



UNIVERSITÉ DE GENÈVE

UN NOUVEAU TYPE
D'HÉMIPLÉGIE ALTERNE

(HYPOGLOSSE GAUCHE ET MEMBRES DROITS)

PAR

MADAME ANNA GOUKOVSKY

D'ODESSA (RUSSIE)

THÈSE INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

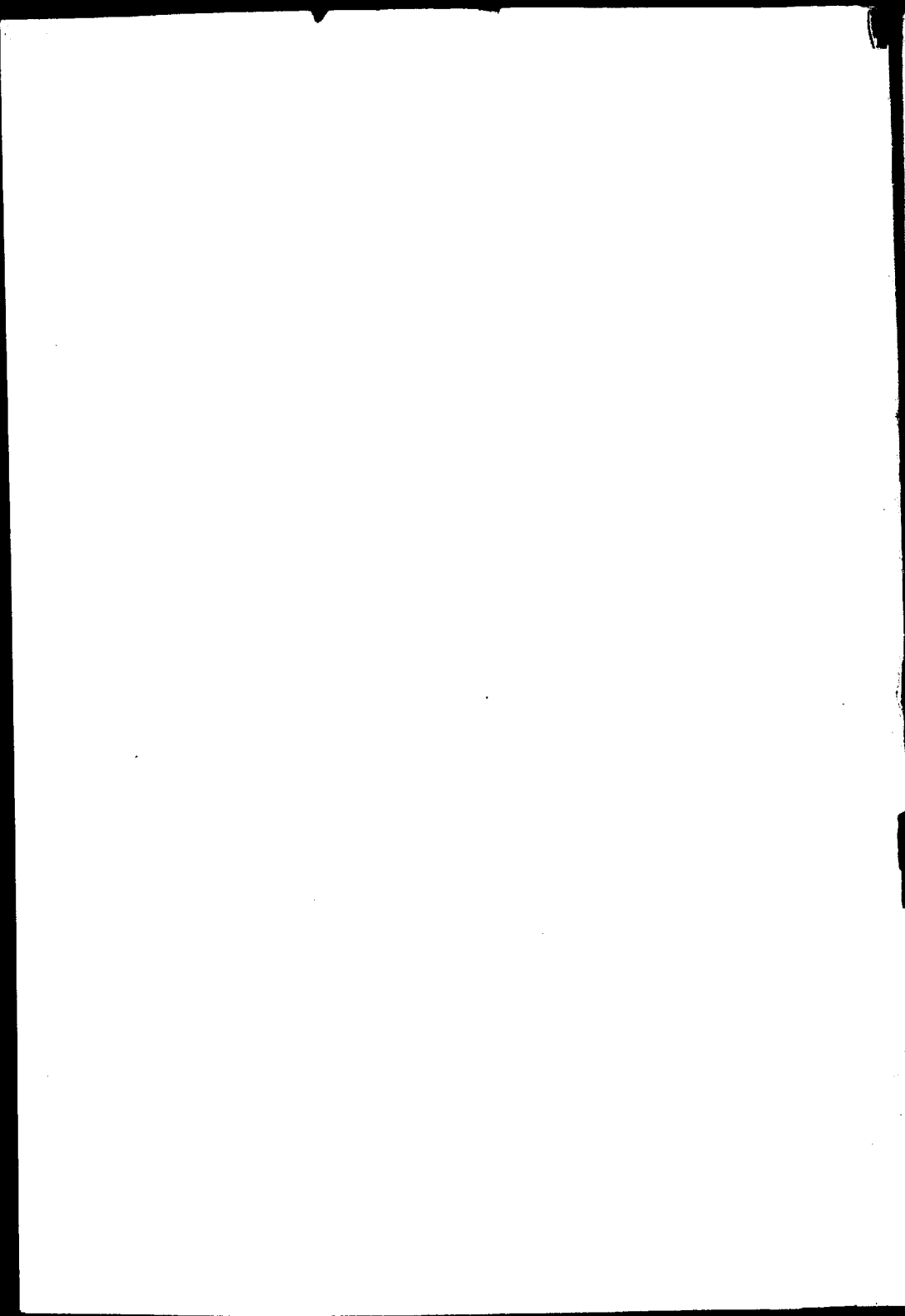


PARIS

ANCIENNE MAISON DELAHAYE
L. BATAILLE ET C^{ie}, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1895



UNIVERSITÉ DE GENÈVE

UN NOUVEAU TYPE
D'HÉMIPLÉGIE ALTERNE

(HYPOGLOSSE GAUCHE ET MEMBRES DROITS)

PAR

MADAME ANNA GOUKOVSKY

D'ODESSA (RUSSIE)

THÈSE INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

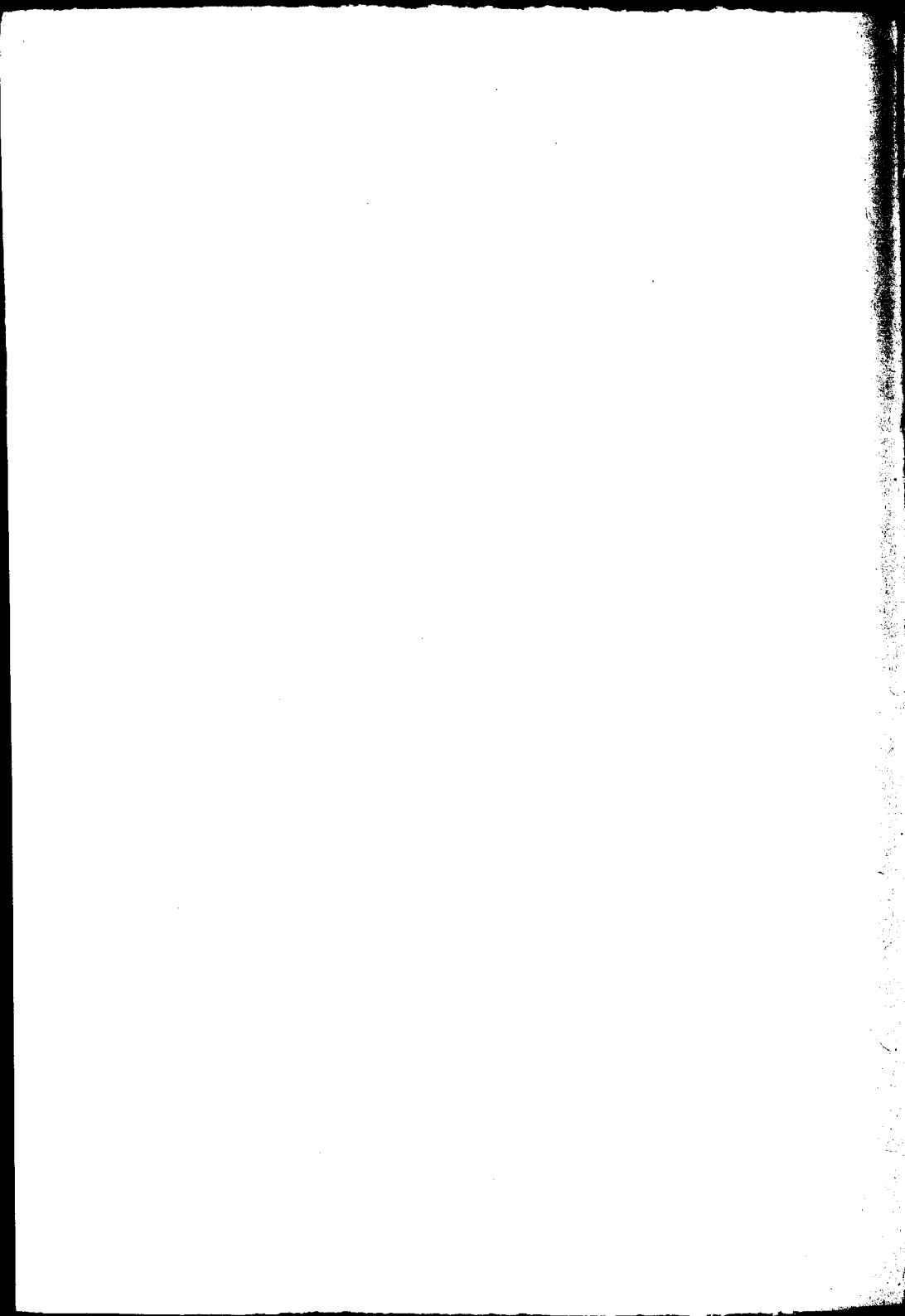
PARIS

ANCIENNE MAISON DELAHAYE
L. BATAILLE ET C^{ie} ÉDITEURS

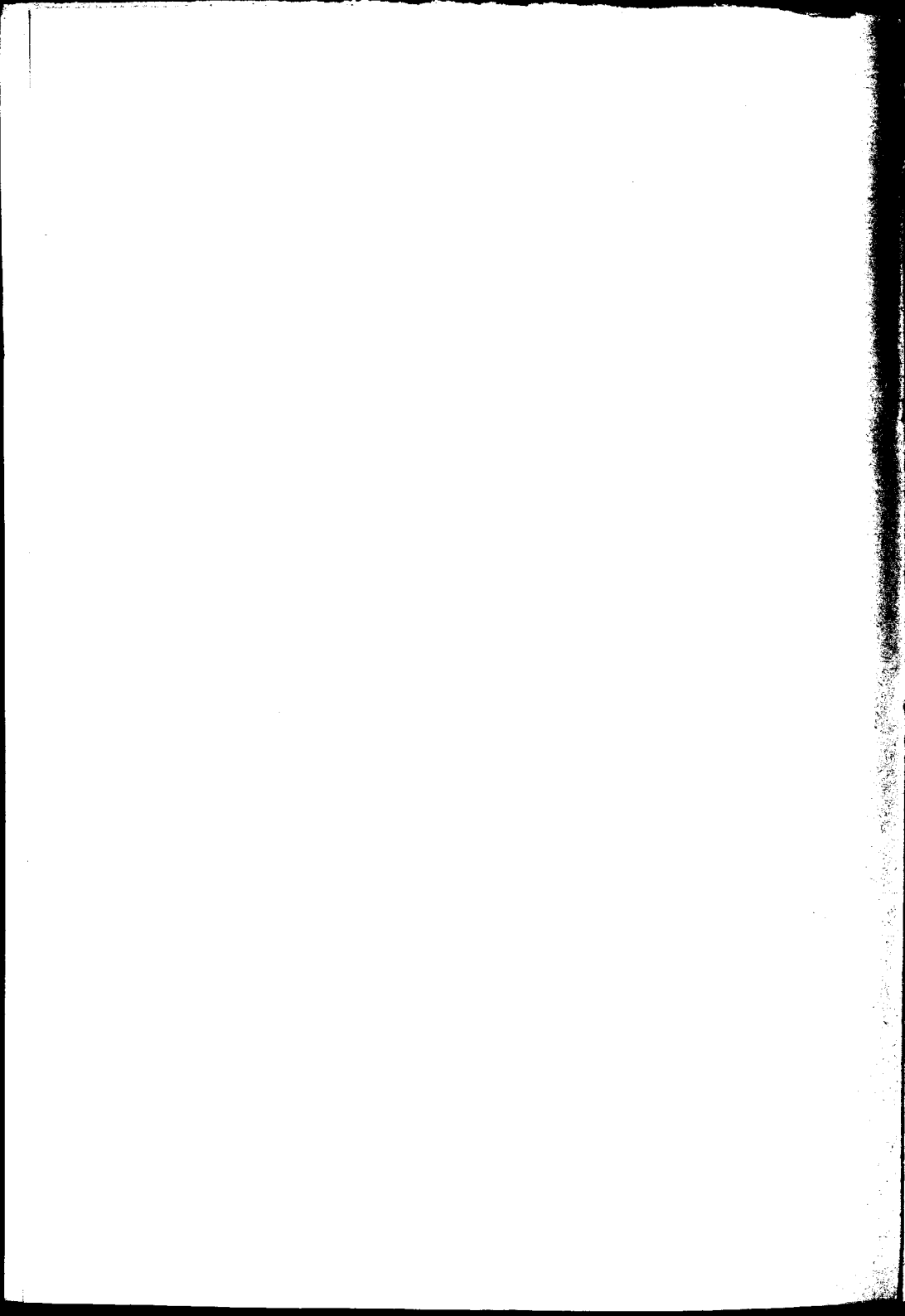
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1895





A MES PARENTS



A NOS HONORÉS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE

M. LE PROFESSEUR L. REVILLIOD

DIRECTEUR DE LA CLINIQUE MÉDICALE

Qui nous a offert le sujet de cette thèse et dirigé dans sa rédaction.

M. LE PROFESSEUR F. W. ZAHN

DIRECTEUR DE L'INSTITUT ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Qui a bien voulu nous livrer le protocole d'autopsie et nous aider de ses conseils.

A M. LE DOCTEUR TILGER

ASSISTANT D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Qui nous a prêté son précieux concours dans nos recherches microscopiques.

A M. LE DOCTEUR LASKOWSKY

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE GENÈVE

*Témoignage de reconnaissance pour la bienveillance qu'il n'a pas cessé de
nous prodiguer.*

A MM. LES PROFESSEURS D'ESPINE ET PRÉVOST

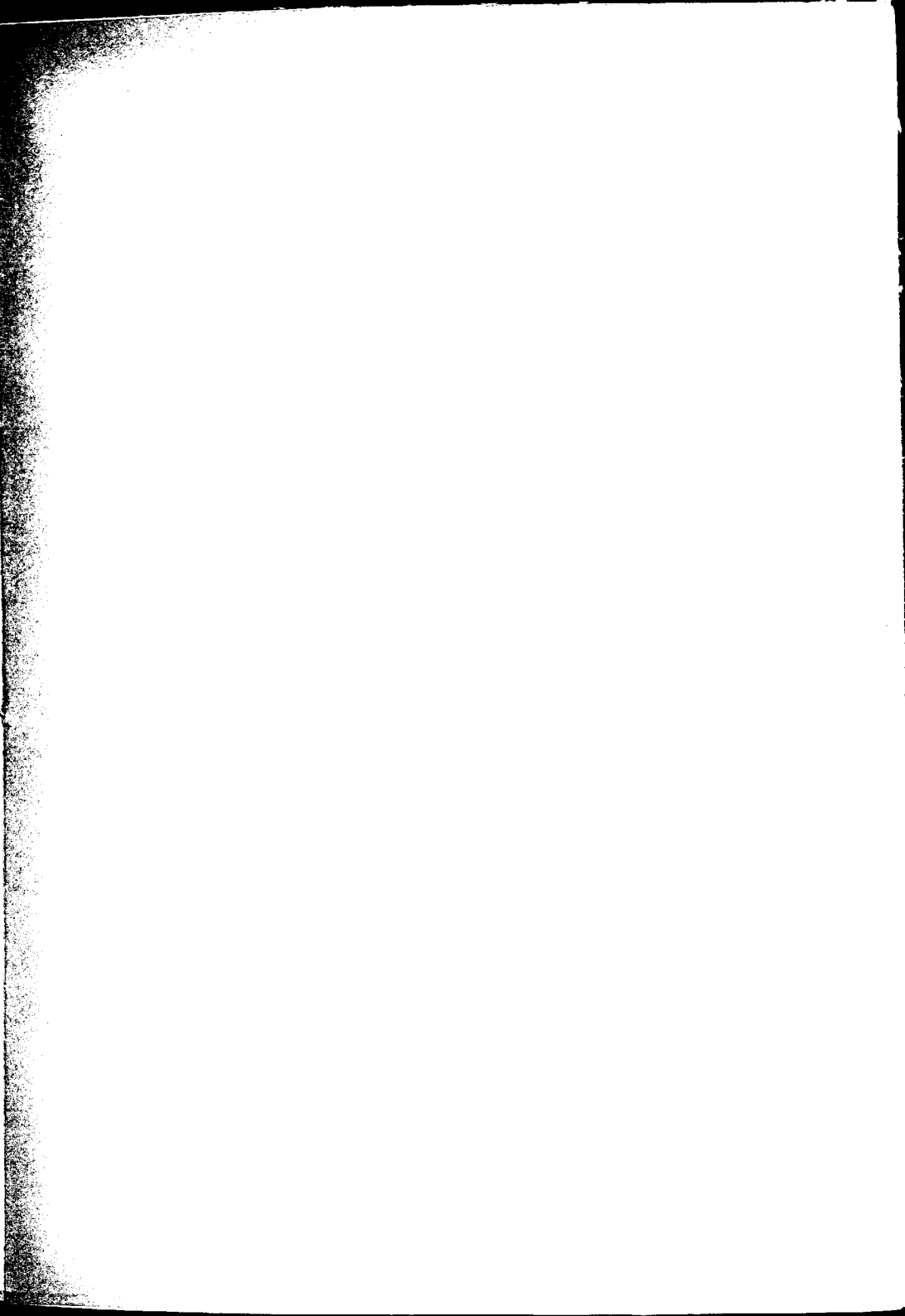
Qui nous ont témoigné leur bienveillant intérêt dans le cours de nos études.

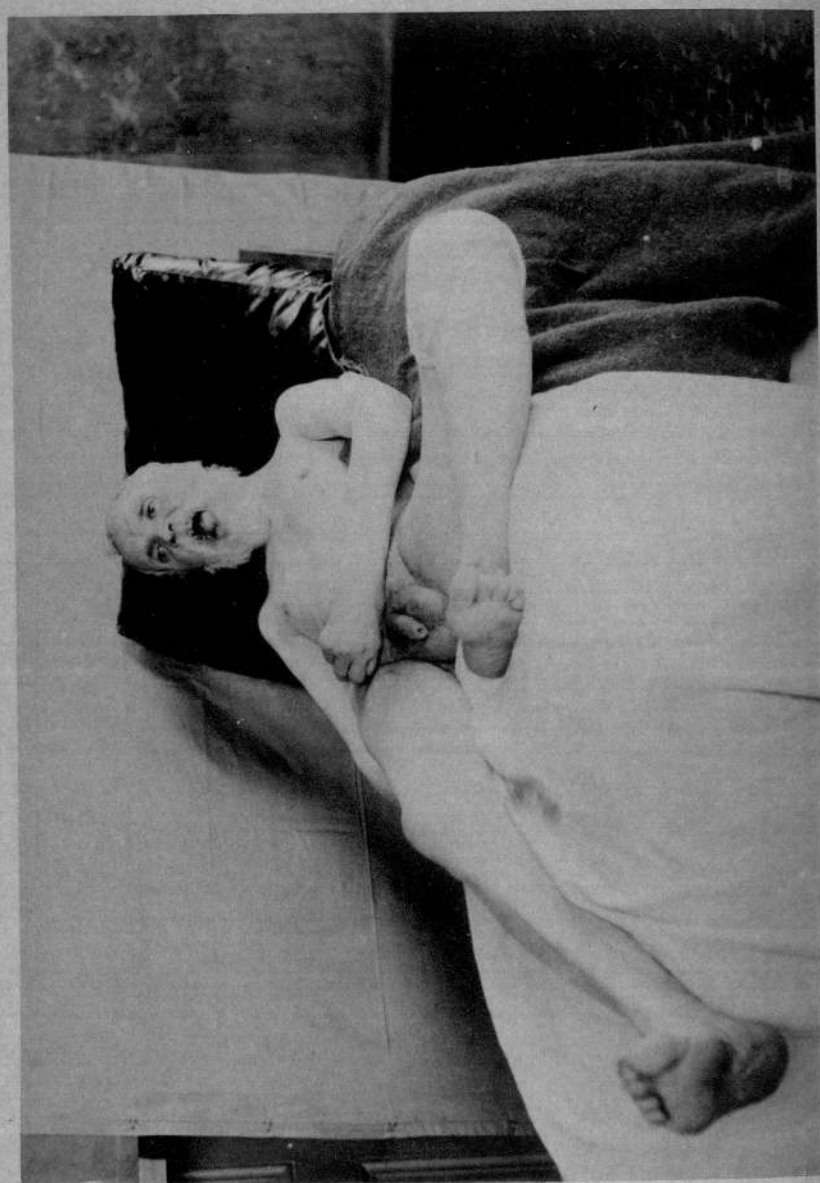
Nous adressons également nos remerciements

A M. LE DOCTEUR E. MARTIN

*Qui nous a admis dans son service à la Maison des Enfants-Malades du
Chemin Gourgas.*

Enfin nous prions M. le Docteur GILLES DE LA TOURETTE, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, rédacteur de l'*Iconographie de la Salpêtrière* etc., d'agréer l'expression de notre reconnaissance pour le gracieux accueil qu'il a fait à notre travail.





CLINIQUE MÉDICALE DE GENÈVE
UN NOUVEAU TYPE D'HÉMIPLÉGIE ALTERNE

(HYPOGLOSSE GAUCHE ET MEMBRES DROITS)

PAR

Madame Anna GOUKOVSKY, d'Odessa (Russie)

Les types d'hémiplégie alterne connus et admis jusqu'ici sont : 1° le type Millard-Gubler intéressant le facial d'un côté, les membres de l'autre ; 2° le type connu depuis Charcot sous le nom de syndrome de Weber, caractérisé par la paralysie de la III^e paire d'un côté et des membres de l'autre. On pourrait ajouter la paralysie alterne de la VI^e paire qui a été observée à la clinique de Genève et qui figure dans sa collection de photographies.

Ces formes spéciales d'hémiplégie indiquent une lésion protubérantielle et peuvent présenter diverses variétés simples ou doubles plus ou moins compliquées, lesquelles sont exposées dans le tableau de Siegerson, reproduit par Nothnagel (1).

Le cas que nous offrons dans ce travail se rapporte à l'hypoglosse gauche, qui s'est trouvé paralysé en même temps que le bras et la jambe du côté droit. Ce serait donc encore un type d'hémiplégie alterne, type nouveau, car nous n'avons pu trouver son pareil dans nos recherches bibliographiques. L'hémiglossoplégie, telle qu'elle est connue aujourd'hui, accompagne l'hémiplégie de la face et des membres du même côté, comme l'indique le trajet du faisceau moteur. Prenant son origine réelle au pied de la circonvolution ascendante, la XII^e paire chemine avec le faisceau frontal inférieur, passe dans le genou de la capsule interne, dans le pédoncule, entre le faisceau de la parole et le faisceau pyramidal, pour arriver après

(1) Dublin, *Med. Journ.* 1878. Nothnagel, *Traité clinique de diagnostic des maladies de l'encéphale*. Traduit par Kéraval, 1883.

son entrecroisement à son noyau sous le plancher du 4^e ventricule, et de là émerger entre l'olive et la pyramide antérieure. Dans toute la partie cérébrale de son trajet jusqu'au pédoncule inclusivement, l'hypoglosse peut être compris dans les lésions corticales, centrales, capsulaires, pédonculaires, qui donnent lieu à l'hémiplégie vulgaire. L'hémi-paralysie de la langue est alors homonyme. On observe en effet avec la paralysie de la face et des membres d'un côté, la déviation de la langue du même côté. Dans ce cas, ce signe est en général peu prononcé ; il est transitoire et, les noyaux étant intacts, la paralysie ne s'accompagne pas d'hémiatrophie de la langue.

A part ces cas d'hémiplégie cérébrale, la paralysie unilatérale de la langue n'a guère été observée que dans l'hémi-atrophie faciale (maladie de Romberg), dans le tabes et dans les lésions du tronc même de l'hypoglosse, lésions dues à des traumatismes ou des tumeurs, qui respectent l'axe cérébro-bulbaire.

Le cas de Souques (1), le seul qui se rapproche quelque peu du nôtre, comme étant un exemple d'hémiplégie alterne de l'hypoglosse, était compliqué d'une paralysie de la VI^e et VII^e paires et concernait un enfant, chez lequel les mouvements de la langue étaient difficilement appréciables. Notre cas représente au contraire un type d'hémiplégie alterne dans toute sa pureté. L'aspect du malade était si caractéristique au point de vue anatomique que le diagnostic du siège de la lésion pouvait être posé avec une certitude parfaite, comme l'a démontré M. le professeur Revilliod dans sa leçon du 5 février 1894. Il supposa et dessina la lésion dans le sillon qui sépare l'olive gauche de la pyramide gauche, à la sortie du nerf grand hypoglosse.

On pouvait constater en effet :

1^o Une hémiplégie complète des membres supérieur et inférieur droits, sans paralysie faciale, sans aphasia motrice ou sensorielle, fait qui excluait déjà toute lésion centrale ou pédonculaire. La lésion ne pouvait exister qu'au delà du point où le facial est dissocié du faisceau des membres.

La contracture des membres, qui était très prononcée et relativement précoce pour une dégénération descendante, indiquait également que le faisceau pyramidal devait être intéressé sur un point très inférieur de son trajet.

On pouvait constater enfin : 2^o une paralysie complète avec déviation à

(1) *Iconographie de la Salpêtrière*, 1891, p. 358. Souques, *Un cas d'hémiplégie alterne* (type Millard-Gubler) compliqué de strabisme bilatéral et de glossoplégie.

gauche et atrophie de toute la moitié gauche de la langue. Cette atrophie indiquait que la lésion siégeait au noyau ou au-dessous, par conséquent, dans la région bulbaire.

De ces données topographiques découlait que la lésion ne pouvait se trouver ailleurs que dans un point, qui intéressait à la fois l'hypoglosse gauche et le faisceau moteur droit ; ce point ne pouvait donc être ailleurs que dans le sillon qui sépare l'olive de la pyramide du même côté, et à la partie supérieure de celle-ci, soit avant l'entrecroisement des pyramides. Une seule et unique lésion parfaitement limitée, pouvait commander aux troubles fonctionnels des membres droits et de l'hypoglosse gauche. L'absence de tout autre signe ou symptôme pouvant laisser supposer d'autres lésions sur d'autres points de l'appareil cérébro-spinal, faisait de ce cas un type parfaitement pur d'hémiplégie alterne. Quant à la nature de la lésion, on ne pouvait rien affirmer, si ce n'est que ses limites franches ne permettaient pas de supposer une extravasation hémorragique, de même que ses allures non envahissantes et purement paralysantes, pouvaient faire exclure une tumeur proprement dite. Enfin l'absence de syphilis et de tuberculose, éloignait l'hypothèse d'une gomme ou d'une masse caséuse. Ajoutons que l'hystérie et le tabes ne pouvaient entrer en cause pour expliquer la déviation (spasme glosso-labé) ou l'atrophie de la langue. Il ne restait donc que l'hypothèse d'un foyer de ramollissement comme devant être la plus probable.

Le rétrécissement de la pupille gauche pouvait laisser supposer une pachyméningite hémorragique de l'hémisphère du même côté.

OBSERVATION

(D'après les notes recueillies par le Dr Audeoud, assistant de la clinique).

J... âgé de 60 ans, sans antécédents morbides héréditaires ou personnels, né à Nogent (Loiret), chasseur d'Afrique. Il reçut en 1858 un coup de sabre au bras droit et un coup de pied de cheval au genou gauche.

Depuis qu'il est établi à Genève, il mène une vie tranquille, assez misérable, n'ayant pas souvent l'occasion d'exercer sa profession de comptable. Depuis un an, il a quelques vertiges, des soubresauts dans les jambes et s'aperçoit que sa langue et la prononciation sont un peu embarrassées. Cependant ses facultés intellectuelles et l'usage de ses membres étaient dans leur état normal.

Le 4^{er} décembre 1893 à 10 heures du matin, étant à son bureau, il ressent tout à coup un malaise, bientôt suivi de vertiges et de vomissements alimentaires. Il s'affaisse sur le plancher, sans toutefois perdre connaissance. Vingt

minutes après, on vient à son secours, on le relève et c'est alors qu'il s'aperçoit que son bras et sa jambe du côté droit sont paralysés. La face reste indemne, la parole aussi intacte qu'auparavant. Le 11 décembre il entre à l'hôpital.

Status. — Homme vieilli, coloré, couperosé, étendu en décubitus dorsal. L'intellect un peu déchu, la mémoire un peu abaissée. Cependant le malade donne lui-même les renseignements exposés ci-dessus. Il n'y a pas d'aphasie motrice, ni sensorielle, l'articulation des mots est seulement un peu embrouillée par défaut de mobilité de la *langue*, qui est complètement déviée à gauche (voir planche). Le raphé médian forme une courbe à concavité tournée de ce côté. La moitié gauche de cet organe est fortement diminuée de volume et d'épaisseur; elle est amincie, plissée et animée des mouvements fibrillaires, qui n'existent pas au côté droit, lequel possède son volume normal.

Il est remarquable de constater que les mouvements commandés s'exécutent assez bien dans toutes les directions, ainsi que la déglutition.

Les deux côtés de la face sont parfaitement symétriques, que la musculature soient au repos ou en action.

Le malade ferme bien les deux yeux simultanément. Il ferme bien l'œil gauche seul. Il n'a jamais pu fermer l'œil droit seul. Les pupilles sont inégales, mais cette inégalité des pupilles varie. En effet le 11 décembre la pupille gauche = 4.

La pupille droite = 3, mais le lendemain les deux pupilles = 3.

Le 14 décembre, la gauche = 4, la droite = 2.

Le 15, la gauche = 4, la droite = 3.

Le 21, la gauche = et la droite = 4 (4).

Motilité des membres. — Du côté gauche, le bras est parfaitement normal, la jambe a un peu perdu de sa force, mais a gardé tous ses mouvements. Du côté droit il y a hémiplegie complète des membres supérieurs et inférieurs, avec contracture en flexion. L'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras, la jambe à angle aigu sur la cuisse, le pied venant toucher la partie interne supérieure de la cuisse gauche. Ces contractures sont rigides, permanentes, elles résistent aux tentatives d'extension qui sont très douloureuses. Le malade éprouve aussi de douleurs, spontanées dans les membres paralysés. Sauf cela les sensibilités générale et spéciale (tact, température), sont normales.

Les réflexes des membres sont très exagérés de deux côtés. A droite on a de

(1) C'est l'usage à la clinique de Genève de représenter l'ouverture pupillaire par des chiffres.

L'ouverture normale étant = 3.

—	maxima	—	6.
—	minima	—	1.

la peine à les obtenir à cause de la contracture. A gauche on obtient (1), 5 au genou, 4 à l'olécrâne. Clonus des pieds des deux côtés. L'examen des onze premières paires crâniennes indique leur état normal. Il n'y a pas de troubles vasomoteurs, ni sphinctériens. Rien à noter de particulier du côté des systèmes circulatoire, respiratoire, génito-urinaire.

L'examen de l'urine indique l'absence d'albumine, mais une forte réaction d'urobiline.

Cet état reste stationnaire, sauf les conséquences habituelles de la cachexie nerveuse, eschares sur les saillies osseuses, gâtisme, déchéance des facultés intellectuelles, qui ont entraîné la mort le 22 février 1894.

AUTOPSIE.

(Faite par M. le docteur Tilger, assistant à l'Institut pathologique.)

Homme de taille moyenne, dont la musculature et le tissu adipeux sont encore bien conservés. Goître parenchymateux. Pas d'œdème. Il existe une contracture de la jambe sur la cuisse droite et de l'avant-bras sur le bras.

Encéphale. — La calotte crânienne est légèrement atrophiée, les sutures presque disparues.

La dure-mère est épaissie sur les deux hémisphères; elle présente du côté gauche, surtout au niveau du lobe occipital, à sa face interne, une pigmentation jaune rougeâtre, très distincte et des fausses membranes en voie d'organisation. A droite sa surface interne est tout à fait blanche et lisse. Dans le sinus longitudinal, on trouve du sang liquide et quelques caillots rouges. Il y a un fort œdème sous-arachnoïdien. La pie-mère est hyperémieée. Les ventricules latéraux et médian contiennent du liquide séreux.

L'épendyme présente partout un aspect finement granuleux, plus prononcé au 4^e ventricule.

La substance blanche est pâle et légèrement œdématiée. Dans le noyau lenticulaire gauche à sa partie inférieure se trouve un petit kyste de la grandeur d'une lentille, contenant un liquide légèrement trouble et dont la paroi est fortement pigmentée en brun.

Moelle allongée. — La face postérieure de la moelle allongée ne présente rien de particulier, sauf que sa moitié gauche est d'un millimètre moins large que la moitié droite. En examinant la surface antérieure du bulbe, on constate à peu près à 2 millimètres au dessous de la protubérance un affaissement dans la moitié gauche du bulbe. Cette partie affaissée a une largeur de 6 millimètres, et une hauteur de 3^m4/2 millimètres et occupe la partie supérieure de la pyramide gauche. La partie de la pyramide gauche au niveau de la partie inférieure de

(1) Le reflexe normal étant représenté par le chiffre 3.

—	maximum	—	—	6.
—	minimum	—	—	0.



L'olive est fortement atrophiée. Elle a une largeur de $2^{\text{m}}1/2$ millimètres, tandis que l'autre pyramide à la même hauteur mesure 6 millimètres en largeur. La pie-mère qui couvre la partie affaissée semble légèrement épaissie et est fortement hyperémisée. Par le toucher on a distinctement l'impression de fluctuation (fig 1).

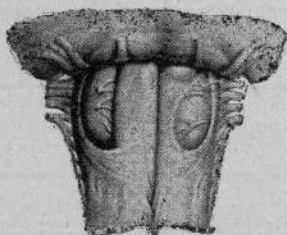


Fig. 1.

Le cordon latéral droit semble par contre être plus mince que le cordon correspondant gauche, mais il n'existe pas de différence de couleur, ni de consistance entre ces deux cordons.

Péricarde normal. Cœur petit, flasque. A sa surface antérieure, on remarque quelques taches brunâtres, situées dans le tissu adipeux sous-péricardique. Le cœur contient passablement de sang liquide et des caillots rouges et coagulés.

L'oreillette droite est dilatée, l'endocarde épaissi. Le trou de Botal est fermé. Le ventricule droit est de grandeur normale et n'offre rien de particulier.

L'oreillette gauche est de grandeur normale ; son endocarde est fortement épaissi. Le ventricule gauche est de dimension normale, son endocarde est par places épaissi. Les muscles papillaires offrent des stries jaunâtres de dégénérescence graisseuse. La musculature est en général colorée en brun pâle.

L'aorte présente de nombreux foyers de dégénérescence graisseuse, constatées à l'examen microscopique et un peu d'endartérite déformante chronique.

Le *poumon* gauche est petit, flasque. La plèvre est lisse ; il y a quelques adhérences. Sur la coupe, existe une forte hyperémie et de l'œdème du tissu pulmonaire. La muqueuse bronchique jusqu'aux bronchioles les plus fines est fortement hyperémisée. Le poumon droit est plus volumineux que le gauche. Sa plèvre est opaque, ne reflète pas la lumière ; par places elle est couverte par des minces fausses membranes fibrineuses. Sur la coupe du poumon, on constate que le lobe supérieur est fortement hyperémié et œdématisé ; le lobe inférieur est le siège d'une pneumonie fibrineuse à la période d'hépatisation grise.

Langue. — La moitié gauche de la langue est distinctement atrophiée ; elle est très mince, flasque, pâle, tandis que l'autre moitié offre une très bonne consistance.

L'œsophage n'offre rien de particulier.

L'estomac est légèrement dilaté. Sa muqueuse pâle présente un peu l'état mamelonné.

Le diaphragme remonte à droite jusqu'au bord inférieur de la 4^{me} côte, à gauche jusqu'au bord supérieur de la 5^e côte.

Le péritoine est partout un peu épaissi.

Le cæcum est adhérent à la paroi antérieure (ancienne typhlite guérie).

La rate est agrandie, doublée de volume, molle, diffuente, la capsule ridée.

La capsule surrénale gauche est atrophiée, la droite est normale.

Les uretères sont très dilatés, surtout dans leur partie inférieure.

Les reins sont de grandeur normale. Ils se décortiquent très facilement. Leur surface est lisse. Sur la coupe, la substance corticale est assez large, relativement pâle, trouble, traversée par des nombreuses stries blanches, jaunâtres. La substance médullaire est hyperémisée.

La vessie est petite, fortement contractée. Elle est remplie d'un liquide trouble séro-purulent, contenant passablement de sable urinaire. La muqueuse est fortement hyperémisée; elle présente un aspect sale, jaune, bleuâtre. La paroi est très épaissie et présente également sur la coupe un aspect sale, jaune grisâtre.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

(Fait à l'Institut pathologique).

Langue. — L'examen microscopique de la langue démontre qu'à la moitié droite la musculature est tout à fait normale. Les striations longitudinales et transversales sont très nettes et distinctes. A la moitié gauche les fibres musculaires sont amincies. Le sarcolème est partout bien distinct, mais la striation transversale a tout à fait disparu. La striation longitudinale est par places encore visible, mais très peu nette. Les noyaux ne se voient pas distinctement. On trouve seulement par-ci par-là directement au-dessous du sarcolème des petits amas de pigment qui indiquent encore les restes des noyaux. Le protoplasma est fortement granuleux. Les granulations sont très petites, ne se dissolvent pas dans l'acide acétique. Ce sont donc des gouttelettes graisseuses.

Le tissu adipeux entre les fibres musculaires est fortement développé et évidemment proliféré.

Nerfs de la XII^e paire (1). — Celui du côté droit est tout à fait normal. Celui du côté gauche, examiné à l'état frais par dissociation, montre que les tubes nerveux sont amincis. Le plus grand nombre de ceux-ci a subi une dégénérescence graisseuse très prononcée. La gaine de Schwann qui par places, est tout à fait affaissée, ne renferme que des petites gouttelettes graisseuses, qui se colorent très distinctement en noir avec l'acide osmique.

Pour contrôler ce résultat, on pratique sur le nerf de la XII^e paire gauche,

(1) Ce nerf a été examiné par le Dr Tilger.

durci dans l'acide osmique, des coupes sur lesquelles on constate que le tissu conjonctif interfibrillaire est fortement augmenté, fait surtout appréciable, si on le compare avec les coupes pratiquées sur le nerf normal du côté droit.

Moelle épinière. — Après avoir été mise dans le liquide de Müller, puis lavée dans l'eau courante et durcie dans l'alcool, la moelle épinière présentait macroscopiquement sur la coupe une différence de coloration entre le cordon latéral droit et le reste de la substance médullaire. Tandis que celle-ci avait partout sa coloration verdâtre, celui-là était blanchâtre.

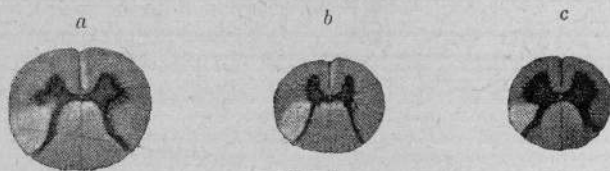


Fig. 2

Pour notre examen nous avons pris seulement trois morceaux de deux centimètres de hauteur : un du renflement cervical (a), un de la région dorsale (b) et un du renflement lombaire (c) fig. 2. Après les avoir lavés dans de l'alcool à 70°, puis plongés dans de l'alcool absolu, où ils sont restés une semaine, ils furent placés dans la celloidine, où ils restèrent huit jours. Enfin ils furent fixés sur des bouchons et conservés dans de l'alcool à 70°. Les coupes laissaient déjà facilement reconnaître à l'œil nu du côté du cordon latéral droit et du faisceau de Turk du côté gauche, une région blanchâtre, tranchant nettement sur les parties avoisinantes verdâtres. Cela s'observait dans chacune des coupes des trois morceaux. Sur les coupes du renflement lombaire, cette tâche était d'une étendue beaucoup moins considérable que sur celles des renflements cervical et dorsal. Ces coupes ont été colorées par l'hématoxyline, d'après la méthode de Paal. Au microscope, on ne constata rien d'anormal dans la substance nerveuse des cornes antérieures et postérieures, ainsi que dans la substance blanche de la moelle, à l'exception de la partie du faisceau latéral droit qui déjà à l'œil nu se distinguait par sa coloration du reste de la substance médullaire. Ici il existait une atrophie notable des tubes nerveux et même une absence complète des tubes à certains endroits. Les cellules de la névroglie par contre étaient augmentées en nombre. Cet état d'atrophie nerveuse et d'hypertrophie névroglie était surtout manifeste dans les coupes prises sur les morceaux des régions cervicales et dorsales, tandis qu'elle était beaucoup moins forte, quoique encore bien distincte, dans la partie lombaire. Outre cette méthode de coloration, nous avons encore coloré les coupes avec de la nigrosine, substance surtout favorable pour l'orientation topographique. Nous avons aussi coloré les coupes avec du carmin boracique. Les lésions que nous venons de décrire représentaient d'une manière très nette la dégénérescence descendante classique.

Bulbe rachidien. — Comme nous l'avons dit plus haut, le bulbe présentait déjà à l'œil nu une atrophie de la pyramide gauche dont l'extrémité supérieure seule était respectée.



Fig. 3

Après avoir été durci et coloré par le même procédé que la moelle, le bulbe fut coupé en série dont nous donnons dans le dessin ci-joint trois exemplaires. La coupe n° 3 représente celle qui, passant par le milieu des olives, donne le trajet des hypoglosses depuis leur noyau au sillon latéral. L'examen microscopique démontre dans chacune d'elles l'intégrité de toute la moitié droite du bulbe, ainsi que des origines de l'hypoglosse gauche, depuis et y compris des noyaux jusqu'à l'olive, tandis que la région représentée par l'olive gauche, la pyramide antérieure gauche et le trajet juxta-olivaire de l'hypoglosse est au contraire détruite par un ramollissement.

Dans les débris de l'olive gauche on constate en effet une prolifération cellulaire. Les cellules névrogliales sont relativement grandes et ont un noyau très distinct ; quelques-unes ont même deux noyaux ; leur protoplasma est par-ci par-là légèrement coloré en jaune. Dans ce foyer formé seulement de tissu névroglial, les parois des vaisseaux présentent une forte infiltration cellulaire. Ce sont, dans la membrane externe des petites cellules rondes, se colorant fortement par le carmin et dans les membranes moyenne et interne des cellules rondes et fusiformes, indiquant évidemment une inflammation formative (voir fig. 4).

Ces lésions s'observent surtout dans quelques artères, situées entre l'olive et la pyramide, artères dont la lumière est oblitérée par l'épaississement de la paroi.

La prolifération de la membrane adventice s'observe aussi autour des veinules, qui semblent atteintes de périphlébite noueuse. Quelques-unes de celles-ci sont oblitérées par des thrombus rouges contenant du pigment brunâtre. Enfin les capillaires sont aussi en partie oblitérés surtout au niveau du raphé et de son bord gauche.

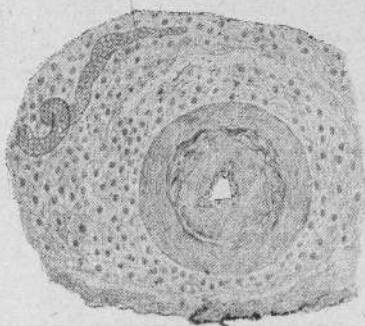


Fig. 4

Cet exposé anatomique vient donc confirmer les données fournies par l'examen clinique. Il s'agissait en effet d'un foyer de ramollissement bien limité à l'olive gauche et à la pyramide gauche, ramollissement dû à une endartérite chronique oblitérante, ayant détruit la majeure partie des racines de l'hypoglosse gauche.

Telle est la lésion, qui a donné lieu à une hémiplégie alterne des membres du côté droit et de la moitié gauche de la langue. Notons la contraction précoce des membres paralysés et la dégénérescence descendante du faisceau pyramidal, symptômes et lésions qui existaient déjà le onzième jour de l'ictus apoplectique.

16907



