

CHAPITRE II.

OBSERVATIONS RELATIVES A DES CAS OU LE TROUBLE
DU MOUVEMENT A ÉTÉ LE SEUL SYMPTÔME.

On a dit que, dans tout ramollissement du cerveau, il y avait une époque de la maladie où les membres offraient à des degrés divers le phénomène de la contracture. Nous allons chercher à démontrer, par les observations suivantes, que, bien que très-fréquent, ce phénomène n'est pas constant; et qu'à sa place il peut arriver qu'on trouve, soit une simple paralysie, soit d'autres désordres du mouvement, telles que les convulsions ou une raideur tétanique. Nous commencerons par citer des cas où la contracture a eu lieu d'une manière passagère ou durable.

V^e OBSERVATION.

Ramollissements multiples dans l'hémisphère droit. Contracture du membre thoracique gauche. Affection organique du cœur.

Une femme, âgée de soixante-six ans, entra à l'hôpital avec tous les symptômes caractéristiques d'une maladie du cœur; il y avait ascite et infiltration des membres abdominaux. Au bout de quelques jours on commença à observer des phénomènes étrangers à l'affection de l'appareil circulatoire; la malade nous dit que pendant la nuit elle avait éprouvé de la difficulté à mouvoir les membres du côté gauche. Ils étaient

effectivement privés de tout mouvement volontaire; mais, de plus, l'avant-bras restait fortement fléchi sur le bras, et les doigts, ramenés dans le sens de la flexion, touchaient par leur pulpe la paume de la main; le membre abdominal gauche avait une certaine raideur. La malade disait n'éprouver aucune douleur dans les parties contracturées; la peau de ces parties avait sa sensibilité ordinaire. L'intelligence avait la même netteté que les jours précédents; la parole était libre; le pouls avait de la fréquence. Une saignée de quatre palettes fut pratiquée. Les deux jours suivants, l'état resta le même; la malade n'accusait aucune céphalalgie. Le troisième jour, à dater de l'apparition de la contracture, nous trouvâmes que la dyspnée, habituelle à la malade, avait beaucoup augmenté; dans la soirée, elle était dans un véritable état d'asphyxie, qui la nuit se termina par la mort.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Les méninges ne présentèrent rien de remarquable. Un grand nombre de circonvolutions de l'hémisphère droit étaient transformées à leur superficie en une sorte de bouillie rougeâtre. Plus profondément, dans l'épaisseur de ce même hémisphère, jusqu'au niveau du centre ovale de Vieussens, existaient cinq ou six points où la pulpe cérébrale avait subi un ramollissement semblable à celui des circonvolutions, si ce n'est qu'il était accompagné d'une rougeur moins vive. Chacun de ces ramollissements occupait, terme moyen, un espace qu'aurait rempli une petite noix. Enfin, dans la substance grise de la couche optique et du corps strié on retrouvait encore plusieurs ramollissements, où cette substance était notablement ramollie et d'une couleur lie de vin. Aucune autre lésion appréciable n'existait dans le reste de l'encéphale.

Thorax. Cœur volumineux ; hypertrophie de ses parois et dilatation de ses cavités. Hydrothorax à gauche ; œdème des deux poumons.

Abdomen. Rien de remarquable.

Trois jours seulement se sont ici écoulés entre l'apparition des premiers symptômes du ramollissement cérébral et la mort. Celle-ci est arrivée par le poumon.

La contracture des membres opposés à l'hémisphère malade fut le seul symptôme par lequel se traduisit le ramollissement. La conservation de l'intelligence est ici d'autant plus remarquable, qu'un certain nombre de circonvolutions étaient atteintes. Dans ce cas, du reste, comme dans un des précédents où l'affection fut complètement latente, le ramollissement était comme disséminé en un grand nombre de points du même hémisphère.

Ce cas diffère encore des précédents par la rougeur que présentaient les parties ramollies.

VI^e OBSERVATION.

Ramollissement d'une partie de l'hémisphère droit. Pas d'autres symptômes qu'une contracture permanente du membre thoracique gauche. Tubercules pulmonaires.

Une femme, âgée de soixante-dix-huit ans, entra à la Pitié dans un état de marasme déjà fort avancé ; elle avait une abondante diarrhée, et toussait depuis long-temps. Elle répondait parfaitement bien aux questions qu'on lui adressait ; mais sa volonté ne pouvait imprimer aucun mouvement au membre

thoracique gauche, non plus qu'au membre abdominal du même côté. L'avant-bras restait constamment fléchi sur le bras, et la main, comme contournée et fortement portée dans la flexion, formait un angle aigu avec la face antérieure de l'avant-bras. Le membre abdominal, en résolution complète, n'offrait aucune trace de contracture. Cette femme nous raconta qu'une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital, elle avait été tout étonnée de voir le doigt annulaire et le petit doigt de la main gauche se fléchir brusquement, sans qu'elle pût, avec tous les efforts de sa volonté, les ramener dans le sens de l'extension ; elle n'éprouva rien autre chose pendant deux ou trois jours ; puis toute la main gauche se fléchit avec violence sur l'avant-bras, et bientôt celui-ci à son tour fut entraîné vers le bras ; en même temps le membre abdominal gauche devint engourdi, plus pesant que l'autre, et enfin il se paralysa complètement, mais sans que jamais il fût le siège d'aucune contracture. Du reste, la malade, qui rendait parfaitement bien compte de son état, nous assura qu'elle avait toujours conservé toute sa connaissance, qu'elle n'avait pas eu mal à la tête, et qu'elle n'avait ressenti aucune douleur dans les membres privés de mouvements volontaires, non plus qu'en aucune autre partie du corps. Cette femme présentait, d'ailleurs, tous les signes d'une phthisie pulmonaire ; nous constatâmes chez elle, au sommet du poumon droit, l'existence d'une vaste caverne, circonstance assez remarquable chez un sujet aussi avancé en âge. Le pouls avait habituellement de la fréquence ; mais cette accélération de la circulation pouvait entièrement dépendre de la lésion pulmonaire. Cette femme resta à l'hôpital une vingtaine de jours, pendant lesquels nous la vîmes progressivement dépérir, sans qu'aucun nouveau phénomène apparût du côté du système nerveux. Elle succomba le 22 juillet 1832, à quatre heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE,

Le 22 juillet à neuf heures du matin.

Crâne. Antérieurement le cerveau n'offrait rien de remarquable; les méninges étaient pâles et sans infiltration séreuse: d'assez nombreuses glandes de Pacchioni existaient le long de la grande scissure interlobaire. Les circonvolutions étaient intactes; mais un peu au-dessous d'elles, à l'union des lobes antérieur et moyen de l'hémisphère droit, la substance nerveuse présentait un ramollissement notable, occupant un espace assez grand pour contenir largement une pomme d'api. Aucune injection n'accompagnait ce ramollissement; la portion de substance nerveuse qui avait perdu sa consistance ressemblait, par sa couleur et par sa consistance, à une forte dissolution d'amidon dans de l'eau. Autour du point ramolli, le cerveau n'offrait aucune altération; il n'était pas en particulier plus injecté que de coutume. Les ventricules ne contenaient que peu de sérosité.

Thorax. Le poumon gauche, chargé de matière colorante noire, contenait un grand nombre de tubercules. Ils étaient disséminés au milieu d'un parenchyme parfaitement perméable à l'air, excepté vers le sommet, qui était induré en noir, et qui présentait en même temps une sorte de ratatinement et de froncement des plus remarquables. Dans ce même sommet, plusieurs tubercules étaient passés à l'état crayeux. Par une assez notable exception, aucune adhérence n'unissait ce poumon gauche aux côtés. Le poumon droit leur adhérait au contraire intimement dans toute son étendue. Le lobe supérieur était creusé d'une vaste caverne, dont la paroi supérieure était constituée par une plaque cartilagineuse dévelop-

pée entre le poumon et la plèvre. Le reste du poumon droit était farci de tubercules. Son lobe inférieur offrait une hépatisation rouge très-prononcée. De larges ulcérations existaient à la face antérieure d'un des cartilages thyroïdes, qui était dénudé. Le cœur avait son volume accoutumé; ses cavités étaient remarquables par leur petitesse, à laquelle contribuaient les colonnes charnues très-développées à leur intérieur. Le tissu de ce cœur était ferme et pâle. Un caillot semblable par sa couleur et par sa consistance à de la gelée de groseille, remplissait l'oreillette gauche; partout ailleurs le sang était liquide. Quelques plaques cartilagineuses ou osseuses parsemaient l'aorte. La surface interne de ce vaisseau, ainsi que celle de la veine cave et du cœur, étaient rouges.

Abdomen. La surface interne de l'estomac avait généralement une teinte ardoisée. La membrane muqueuse était partout d'une bonne consistance: les plis nombreux qu'elle présentait étaient surmontés de petites tumeurs mobiles et flottantes, semblables à des végétations polypeuses: elles étaient constituées par un tissu cellulo-muqueux. Elles étaient au nombre de quatorze, et avaient chacune environ le volume d'une noisette. De nombreuses ulcérations remplissaient l'intestin grêle; on en retrouvait plusieurs dans le gros intestin. Les autres organes ne présentaient rien de remarquable.

Dans ce cas, la contracture est encore le seul phénomène auquel donne lieu le ramollissement du cerveau. Elle n'est d'abord que partielle et bornée à deux doigts, puis elle augmente graduellement, sans s'étendre toutefois au membre abdominal; celui-ci n'offre autre chose qu'une simple paralysie. Cette contracture persiste; aucun autre accident nerveux ne vient la compliquer, et c'est, non par le cerveau, mais par

les progrès de l'affection du poumon que la mort survient. L'existence d'une phthisie pulmonaire aussi bien caractérisée chez une femme de soixante-dix-huit ans, n'est pas une des circonstances les moins curieuses de cette observation. Nous noterons aussi comme un fait rare d'anatomie pathologique ces tumeurs comme polypiformes qui faisaient saillie à la surface interne de l'estomac.

VII. OBSERVATION.

Ramollissement occupant à la fois la couche optique et le corps strié d'un côté. Contracture dans les premiers temps, suivie d'une résolution complète des membres. Aucun autre accident cérébral. Anévrisme de l'aorte.

Un homme, âgé de cinquante-trois ans, avait été sujet pendant long-temps à des douleurs rhumatismales, qui occupèrent successivement la plupart des articulations. Deux ans avant son entrée à l'hôpital, il commença à ressentir de violents battements de cœur, et sa respiration devint gênée. Lorsqu'il fut soumis à notre observation, nous reconnûmes facilement l'existence d'une affection organique du cœur : à la région pécordiale, l'oreillette était repoussée avec force ; tout le long du sternum, on entendait un bruit de soufflet très-prononcé. Le pouls était fréquent petit et régulier : il n'y avait eu encore aucune trace d'hydropisie. Vingt jours s'écoulèrent ainsi, lorsqu'un matin le malade nous montra le bras droit qui était fortement contracté. Il nous raconta qu'en se réveillant il avait été tout étonné de ne pouvoir plus étendre la main sur l'avant-bras. Celui-ci était ramené sur le bras, et les doigts, fléchis sur la paume de la main, marquaient sur la peau de cette partie l'impression des ongles. Quelque effort que fit le malade, il ne pouvait pas changer cette position. L'idée d'un ramollissement

du cerveau se présenta sur-le-champ à notre esprit ; nous lui demandâmes s'il souffrait ou s'il avait souffert de la tête ; il nous répondit négativement. Il n'avait pas non plus d'étourdissements, et ses facultés intellectuelles avaient toute leur netteté : une large saignée fut pratiquée, et des vésicatoires furent appliqués aux extrémités inférieures. La contracture persista une partie de la journée ; elle cessa le soir, et le lendemain matin nous trouvâmes les deux membres gauches complètement relâchés, mais paralysés. Pendant les vingt-cinq à trente jours suivants, cette paralysie resta la même ; les membres n'offrirent pas la moindre trace de contracture, et du côté du cerveau aucun nouveau phénomène n'apparut. Cependant la maladie du cœur poursuivait son cours, les membres s'étaient infiltrés, et l'ascite commençait à devenir évidente, lorsque le malade mourut subitement.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Le cerveau ne nous présenta rien de notable jusqu'au niveau de la couche optique et du corps strié du côté gauche. Ces deux corps étaient transformés en partie en une bouillie jaunâtre. La substance nerveuse située autour d'eux participait à ce ramollissement. Rien autre chose de remarquable ne fut rencontré dans l'encéphale.

Thorax. Hypertrophie des parois des deux ventricules, avec rétrécissement notable de la cavité du ventricule gauche ; orifices du cœur libres de tout obstacle.

Depuis son origine, et jusqu'à son entrée dans l'abdomen, l'aorte présente une largeur au moins triple de celle qui appartient à son état normal. Sa surface interne est parsemée de rugosités nombreuses qui sont dues à des plaques cartilagineuses ou osseuses. Vers le milieu de la portion descendante

de l'aorte thoracique, existe une vaste poche anévrismale qui s'est ouverte dans le médiastin postérieur. Celui-ci est rempli d'énormes caillots de sang; de là, la cause de la mort subite. Un peu plus bas, l'aorte est percée d'une autre ouverture, à bords mousses et arrondis, assez large pour admettre une noix. Elle conduit dans une cavité qui aurait pu recevoir un petit œuf de poule; des caillots fibrineux la remplissent; son fond est constitué par le corps de deux vertèbres, dont la substance osseuse est à nu et rugueuse en quelques points. Les parois de cette cavité sont formées par un tissu cellulaire dense qui d'une part adhère aux vertèbres, et d'autre part est fixé au pourtour de la perforation aortique.

Abdomen. Les différents organes qu'il contient ne présentent rien à noter.

Cette observation diffère des deux précédentes en ce que la contracture ne se montra que d'une manière momentanée, et fut bientôt remplacée par une simple paralysie. Celle-ci persista jusqu'à la mort, qui fut due à la rupture de l'anévrysme dont l'aorte thoracique était le siège. Dans ce cas, du reste, comme dans les autres, il est évident, d'après la manière brusque dont se montra la contracture, sans qu'aucun autre accident nerveux précédât la lésion du mouvement, que le ramollissement s'accomplit tout-à-coup. Plus bas nous verrons d'autres cas où la marche de la maladie et ses symptômes nous porteront à penser que c'est peu à peu que s'est formé dans le cerveau le travail morbide qui amène le ramollissement. C'est le premier cas dans lequel nous voyons cette altération avoir son siège au sein de la couche optique et du corps strié.

VIII^e OBSERVATION.

Ramollissement d'un des lobes postérieur et moyen d'un des hémisphères.
Contracture au début. Alternative de contracture et de simple paralysie pendant le cours de la maladie. Gastro-entérite chronique.

Une femme, âgée de trente-sept ans, était sujette, depuis sa première jeunesse, à un dévoiement presque continuel. Depuis long-temps aussi elle avait des digestions pénibles; par intervalles elle toussait un peu. Lorsque nous la vîmes pour la première fois, elle était pâle et maigre; la circulation n'était pas troublée. Mais deux mois avant son admission à l'hôpital, elle avait commencé à éprouver un phénomène singulier: de temps en temps le petit doigt et le doigt annulaire de la main gauche se portaient avec force, sans que la volonté de la malade pût l'empêcher, vers la paume de la main. Cette contracture partielle durait depuis un quart d'heure jusqu'à deux heures, puis elle cessait. Pendant le premier mois, elle revenait seulement tous les trois ou quatre jours; et aucun autre accident nerveux ne l'accompagnait. Au commencement du deuxième mois, tous les doigts commencèrent à se fléchir, par intervalles aussi, sur la paume de la main, et bientôt après la main elle-même se contracta de telle sorte qu'elle faisait avec l'avant-bras un angle aigu dans le sens de la face antérieure de celui-ci; elle était en même temps contournée de telle sorte que la paume de la main, au lieu d'être située sur un même plan que la face antérieure de l'avant-bras, regardait au contraire en dehors. Cette double contracture des doigts et de la main, passagère d'abord, était devenue permanente, lorsque la malade fut soumise à notre observation. Jusque là les mouvements de l'avant-bras lui-même n'avaient été nullement altérés; mais

bientôt nous le vîmes se fléchir aussi sur le bras, par intervalles d'abord, puis d'une manière continue, Mais, chose remarquable! lorsque la contracture de l'avant-bras fut bien établie, celle des doigts diminua, puis cessa entièrement, et en même temps celle de la main devint moins forte. Pendant quinze jours la contracture de l'avant-bras fut constante; au bout de ce temps elle diminua à son tour, et fut enfin remplacée par une simple paralysie. Depuis long-temps celle-ci existait dans le membre abdominal gauche. Pendant huit jours nous n'observâmes autre chose qu'une hémiplegie sans trace de contracture; puis celle-ci reparut. Dès lors le membre thoracique gauche se montra alternativement, tantôt en résolution complète, tantôt contracturé. La contracture portait tour-à-tour ou à la fois sur les doigts, sur la main, sur l'avant-bras. Trois ou quatre fois la jambe se fléchit violemment sur la cuisse. Du reste, conservation de la sensibilité dans les membres gauches; aucune douleur, aucune céphalalgie, aucun trouble de l'intelligence. Cependant la diarrhée devint de plus en plus considérable; une large escharre se forma au sacrum, et la malade succomba sans avoir présenté de nouvel accident du côté du cerveau.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien par un peu de sérosité transparente; deux cuillerées à café de cette même sérosité dans les ventricules latéraux. Les lobes postérieur et moyen de l'hémisphère droit sont transformés, dans les deux tiers de leur étendue, en une bouillie jaunâtre au sein de laquelle ne se dessine aucun vaisseau, ne se montre aucun épanchement sanguin. Ce ramollissement commence à un pouce environ au-dessous des circonvolutions de la con-

vexité: il se prolonge à peu près jusqu'au niveau de la couche optique, sans l'intéresser; en avant, il se termine à l'union des deux tiers postérieurs avec le tiers antérieur de la couche optique; en arrière, il arrive presque jusqu'à la périphérie du cerveau.

Thorax. Quelques tubercules miliaires, entourés d'un parenchyme très-sain, sont disséminés dans le lobe supérieur du poumon gauche: on n'en trouve aucun dans le droit. Le cœur et ses annexes n'offrent rien de remarquable.

Abdomen. La surface interne de l'estomac a une teinte ardoisée dans les trois quarts de son étendue. La muqueuse gastrique a une grande épaisseur et une consistance plus grande que celle de son état normal. Les villosités du duodénum et du commencement du jéjunum sont teintes en noir. De nombreuses ulcérations à fond noir, à bords élevés, parsèment la membrane muqueuse de l'iléum; on en retrouve quelques-unes dans le cœcum et dans le commencement du colon. Les ganglions mésentériques sont volumineux, et quelques-uns contiennent de la matière tuberculeuse. Le foie est pâle, friable, il graisse le scalpel. Rien de remarquable dans les autres organes.

Dans les observations qui ont précédé celle-ci, nous avons vu d'abord la contracture persister pendant tout le cours de la maladie; nous avons vu ensuite d'autres cas dans lesquels, se montrant seulement au début, elle a été remplacée par une simple paralysie. Dans l'observation présente, les choses se passent encore autrement: c'est encore par la contracture que commence la lésion du mouvement; la paralysie lui succède, puis ces deux phénomènes alternent et se montrent tour-à-tour. Une autre circonstance remarquable de cette observation,

c'est que dans les premiers temps la contracture ne se montra que par intervalles, et entre ceux-ci les membres reprenaient toute l'intégrité de leurs mouvements. Dans ce cas, d'ailleurs, comme dans tous ceux que nous avons jusqu'à présent cités, le siège principal ou unique de la contracture était le membre thoracique; le membre inférieur cependant participait à la lésion du mouvement; mais souvent il n'était que paralysé.

Dirai-je maintenant un mot de l'affection chronique à laquelle, depuis long-temps, le malade était en proie? Cette affection suivit une marche inverse de sa marche ordinaire. Le tube digestif fut atteint le premier, ou du moins il manifesta le premier des symptômes, et dans le poumon, au contraire, la lésion ne semblait que commencer. Avec si peu de désordres dans l'appareil respiratoire, le foie avait cependant subi déjà la dégénération graisseuse. Notez que le sujet de cette observation était une femme.

IX^e OBSERVATION.

Ramollissement du lobe moyen d'un des hémisphères. Hémiplegie sans complication d'aucune contracture.

Un ancien tailleur, âgé de soixante-trois ans, entra à l'hôpital avec un ictère et une ascite, dont la cause nous parut résider dans une affection du foie. Cet homme, déjà émacié, s'avancait lentement vers une terminaison fatale, lorsqu'un jour il se plaignit d'une pesanteur singulière et d'un engourdissement dans les membres supérieur et inférieur du côté gauche. De ce côté, il ne pouvait serrer les objets avec la main que beaucoup moins fortement. Essayait-il de marcher, il lui semblait qu'un poids de cinquante livres (c'étaient ses

expressions) retenait à terre son pied gauche. Il n'avait, d'ailleurs, aucune céphalalgie, aucun étourdissement, aucun signe, en un mot, de congestion cérébrale. Pendant les six semaines suivantes, le mouvement se perdit de plus en plus dans les membres gauches, et enfin l'hémiplegie fut complète. Deux mois environ après que les premiers signes de paralysie se furent montrés, la langue se sécha, du dévoiement s'établit, et bientôt le malade succomba. Jusqu'à l'instant de la mort, nous ne remarquâmes d'autre accident du côté du système nerveux qu'un état obtus de l'intelligence, qui ne survint qu'en même temps que la langue se sécha. Nous nous assurâmes bien qu'à aucune époque il n'y avait eu de contracture.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Un peu au-dessus du centre ovale de Vieussens, et à une distance à peu près égale de ses extrémités antérieure et postérieure, l'hémisphère droit présente un ramollissement qui occupe un espace capable d'admettre une noix ordinaire. Ce ramollissement est d'un blanc grisâtre. Aucune autre altération appréciable n'existe dans les centres nerveux. Les ventricules ne contiennent qu'une médiocre quantité de sérosité.

Thorax. État sain des organes qu'il renferme.

Abdomen. Sérosité citrine dans le péritoine. Foie en cirrhose. Pointillé rouge vif de la membrane muqueuse de l'estomac vers le grand cul-de-sac. Injection assez notable d'un grand nombre d'anses intestinales, et de plusieurs points du colon.

Voilà un cas bien tranché, dans lequel il n'est plus du tout question de contracture. Une paralysie qui s'établit lentement,