recueillie par M. l'assistant Audéoud.

Kunzi, F..., 60 ans, employé à la voirie. Entré à l'hôpital cantonal, le 12 octobre 1891, pour des troubles du côté de la poitrine. Était assez bien pendant la journée du 13 octobre, mais le soir, on le trouva dans son lit : agité, angoissé, avec des sueurs froides, le pouls petit, filant, inégal, irrégulier — 160 ; cœur très arythmique. Hémiplégie droite de la face, pas très marquée. L'œil droit reste demi-ouvert, le gauche se ferme complètement. Bras et jambe droits flasques, incapables d'aucun mouvement ; soulevés ils retombent inertes ; ils sont chauds, alors que les membres du côté gauche sont glacés. Station et marche impossibles. Aphasie — le malade essaie de se faire comprendre par gestes.

Le 14, état général meilleur ; il revient à lui ; l'aphasie complète persiste ; l'hémiplégie a notablement diminuée ; il peut mouvoir un peu son bras et sa jambe droits. Le soir le sensorium est tout-à-fait revenu ; l'hémiplégie a presque disparu aux membres droits ; il peut marcher, il fait même *le cloche-pied* sur le pied droit. Les réflexes patellaires sont exagérés ; les sphinctères normaux.

Perte du tact dans la main droite.

Paralysie de la face très marquée ; commissure labiale droite abaissée ; pli naso-labial effacé ; rides diminuées ; écoulement de la salive par la bouche.

Signe de l'orbiculaire : ferme bien les deux yeux ensemble ; ferme aussi l'œil gauche seul, mais il est incapable d'en faire autant de l'œil droit, ce qu'il faisait très bien avant l'attaque.

Déviation de la langue à droite ; rien au voile du palais. Le malade comprend ce qu'on lui dit, mais ne s'exprime que par des monosyllabes incompréhensibles ; fait signe qu'il saisit ce qu'on lui dit ; pas de surdité, ni de cécité verbale ; agraphie relative.

Le 20, diminution de l'aphasie. Les sensibilités : tactile, à la douleur et thermique sont fortement diminuées dans tout le membre supérieur droit, moins à la face et à la jambe. Le 31, l'hémiplégie de la face et le signe de l'orbiculaire persistent. L'hémianesthésie diminue, sauf à la main. Le 5 décembre, les différentes sensibilités sont redevenues normales dans tout le côté droit, sauf au bras où la sensibilité thermique est encore faible.

La parésie faciale a considérablement diminué, mais il ne peut pas encore siffler, (ce qu'il faisait très bien avant la paralysie). En fronçant les sourcils, beaucoup de plis à gauche, peu à droite.

Le 18 janvier 1892, tous les autres symptômes ont disparu, sauf à la face. Signe de l'orbiculaire : il ne peut fermer l'œil droit seul, mais peut le laisser fermé, après avoir abaissé la paupière avec le doigt.

XLIV^e obs. *Hémiplégie gauche ; signe de l'orbiculaire ; cueillie par M. l'assistant Audéoud.*

Ponson, J..., 52 ans, concierge. Le 16 octobre 1891, montant l'escalier et arrivant au quatrième étage, elle a eu un ictus, sans perte de connaissance, avec hémiplégie gauche (bras et jambe) qui peu après s'est complétée. Entre à l'hôpital cantonal le 17 octobre 1891.

Status præsens : femme bien conservée, facies pâle,

yeux bruns, pupilles petites, égales. Intellect normal. — Droitière. — Hémiplegie gauche complète. Parésie peu marquée de la face, presque nulle au repos. Pas de lagophthalmos. La langue fortement déviée à gauche.

Signe de l'orbiculaire : ne peut pas fermer l'œil gauche seul, (pouvait très bien le faire avant l'ictus). Fronce moins bien le sourcil à gauche qu'à droite.

Bras gauche paralysé, il retombe inerte, flasque, quand on le soulève. Peu après l'ictus la malade pouvait faire quelques mouvements de la jambe, mais à son entrée à l'hôpital, aucun mouvement n'était possible.

Ce matin, le 19 oct., elle peut de nouveau l'étendre et la fléchir dans le lit, il y a seulement de la parésie ; la station est possible quand elle est soutenue. Quelques douleurs dans le mollet gauche. Fourmillements et doigts morts. Cœur gauche agrandi, tendance au galop. Sphinctères, trophiques et vaso-moteurs normaux. Réflexes patellaires exagérés. Trace d'albumine dans l'urine.

Le 10 novembre, sueurs nocturnes assez abondantes ; des douleurs dans le bras paralysé ; le signe de l'orbiculaire diminue un peu.

Le 27 les sueurs cèdent à l'atropine. La face commence à se contracturer à gauche : la commissure gauche de la bouche se relève, les plis du même côté s'accroissent plus fortement dans la face inférieure. La langue est toujours un peu déviée. Elle marche en fauchant.

C'est dans cet état qu'elle quitte l'hôpital le premier février 1891.

XLV^e obs. *Hémorrhagie cérébrale droite progressive avec hémiplégié à gauche, (face, bras, jambe); signe de l'orbiculaire; contractures précoces; recueillie par M. le Dr. Maillart.*

Dubois, J..., 61 ans, ex-cuisinière. Le 19 décembre 1891, allant au marché, elle se sent saisie par le froid, et arrivée en ville, ne peut plus prononcer les mots. La lèvre supérieure tombe sur l'inférieure dans sa partie gauche. Le même soir, elle ne peut plus se servir de sa jambe gauche; le lendemain matin son bras gauche était paralysé; pas d'ictus. La malade éprouve un peu de peine à avaler. Entre à l'hôpital le 4 janvier 1892.

Status : femme vieille, ridée. Intellect, mémoire et parole conservés.

Signe de l'orbiculaire : en fermant les deux yeux ensemble, les plis de la paupière sont plus forts à droite. Elle ne peut fermer aucun des deux yeux séparément, mais réussit à tenir l'œil droit fermé pendant que le gauche est ouvert; l'inverse n'est pas possible.

Les rides verticales du front, accusées à droite sont effacées à gauche, les traits du visage, de même. La commissure labiale gauche est légèrement abaissée. La luette oblique à gauche.

Bras : paralysie absolue, flasque; l'avant-bras enraidit pour l'extension. *Jambe* : paralysie flasque, elle peut encore la plier au lit, mais le talon ne quitte pas le drap. Impossible de se tenir debout ou de marcher.

Le côté paralysé est plus froid. Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés ; à gauche il y a un clonus indéfini du pied. Sphinctères, trophiques, vasomoteurs normaux.

Le 7 février, l'urine est claire, pâle ; trace d'*urobiline* très nette. Dans cet état stationnaire elle quitte l'hôpital le 10 février 1892.

XLVI^e obs. *Hémiplégie droite, partielle, moins la jambe; signe de l'orbiculaire; recueillie par M. le Dr Maillart.*

R. — Dumont, M..., 71 ans, ex-repasseuse. Il y a deux ans elle a eu une monoplégie corticale de la jambe gauche. Il y a deux mois elle aurait eu une attaque, sans perte de connaissance. Elle a senti son côté droit s'engourdir, mais non paralysé. La parole était embrouillée, la langue déviée dans un coin de la bouche ; elle ne pouvait pas non plus écrire. Ces symptômes ont duré quelques jours et ont été, en s'amendant jusqu'à son entrée à l'hôpital cantonal, le 4 mars 1892.

Status præsens : femme ridée, pupilles égales, réagissant bien ; pas de nystagmus. Intellect toujours conservé. La parole est redevenue normale. — Droitière. Elle dort peu, agitation perpétuelle au lit, remue continuellement les membres, sans rythme précis.

Les rides et les traits de la face sont moins accusés à droite qu'à gauche. La commissure buccale droite est tirée vers la ligne médiane. La langue a repris tous ses mouvements ; la pointe semble légèrement déviée à gauche.

Signe de l'orbiculaire : ferme bien l'œil gauche isolément, mais ne peut pas fermer l'œil droit, en laissant le gauche ouvert.

Station verticale presque normale; mais dès qu'elle ferme les yeux, la tête et tout le corps sont pris de tremblements à grandes oscillations, et elle tombe en avant ou en arrière.

Démarche sénile, pas de contracture; la jambe gauche remue plus difficilement que la droite. Réflexes patellaires exagérés.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Etant établi que le facial supérieur est réellement intéressé dans l'hémiplégie vulgaire, en même temps et par le même foyer, que le facial inférieur, nous aurons à faire : 1^o le diagnostic différentiel entre la paralysie faciale périphérique et la paralysie faciale d'origine cérébrale; 2^o le diagnostic différentiel entre l'hémiplégie corticale et l'hémiplégie centrale.

I^o

A) En faveur de la paralysie faciale périphérique nous aurons les symptômes suivants :

1. Le *lagophthalmos*, c'est un signe pathognomonique très précieux ;
2. La rareté de la monoplégie faciale cérébrale ;
3. Les membres (bras et jambe) du même côté ne sont pas paralysés.

B) Tandis qu'en faveur de la paralysie faciale d'origine cérébrale nous aurons :

1. La paralysie de la face accompagnée d'une paralysie des membres du même côté ou du moins d'un des membres (le bras, par exemple) ;
2. La paralysie du facial supérieur est incomplète ;
3. Le malade peut fermer l'œil du côté paralysé en même temps que celui du côté sain ; mais si on le prie de fermer l'œil du côté paralysé tout seul, cela lui est impossible, tandis qu'il peut fermer celui du côté sain.

II^o

Pour le second diagnostic différentiel, je citerai ce passage de M. le Professeur Revilliod¹ :

« Il est possible aussi que dans les hémiplegies *corticales* l'origine du facial supérieur ne soit pas comprise dans le champ de la lésion. Le faisceau s'étale, en effet, sur la grande surface fronto-pariétale, siège des monoplégies cérébrales et plus étendues que certains foyers

¹ Loc. cit.

de ramollissement. Il se peut donc que les cas rares, dans lesquels le phénomène de l'orbiculaire n'est pas appréciable, appartiennent à des hémiplésies dues à un foyer cortical limité, et dans lequel l'origine du facial supérieur ne serait pas comprise. S'il en était ainsi, nous aurions un nouveau signe de diagnostic différentiel entre l'hémiplégie corticale et l'hémiplégie centrale. *Le signe de l'orbiculaire, qui pourrait être absent dans le premier cas, serait constant dans le second.* »

CHAPITRE V

Conclusions

En conséquence de nos observations et des interprétations auxquelles elles ont donné lieu, rapprochées des opinions qui ont eu cours jusqu'à ce jour, nous croyons pouvoir conclure ainsi :

I

La paralysie du facial supérieur s'observe dans la très grande généralité des cas d'hémiplégie vulgaire. Les hémiplégiques qui ne présentent pas ce signe, ne constituent qu'une exception, dont des observations ultérieures pourront donner la raison.

II

Le faisceau intra-cérébral du facial supérieur accompagne le facial inférieur à travers le centre ovale, la capsule interne (faisceau pyramidal) et le pédoncule jusqu'au bulbe.

III

Le facial supérieur a son centre psycho-moteur à côté de celui du facial inférieur (Horsley, Ferrier).

IV

Le signe de l'orbiculaire de la paupière pourrait, ou mieux encore devrait être nommé **signe de Revilliod**, M. Revilliod étant de tous les savants celui qui s'est occupé le plus longtemps et qui a insisté davantage sur ce fait.
