

RC66
A5E.
1840
t.5

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATIONS

SUR LES

MALADIES DE L'ENCÉPHALE

ET DE SES ENVELOPPES.

LIVRE PREMIER.

MALADIES DES ENVELOPPES DE L'ENCÉPHALE.

SECTION PREMIÈRE.

MALADIES DE LA DURE-MÈRE.

I^{re} OBSERVATION.

Végétation fibreuse développée à la surface interne de la dure-mère. Dépression considérable du point du cerveau correspondant à cette végétation. Hémiplégie. Intégrité des facultés intellectuelles. Ancienne céphalalgie.

Un ancien militaire, âgé de soixante-un ans, entra à la Charité dans les premiers jours du mois de mars 1820. Cet homme paraissait avoir été bien constitué, mais lorsqu'il se

présenta à notre observation, il était dans un état de dépérissement et de maigreur remarquable ; sa face était d'une teinte pâle tirant légèrement sur le jaune ; la paupière droite restait à moitié abaissée au-devant du globe de l'œil, et elle ne pouvait pas être complètement relevée par la volonté du malade. La bouche n'était en aucune façon déviée. La langue se tirait droite et sans difficulté. L'intelligence était intacte. Les deux membres du côté droit étaient privés de la faculté de se mouvoir, et leur sensibilité était obtuse. Les urines étaient rendues involontairement ; le pouls était remarquable par sa rareté (à peine cinquante pulsations par minute). Aucune lésion appréciable n'existait du côté des voies digestives et respiratoires.

Cet individu nous raconta qu'après avoir long-temps éprouvé des douleurs rhumatismales en différents points du corps, il fut pris, vers le commencement de l'année 1817, d'une céphalalgie qui avait son siège principal vers la partie antérieure du pariétal du côté gauche. Cette douleur se montra d'abord d'une manière intermittente ; puis elle fut continue pendant une année entière ; enfin, à dater du milieu de l'année 1819, elle disparut pour ne plus revenir. Long-temps le malade n'éprouva d'autre dérangement dans sa santé que cette céphalalgie, qui, parfois, lui était insupportable. A l'époque à peu près où elle cessa, il lui parut que le membre thoracique droit était un peu plus *lourd* que le gauche ; de temps en temps les doigts de ce côté lui paraissaient comme insensibles ; il y avait froid, et ils présentaient habituellement une teinte violacée : peu à peu, il lui fut impossible de serrer aucun objet avec la main droite ; plus tard, enfin, le membre thoracique de ce côté se paralysa complètement ; en même temps le membre abdominal gauche perdit graduellement la double faculté de sentir et de se mouvoir.

L'état du malade ne présenta aucun changement pendant les dix ou douze premiers jours de son entrée à l'hôpital ; puis la langue se sécha, son pouls prit de la fréquence, ses idées se troublèrent ; du dévoiement survint ; une large escharre se forma au sacrum, et le malade succomba vers la fin du mois de mars, dans un état adynamique.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'escharre de la région sacrée a laissé à sa place un large ulcère, au fond duquel on voit le sacrum rugueux et dépouillé de son périoste. Les muscles sont grêles, la maigreur considérable.

La voûte du crâne ayant été enlevée, on ne trouva aucune lésion appréciable à la surface extérieure de la dure-mère. Mais lorsqu'après l'avoir incisée, on voulut l'enlever pour examiner le cerveau, on trouva que, non loin de l'extrémité antérieure de l'hémisphère gauche, elle avait contracté des adhérences insolites avec les parties subjacentes. Ces adhérences étaient constituées par des brides celluluses qui unissaient l'une à l'autre les deux lames de l'arachnoïde. Ces brides circonscrivaient un corps sphéroïde, du volume d'une grosse noix, qui s'enfonçait profondément dans la substance cérébrale, avec laquelle il n'avait d'ailleurs contracté aucune adhérence ; il en était séparé par une lame cellulo-vasculaire qui paraissait être le tissu de l'arachnoïde et de la pie-mère refoulé par lui. Ce corps tenait par un assez étroit pédicule à la surface interne de la dure-mère ; les fibres de cette membrane s'épanouissaient sur le pédicule de la tumeur, et ne pouvaient être distinguées de son propre tissu ; ce tissu, d'une grande dureté, et d'un beau blanc aponévrotique, était formé par des fibres qui sont comme pelotonnées les unes sur les au-

tres; il semblait qu'elles fussent comme une prolongation ou un épanouissement des fibres même de la dure-mère. La substance cérébrale en contact avec cette tumeur fibreuse avait toutes ses qualités ordinaires; il n'était donc pas vraisemblable qu'elle eût été refoulée, car, dans cette supposition, ne lui aurait-on pas trouvé une plus grande densité. Il semblait que cette substance se fût peu à peu résorbée à mesure que s'était développé le produit accidentel.

Toutes les autres parties des centres nerveux avaient conservé leur aspect naturel.

Thorax. Engouement de la partie postérieure des deux poumons. Deux taches blanches sur le péricarde.

Abdomen. Pointillé rouge de la membrane muqueuse de l'estomac vers le grand cul-de-sac. Injection vive de la fin de l'iléum et d'une partie du colon.

La lésion cérébrale dont on aurait pu le plus soupçonner l'existence, d'après la nature des symptômes et la marche de la maladie, était sans doute un ramollissement. Toutefois, à aucune époque n'avait eu lieu cette contracture des membres qui accompagne souvent les ramollissements cérébraux, mais qui souvent n'a pas lieu, et qui d'autres fois est un accident tellement fugitif et de si courte durée que les malades ont à peine le souvenir de l'avoir éprouvé.

Les douleurs rhumatismales qui précédèrent l'invasion de la céphalalgie auraient pu porter à regarder cette dernière comme appartenant aussi au rhumatisme. Combien d'autres fois n'est-il pas arrivé qu'on a pris pour un résultat de névralgie ou d'affection rhumatismale des douleurs de tête semblables à celle dont il est question dans l'observation qu'on vient de lire! Cette céphalalgie fut ici le premier symptôme qui ap-

parut, et elle coïncida vraisemblablement avec le commencement de la maladie de la dure-mère; elle dut persister tout le temps qu'autour de la tumeur fibreuse exista dans l'arachnoïde le travail inflammatoire nécessaire à la formation des adhérences dont on constata l'existence après la mort. Il est vraisemblable qu'elle cessa à l'époque où fut complète la transformation de ces adhérences en tissu cellulaire.

La manière graduelle dont se développa la paralysie est en rapport avec la nature de la maladie; elle ne fut précédée d'aucune perte de connaissance, et l'intelligence ne fut jamais troublée.

Aucune lésion ne nous rendit compte de l'incontinence d'urine dont le malade était atteint.

Une rougeur assez vive de l'estomac et d'une partie de l'intestin coïncida dans ce cas avec les symptômes adynamiques au milieu desquels le malade succomba (1).

II^e OBSERVATION.

Tumeur ostéo-fibreuse, du volume d'un petit œuf de poule, développée à la surface interne de la tente du cervelet, à laquelle elle adhère intimement. Hémiplegie, avec mouvements convulsifs par intervalles, du côté opposé à celui où existe la tumeur. Atrophie du lobe cérébelleux correspondant à la tumeur. Mort par hémorrhagie cérébrale.

Un cordonnier, âgé de quarante-sept ans, ayant fait abus des liqueurs alcooliques, fit une chute sur l'occipital, un jour qu'il était ivre, quatre ans à peu près avant l'époque de son

(1) Consultez sur ce point les volumes de cet ouvrage où sont spécialement retracées les maladies du tube digestif.

entrée à la Charité. Pendant les premiers temps qui suivirent cette chute, il n'éprouva aucun accident, puis il commença à ressentir une douleur sourde vers la partie gauche de l'occipital. Cette douleur persista long-temps sans jamais acquérir une grande intensité. Des étourdissements assez forts avaient lieu de temps en temps; plusieurs fois même ces étourdissements furent suivis d'une perte complète de connaissance, qui ne se prolongea dans aucun cas au-delà de quelques minutes. Plus tard, de nouveaux phénomènes apparurent: tout-à-coup, et sans que le malade pût prévoir en rien cet accident, le membre thoracique droit devenait le siège d'une secousse brusque, douloureuse, comme tétanique. Cinq ou six secousses semblables se succédaient ainsi rapidement, et pendant les trois ou quatre jours qui les suivaient, le bras droit restait engourdi et un peu plus faible que celui du côté opposé. Il y eut d'abord des intervalles de plusieurs mois entre ces sortes d'accès; puis ils se rapprochèrent: tous les dix ou douze jours, ces secousses reparurent, constamment bornées au bras droit, et en même temps la paralysie de ce membre, d'abord passagère, devint permanente, et de plus en plus complète. Insensiblement aussi le membre abdominal droit perdit la faculté de se mouvoir; mais jamais dans ce membre on n'observa le moindre mouvement convulsif. Enfin, peu de temps avant d'entrer à l'hôpital, le malade fut pris d'étourdissements qui, devenant de plus en plus incommodes, le décidèrent à se faire admettre à la Charité. Il nous présenta alors l'état suivant:

Vive injection de la face et des yeux, léger embarras dans l'articulation des mots; réponses lentes, mais justes; souvenir très-net des choses passées; gaieté, insouciance de son sort; diplopie de temps en temps; commencement de surdité. La langue se tire droite, et sans difficulté, la bouche n'est pas dé-

viée; les deux côtés du visage ont la même sensibilité et la même facilité de mouvements. Le malade accuse une douleur sourde vers la partie postérieure de la tête, mais aussi bien à droite qu'à gauche. Les deux membres du côté gauche ne peuvent se mouvoir par la volonté du malade; ils ont cependant une certaine raideur, et hier encore le bras a éprouvé coup sur coup cinq à six secousses qui ont fait beaucoup souffrir le malade. La sensibilité de la peau des membres paralysés ne paraît être ni plus obtuse, ni plus vive que dans l'état ordinaire. Le pouls est sans fréquence, mais d'une dureté remarquable. Les battements du cœur ont de l'impulsion. Les fonctions digestives sont intactes; la langue en particulier est large, humide, sans rougeur. Il y a encore assez d'embonpoint, et le système musculaire a encore un développement notable.

Je venais de recueillir près du malade, conjointement avec un de mes amis, M. Descieux (1), les détails qu'on vient de lire, lorsqu'au moment où on allait le saigner, il fut pris de tous les symptômes d'une forte attaque d'apoplexie. Le lendemain il avait cessé de vivre.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. A la place ordinairement occupée par la partie gauche de la tente du cervelet, existait une volumineuse tumeur, qui d'une part repoussait le lobe postérieur de l'hémisphère cérébral de ce côté, et qui d'autre part pressait sur le cervelet. L'hémisphère cérébral n'avait subi aucune altération de

(1) M. le docteur Descieux, à l'amitié duquel je dois plusieurs des matériaux que contient cet ouvrage, exerce actuellement la médecine avec une rare distinction à Montfort-Lamaury.

structure; c'était surtout du côté du cervelet que la tumeur avait pris son développement; aussi, dans tout son lobe gauche, cet organe avait-il subi une altération des plus remarquables: il avait singulièrement diminué de volume, et en même temps sa substance avait acquis une dureté insolite. Ni le cerveau ni le cervelet ne se continuaient avec la tumeur. Interposée entre eux et manifestement produite aux dépens de la dure-mère, dont elle occupait la place, cette tumeur se rapprochait beaucoup par sa nature de celle qui a été décrite dans l'observation 1^{re}; comme elle, on la trouvait constituée par des paquets de fibres blanchâtres, semblables aux corps fibreux de l'utérus, qui s'entrecroisaient en sens divers; mais de plus, en l'incisant, on rencontrait çà et là dans son épaisseur des dépôts de matière calcaire. Cette tumeur égalait presque le volume d'un petit œuf de poule.

L'hémisphère droit du cerveau était le siège d'un vaste épanchement sanguin qui, occupant à la fois le corps strié et la couche optique, s'était fait jour dans les deux ventricules latéraux à travers le septum médian déchiré.

Nous ne trouvâmes dans les centres nerveux aucune autre lésion appréciable.

Les autres viscères ne nous offrirent rien à noter, si ce n'est le cœur, dont les parois étaient hypertrophiées.

¶ Ce cas nous présente une lésion organique semblable à celle dont il a été déjà question dans la première observation; seulement quelques concrétions calcaires se trouvent mêlées au tissu fibreux accidentel; le siège de la tumeur est toujours dans la dure-mère, mais dans un autre point de cette membrane. Ici, comme chez le sujet de l'observation 1^{re}, elle n'a point endommagé le cerveau; mais un des lobes du cervelet, com-

primé par elle, a subi une atrophie considérable. Cependant aucun des désordres fonctionnels spéciaux qui, d'après les auteurs, se lient aux lésions du cervelet, ne fut ici remarqué. On n'observe pas d'autre symptôme que ceux auxquels aurait donné lieu cette même lésion, siégeant dans un des hémisphères cérébraux. La paralysie eut lieu dans les membres opposés au côté du cervelet qu'avait atrophié la tumeur. Cette paralysie fut précédée et accompagnée dans son cours par des mouvements convulsifs qui ne s'étendaient jamais au-delà du bras qui avait perdu la faculté de se mouvoir. Ici encore, comme dans le précédent, la douleur de tête fut un des premiers symptômes qui apparurent. Ainsi, dans ces deux cas, il y a la plus grande ressemblance dans les phénomènes morbides, et la nature de ceux-ci n'est pas modifiée par la différence de siège des lésions.

Une autre circonstance remarquable de cette observation, c'est que le développement de la tumeur ostéo-fibreuse de la dure-mère parut reconnaître pour cause première la chute que, plusieurs années auparavant, l'individu avait faite sur l'occipital.