

huit à neuf jours environ survint une seconde attaque, qui, elle encore, rappelait, par ses symptômes, plusieurs de ceux de l'épilepsie. Cette seconde attaque fut mortelle. Rien, dans ce cas, n'aurait certainement pu faire prévoir le siège de l'altération qui causait tous ces symptômes; ici même manquait cette céphalalgie occipitale dont nous avons constaté l'existence dans les observations I et II.

IV. OBSERVATION.

Douleur occipitale; agitation comme convulsive des membres; gêne de la respiration. Ramollissement de l'hémisphère gauche du cervelet.

Un palefrenier, dont l'âge précis n'a pas été noté, mais qui n'avait pas quarante ans, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il fut pris d'un violent mal de tête accompagné d'étourdissements; une saignée, pratiquée deux jours après l'invasion de ces accidents, les diminua sans les enlever, et il resta, les quinze jours suivants, avec de la céphalalgie, quelques vertiges et un sentiment de faiblesse qui l'empêchait de travailler comme de coutume; son appétit était aussi un peu diminué. Au bout de ce temps, un état plus grave survint tout à coup: la douleur, qui jusqu'alors avait occupé toute la tête, se concentra vers l'occiput et devint en même temps beaucoup plus vive; le malade s'alita, et, après avoir été de nouveau saigné, il fut transporté à la Maison royale de Santé, où nous constatâmes chez lui l'état suivant:

Il répondait avec une certaine difficulté aux questions, comme un homme qui ne comprend que péniblement ce qu'on lui dit. Du reste, ses réponses étaient justes. Les détails précédents ne purent nous être transmis par lui. Lorsqu'on lui demandait où

il souffrait, il portait sa main à l'occiput, et plus particulièrement vers la partie gauche de cet os, il remuait avec une égale facilité ses quatre membres, et la sensibilité n'y était point modifiée. La vue était beaucoup plus faible à droite qu'à gauche; il n'y avait pas cependant de différence entre les deux pupilles. Le pouls n'avait pas de fréquence. Trente sangsues furent appliquées au bas de l'occipital, et un apozème purgatif fut administré.

Les trois jours suivants, le malade fut dans un état continuuel d'agitation; les mouvements des membres, à droite comme à gauche, étaient parfois tellement brusques et désordonnés, qu'ils ressemblaient à des mouvements convulsifs; il se plaignait continuellement de sa tête, et portait sans cesse ses mains vers l'occiput. La respiration, calme le premier jour, devint singulièrement gênée; elle s'exécutait par des mouvements comme saccadés, et il semblait que les muscles chargés de l'accomplir participassent à l'agitation convulsive de ceux des membres. Bientôt le malade arriva ainsi à un véritable état d'asphyxie au milieu de laquelle il succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Injection générale des méninges. Rien de particulier dans les hémisphères cérébraux; médiocre quantité de sérosité dans leurs ventricules. Ramollissement rougeâtre de l'hémisphère gauche du cervelet dans sa moitié postérieure et inférieure. Aucune lésion ailleurs.

Voilà un cas dans lequel le ramollissement du cervelet se présente à nous avec des symptômes bien différents, à certains égards, de ceux notés dans les trois observations précédentes.

Ici il n'y a plus de paralysie, et la seule modification que présente le mouvement, c'est cette agitation singulière et désordonnée des membres, des droits comme des gauches. Mais ici encore nous retrouvons la douleur occipitale qui existait aussi dans les observations I et II, et, de plus, la vision est affaiblie dans l'œil opposé au lobe cérébelleux malade, fait important, parce que nous le retrouvons dans plusieurs cas d'affection du cervelet. Un autre phénomène bien digne de remarque, ce fut sans doute la gêne de la respiration; y eut-il là une influence directe exercée sur cette fonction, ou du moins sur les muscles qui servent à l'accomplir, par l'état morbide du cervelet?

Remarquons enfin le long prodrôme de la maladie. Il n'avait rien de spécial; il ne pouvait pas plus faire prévoir une maladie du cerveau que celle d'un autre organe; il ressemblait beaucoup, par exemple, à celui qui précède l'invasion d'un assez grand nombre de fièvres dites typhoïdes.

Les quatre observations qu'on vient de lire ont une grande analogie avec celles qui ont déjà été publiées par divers auteurs, et les différences qu'elles nous ont présentées sous le rapport de la nature des symptômes se retrouvent aussi dans ces dernières. On va en juger par l'analyse que nous allons en faire; elle portera sur treize cas, dont quatre nous appartiennent (ce sont les précédents), et dont les neuf autres ont été recueillis par différents observateurs (1).

Dans ces treize cas, l'intelligence a présenté les états sui-

(1) Parent-Duchâtelet et Martinet, *Traité sur l'Arachnitis*, p. 420. — Rostan, *Ramollissement du Cerveau*, 2^e édit., p. 443. — Lallemand, *Maladies de l'Encéphale*, lettre 2, p. 34; lettre 5, p. 330. — Serres, *Anatomie du Cerveau*, tom. II, p. 616 (deuxième observation). — Chambeyron, *Thèse*. — Dany, *Mémoires de Médecine militaire*, tom. XXII, n. 379. — Monod, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1828, tom. III, p. 74.

vants. Plusieurs fois elle s'est conservée toujours intacte. Une fois, intacte d'abord, elle s'est troublée vers la fin, et du délire est survenu pendant les dernières vingt-quatre heures; mais dans ce cas, qui fait le sujet de notre observation I, on trouva à l'ouverture du corps une vive injection des méninges et de la substance cérébrale. Deux autres fois, l'intelligence, sans se perdre, s'est montée obtuse; c'est ce qui a eu lieu chez le sujet de notre quatrième observation, et dans un autre cas cité par M. Monod. Trois autres fois la maladie a commencé par une perte subite de connaissance. Une autre fois enfin, c'est quelques jours après l'invasion d'une fièvre continue que le malade est tombé dans le coma (1).

Dans deux cas, la parole elle-même a été altérée. Elle n'était pas perdue, mais simplement difficile chez le malade dont M. Monod nous a transmis l'histoire; elle était, au contraire, complètement perdue dans un cas cité par M. Lallemand, et dans ce cas cependant le cervelet était la seule partie des centres nerveux qui fût altérée d'une manière appréciable.

Tandis que les altérations de l'intelligence ont été variables, inconstantes, et de peu d'importance, les lésions du mouvement au contraire ont été observées dans tous les cas, excepté dans un seul; et encore dans ce cas il n'est pas bien sûr que le mouvement n'ait été en aucune façon lésé: il y est dit que le malade tomba dans le coma; mais on ne paraît pas s'être assuré de l'état des membres (2), et d'ailleurs cette observa-

(1) Observation de M. Dany (*Mémoires de Médecine milit.*, loc. cit.).

(2) Voici ce cas: cinq mois environ après avoir fait une chute sur le front, un homme de vingt-neuf ans ressent dans la région frontale et dans l'oreille du côté gauche de vives douleurs, et en même temps un mouvement fébrile intense s'établit. Pendant quatre jours, malgré plusieurs émissions sanguines, et autres moyens, les mêmes symptômes persistent. Le cinquième jour, le

tion laisse quelques doutes sur la nature même de l'altération du cervelet.

Il reste donc douze cas, sur ces treize, dans lesquels il y a une altération évidente du mouvement.

Dans deux cas, cette altération a consisté dans une sorte d'agitation convulsive des membres, cette agitation étant égale à droite et à gauche; l'un de ces cas fait le sujet de notre quatrième observation, l'autre a été relaté par le docteur Mopod (1).

Enfin dans les dix autres cas, on a constaté l'existence d'une

malade tomba subitement dans un état comateux. Le pouls devint petit et faible, le visage se décolora, la langue n'exécute plus qu'imparfaitement ses mouvements, et les sons ne s'entendent ainsi qu'à peine et confusément. Les vésicatoires à la nuque et aux aines, les sinapismes aux pieds, les lavements irritants, n'eurent que des effets momentanés. Le malade ne sortait qu'à de rares intervalles de son assoupissement, et y retombait bientôt après.... Il portait souvent la main aux testicules.... Il expira dans un coma profond après quatorze jours de maladie.

A l'ouverture du corps, on trouva les vaisseaux des méninges fortement injectés, les ventricules distendus par beaucoup de sérosité. Les fosses moyennes et latérales de la base du crâne étaient remplies de pus. La moitié du lobe gauche du cervelet était désorganisée, et la dure-mère correspondante présentait une perforation vis-à-vis de laquelle les os du crâne étaient cariés. (Obs. du docteur Dany déjà citée.)

(1) L'individu qui fait le sujet de l'observation de M. Monod était un homme âgé de quarante-quatre ans, qui entra à l'hôpital Saint-Louis pour une fracture comminutive de la jambe gauche, avec saillie des fragments au travers de la peau. Cet accident avait été causé par la chute d'une solive qui avait en même temps frappé violemment l'occiput, et y avait déterminé une petite plaie contuse; celle-ci ne tarda pas à se cicatriser. Peu de temps après l'entrée de ce malade, on s'aperçut que la vue était plus faible à droite qu'à gauche, et qu'il y avait un commencement de strabisme à droite. Plus de trois ans s'étaient écoulés sans que la fracture fût encore consolidée; autour d'elle existait une suppuration abondante, lorsque le 26 janvier le malade

paralysie soit simple, soit avec contracture des parties privées de mouvement volontaire.

Sur ces dix cas, la lésion du mouvement s'est montrée neuf

commença à se plaindre de la tête et en particulier d'une douleur fixe à l'occiput.

M. Monod vit le malade pour la première fois le 28 janvier; l'occiput était le siège d'une douleur très-aiguë; le regard était fixe et les paupières élevées et presque immobiles. L'œil droit était injecté, et le malade en voyait moins bien que du gauche. La tête, penchée en avant, reposait sur la poitrine. Le malade était maintenu presque sur son séant par un grand nombre d'oreillers entassés derrière son dos, position qu'il avait désirée. Ses réponses étaient fort justes, mais fort lentes, et la parole était difficile. *Les membres avaient conservé le sentiment et le mouvement*, le pouls était faible et petit.

Le 30, les pupilles sont fortement contractées, la difficulté de parler augmente; le malade se plaint, pousse des gémissements continuels. La tête est toujours dans la même position, et *trop pesante*, dit le malade, pour pouvoir être relevée. Délire par intervalle.

Le 31, les paupières sont fermées, la pupille droite un peu plus dilatée que la gauche. La vue est éteinte et la parole presque impossible. Ce malade néanmoins comprend ce qu'on lui dit et *exécute les mouvements qui lui sont commandés*; il agite continuellement ses bras et ses jambes. La respiration est pénible, parfois stertoreuse; le pouls est fréquent, très-petit et régulier. Mort dans la nuit du 31 janvier au 1^{er} février.

OUVERTURE DU CADAVRE.

La calotte du crâne ayant été enlevée, on trouva les membranes parfaitement saines; la substance du cerveau était considérablement injectée et piquetée. Le lobe gauche du cervelet, qui à sa face supérieure semblait sain, était réduit en bouillie dans ses deux tiers postérieurs et inférieurs. La portion ramollie reposait dans la fosse occipitale inférieure; l'arachnoïde qui la recouvrait était détruite; la dure-mère correspondante, d'un rouge brunâtre à sa face interne, était décollée de l'occiput. La bouillie résultant du ramollissement était d'une couleur grise-rougeâtre; on y voyait beaucoup de petits caillots.

Aucune autre lésion n'existait dans les centres nerveux (loc. cit.),

fois dans les membres du côté opposé à l'hémisphère cérébelleux où avait lieu le ramollissement, une seule fois elle est notée comme ayant eu lieu du même côté que ce ramollissement. L'observation qui relate ce cas exceptionnel a été publiée par M. Rostan. L'individu qui en fait le sujet était une femme, âgée de soixante-trois ans, qui entra à l'infirmerie de la Salpêtrière pour être traitée d'une pneumonie à laquelle elle succomba. Cette femme avait depuis long-temps le bras droit contracturé, et elle ne pouvait exécuter avec lui aucun mouvement; les trois autres membres avaient conservé leurs mouvements naturels. Cette paralysie s'était établie peu à peu, et avait été précédée d'un engourdissement qui avait occupé successivement la main, l'avant-bras et le bras. L'ouverture du cadavre ne montra dans les centres nerveux d'autre altération que la suivante : la partie inférieure du lobe droit du cervelet offrait, près de la protubérance annulaire, un enfoncement produit par une exostose qui occupait la partie correspondante de l'os pierreux du temporal et de la portion de l'occipital qui s'articule avec elle..... La substance du cervelet en contact avec cette exostose était *ramollie* (1).

Est-ce en raison de son siège particulier que, dans ce cas, le ramollissement du cervelet a donné lieu à une paralysie du même côté que lui, ou bien ne peut-on pas se demander si la lésion du cervelet était réellement ici la cause de la paralysie? car le canal vertébral n'a pas été examiné. Or, n'aurait-il pas pu se faire qu'une autre exostose se fût développée sur un point des parois de ce canal, et qu'en comprimant la portion droite de la moelle épinière, elle eût été la véritable cause de la paralysie du bras droit?

(1) *Loc. cit.*

Dans tous ces cas, d'ailleurs, la paralysie a envahi le plus souvent les deux membres d'un côté à la fois. Tantôt elle s'est établie subitement, tantôt, au contraire, elle a commencé par un léger affaiblissement des membres, qui a augmenté progressivement.

La paralysie des membres n'a été que très-rarement accompagnée de la paralysie d'autres parties du corps : une fois seulement on a noté une paralysie de la face qui avait lieu au même côté que celle des membres. Comment ce fait pourrait-il être expliqué par nos connaissances actuelles en anatomie? L'observation dans laquelle il est question de cette paralysie a été publiée par M. Lallemand (1). L'individu qui en fait le sujet perdit subitement connaissance : revenu à lui, il avait une hémiplegie droite, et la commissure des lèvres était déviée à gauche. On trouva un ramollissement de la substance blanche des lobes gauches du cervelet, et pas d'autre lésion.

Le strabisme a été signalé dans un seul cas; il avait lieu du côté opposé au ramollissement (2).

La sensibilité a présenté plusieurs altérations, mais dont aucune n'a été constante.

D'abord plusieurs malades ont accusé une douleur dont le siège correspondait exactement à celui de la lésion; cette douleur avait son siège à l'occiput; mais elle a complètement manqué dans plus d'un cas.

La sensibilité cutanée a offert la même inconstance d'altération que dans les cas de ramollissement des hémisphères cérébraux; tantôt elle était abolie, et quelquefois plus vive que de coutume; tantôt elle était conservée à son état normal. Dans

(1) *Loc. cit.*, lettre 2, p. 134.

(2) Monod, *loc. cit.*

le cas où il existait un état comateux, toute la peau était insensible; hors ces cas, la perte de sensibilité ne se montrait que dans les membres paralysés.

Une seule fois l'on a observé cette même insensibilité de la conjonctive que l'on remarque dans les cas d'affection de la cinquième paire de nerfs; en même temps, dit M. Lallemand, auquel on doit la connaissance de ce fait, l'œil était comme flétri (1). Quel lien unit donc à la cinquième paire certaines fibres du cervelet?

La digestion, la circulation, les différentes sécrétions n'ont présenté rien de notable. La respiration a offert, dans quelques cas, une modification remarquable; notre observation IV en fournit un exemple.

Quant aux organes génitaux, il n'est question d'eux que dans un seul des treize cas sur lesquels porte notre analyse. Ce cas est celui qui a été publié par M. Dany; le malade, dit ce médecin, *portait sans cesse la main aux testicules, bien que ces organes ne présentassent aucune trace de souffrance* (2).

Dans tout ce que nous venons de dire, il n'a encore été fait mention que des cas dans lesquels un des lobes latéraux du cervelet était seul ramolli. Étudions maintenant les cas dans lesquels le ramollissement a frappé la totalité du cervelet. Trois cas de ce genre, à notre connaissance, ont été seulement publiés. Voici ce qu'ils ont présenté de particulier.

Dans l'un de ces trois cas, publié par le docteur Ménard (3), l'individu, qui était un enfant âgé de quatorze mois, fut pris

(1) Lallemand, lettre 2, p. 134.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Revue médicale*, tom. I, p. 388.

d'accès épileptiformes, au milieu desquels il succomba. Pendant la durée de sa maladie, on observa que le pénis était dans un état de demi-érection. Le cervelet était ramolli et diffusé à sa base, à droite comme à gauche. Mais le même ramollissement avait frappé la partie supérieure de la moelle épinière.

Dans le second cas, rapporté par le docteur Cafford (1), on observa un délire érotique, et le phénomène de l'érection. L'auteur de cette observation dit, sans plus de détail, que la substance grise du cervelet était partout ramollie. Était-ce seulement la substance grise extérieure?

Enfin, dans le troisième cas, publié par le docteur Petiet (2), des phénomènes tout différents eurent lieu. Le malade présentait une singulière tendance à reculer; lorsqu'il était assis, il ne se levait qu'avec beaucoup de peine; une fois qu'il était debout, le premier mouvement de ses pieds avait lieu sur les parties latérales, sans sortir du point où il était. Pour changer de place, il portait les pieds de devant en arrière; il assurait qu'une puissance irrésistible le forçait à marcher à reculons. Dans ce cas, la lésion du cervelet était beaucoup plus considérable que dans les deux précédents; il était transformé, *en totalité*, en une bouillie blanchâtre, où l'on ne découvrait plus aucune trace d'organisation.

Il nous reste à parler d'un autre cas: c'est celui où le ramollissement n'a pour siège que le lobe médian du cervelet. Nous ne connaissons qu'un cas de ce genre; il a été rapporté par Dance (3); et encore, dans ce cas, le ramollissement qui

(1) *Archives générales de Médecine*, tom. XXII, p. 135.

(2) *Journal de Physiologie expérimentale*, etc., tom. VI.

(3) *Mémoire sur l'Hydrocéphale aiguë*, dans les *Archives de Médecine*, janvier 1830.

occupait la moitié droite de l'éminence vermiculaire supérieure avait aussi envahi la portion correspondante du mésocéphale; il n'y eut, dans ce cas, aucun symptôme spécial; le malade mourut dans un état apoplectique.

Ainsi, les désordres fonctionnels auxquels donne lieu le ramollissement du cervelet varient en raison de l'étendue plus ou moins grande de ce ramollissement, et de la diversité même des points qu'il affecte.

SECTION TROISIÈME.

OBSERVATIONS SUR DES PRODUITS ACCIDENTELS DÉVELOPPÉS DANS LE CERVELET.

I.^o OBSERVATION.

Kyste rempli de pus au centre de l'hémisphère gauche du cervelet. Douleur au bas de l'occiput. Paralyse avec contracture des membres droits. Convulsions par intervalles. Intelligence libre.

Une fille, âgée de dix-neuf ans, était paralysée de tout le côté droit du corps, lorsqu'elle fut admise à l'hôpital Cochin, dont nous faisons momentanément le service. Le membre supérieur, frappé de paralysie, était en même temps fortement contracturé, et la malade y éprouvait, de temps en temps, de vives douleurs. Elle ressentait aussi, vers la partie supérieure de la nuque, des élancements très-pénibles, qui revenaient comme des espèces d'attaques. Dans leur intervalle, elle éprouvait, vers la même partie, une douleur sourde, qui lui semblait diminuer lorsqu'elle inclinait la tête en avant et un peu à gauche; aussi conservait-elle habituellement cette position. Elle nous dit qu'elle avait commencé d'abord par souffrir de la partie postérieure de la tête, et qu'un peu plus tard seulement ses membres droits avaient perdu la faculté de se mouvoir. Tout cela remontait à cinq semaines environ. L'intelligence était parfaitement nette.