

---

## DIX-NEUVIÈME LEÇON

### DE LA NÉVROPATHIE SATURNINE

---

Importance de l'exploration thermométrique au point de vue du diagnostic.  
— Histoire d'un malade atteint d'accidents cérébro-spinaux. — Diagnostic de la méningite cérébro-spinale et de la névropathie saturnine.  
Des accidents spinaux dans la névropathie saturnine. — Insuffisance du terme *encéphalopathie*.  
Des formes de la névropathie saturnine. — Pronostic. — Traitement.  
Du mode pathogénique des accidents nerveux de l'intoxication saturnine.

MESSIEURS,

Dans nos conférences sur la pneumonie j'ai insisté à plusieurs reprises sur l'utilité de l'exploration thermométrique; je vous ai montré que cette méthode d'observation permet de saisir les moindres caractères du mouvement fébrile, qu'elle révèle avec une précision rigoureuse la marche naturelle des fièvres et des phlegmasies, et qu'elle fournit ainsi des indications importantes au pronostic et au traitement. Je veux vous faire voir aujourd'hui que cette méthode n'est pas moins utile au diagnostic, et qu'il est des cas où elle peut seule le donner; le fait dont je vais vous entretenir est à cet égard des plus frappants et des plus instructifs; intéressant en lui-même en raison du complexe pathologique un peu insolite qu'il a présenté à l'observation, il a eu cette utilité particulière de démontrer aux plus incrédules l'import-

tance pratique de l'emploi du thermomètre. Sans cet instrument, le diagnostic d'emblée était impossible; la marche de la maladie l'eût révélé ultérieurement, c'est vrai, mais peut-être eût-il été un peu tard dans l'intérêt du malade.

Il y a trois jours, je trouve un matin, au n° 20 de la salle Saint-Charles, un homme de vingt-trois ans qui avait été apporté la veille au soir sans connaissance. Au moment de la visite, le coma persistait encore, la face était rouge et animée, la respiration stertoreuse, la peau était chaude et couverte de sueur. En excitant fortement cet individu, on parvenait à le tirer de son état comateux: il avait alors le regard expressif et intelligent, les pupilles égales et contractiles, mais à toutes les questions qu'on lui adressait il ne répondait qu'en se plaignant d'un violent mal de tête; dès qu'on cessait de lui parler, il retombait dans sa torpeur. Couché dans le décubitus dorsal, il présentait des mouvements automatiques extrêmement curieux; à chaque instant il exécutait un mouvement complet de déglutition; ce phénomène se reproduisait toutes les deux ou trois secondes, et il était toujours accompagné d'une projection de la tête qui se soulevait au-dessus de l'oreiller en se portant en avant. Ces mouvements automatiques étaient d'une régularité parfaite, et ils se produisaient avec les mêmes caractères durant le coma et pendant les instants de réveil. Les membres supérieurs étaient contracturés et fléchis des deux côtés dans l'articulation du coude; mais le malade les agitait incessamment avec une liberté et une énergie qui ne laissaient pas de doute sur l'intégrité parfaite de la motilité. Dans les membres inférieurs, la contracture était

beaucoup moins marquée; elle existait cependant des deux côtés et apparaissait nettement dans les mouvements passifs que nous imprimions aux jambes; en revanche, l'inertie des membres abdominaux contrastait avec l'activité motrice des membres supérieurs; le malade les laissait dans la position où nous les placions, il n'exécutait avec eux aucun mouvement spontané, il était impuissant à nous obéir; ses jambes étaient aussi complètement inertes que chez un paraplégique. La plante des pieds était le seul point dont l'excitation artificielle produisit des mouvements réflexes. — A la région hypogastrique, nous trouvions une tumeur ovoïde qui remontait presque jusqu'à l'ombilic; la palpation et la percussion montraient que cette tumeur était formée par la vessie distendue; elle s'affaissa par le cathétérisme, qui donna issue à plus d'un litre d'urine, il était clair que cet homme n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures au moins; l'urine, d'ailleurs, ne contenait ni albumine, ni sucre. — Enfin, l'ouïe et la vue étaient intactes, et la sensibilité cutanée n'était troublée que dans les membres inférieurs, mais là elle était perdue dans tous ses modes jusqu'au pli de l'aîne, les résultats de l'exploration étaient positifs, malgré l'état de somnolence dans lequel le malade était plongé, car les mêmes attouchements qui sur le bras, le tronc ou la figure, éveillaient son attention, restaient inaperçus quand ils portaient sur les membres abdominaux, et des excitations très-douloureuses ne provoquaient pas le moindre changement dans l'expression du visage.

En résumé, coma léger, intelligence et organes des sens intacts, mouvements automatiques du pharynx et du cou, contracture des membres supérieurs, immobilité et

insensibilité des membres inférieurs, rétention d'urine, voilà ce que nous montrait l'observation directe. Quant aux renseignements anamnétiques, nous n'avons que ceux qu'avaient donnés aux gens de service les personnes qui avaient amené ce malade. Voici ce qu'on racontait. Depuis plusieurs semaines cet homme se plaignait de maux de tête; quatre jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris subitement d'un accès de délire et il s'était enfui de chez lui; le lendemain il était revenu épuisé par la faim et par la course vagabonde qu'il avait fournie; son délire était passé et il avait raconté qu'il avait marché toute la journée et toute la nuit dans des rues, puis sur une grande route; il était resté ainsi dans un état d'affaissement pendant deux jours; dans la matinée qui a précédé son arrivée dans notre service, il avait été pris de convulsions qui se sont reproduites plusieurs fois, et vers le soir il avait perdu connaissance. C'est alors que ses parents s'étaient décidés à l'amener à l'hôpital.

Dans cette situation il n'était pas difficile de déterminer le siège organique des accidents éprouvés par cet homme. L'accès de délire et le coma indiquaient que le cerveau était intéressé; les mouvements automatiques de déglutition, qui étaient parfaitement réguliers quant à leurs caractères propres, et dont la production seule était anormale, montraient la participation de la moelle allongée au désordre pathologique; la contracture des membres supérieurs, la paralysie des membres inférieurs et la rétention d'urine apprenaient que la moelle était touchée dans la plus grande partie de sa longueur. Remarquez, en effet, que ces symptômes ne pouvaient être rapportés au trouble de l'innervation cérébrale; leur forme bilaté-

rale, l'opposition entre la motilité des bras et l'akinésie des jambes dénotaient que ces phénomènes étaient sous la dépendance directe de la moelle. L'anesthésie, limitée aux membres inférieurs, imposait également cette conclusion; car l'intégrité de la sensibilité du tronc et des bras, la conservation de la sensibilité spéciale de l'ouïe et de la vue ne permettaient pas d'admettre un défaut d'activité dans les organes de la perception cérébrale; si donc les impressions portées sur les membres inférieurs n'étaient pas perçues, c'est qu'elle n'arrivaient pas au cerveau; conséquemment, la cause de l'anesthésie était dans la moelle ou dans les nerfs périphériques; mais comme les mouvements réflexes étaient conservés, cette dernière hypothèse n'était pas acceptable, et l'anesthésie des membres inférieurs devait nécessairement être rapportée à un désordre fonctionnel ou matériel de la moelle.

L'interprétation des symptômes nous montrait donc que nous avions affaire à une maladie portant sur la totalité du système cérébro-spinal, et déterminant, ici des phénomènes d'excitation, là des phénomènes de paralysie; les renseignements qui nous étaient donnés nous apprenaient en outre que cette affection avait frappé d'abord le cerveau et que la moelle n'avait été intéressée qu'en second lieu.

Mais quelle était cette maladie? C'est là ce qu'il fallait maintenant déterminer, et la question n'était pas sans obscurité.

Tandis que je réfléchissais sur l'état de cet homme, j'entendais parler autour de moi de méningite cérébro-spinale; et ce diagnostic, qui cadrait parfaitement avec les symptômes observés, avait encore pour lui l'état du

pouls, qui battait 100 fois par minute, l'animation de la face et la chaleur apparente de la peau. Pour moi, je ne pouvais me décider aussi vite; l'absence de phénomènes pupillaires et de douleurs rachidiennes à la percussion, ces accès convulsifs que je n'avais pas vus, la rareté même de la méningite cérébro-spinale spontanée et sporadique, tout cela me commandait une prudente réserve. Ce diagnostic, en tous cas, ne pouvait être admis que par exclusion, et après épuisement de la série des possibilités.

Or, en présence de ces névropathies qui éclatent soudainement chez l'homme, il faut toujours penser non-seulement aux maladies inflammatoires des centres nerveux, mais aussi aux intoxications qui les simulent parfois de la manière la plus complète; chez la femme, vous le savez, il y a une alternative de plus, c'est l'hystérie. Les résultats négatifs de l'examen de l'urine chez notre malade nous autorisaient à ne pas nous préoccuper de l'intoxication urémique; nous étions parfaitement en règle de ce côté-là. Mais la lecture de la pancarte de cet homme, précaution qui, pour le dire en passant, ne doit jamais être négligée, m'avait appris une particularité que les renseignements donnés m'avaient laissé ignorer: cet individu était peintre en bâtiments; et cette circonstance nous imposait l'obligation de discuter à fond la possibilité d'une autre intoxication, savoir: la névropathie saturnine. Je vous dirai même que si l'état du malade avait exactement répondu à la forme commune de l'encéphalopathie produite par le plomb, la discussion eût été superflue; chez un homme qui est pris d'accidents cérébraux, tandis qu'il est exposé à l'action du plomb, le bon sens clinique, guide qui en vaut bien un autre,

commande de rapporter les phénomènes à l'intoxication, et de ne pas recourir à l'hypothèse d'une méningite spontanée. Mais dans ce cas, et pour des raisons que je vais vous exposer, la conclusion ne pouvait être aussi prompte, et la connaissance de la profession du malade n'avait d'autre résultat que de limiter rigoureusement le diagnostic entre ces deux termes : méningite cérébro-spinale — névropathie saturnine. L'idée de l'intoxication n'avait en sa faveur que le genre de travail de l'individu, elle avait contre elle un ensemble de phénomènes que l'on ne rencontre pas ordinairement dans cette maladie, et qui donnent à notre observation une importance particulière. Si, en effet, nous prenons pour point de comparaison le tableau classique de l'encéphalopathie saturnine, tel que l'a tracé le professeur Grisolle, nous serons frappés aussitôt de nombreuses dissemblances, bien suffisantes pour éloigner l'idée de la maladie plombique.

Ce sont d'abord les mouvements automatiques du pharynx et du cou; ces symptômes qui, comme je vous l'ai dit, ne peuvent être localisés que dans la moelle allongée, je ne les ai jamais observés dans la névropathie saturnine, je ne les ai vus signalés par aucun auteur. — La contracture bilatérale et symétrique des muscles fléchisseurs de l'avant-bras, sans paralysie des extenseurs, n'est pas moins insolite; Brockmann et Falck, qui ont signalé la contracture saturnine, en ont décrit deux formes, mais aucune ne répond à celle que nous avons eue sous les yeux (1). Ces observateurs indiquent une

(1) Brockmann, *Die metallischen Krankheiten des Oberharnses*, Osterode,

contracture partielle et une contracture générale; la première n'est autre que la contracture des fléchisseurs des doigts, qui coïncide ordinairement avec la paralysie des extenseurs; à cette contracture partielle, les auteurs cités assignent une cause périphérique siégeant dans les nerfs ou dans les muscles. Dans la forme généralisée, les divers groupes des fléchisseurs sont atteints simultanément; non-seulement les quatre membres sont en flexion forcée, mais la tête et le tronc sont maintenus inclinés en avant par la contraction exagérée des sterno-mastoldiens et des fléchisseurs du thorax et de l'abdomen. Cette contracture ne se maintient pas toujours au même degré, elle présente assez fréquemment une marche paroxysmique; dans ce cas, il suffit d'une cause occasionnelle très-légère, émotion morale, effort corporel, excitations de toute sorte, pour faire succéder brusquement la période de contracture à celle de relâchement; d'un autre côté, alors même que la phase de détente ne va pas jusqu'au relâchement complet, les influences précédentes augmentent toujours la contracture en intensité et en étendue, de sorte que le désordre, dans son ensemble, a généralement des allures irrégulières. D'après Brockmann et Falck, cette contracture généralisée a une cause centrale, c'est-à-dire qu'elle se développe sous l'influence d'une perturbation du système nerveux central; elle dénote, en tout cas, une atteinte organique plus profonde que la contracture partielle, et elle coïncide avec des signes non douteux de dyscrasie saturnine. — Ces détails nous montrent clairement que la contracture observée chez

1851. — Falck, *Die klinisch wichtigen Intoxicationen*, in *Virchow's Handbuch*. Erlangen, 1855.

notre malade ne se rapporte à aucune de ces formes, rares d'ailleurs, et peu connues encore.

La rétention d'urine est observée parfois dans la colique de plomb, lorsque la détermination morbide porte sur les nerfs hypogastriques; mais elle est étrangère au complexe classique de l'encéphalopathie; nous avons donc encore là un phénomène exceptionnel propre à suspendre le diagnostic.

Il en était de même de l'impuissance motrice des membres inférieurs; il ne s'agissait pas ici d'une paralysie bornée aux muscles extenseurs, c'était une inertie totale, une immobilité véritablement paraplégique, et ce symptôme, à ma connaissance du moins, n'a jamais été signalé dans l'encéphalopathie saturnine. Au reste, vous savez que de toutes les paralysies plombiques, la paraplégie est la plus rare; car dans le relevé de Tanquerel, qui comprend 116 cas, nous ne trouvons qu'un seul fait de paralysie totale des membres inférieurs.

Enfin, il n'était pas jusqu'à l'anesthésie limitée des membres abdominaux qui ne fût opposée à l'hypothèse d'une intoxication saturnine; en dehors des accidents cérébraux, le poison donne lieu à une anesthésie ou à une analgésie partielle et disséminée, dont la diffusion irrégulière est le meilleur caractère; dans l'encéphalopathie, on observe souvent, après les attaques épileptiformes, une abolition de la sensibilité; mais cette anesthésie, qui ne dure ordinairement que quelques heures, est générale, comme celle qui suit les grands accès de l'épilepsie essentielle.

Si nous rapprochons ces phénomènes insolites, nous verrons qu'ils appartiennent tous aux symptômes que

nous avons localisés dans la moelle épinière, et cette notion synthétique vous permet d'apprécier exactement la cause de mes incertitudes. Notre malade avait des accidents cérébraux et des accidents spinaux; c'est toute la série de ces derniers qui était en opposition avec l'idée d'une encéphalopathie saturnine; cette qualification même nous indique suffisamment la raison des difficultés qui se présentaient à nous, la description classique de la névropathie plombique ne comprenant que des phénomènes cérébraux. Vous voyez donc qu'il y avait lieu d'hésiter, encore bien que nous fussions instruits de la profession de notre malade. Ce n'est jamais, en effet, sans une certitude absolue, que l'on doit faire un diagnostic qui implique et consacre une forme pathologique nouvelle.

Deux éléments d'appréciation qui, dans les cas douteux, suffisent quelquefois pour trancher la question, nous faisaient entièrement défaut. Notre malade n'était pas anémique, il n'était pas chétif, il n'avait pas le liséré bleuâtre qui révèle l'action directe du plomb sur les gencives, il n'offrait donc aucun signe de dyscrasie saturnine; d'autre part, le pouls était bien loin de la lenteur caractéristique de l'encéphalopathie, sa fréquence était anormale, il battait, je vous l'ai dit, cent fois par minute.

Tout concourait ainsi à accroître nos hésitations, et cependant, notez bien ce fait, il fallait faire le diagnostic séance tenante. Ce n'était pas ici un de ces cas où l'on peut, sans compromettre les intérêts du malade, attendre de l'observation ultérieure la solution du problème clinique; il fallait opter, sur l'heure, entre deux traite-

ments tout différents, le retard et l'erreur pouvaient être également mortels.

C'est alors qu'après avoir inutilement fait appel à tous les moyens du diagnostic, après vous avoir montré leur impuissance, j'ai interrogé le thermomètre, qui vingt minutes plus tard me répondait par un arrêt absolu. La température, dans l'aisselle, était de 37°, 5; le diagnostic était fait; la méningite aiguë franche est remarquable entre toutes les maladies fébriles par l'élévation colossale de la température, qui se maintient presque toujours au delà de 40 degrés; il n'était pas possible d'y songer un seul instant; c'était une encéphalopathie, ou plutôt une névropathie saturnine; j'instituai le traitement dont je vous parlerai bientôt, et j'attendis avec confiance l'issue des événements.

Le soir du même jour, la somnolence était moindre, les autres symptômes étaient les mêmes; notre chef de clinique, M. le docteur Bricheteau, que je ne puis assez remercier de son zèle et de son dévouement, reprit la température, elle était, comme le matin, de 37°, 5. Le lendemain, je trouve le malade avec une activité et une spontanéité intellectuelles parfaites, la figure est reposée, les mouvements automatiques et la contracture des bras ont disparu, seules la rétention d'urine et la paralysie des membres inférieurs persistent. Cette circonstance est d'une importance considérable, messieurs; elle prouve la justesse de notre localisation organique, elle montre positivement que les accidents du malade formaient deux groupes indépendants l'un de l'autre: accidents cérébraux, accidents spinaux. — Vingt-quatre heures plus tard, la miction était de nouveau soumise à la volonté,

l'anesthésie était moins absolue, mais elle ne fut complètement dissipée qu'au bout de trois jours; quant à l'impuissance motrice, elle commença à diminuer en même temps que l'anesthésie, mais elle lui survécut de quarante-huit heures; le malade put alors marcher avec l'appui de deux cannes, et deux ou trois jours plus tard il était totalement guéri; mais il accusait toujours de la céphalalgie, et la persistance de ce symptôme, en pareille occurrence, doit faire craindre de nouveaux accidents. Je les ai annoncés, et ma prévision, vous le savez, s'est réalisée, plus tardivement toutefois que je ne le pensais.

Lorsque le malade fut définitivement sorti de son état de somnolence, il nous a donné des renseignements qui complètent heureusement son histoire. Il a eu déjà deux attaques de colique saturnine, la seconde remontant à près d'un an; il a continué néanmoins le même genre de travail; il y a un mois environ, il a commencé à souffrir de la tête, mais il n'a éprouvé aucun accident du côté de l'abdomen; puis, tout d'un coup, il a senti que sa tête déménageait, c'est son expression, et à partir de cet instant jusqu'au moment où il est rentré chez lui après sa course désordonnée, il a perdu tout souvenir. Il n'a pas eu conscience non plus des accès de convulsions qui ont eu lieu le jour de son arrivée à l'hôpital, de sorte que sur ce point il ne peut nous éclairer; mais d'après ce défaut de connaissance, d'après les accidents que nous avons observés nous-mêmes, il est infiniment probable qu'il s'est agi d'attaques épileptiformes; car si l'intoxication saturnine produit les convulsions les plus diverses par leur étendue et leurs caractères, ainsi que Stoll l'avait déjà remarqué, il n'est pas moins vrai que la forme épi-