



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

181

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Albert DEQUENES

Né le 29 Juin 1894 à Lillers (Pas-de-Calais)
Interne des Hôpitaux de Nantes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PARALYSIE LINGUALE

DANS

L'HÉMIPLÉGIE D'ORIGINE CÉRÉBRALE

Président : M. CH. ACHARD, Professeur



PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1923

juin A. 54.1

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Albert DEQUENES

Né le 29 Juin 1894 à Lillers (Pas-de-Calais),
Interne des Hôpitaux de Nantes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PARALYSIE LINGUALE

DANS

L'HÉMIPLÉGIE D'ORIGINE CÉRÉBRALE

Président : M. Ch. ACHARD, Professeur



PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1923

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.

MM.	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique Médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMET
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERRONNE
Clinique urologique.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILÉAU
Clinique de propédeutique.	SERGENT

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	BATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBOLLETT	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS PATERNELS

A LA MÉMOIRE
DE MA GRAND'MÈRE MATERNELLE

A MON GRAND-PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MIRALLIÉ

Directeur de l'École de Médecine de Nantes

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a guidé de ses pré-
cieux conseils.*

Témoignage de vive reconnaissance.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE NANTES

*Qui m'ont prodigué les ressources de
leur docte enseignement, j'exprime
toute ma gratitude.*

INTRODUCTION

Le 4 novembre, M. le Docteur Mirallié faisait une communication à la Société Neurologique de Paris, intitulée : « Contribution à l'Etude de la Paralysie linguale au cours des lésions du faisceau pyramidal », il apportait l'observation d'une malade atteinte d'hémiplégie droite avec aphasie, chez laquelle il avait observé un phénomène qu'on ne trouve nulle part décrit, à savoir : l'inégalité de contraction des deux moitiés de la langue quand on fait prononcer la lettre *ââ*, la bouche grande ouverte, à un hémiplégique et la régression de ce phénomène allant de pair avec la disparition des signes de paralysie faciale.

Intéressé par cette particularité, il avait examiné un certain nombre d'hémiplégiques et très souvent il avait trouvé des troubles nets de la motilité de la langue du côté paralysé.

Il nous a semblé intéressant de reprendre cette étude et nous avons examiné un certain nombre de malades atteints d'hémiplégie d'origine cérébrale ; nous nous sommes rendu compte que l'hémiaplatissement de la langue sur le

plancher de la bouche est un phénomène relativement fréquent.

Remarquons que la contraction de la langue dans l'émission du son ââ est un mouvement synergique ; il est certes impossible à un individu sain de n'aplatir sur le plancher de la bouche qu'une moitié de la langue ; et le phénomène qui fait l'objet de ce modeste travail confirme une fois de plus cette idée maintenant admise par la plupart des auteurs, que, dans l'hémiplégie, tous les muscles d'une moitié du corps sont touchés peu ou prou ; dans un premier chapitre, nous rappellerons donc rapidement les travaux qui ont précisé cette notion, qui ont mis en relief la paralysie du facial supérieur, des oculomoteurs, de la langue, des muscles du tronc, de l'abdomen, etc.

Nous ferons ensuite une étude clinique du symptôme, en montrant ses modalités, ses degrés, sa fréquence, son évolution ; nous essayerons d'en expliquer la pathogénie, et après avoir transcrit les observations que nous avons pu recueillir, nous terminerons par des conclusions.

HISTORIQUE

Il n'y a pas bien longtemps encore, on admettait que, dans l'hémiplégie organique, l'intégrité d'une grande partie des muscles du corps était de règle, et il était classique de dire que la paralysie épargnait les muscles synergiques.

On peut lire dans l'article de Thoinot (*Traité de Médecine de Debove et Achard, 1894*) « Il est de règle que l'orbiculaire des paupières échappe à la paralysie ».

Ce dogme de l'intégrité des muscles synergiques n'est pas resté intangible, et de nombreux auteurs se sont attachés à montrer que dans l'hémiplégie, tous les muscles d'un côté du corps sont touchés, à des degrés variables il est vrai, et on peut dire avec M. Mirallié : « Chez l'hémiplégique, tous les muscles d'un côté du corps sont paralysés, mais ils le sont d'autant moins qu'ils sont plus synergiques ».

Et cette atteinte des muscles synergiques a été montrée pour le facial supérieur, les muscles des yeux, les muscles masticateurs, les muscles de la respiration, etc.

La paralysie de l'orbiculaire fut le premier phénomène qui attira l'attention des auteurs et, en 1846, Legendre en montrait l'existence, faisait remarquer la chute de la paupière supérieure (due à l'atteinte du moteur oculaire commun), il indiquait aussi le défaut de résistance aux mouvements passifs de l'orbiculaire paralysé.

Duplay établit la participation de l'orbiculaire des paupières à la paralysie, dans l'hémiplégie faciale d'origine cérébrale, sur des faits cliniques suivis d'autopsies montrant la localisation cérébrale et non périphérique de la lésion.

Simoneau, en 1877, mit en lumière, bien avant Revillod, un signe important de paralysie de l'orbiculaire ; la perte de l'occlusion isolée de l'œil du côté hémiplégic.

Puis Berger, Coingt, Hallopeau, Foucher, Revillod, Ferré, contribuèrent par leurs travaux à faire admettre cette parésie, et même cette paralysie de l'orbiculaire des paupières. Gowers montra que le front du côté paralysé est plus lisse, moins ridé.

Pugliese et Milla, les premiers, firent une étude complète de la paralysie du facial supérieur et attirèrent l'attention sur l'atteinte des muscles frontaux, sourcillers, insistèrent sur la paralysie de l'orbiculaire et arrivèrent à cette conclusion : « La parésie des muscles innervés par le facial supérieur ne manque pour ainsi dire jamais dans l'hémiplégie ».

Plus tard Pugliese disait : « Parfois cette parésie (des muscles innervés par le facial supérieur) peut aller jusqu'à la paralysie. Ces troubles du facial supérieur confirment la loi qui règle la participation des divers muscles

dans l'hémiplégie ; dans l'hémiplégie les muscles sont d'autant plus affectés qu'ils jouissent à un plus haut degré de l'asynergie fonctionnelle ; par conséquent l'orbiculaire des paupières du côté paralysé, considéré comme muscle à mouvement synergique et parésié, considéré au contraire comme muscle à mouvement dissocié, il est paralysé ».

M. Mirallié conclut de ses travaux sur la question : « dans toute hémiplégie d'origine cérébrale, la paralysie du facial supérieur est de règle toutes les fois que le facial inférieur est lui-même paralysé ».

La paralysie de la langue est signalée depuis fort longtemps dans les livres et tous les auteurs que nous avons consultés parlent de la déviation du côté paralysé de la langue tirée au dehors ; Minor en 1900 a publié un cas d'hémispasme glossolabial survenant comme phénomène de contracture tardive ; la langue était déviée du côté sain.

Ces faits sont exceptionnels, la contracture épargnant en général la langue, le pharynx, les muscles masticauteurs, les muscles du tronc.

Garel, Jor, Déjerine, Grasset ont publié des observations de paralysie laryngée consécutive à une lésion cérébrale unilatérale. Ces faits ne concordent d'ailleurs pas avec les données anatomiques et physiologiques ; MM. Pierre Marie et André Léri écrivent : « Malgré quelques divergences il semble actuellement prouvé par l'expérimentation que le centre cortical du larynx a pour action de produire l'adduction des cordes vocales, que son excitation unilatérale produit un effet bilatéral et que sa destruction d'un seul

côté, n'est suivie d'aucun effet » puis « l'action du centre cortical de chaque côté s'exerce à la fois sur les deux moitiés du larynx et une lésion unilatérale ne détermine pas de paralysie laryngée.

Mirallié et Gendron en 1906, ont attiré l'attention sur la parésie des muscles masticateurs. Cette parésie est facile à constater : pour les masséters et les temporaux, il suffit de faire serrer les mâchoires au malade et de palper ; pour les pterygoidiens externes, on peut user de l'artifice suivant : on sait que le pterygoidien externe d'un côté, se contractant seul, provoque un mouvement de latéralité de la mâchoire du côté opposé ; on peut en mesurer très simplement l'amplitude chez les sujets ayant des dents en comptant de combien de dents la rainure qui sépare les deux incisives médianes intérieures s'est écartée de la rainure qui sépare les deux incisives supérieures ; or on peut constater ainsi chez les hémiplegiques que le pterygoidien du côté hémiplegié se contracte moins que celui du côté sain.

Féré, Pugliese et Milla, Nothnagel, Wernicke Egger ont montré que dans la respiration forcée, c'est-à-dire faisant appel à la volonté, le champ d'excursion de l'hémithorax du côté paralysé est beaucoup moins étendu que celui du côté paralysé. Egger a constaté le phénomène inverse, chez un hémiplegique avec contracture.

Boeri et Simonelli ont montré que, même dans la respiration normale, c'est-à-dire automatique, il y a presque toujours diminution du champ d'excursion du côté hémiplegié.

Féré donne comme diminué dans le côté paralysé le phénomène de Litten.

Béevor a noté parfois dans l'hémiplégie, la diminution de la force des muscles du tronc dans les mouvements unilatéraux, du côté paralysé.

M. Babinski a signalé la contraction plus énergique du muscle peucier du cou du côté sain quand il entre en jeu ; ce qu'on obtient facilement en faisant ouvrir la bouche au malade, en lui ordonnant de fléchir la tête et de résister au mouvement d'extension qu'on cherche à lui imprimer.

M. Sicard a constaté la parésie des muscles abdominaux du côté hémiplégié en usant de certains artifices ; c'est ainsi qu'en ordonnant au malade de rentrer le ventre il arrive parfois que le périmètre de la moitié de l'abdomen du côté hémiplégié est plus grand que celui du côté sain. On peut voir aussi l'ombilic se déplacer du côté sain.

Enfin les hémiplégies avec paralysie faciale accompagnée de ptosis ne sont pas rares ; Prévost, Chouffé, Pitres, Coingt, Blanc, Houteix de la Brousse en ont publié des exemples remarquables ; ce ptosis s'explique facilement si on admet la lésion du moteur oculaire commun. D'ailleurs Mirallié et Desclaux, qui ont étudié soigneusement la motilité oculaire chez les hémiplégiques, ont montré que les muscles des yeux sont loin d'être indemnes comme on le pensait et sont arrivés aux intéressantes conclusions suivantes :

« Dans l'hémiplégie organique de l'adulte, la puissance musculaire absolue de chacun des muscles oculaires est



diminuée des deux côtés, mais surtout du côté hémiplé-
gique ; du côté hémiplégique le droit interne et le droit
externe tendent à perdre leur prédominance sur le droit
supérieur et inférieur ou la perdent complètement et de-
viennent égaux aux autres muscles.

La paralysie des muscles oculo-moteurs semble être au
prorata de celle du facial supérieur ».

Wilson a confirmé les conclusions de Mirallié et Des-
claux en y apportant certaines réserves. Chaillous a con-
firmé entièrement leur opinion.

ETUDE CLINIQUE

Symptomatologie

Nous ne pouvons faire mieux pour décrire le symptôme qui fait l'objet de nos recherches, que de nous reporter à la communication dont nous avons parlé au début.

« Si à un individu normal on fait ouvrir largement la bouche la langue présente dans son ensemble une surface parfaitement régulière, le plus généralement convexe et symétrique, parfois on note une légère dépression, exactement sur la ligne médiane.

Demandons à cet individu normal, de prononcer la syllabe ââ, en tenant le son, on voit alors les deux moitiés de la langue se contracter également, s'appliquer sur le plancher buccal, mais la surface de la langue conserve sa direction généralement régulière, sa convexité s'atténue, mais la symétrie reste parfaite ».

Ajoutons que la dépression médiane qui existe au repos chez certains sujets, s'accroît lors de la contraction de la langue dans l'émission du son ââ. En résumé ce qui caractérise la langue saine, c'est la parfaite symétrie dans la contraction.

Il n'en est plus de même chez les hémiplegiques ; chez ces derniers on trouve assez souvent des troubles dans la motilité de l'hémilangue du côté paralysé.

« Tantôt la paralysie de la langue est très légère et il faut regarder de très près pour voir une différence. Les deux moitiés de la langue semblent au premier abord se contracter également, mais si on observe avec plus de soin, on constate du côté sain près de la ligne médiane surtout, sous forme d'un sillon antéro-postérieur, une contraction plus nette et plus accentuée du muscle ».

Nous avons observé plusieurs fois, cette modalité du phénomène ; ce sillon antéro-postérieur qu'on peut comparer à une gouttière peu profonde, sépare en quelque sorte la langue en deux moitiés d'inégale largeur, il semble que la dépression médiane qu'on observe parfois chez l'individu sain, s'est déplacée vers le côté sain.

« Si la paralysie est plus accentuée, la surface de la langue au lieu de présenter dans son ensemble une surface régulière, symétrique, légèrement convexe ou plane au moment de la contraction, se montre oblique, descendant vers le côté sain, en S couché très allongé, la convexité correspondant à la moitié de la langue du côté hémiplegié, la partie concave à l'hémilangue du côté sain, en somme il existe par cette manœuvre une obliquité ou une différence de niveau entre les deux moitiés de la langue. Enfin la paralysie de l'hémilangue peut être complète ; aucune contraction n'est visible du côté hémiplegique, tandis que du côté opposé la langue s'accole au plancher buccal et la différence de niveau entre les 2 moitiés de la langue est très accentuée, fortement convexe

du côté hémiplegique, aplatie ou concave du côté sain.

Nous n'avons pour notre part pas observé d'immobilité absolument complète de l'hémilangue du côté hémiplegié ; par contre nous avons souvent noté le deuxième degré de la paralysie, le côté paralysé se contractant peu ou très peu et restant convexe, le côté sain se contractant plus que l'autre et restant convexe, ou s'affaissant, ou même devenant légèrement concave.

En résumé en supposant que nous pratiquions une coupe transversale de la langue au moment de l'émission du son ââ nous trouverions un bord supérieur ayant la forme suivante.

1° Chez l'individu soit une ligne convexe, parfois interrompue par une légère dépression médiane.

2° Chez un individu présentant un léger degré de parésie d'un côté, une ligne convexe, interrompue par une dépression à droite ou à gauche de la ligne médiane.

3° Chez un individu présentant une paralysie plus marquée, suivant les cas : une ligne convexe présentant son point culminant du côté hémiplegié ou une ligne présentant, séparées par une dépression médiane, deux convexités, dont l'une, celle du côté hémiplegié, est plus haute que l'autre ou encore une ligne affectant la forme d'un S couché dont la branche correspondant à la partie saine est plate ou plus ou moins concave.

Fréquence

Certes ce signe de l'hémicontraction, ou plutôt de l'inégalité de contraction de la langue dans l'émission du son

ââ, n'est pas constant ; nous l'avons trouvé 14 fois, à des degrés divers sur 32 malades que nous avons examinés.

Faut-il en conclure qu'il n'a aucune valeur, nous ne le croyons pas ; les signes de paralysie du facial supérieur eux non plus ne sont pas constants et personne ne nie leur importance ; il nous semble que si ce signe n'est pas fréquent à un point de vue absolu, il doit l'être si on s'adresse à une catégorie de malades. Nous ferons remarquer en effet que :

1° Le plus grand nombre des malades, dont la contraction des deux moitiés de la langue dans l'émission du son ââ est égale des deux côtés sont des sujets dont le début de l'affection remonte à plusieurs années. 10 présentent entre le jour où ils furent frappés et le jour où ils furent examinés un écart allant de deux ans environ à huit ans (Observations V, VI, VII, VIII, XV, XIX, XXV, XXVIII, XXIX).

3 sont atteints d'hémiplégie cérébrale infantile (XVI, XXI, XXX).

1 est atteinte de déplégie cérébrale infantile à prédominance gauche.

4 sujets n'ayant pas le signe de la langue, sont récents il est vrai, leur affection date respectivement de 1 mois, 4 mois, 6 mois, 9 mois (X, III, XXIV, XXV). Mais en relisant leurs observations, nous remarquons qu'ils sont peu touchés dans l'ensemble et surtout qu'ils présentent des signes atténués de paralysie du facial inférieur et surtout du facial supérieur : III, X, XXIV présentent quelques signes de paralysie du facial inférieur et pas du tout du facial supé-

rieur, XXII ne présente aucun signe de paralysie faciale ; si nous nous reportons d'autre part aux observations des 14 malades dont nous avons parlé en premier lieu, nous remarquons qu'eux aussi sont dans l'ensemble, peu touchés et présentent peu ou pas de signe de paralysie du facial inférieur et surtout du facial supérieur.

Le phénomène de l'hémicontraction linguale serait donc plus fréquent au début de l'affection, existerait surtout chez les malades très touchés par la paralysie, et particulièrement chez ceux présentant des signes de paralysie faciale ?

Continuons nos investigations et examinons maintenant les observations des sujets chez lesquels nous avons observé le phénomène.

5 sont au premier degré ; 3 ont été vus longtemps après le début de leur affection (XX, XXIII, XXVI), mais 2 n'ont qu'une ébauche du signe (XXIII, XXVI), 2 sont récents (6 mois). Tous les 5 présentent des signes de paralysie faciale peu marqués, sauf peut-être XI.

5 hémiplésiques présentent nettement le phénomène que nous avons décrit ; ils ont été examinés. 3 relativement récemment après le début de leur affection ; l'un (XII) 7 mois après, le deuxième (XIII) 9 mois après, le troisième (XIV) 10 mois après ; 2 autres (II et IV) assez tard (respectivement 3 ans et demi et 20 mois) mais tous les 5 présentent des signes nets de paralysie du facial inférieur et surtout du facial supérieur, sauf peut-être le malade II. 4 malades présentent très nettement le signe de l'inégalité de contraction des deux hémilangues, 3 ont été examinés peu après le début de l'hémiplégie : XXVII

frappé en janvier 1923 a été examiné en 1923, il est intéressant ; la paralysie des membres a régressé rapidement ; on lui trouve des signes atténués de paralysie du facial inférieur, mais des signes très nets de paralysie du facial supérieur : queue du sourcil abaissée, courbure redressée ; rides du front à la fois abaissées, effacées, moins nombreuses, presque rectilignes du côté paralysé ; il présente une très grande inégalité de contraction des deux hémilangues dans l'émission du son ââ, la moitié gauche de la langue se contractant très peu et gardant sa forme convexe, la moitié droite au contraire se contractant d'une façon marquée.

I frappé en septembre 1919 présentait le signe de l'hémiaplatissement en février 1910. XXXII frappée en mars 1923 a été examinée quelques jours après.

Un malade (IX) présentait d'une façon très marquée le symptôme de la langue, 2 ans après le début de son affection ; il restait peu touché au membre, mais le facial supérieur présentait des signes très nets de paralysie.

Il semble donc que le signe s'observe au début de l'hémiplégie et s'atténue avec le temps et qu'il est surtout en rapport avec la paralysie faciale et particulièrement avec la paralysie du facial supérieur.

Nous n'avons pas constaté qu'il y eût une relation bien nette entre le degré de paralysie des membres et le phénomène de la langue.

Enfin nous croyons pouvoir dire, pour répondre à la question que nous posons au début de ce petit chapitre sur la fréquence de phénomène, que ce phénomène est fréquent chez les malades examinés au début et ayant des signes nets de la paralysie faciale.

Evolution

Il ressort des observations que nous avons étudiées que ce signe de l'hémicontraction linguale n'est pas persistant ; il s'atténue lorsque l'hémiplégie s'améliore, son degré d'atténuation semble en rapport avec l'atténuation des signes de paralysie du facial supérieur, il disparaît complètement lorsque disparaît la paralysie faciale.

En effet : 1° Nous avons vu que les malades chez lesquels il s'est montré absent, sont pour le plus grand nombre des hémiplégiques de longue date.

2° Parmi ces malades les uns ne présentent plus aucun symptôme de paralysie faciale, les autres présentent encore des symptômes de paralysie du facial inférieur, mais excessivement peu ou pas de signes de paralysie du facial supérieur.

3° Nous avons eu la bonne fortune de revoir des malades examinés antérieurement et nous avons pu constater chez eux, la disparition des signes de paralysie faciale.

La malade qui fait l'objet de l'observation I, vue 5 mois après le début de l'hémiplégie, présentait des signes de paralysie faciale et une inégalité de contraction de la langue ; 2 mois après elle ne présentait plus aucun signe ni de paralysie faciale, ni de paralysie linguale ; cependant quand elle émettait le son *ââ*, la moitié droite de la langue esquissait d'abord un mouvement de contraction, plus tard se produisait un mouvement de contraction plus nette, si bien que les 2 moitiés de la langue se contrac-

taient au même degré, mais la contraction de l'hémilangue droite se faisait en quelque sorte en 2 temps.

Le malade de l'observation IV frappé en 1920, présentait encore en décembre 21 de signes de paralysie faciale et une contraction moins marquée de l'hémilangue du côté paralysé dans l'émission du son *ââ*.

En avril 1923 nous ne trouvons rien ni à la face, ni à la langue, de même le malade de l'observation XIII présentait en juillet 1922 des symptômes nets de paralysie faciale et linguale, en avril 1923 rien d'anormal du côté de la face et de la langue.

PATHOGÉNIE

Nous avons vu que pour la plupart des neurologistes, l'intégrité relative de certains muscles dans l'hémiplégie s'expliquerait par ce fait que dans l'hémiplégie les muscles sont d'autant plus affectés qu'ils sont fonctionnellement plus asynergiques et ils admettent que les muscles asynergiques possèdent une innervation bilatérale. Pugliese, avons-nous vu, va plus loin, il admet qu'un même muscle (l'orbiculaire des paupières par exemple) est parésié quand on le considère comme un muscle synergique, paralysé quand on le considère comme un muscle à mouvement dissocié.

Il y aurait même, pour Grasset, une action motrice bilatérale de chaque hémisphère pour les mouvements bilatéraux des membres simultanés et synergiques.

En ce qui concerne le facial : pour Vulpian les fibres de l'orbiculaire ne sont pas entrecroisées, elles sont directes.

Pour Larcher l'orbiculaire ne serait pas innervé par le facial seulement, mais encore par le grand sympathique.

Pour M. Pierre Marie « la véritable raison de cette dif-

férence (entre l'atteinte du facial supérieur et celle du facial inférieur) c'est que l'innervation volontaire, qu'elle se confonde ou non avec l'innervation pyramidale, est notablement moins développée pour l'orbiculaire des paupières et le muscle frontal que pour l'orbiculaire des lèvres et les autres muscles péri-buccaux ; d'où il suit que, lorsqu'une lésion cérébrale vient détruire les fibres du faisceau volontaire, les troubles paralytiques sont plus marqués sur les muscles à innervation volontaire copieuse que sur ceux à innervation volontaire rudimentaire ».

Grasset admet avec Landouzy l'existence d'un centre du facial inférieur dans la région rolandique, d'un centre du facial supérieur dans la région pariétale rétro-rolandique vers le pli courbe.

Il admet même avec Joanny Roux que le facial supérieur a un double centre d'innervation. Un centre postérieur rétro-rolandique et un centre antérieur dans le voisinage de celui du facial inférieur.

En appliquant ces données à la langue, nous expliquons un certain nombre de faits que nous avons observés :

L'hémicontraction de la langue dans l'émission du son *ââ* est un phénomène inconstant et en effet l'aplatissement de la langue sur le plancher de la bouche dans cette circonstance est un phénomène on ne peut plus synergique.

La déviation de la langue du côté paralysé, quand on la fait tirer au dehors est un phénomène fréquent, plus fréquent que le phénomène précédent ; la raison en est, nous semble-t-il, dans ce fait que ce mouvement est moins synergique et, en effet, s'il est absolument impossible à

un individu sain d'aplatir la moitié de la langue sur le plancher de la bouche en émettant le son *ââ*, par contre il est parfaitement possible à un tel individu, de la projeter non pas seulement en avant mais aussi en avant et à droite, ou en avant et à gauche ; en d'autres termes il est possible à un sujet normal de contracter un *génio glosse* isolément.

Quant au point de vue anatomique, on comprend très bien que la langue soit paralysée dans l'hémiplégie et que cette paralysie soit en rapport avec celle du facial, puisque le centre de la langue est, on le sait, très voisin des centres du facial et se trouve à la partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante.

OBSERVATIONS

Obs. I. (Résumé). (Extraite de la communication du 4 novembre 1920 à la Société de Neurologie de Paris). Au mois de septembre 1919. Madame X, âgée de 42 ans, était frappée brusquement d'hémiplégie droite avec aphasie motrice. Examinée le lendemain, la paralysie des membres était complète et absolue ; les réflexes tendineux (rotuliens, achilléens, radial, cubito-pronateur) très exagérés, le phénomène du pied et de la rotule positifs ; signes de Babinski, d'Oppenheim, de Strümpell.

Paralysie faciale droite très nette, intégrité relative du facial supérieur, aphasie motrice complète, agraphie complète, cécité verbale ; très rapidement la situation s'améliore, le mouvement revient progressivement dans le membre inférieur, le membre supérieur esquisse quelques mouvements de totalité ; la parole revient, le malade répond oui, non, mais agraphie et cécité verbales totales. Fin février 1920. Madame X. se plaint d'angine. Examinée, la bouche ouverte, émettant et tenant le son *ââ* :

La moitié droite de la langue (côté hémiplégié). Ne se contracte pas, reste absolument immobile, légèrement convexe ; par contre la moitié gauche (côté sain) se contracte énergiquement et s'aplatit contre le plancher buccal.

La langue présente alors un aspect caractéristique en es-

calier, la moitié gauche aplatie, sur un niveau nettement au dessous de la moitié droite bombée et convexe.

C'est nettement sur la ligne médiane que se fait la séparation ; quand le malade cesse de maintenir le son *ââ*, la moitié gauche de la langue se relève sur le plan de la moitié droite et la langue dans son ensemble soit une courbe convexe parfaitement régulière.

Par contre la malade tire facilement la langue hors de la bouche légèrement dévié vers le côté droit ; elle relève la pointe, la porte à droite, plus difficilement à gauche.

Depuis cette époque l'hémiplégie droite est allée sans cesse en s'améliorant et actuellement (avril 1920) a presque complètement disparu, la paralysie faciale a complètement disparu, l'aphasie a aussi complètement disparu.

En même temps que l'hémiplégie se modifiait, la paralysie linguale droite disparaissait. Quand la malade émet le son *ââ*, on voit la moitié de la langue d'abord esquisser un mouvement de contraction ; puis plus tard, se produit une contraction plus nette, si bien qu'actuellement après un instant, les deux moitiés de la langue se contractent au même degré et qu'il est impossible de noter une différence entre les deux côtés ; mais la contraction de l'hémilingue droite se fait en quelque sorte en 2 temps.

Obs. II. — Hémiplégie droite et aphasie. Signes de paralysie du facial supérieur et inférieur. Déviation de la langue du côté paralysé. Inégalité de contraction des deux hémilingues, dans l'émission de la syllabe *ââ*.

Novembre 1921. Ch..., 47 ans, fut frappée en janvier 1918, d'hémiplégie droite et d'aphasie. La malade marche s'appuyant sur un fauteuil, le membre inférieur droit fauche le membre supérieur contracturé est collé au tronc en flexion. Réflexes tendineux forts et vifs à droite. Asymétrie faciale. Commissure labiale droite abaissée, bouche tirée vers la gauche. Déformation oblique ovalaire à grosse extrémité

gauche de la bouche ouverte. Effacement et abaissement du pli nasogénien droit.

Abaissement de la queue du sourcil droit. Encoche palpébrale à droite.

Quand la malade tire la langue, celle-ci se porte vers la droite. Dans l'émission du son *ââ*, la moitié droite de la langue se contracte moins que la gauche.

Obs. III. — Hémiplegie droite. Facial peu touché. Pas de paralysie linguale.

Décembre 1920. Le J... François, 68 ans. Frappé en août 1920. Régression rapide des phénomènes. Actuellement le malade marche en trainant la jambe droite et en s'aidant d'une canne ; au membre supérieur les mouvements des doigts et du poignet sont limités.

Peu de signes de paralysie du facial inférieur. Rien du côté du facial supérieur, rien du côté de la langue.

Obs. IV. — Hémiplegie droite. Paralysie du facial supérieur et du facial inférieur. Déviation de la langue. Inégalité de contraction de la langue dans l'émission de la syllabe *ââ*.

Régression de la paralysie faciale et de la paralysie linguale.

Décembre 1921. C... Jean. Hémiplegie droite en avril 1920. Le membre inférieur est très peu frappé. Au membre supérieur les mouvements sont conservés.

Commissure labiale gauche plus élevée. Pli nasogénien droit effacé et abaissé. Déformation oblique ovalaire à grosse extrémité gauche de la bouche ouverte.

Abaissement de la queue du sourcil droit. La fente palpébrale droite est moins ouverte. Le malade ne peut fermer l'œil droit sans le gauche, mais peut fermer l'œil gauche sans l'œil droit.

Langue déviée à droite dans la projection en dehors.

Contraction moins marquée de la moitié droite de la langue dans l'émission du son *ââ*.

4 avril 1923. Le malade ne présente plus de paralysie du facial, ni de la langue.

Obs. V. — Hémiplégie droite. Paralysie atténuée du facial. Contraction égale des deux moitiés de la langue dans l'émission du son *ââ*.

26 octobre 1922. G..., 66 ans, frappée en 1920.

Au membre supérieur, la force est un peu moindre du côté droit.

Au membre inférieur, la motilité est normale : Les réflexes tendineux sont exagérés du côté droit.

Commisure labiale un peu abaissée à droite, pli nasogénien moins marqué à droite. Léger abaissement de la queue du sourcil droit. Langue un peu déviée à droite.

Contraction égale des deux hémilangues dans l'émission de la syllabe *ââ*.

Obs. VI. — Hémiplégie gauche. Paralysie du facial inférieur. Paralysie peu marquée du facial supérieur.

Mais pas d'inégalité de contraction des deux moitiés de la langue dans émission du son *ââ*.

Janvier 1922. P... Hémiplégie gauche en 1914.

La malade marche sans s'aider d'un bâton. Le membre supérieur gauche reste plus frappé.

Un peu d'asymétrie faciale. Abaissement de la commissure labiale gauche. Effacement et abaissement du pli nasogénien gauche.

Léger abaissement de la queue du sourcil gauche. Fente palpébrale un peu moins ouverte à gauche. On observe le signe de Legendre.

Langue un peu déviée à gauche.

Contraction égale des deux moitiés de la langue, dans l'émission du son *ââ*.

Obs. VII. — Hémiplégie droite. Paralysie légère du facial inférieur. Pas de signes de paralysie de la langue.

Mars 1922. G... François, 72 ans. Hémiplégie droite en 1919. Réflexe rotulien exagéré, signe de Babinski à droite. Membre supérieur légèrement contracturé, mouvements lents sans force. Le facial inférieur est un peu touché : abaissement de la commissure labiale droite.

Effacement et abaissement du pli nasogénien droit.

Rien du côté du facial supérieur, rien du côté de la langue.

Obs. VIII. — Hémiplégie gauche. Déviation de la langue du côté gauche.

Mars 1922. M... Adèle, 62 ans. Hémiplégie gauche avec mouvements choréothétosiques en 1915. Démarche à peu près normale. Motilité du membre supérieur encore limitée.

L'examen de la face est difficile à cause d'une cicatrice située à la partie inférieure droite de la face, résultant d'une opération pour nécrose du maxillaire.

Pas de signe de paralysie du facial supérieur.

Déviation de la langue du côté gauche dans l'action de tirer la langue. Contraction égale des deux moitiés dans l'émission du son ââ.

Obs. IX. — Hémiplégie droite. Paralysie du facial inférieur, paralysie du facial supérieur. Inégalité très nette de contraction des deux moitiés de la langue dans l'émission du son ââ. Signes de parésie des muscles thoraciques et abdominaux.

8 mai 1912. R... Louis. Hémiplégie en juillet 1920. Motilité bonne aux membres droits, force diminuée. Réflexes tendineux exagérés. Abaissement de la commissure labiale droite attirée vers la gauche. Effacement des rides au niveau de la joue droite. Pli nasogénien droit plus marqué.

Le malade peut siffler, gonfler les joues. Abaissement de la queue du sourcil droit. Les rides du front sont moins profondes, moins nombreuses à droite. Le bord libre de la paupière droite présente l'encoche décrite par Attimont.

Le malade peut fermer simultanément les deux yeux, il peut fermer isolément l'œil gauche, mais pas l'œil droit.

La langue se dévie à droite, lorsque le malade la tire en avant ; dans l'émission du son *ââ*, elle se contracte à gauche, mais très peu à droite.

Le périmètre de l'hémithorax droit présente un écart égal à 1 centimètre entre l'inspiration et l'expiration forcées.

Le périmètre de l'hémithorax gauche présente un écart de 3 centimètres. Il y a donc une différence dans le champ d'excursion des deux hémithorax.

L'ombilic se dévie du côté sain quand le malade serre le ventre.

Obs. X. — Hémiplegie gauche. Paralyse du facial inférieur. Déviation de la langue dans la projection en avant.

Juin 1922. — V... Hémiplegie gauche en mai 1922.

Malade peu frappé. Les mouvements sont conservés, mais incomplets aux membres gauches, réflexes tendineux exagérés à gauche.

Facial inférieur un peu touché : commissure labiale gauche abaissée.

Pli nasogénien plus marqué à droite. Déviation oblique ovulaire à grosse extrémité droite de la bouche ouverte.

Pas de signes de paralysie du facial supérieur.

Langue légèrement déviée à droite dans l'acte de tirer la langue.

Obs. XI. — Hémiplegie droite. Paralyse du facial supérieur et du facial inférieur. Légère inégalité de contraction des deux hémilangues dans l'émission du son *ââ*.

Juin 1922. M... Henriette, Hémiplegie droite en janvier 1922.

Malade peu frappée quant aux membres.

Les rides de la joue droite sont moins marquées.

La commissure labiale droite est abaissée,

Le sourcil droit présente un champ d'excursion moins étendu que le sourcil gauche. La paupière droite est un peu abaissée.

Dans l'émission du son *ââ*, on constate un léger sillon antéro-postérieur un peu à gauche de la ligne médiane.

Obs. XII. — Hémiplegie gauche. Paralyse du facial supérieur et du facial inférieur. Déviation à gauche de la langue dans la projection en avant. Légère inégalité de contraction des deux hémilangues dans l'émission du son *ââ*.

8 juillet 1922. M..., 83 ans. Hémiplegie gauche en décembre 1921. Malade assez touché dans l'ensemble. Membre supérieur gauche contracturé, collé au tronc, l'avant-bras fléchi sur le bras ; le malade marche, signe de Babinski.

Rides plus marquées à la joue droite. Pli nasogénien abaissé et effacé. Déviation oblique ovalaire à grosse extrémité droite de la bouche ouverte. Le malade siffle très difficilement ; quand on le fait parler, ce sont surtout les moitiés droites des deux lèvres qui remuent.

La queue du sourcil gauche est abaissée, la fente palpébrale plus ouverte à droite. Le malade peut fermer simultanément les deux yeux, il peut fermer isolément l'œil droit, mais pas l'œil gauche.

Dans la projection en avant la langue se dévie vers la droite. La partie gauche de la langue se contracte un peu moins que la droite.

Obs. XIII. — Hémiplegie gauche. Paralyse du facial inférieur, paralyse du facial supérieur. Déviation de langue du côté malade, dans la projection en avant. Inégalité de contraction des deux hémilangues dans l'émission du son *ââ*.

Régression de la paralysie faciale et de la paralysie linguale.

9 juillet 1922. H., Louis, 67 ans. Hémiplégie gauche. Le malade peut marcher en s'aidant d'une chaise. Le bras droit est complètement paralysé.

Abaisssement de la commissure labiale gauche. La bouche est attirée vers la droite. Les rides sont moins marquées sur la joue gauche, le pli nasogénien est abaissé et effacé.

Quand le malade ouvre la bouche, celle-ci présente la forme d'un ovale dont le grand axe s'incline de droite à gauche et dont la grosse extrémité est située à droite.

Le malade peut gonfler les joues.

La queue du sourcil gauche est abaissée, la courbure un peu redressée. Les rides du front sont moins marquées à gauche, moins nombreuses, elles sont un peu abaissées, redressées dans leur courbure. La tonicité de l'orbiculaire gauche semble moins grande que celle de l'orbiculaire droit.

Le malade peut fermer isolément l'œil droit, mais pas le gauche ; dans la projection en avant, la langue est déviée à gauche. Dans l'émission du son *ââ*, elle se contracte plus à droite qu'à gauche, nettement.

6 avril 1923. Nous revoyons le malade : nous ne trouvons aucun signe de paralysie faciale, aucun signe de paralysie de la langue.

Obs. XIV. — Hémiplégie gauche. Paralysie du facial supérieur et du facial inférieur. Légère déviation à droite de la langue dans la projection en avant. Inégalité de contraction des deux hémilangues dans l'émission du son *ââ*.

Octobre 1922. M., 53 ans. Hémiplégie gauche. La motilité est conservée aux membres gauches, mais diminuée en août 1921 incomplète, les reflexes tendineux sont exagérés à gauche.

Abaissement de la commissure labiale gauche. Les rides sont plus accentuées à droite, le pli nasogénien est moins marqué, abaissé à gauche. Déformation oblique ovalaire à grosse extrémité droite de la bouche ouverte.

Abaissement du sourcil gauche, les rides du front sont un peu moins marquées à gauche qu'à droite.

La fente palpébrale est moins ouverte à gauche.

Quand le malade ferme les yeux, le sourcil gauche s'abaisse moins que le sourcil droit.

Dans la projection en avant la langue est légèrement déviée à droite.

Dans l'émission du son *ââ*, le côté gauche de la langue se contracte moins que le côté droit ; le bord supérieur d'une coupe transversale de la langue présenterait la disposition suivante : convexe à gauche il s'abaisse à droite où il est sensiblement rectiligne.

Obs. XV. — Hémiplégie droite. Pas de paralysie faciale. Pas de signes de paralysie linguale.

15 novembre 1922. Le G... Yvonne, 63 ans. Hémiplégie du côté droit qui a débuté brusquement, pendant la nuit sans perte de connaissance en novembre 1920.

Actuellement : pas de paralysie faciale, pas de paralysie de la langue. Malade pas touchée quant aux membres.

Obs. XVI. — Hémiplégie cérébrale infantile droite. Asymétrie légère de la face due à une hémiatrophie droite atténuée.

Pas de signes de paralysie faciale. Pas de signe de paralysie de la langue.

3 avril 1923. H., Marie, 41 ans. Hémiplégie à l'âge de 18 mois.

Obs. XVII. — Diplopie cérébrale infantile prédominante à gauche. Signes de parésie faciale atténuée.

Pas de déviation de la langue projetée en avant. Pas d'inégalité de contraction des deux hémilangues dans l'émission de la syllabe *ââ*.

3 avril 1923. M... Joséphine, 48 ans. A l'âge de 8 jours, paralysie des 4 membres.

Actuellement au membre supérieur gauche l'opposition du pouce est impossible, les mouvements sont moins étendus qu'à droite, les réflexes tendineux sont exagérés.

Au membre inférieur, la motilité est normale des 2 côtés, le réflexe rotulien est exagéré des 2 côtés, polycinétique. Pas de Babinski. Le foie est asymétrique. Les traits sont moins accusés à gauche, la bouche présente une forme oblique ovalaire à grosse extrémité droite quand on la fait ouvrir.

Le malade ne peut ni souffler, ni siffler.

Le sourcil est un peu abaissé à gauche, les rides du front sont moins accentuées à gauche. La parole est difficile.

Rien d'anormal du côté de la langue.

Obs. XVIII. — Hémiplégie droite légère. Pas de signes nets de paralysie faciale. Langue un peu déviée à droite dans la projection en avant. Dans l'émission de son *ââ*, très légère inégalité de contraction de deux moitiés de la langue.

3 avril 1923. C..., Adèle 77 ans. Hémiplégie datant de 6 mois n'ayant jamais nécessité d'alitement. La malade marche en s'aidant d'une canne. Motilité relativement bonne du membre supérieur droit. Du côté de la face, rien.

La langue est un peu déviée à droite. Dans l'émission du son *ââ* les deux moitiés de la langue se contractent, mais on observe un léger sillon antéro-postérieur sur la moitié gauche de la langue.

Obs. XIX. — Hémiplégie droite légère. Paralysie faciale inférieure. Pas de signes de paralysie du facial supérieur. Déviation à droite de la langue projetée en avant.

4 avril 1923. R., Marie, 64 ans. Hémiplegie droite en 1920. Paralyse très accentuée des deux membres du côté droit.

Les rides sont moins marquées à droite. Le pli nasogénien droit est moins accentué, un peu abaissé. La bouche en s'ouvrant présente une forme oblique ovale à grosse extrémité gauche. La langue se dévie à droite quand on la fait tirer.

Obs. XX. — Hémiplegie gauche marquée. Paralyse du facial inférieur. Paralyse légère du facial supérieur. Légère inégalité de contraction de deux moitiés de la langue dans l'émission du son ââ.

5 avril 1923. J... Anne Marie, 50 ans. Hémiplegie gauche progressive ayant débuté en juillet 21. Les deux membres du côté gauche sont presque complètement paralysés en contracture. Un peu d'asymétrie faciale. La commissure labiale gauche est un peu abaissée ; le pli nasogénien gauche est un peu moins marqué. La bouche ouverte présente une légère déformation oblique ovale à grosse extrémité droite.

Le sourcil gauche est un peu abaissé ; quand on commande au malade de fermer les yeux, on relève plus facilement la paupière supérieure à gauche qu'à droite.

Dans l'émission du son ââ, la langue présente à droite de la ligne médiane un léger sillon antéropostérieur.

Obs. XXI. — Hémiplegie cérébrale infantile gauche. Pas de paralysie faciale. Pas de signes de paralysie de la langue.

3 avril 1923. P... Catherine, 73 ans. Hémiplegie cérébrale à l'âge de 11 ans.

Le membre supérieur gauche est complètement impotent, les doigts sont en flexion, le pouce dans la paume de la main, la main est en flexion sur l'avant-bras, l'avant-bras sur le bras.

La malade marche en boitant. Ses deux membres gauches sont atrophiés en longueur et en circonférence.

A la face : rien.

A la langue : rien.

Obs. XXII. — Hémiplégie gauche légère. Pas de paralysie faciale.

Contraction égale des deux moitiés de la langue dans l'émission du son *ââ*.

Légère déviation à gauche de la langue projetée en avant.

6 avril 1923. D..., Rosa 74 ans. Hémiplégie gauche en juillet 1922. Malade peu touchée. Marche en traînant légèrement la jambe gauche.

Les mouvements sont limités au membre supérieur.

Nous ne trouvons pas de signes de paralysie faciale.

La langue est déviée à gauche dans la projection en avant.

Obs. XXIII. — Hémiplégie droite. Paralysie du facial inférieur.

Pas de paralysie du facial supérieur. Langue légèrement déviée à droite dans la projection en avant. Très légère inégalité de contraction des deux hémilangues dans l'émission du son *ââ*.

6 avril 1923. Y... Joséphine, 73 ans. Hémiplégie droite en décembre 1921. La malade reste bien touchée. Le bras droit est complètement paralysé, l'avant-bras en flexion sur le bras. Les mouvements sont limités au membre inférieur. La commissure labiale droite est abaissée. La malade ne peut pas siffler. Quand elle ouvre la bouche, celle-ci présente une déformation oblique ovale à grosse extrémité gauche. Pas de signes de paralysie du facial supérieur.

Déviation à droite de la langue. Dans l'émission du son *ââ* les deux moitiés de la langue se contractent, mais on observe, à gauche, un léger sillon antéro-postérieur.

Obs. XXIV. — Hémiplégie droite. Paralyse faciale inférieure.

Légère déviation de langue à droite, dans la projection en avant.

6 avril 1923. B., Augustine 72 ans. Hémiplégie droite en novembre 1922. Paralyse assez accentuée au membre supérieur droit.

Abaissement de la commissure labiale droite. Rides un peu moins marquées à droite, pli nasogénien droit moins accusé.

La malade ne peut siffler.

Rien du côté facial supérieur. Déviation de la langue à droite.

Obs. XXV. — Hémiplégie droite. Pas de signe de paralysie faciale. Pas de signe de paralysie de la langue.

7 avril 1923. Le... Perrine, 70 ans. Hémiplégie progressive ayant débuté en 1914.

Obs. XXVI. — Hémiplégie gauche. Paralyse du facial inférieur. Paralyse du facial supérieur peu marquée. Légère inégalité de contraction des deux hémilangues dans l'émission du son aa.

7 avril 1923. P... Félix. Hémiplégie gauche légère, ayant débuté en 1919 sans ictus. Malade peu frappé quant aux membres. La commissure labiale droite est plus haute, attirée vers la droite. La joue gauche est affaissée. L'aile gauche du nez est affaissée. La pointe du nez est déviée vers la droite. Le pli nasogénien gauche est effacé. La bouche en s'ouvrant présente une déformation oblique ovale à grosse extrémité droite. Le malade ne peut pas siffler ; quand il parle, ce sont principalement les moitiés droites des deux lèvres qui remuent.

Le facial supérieur est un peu touché.

La queue du sourcil gauche est abaissée ; la paupière supérieure gauche présente un gros pli horizontal et la partie supérieure de la paupière retombe sur l'inférieure plus basse que du côté sain.

Quand le malade tient les yeux fermés, on relève plus facilement la paupière supérieure à gauche qu'à droite.

Dans l'émission du son *ââ*, les deux moitiés de la langue se contractent mais on observe à droite de la ligne médiane un sillon antéro-postérieur indiquant une contraction plus accentuée de l'hémilangue correspondante.

Pas de déviation de la langue dans la projection en avant.

Obs. XXVII. — Hémiplegie gauche. Paralyse du facial supérieur ; paralysie du facial inférieur. Très nette inégalité de contraction des deux hémilangues dans l'émission du son *ââ*.

8 avril 1923. R... 52 ans. Le 17 janvier 1923, s'est réveillé complètement paralysé du côté gauche. Depuis son état s'est amélioré. Marche en s'aidant d'une canne. Au membre supérieur, la motilité est bonne quoique incomplète.

On trouve des signes plus accentués de paralysie du facial inférieur. La bouche en s'ouvrant présente une déformation oblique ovale à grosse extrémité droite ; le malade peut siffler mais avec la moitié droite de la bouche.

La queue du sourcil gauche est abaissée, la courbure est redressée.

Les rides du front sont abaissées, moins profondes, leur courbure est redressée, à gauche.

Quand on fait prononcer au malade le son *ââ*, la moitié gauche de la langue se contracte très peu et garde sa forme convexe, la moitié droite au contraire se contracte nettement, devient légèrement concave, la séparation entre les deux parties inégalement contractées se fait exactement sur la ligne médiane et la langue affecte dans son ensemble la forme du S couché.

Obs. XXVIII. — Hémiplégie gauche légère. Pas de signe de paralysie faciale. Pas de signe de paralysie linguale.

8 avril 1923. R..., 70 ans. Hémiplégie gauche très peu marquée ayant débuté en novembre 1921.

Obs. XXIX. — Hémiplégie gauche. Paralysie du facial inférieur. Pas de paralysie du facial supérieur. Pas de paralysie de la langue.

9 avril 1923. C..., 61 ans. Hémiplégie ayant débuté en 1919. Très amélioré depuis.

La commissure labiale gauche est un peu abaissée, la joue gauche un peu affaissée, l'aile gauche du nez est affaissée, le pli nasogénien moins marqué, plus rapproché de la verticale.

Les mouvements accentuent l'asymétrie faciale, le malade ne peut siffler.

Le sourcil gauche est légèrement abaissé.

Dans l'émission du son ââ, contraction égale des deux moitiés de la langue.

Obs. XXX. — Hémiplégie cérébrale infantile. Pas de paralysie faciale. Pas de paralysie de la langue.

9 avril 1923. J..., Jean Louis. 56 ans. Hémiplégie cérébrale infantile droite. Membres droits atrophiés mais relativement vigoureux.

Rien à la face. Rien du côté de la langue.

Obs. XXXI. — Hémiplégie gauche. Paralysie peu marquée du facial inférieur. Pas de signe de paralysie de la langue.

9 avril 1923. A..., Julien, 52 ans. Hémiplégie datant de novembre 1919. Motilité bonne du côté gauche. Réflexes tendineux exagérés.

La bouche en s'ouvrant présente une légère déformation oblique ovulaire à grosse extrémité droite.

Obs. XXXII. — Hémiplégie gauche. Paralyse du facial inférieur et du facial supérieur.

Déviation de la langue. Très nette inégalité de contraction des deux moitiés de langue.

9 avril 1923. Marie L., 72 ans Frappée le 28 mars, d'hémiplégie gauche très marquée avec dysarthrie accentuée.

La commissure des lèvres est abaissée à gauche, la bouche est tirée vers la droite. La joue gauche est affaissée, le pli nasogénien est moins marqué à gauche. Le malade ne peut pas siffler.

La queue du sourcil gauche est abaissée, la courbure en est redressée ; les rides du front sont moins accentuées à gauche.

Quand la malade a les yeux fermés, on relève plus facilement la paupière supérieure du côté gauche.

La langue est légèrement déviée à gauche.

Dans l'émission du son *ââ* elle se contracte nettement plus à droite.





CONCLUSIONS

1° Chez les hémiplégiques d'origine cérébrale se produit assez fréquemment, pendant l'émission de la syllabe ââ, un phénomène particulier qu'on peut décrire de la façon suivante : l'hémilangue du côté sain se contracte et s'aplatit sur le plancher de la bouche, alors que l'hémilangue du côté hémiplégié se contractant moins, ou même pas du tout, reste à un niveau plus élevé.

2° On observe ce phénomène beaucoup plus souvent au début de l'affection.

3° Il s'atténue avec le temps, à mesure que l'hémiplegie s'améliore ;

4° Mais son existence est surtout en rapport avec la paralysie faciale, il disparaît avec elle.

5° Il semble que son degré soit particulièrement en rapport avec le degré de paralysie du facial supérieur.

Vu : le Doyen,
H. ROGER.

Vu : le Président,
CH. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL.



BIBLIOGRAPHIE

Du symptôme qui fait l'objet de cette thèse :

MIRALLIÉ. — Société de Neurologie de Paris. Séance du 4 nov. 1920, « Contribution de l'Etude de la Paralyse linguale au cours des lésions du faisceau Pyramidal ». *Revue Neurol.* 1920.

— *Gazette Médicale de Nantes* (5 mars 1923).

Puis :

SOUQUES. — *Traité de Médecine de Bouchard et Charcot* (Article : Hémorragie cérébrale).

THOINOT. — *Manuel de Médecine de Debove et Achard*. t. III, Art. Hémorragie cérébrale.

PIERRE MARIE et ANDRÉ LÉRI : *Nouveau Traité de Médecine et Th. Brouardel et Gilbert*, T. XXI, art. Hémiplégie.

DÉJERINE. — Séméiologie des affections du système nerveux (Hémiplégie).

GRASSET. — Physiopathologie clinique des centres nerveux. (Hémiplégie).

LEGENDRE. — Recherches anatomo-patho. et clin. sur quelques maladies de l'enfance, Paris, 1846.

SIMONEAU. — *Thèse de Paris*, 1877.

COHINGT. — *Thèse de Paris*, 1878.

HALLOPEAU. — *R. de Médecine*, 1879, p. 939.

FOUCHER. — *Thèse de Paris*, 1886-87.

REVILLIOD. — *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1889, p. 363.
FÉRÉ. — *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, mai-juin 1898.

PUGLIESE et MILLA. — Sulla partecipazione del nervo faciale superiore nella émiplégia.

PUGLIESE et MILLA. — *Revista di pathologia nervosa e mentale*, février 1898, p. 89.

MIRALLIÉ. — *Arch. Neurol*, n° 37, 1899.

— *Presse Médicale*, 2^e v. 1899, p. 85.

DELIGNÉ. — *Thèse de Paris*, 1899.

BOERI et SIMONELLI. — Sur les troubles de la respiration chez les hémiplegiques. (*Gazetta degli ospédali*, 1900, p. 1269).

BEEVOR. — *British medical Journal*, 10 avril 1909.

SIMERKA. — Sur le degré de fréquence des paralysies laryngées chez les hémiplegiques (*R. Neurol.*, 1896, p. 324).

MIRALLIÉ et GENDRON. — *Etat des muscles masticateurs dans l'hémiplegie*, 1906, p. 1145).

MIRALLIÉ et DESCLAUX. — Société de Neurologie, 4 juin 1903, *Revue N.* 1903, p. 649.

DESCLAUX. — *Thèse de Paris*, 1903.

MIRALLIÉ. — Société de Neurol, 3 mars 1904, *Revue N.* 1904, p. 331.

WILSON. — *Soc. Neurologie*, 7 juin 1904, *R. N.* 1904, p. 99.

CHAILLOUS. — *Annales d'oculistique*, octobre 1906.



957

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
Introduction	7
Historique	9
Etude clinique	15
Symptomatologie.....	15
Fréquence.....	17
Evolution.....	21
Pathogénie	23
Observations.....	26
Conclusions	43
Bibliographie.....	45



SAINT-AMAND (CHER). — IMP. A. CLERC
