

Depuis, de très nombreux travaux ont été consacrés à cette question, entre autres, les thèses de Leresche, de Galavielle, d'Halipré, les leçons fort intéressantes de Raymond, etc. Enfin, tout récemment, un élève de Dejerine, Albert Comte, a fait une étude très soignée des différentes localisations que peuvent affecter les lésions en foyer, capables de déterminer le syndrome glosso-labié.

Ces lésions peuvent siéger dans le *centre cortical* des mouvements de déglutition et de phonation, qui siège dans l'opercule rolandique. Mais ce centre est un centre bilatéral, d'où il résulte qu'une *double lésion symétrique* est nécessaire pour réaliser le syndrome. C'est-à-dire que la *paralysie glosso-labiée se produit après un double ictus*. Le premier ictus est suivi d'némiplégie transitoire ou non, puis survient un second ictus accompagné d'une hémiplegie du côté opposé et c'est à la suite du second ictus que le syndrome fait son apparition. D'autre part, Lépine avait montré qu'une lésion du noyau lenticulaire pouvait aussi déterminer la paralysie pseudo-bulbaire, pourvu que cette lésion fût aussi double et symétrique. Mais Albert Comte vient de démontrer que le syndrome peut être produit par une lésion altérant sur un point quelconque de leurs trajets, les fibres de projection qui réunissent l'opercule rolandique aux noyaux de l'étage inférieur du bulbe. Il a pu ainsi étudier le trajet de ce faisceau qui, partant de l'opercule, plonge dans la couronne rayonnante, aborde la capsule interne par sa partie supérieure, en rasant d'abord le bord antérieur du putamen, puis en descendant vient se placer entre le faisceau géniculé et le faisceau pyramidal, passe ensuite entre ces deux faisceaux, dans le pied du pédoncule cérébral, suit un trajet mal connu dans la protubérance, et vient se terminer dans les noyaux de l'étage inférieur du bulbe. Dans tout ce trajet, une double lésion affectant les deux faisceaux droit et gauche, est encore nécessaire.

Dans l'observation rapportée plus haut, s'agit-il d'une paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale? On pourrait invoquer en faveur de cette hypothèse le fait du double ictus, l'existence d'une double hémiplegie, la persistance des mouvements dans le lit avec impossibilité de la station debout.

Mais il faut remarquer, et c'est là le côté le plus original de l'observation, que le premier ictus avait déjà produit une