

CHAPITRE XI

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

S'il est un chapitre de la pathologie qui ait été modifié et considérablement accru, c'est bien celui qui concerne les maladies du système nerveux. Lorsque, dans l'avenir, on fera l'histoire du mouvement scientifique médical de ces vingt dernières années, on notera à coup sûr le progrès immense accompli dans le domaine des affections nerveuses. Quel changement dans les descriptions depuis le moment où Ollivier d'Angers publiait son *Traité des maladies de la moelle* ! Que de chemin parcouru, à partir de cette époque déjà éloignée, où Cruveilhier, dans son immortel ouvrage, consignait les premiers faits bien observés d'atrophie des faisceaux postérieurs médullaires, d'atrophie disséminée de la moelle épinière, etc. ! Les plus grands médecins, dans tous les pays, se sont mis à l'œuvre et ont apporté leur pierre à l'édifice commun. Physiologistes et cliniciens ont rivalisé d'ardeur, et l'étude des maladies du système nerveux a été refaite, pour ainsi dire, de fond en comble, sur des bases nouvelles, bases solides, qui ont pour appui la clinique, l'histologie et la physiologie.

Je donne dans ce chapitre un grand nombre d'obser-

vations de maladies du système nerveux. Toutes, à certains points de vue, présentent de l'intérêt. Ce qui surtout en fait la valeur, c'est qu'elles ont été minutieusement établies, pour ainsi dire jour par jour, et que quelques-unes d'entre elles embrassent des périodes de plusieurs années.

SECTION I

MALADIES DU CERVEAU

Tous les problèmes cliniques se rattachant à la pathologie de l'encéphale ont acquis, aujourd'hui, une importance exceptionnelle. L'expérimentation, faite par la nature elle-même, dans les cas de lésions du cerveau, en foyers circonscrits (hémorragies, ramollissements, tumeurs, etc.), a déjà fourni un certain nombre de faits ; et, il faut bien le dire, si jamais le fonctionnement du cerveau nous est connu dans ses moindres détails, la physiologie pathologique et l'anatomie pathologique auront été d'un grand secours, en montrant la voie à suivre aux expérimentateurs.

Une grande question, déjà maintes fois posée, est de nouveau en discussion, *celle des localisations cérébrales*. Il importe de recueillir des observations exactes, détaillées, qui puissent servir pour ou contre la théorie, car, en pareille matière, la clinique est certainement supérieure à l'expérimentation.

On sait que l'hémiplégie de cause cérébrale, dans la très-grande majorité des cas, porte beaucoup plus sur le bras que sur la jambe ; il peut même arriver que le bras seul soit paralysé (observation de M. Maurice Raynaud). Il en a été ainsi chez le malade de l'observation CXXV. Cet homme, âgé de 50 ans, ressentit à la fin du mois de

novembre quelques fourmillements, quelques élancements douloureux dans la main gauche; en même temps, il éprouva une douleur vive à la partie postérieure gauche de la tête. A partir de ce moment, il sentit s'engourdir son bras gauche; bientôt, celui-ci s'affaiblit. Trois ou quatre jours après, il eut quelques éblouissements passagers; puis, le membre thoracique gauche devint tout à fait impuissant.

Le jour de son entrée à l'hôpital, 9 décembre, on constate que l'extension de la main gauche est impossible; la flexion est très-limitée; la flexion de l'avant-bras est incomplète et occasionne une vive douleur au niveau du pli du coude; l'extension de ce même avant-bras se fait par le poids même du membre. La sensibilité à la douleur, à la chaleur est conservée; il semble même qu'elle soit exagérée. Pas de déviation, ni de la langue, ni de la face. Les autres membres, y compris la jambe gauche, ont leur vigueur normale. L'exploration avec la machine à courants faradiques montre que la contractilité électrique est intacte partout: les courants provoquent une douleur très-vive dans le membre gauche.

Il n'y avait rien à noter du côté du cœur; seulement, les vaisseaux étaient athéromateux.

Sans doute, des faits de cet ordre sont très-probants pour la théorie des localisations cérébrales; mais il est des objections à faire, et, pour la solution d'un problème aussi important, il ne faut pas les négliger.

M. Vulpian, dans son cours de cette année, en parlant de l'hémiplégie spinale, par compression unilatérale de la région cervicale de la moelle épinière, disait: « Ce fait, à savoir que la motilité peut ne pas être entièrement paralysée dans le membre inférieur correspondant, tandis qu'elle est tout à fait abolie dans le membre supérieur du même côté, trouve son explication dans l'existence des fibres commissurales et entre-croisées (commissure anté-

rieure) qui font communiquer l'une des moitiés de la moelle avec l'autre. Les incitations motrices, destinées au membre supérieur, du côté comprimé, passent, presque toutes, soit par l'entre-croisement des pyramides, soit par les éléments nerveux qui s'entre-croisent au-dessus du bulbe rachidien; celles qui se décussent au-dessous de la moelle allongée, et peuvent ainsi encore arriver aux nerfs de ce membre, sont trop peu nombreuses pour empêcher la paralysie d'être complète. Il n'en est pas de même pour le membre inférieur du même côté. Un certain nombre de fibres nerveuses venant de l'encéphale, et destinées à porter aux nerfs moteurs de ce membre les incitations motrices volontaires, échappent aux entre-croisements qui ont lieu soit dans le bulbe rachidien, soit dans l'isthme de l'encéphale, et ne subissent de décussation que dans la commissure antérieure, dans presque toute la longueur de la moelle. Ces fibres, au niveau du point comprimé, sont donc contenues dans l'autre moitié de la moelle; elles peuvent transmettre encore dans une certaine mesure, aux nerfs du membre inférieur, du côté où siège la compression, les incitations volontaires.

Cette particularité qui s'observe déjà, comme on vient de le dire, lorsqu'il s'agit d'altérations de la portion cervicale de la moelle épinière, s'accroît de plus en plus à mesure que les lésions sont situées plus haut dans les centres nerveux. Elle devient très-manifeste dans les cas de lésions cérébrales; l'hémiplégie de cause cérébrale porte beaucoup plus, d'une façon à peu près constante, sur le bras que sur la jambe. Aussi, lorsqu'il s'agit de discuter la théorie des localisations cérébrales, faut-il refuser presque toute valeur aux cas d'hémiplégie dans lesquels on constate une paralysie plus marquée du bras que de la jambe. Certains cas même, dans lesquels il semble n'y avoir qu'une monoplégie brachiale, ne doivent être tenus

pour valables que sous toutes réserves. L'action paralytique sur le membre inférieur peut être de courte durée, et, si l'attaque survient pendant la nuit, il peut en rester à peine des traces le lendemain.

Comme le faisait remarquer M. Vulpian aux élèves, ces objections ont une très-grande valeur; mais, elles n'atteignent pas les cas dans lesquels le membre supérieur se trouve seul paralysé à la suite d'une attaque d'apoplexie plus ou moins nette et reste paralysé seul pendant plusieurs jours, ou même plusieurs semaines. Or, il existe dans la science des faits positifs de monoplégie brachiale.

A propos de l'aphasie, et au point de vue de la théorie générale des localisations, je rapprocherai du cas précédent, l'observation CXXIX.

Il s'agit, dans cet exemple, du fait vulgaire de l'hémiplégie droite, avec contractures secondaires et aphasie. La malade ne répondait que : *Ma tante*, à toutes les questions qu'on lui adressait; l'hémiplégie était causée par un ramollissement cérébral occupant le noyau extra-ventriculaire du corps strié. Ce foyer avait détruit une partie de la capsule externe et de la capsule interne, mais seulement dans sa région antérieure. Il avait deux centimètres de longueur et à peine quatre à cinq millimètres d'épaisseur; or les circonvolutions frontales et les circonvolutions marginales antérieures étaient saines. Faut-il voir, dans ce fait, une exception à la théorie qui veut que la troisième circonvolution frontale soit lésée quand il y a aphasie? M. Charcot, à la Salpêtrière, m'a bien des fois fait remarquer que souvent il n'y avait rien d'apparent extérieurement, alors que la circonvolution frontale était détruite à sa partie profonde. Dans l'espèce, je me suis assuré qu'il n'y avait pas de lésions superficielles, ni profondes. Je dois rappeler le siège du ramollissement, noyau extra-ventriculaire du corps strié. On sait que ces lésions, en détruisant les con-

ducteurs qui relient la circonvolution frontale aux autres parties de l'encéphale, produisent quelquefois l'aphasie par ce mécanisme; d'ailleurs, il y avait chez cette malade d'autres foyers de ramollissement: un, siégeant sur la circonvolution marginale postérieure au niveau des plis du passage; un autre, sur le lobe pariétal inférieur, à son point de jonction avec le lobe sphénoïdal; la substance grise des circonvolutions, dans toutes ces parties, était ramollie.

On voit combien l'interprétation de tous ces phénomènes est difficile, et quelles réserves il faut apporter dans les jugements à prononcer.

Le malade de l'observation CXXV présentait encore quelques particularités cliniques importantes.

Dès le premier jour de son entrée à l'hôpital, on constata que la peau du membre supérieur gauche avait une teinte rouge, un peu vineuse, surtout en la comparant soit avec la teinte de la jambe, soit avec celle du membre du côté opposé. Les jours suivants, le phénomène est des plus évidents. Le membre thoracique gauche offre une rougeur assez intense, qui contraste avec la couleur ordinaire de la peau. Or, à la palpation, on trouve une légère diminution de la température à gauche; le thermomètre, maintenu dans les deux mains durant un quart d'heure environ, accuse, à gauche 35°,6, à droite 36°; avant de placer le thermomètre, les mains étaient restées une demi-heure hors du lit. D'autres fois, la couleur devenait rouge violacé. L'expérience avec le thermomètre fut alors répétée; avant de placer le thermomètre dans les mains du malade, on le fit monter à 35°; après 10 minutes, dans la main gauche, il descend à 33°,5, tandis qu'il se maintient à la même température dans la main droite.

La paralysie motrice alla tous les jours en déclinant. Lorsque le malade sortit de l'hôpital, quelques mois après son entrée, il était en partie guéri; les troubles vaso-

moteurs suivirent la même progression décroissante ; ils avaient disparu au moment de la sortie du malade.

Le malade de l'observation CXXVI a eu également des troubles vaso-moteurs dans le côté hémiplégié ; la main droite présentait une teinte un peu cyanique ; de plus, il y avait un œdème assez marqué du membre. L'examen du malade avait lieu un mois environ après son entrée à l'hôpital.

J'ai déjà eu occasion de signaler des faits analogues à ceux-ci dans le cours de l'alcoolisme chronique, et, chose curieuse, chez deux d'entre nos alcooliques les troubles vaso-moteurs avaient pour siège le membre supérieur gauche, comme chez le malade de l'observation CXXV. Peut-être n'y a-t-il là qu'une coïncidence, en rapport avec le siège de l'hémiplégie ; mais elle était digne d'être signalée.

Ces troubles vasculaires sont-ils dus à une paralysie vaso-motrice ? C'est là l'explication la plus simple ; mais est-elle la vraie ? Il ne faut pas oublier que la rougeur plus ou moins cyanique de la peau, dans certains cas, surtout si elle se produit dès les premiers jours et s'accompagne de refroidissement, peut avoir pour cause un resserrement des artérioles.

« A la période spasmodique, dit M. Vulpian, on trouve plutôt de la pâleur des tissus et parfois une lividité cyanique de la peau avec refroidissement. Ces modifications sont dues à une excitation directe des nerfs vaso-constricteurs, et, suivant que la constriction s'étend à tous les petits vaisseaux à parois musculaires, c'est-à-dire aux artérioles et aux veinules, ou bien qu'elle reste bornée à peu près exclusivement aux artérioles, il y a de la pâleur des tissus ou de la cyanose plus ou moins accentuée. Dans le premier cas, en effet, tous les petits vaisseaux se vident ; le sang est repoussé, par les capillaires et les veines, vers les parties centrales ; tandis que, dans le second cas, les artérioles, en se contractant seules, suppriment la vis à tergo, et les veinules, qui restent béantes, sont gorgées du sang qui

vient par la pression en retour et suremplit les capillaires.

« Pourtant ces phénomènes ne sont pas absolument constants. Ainsi, dans la période spasmodique, il peut se faire une dilatation des artérioles et veinules, et des capillaires, tenant à l'excitation des nerfs vaso-dilatateurs. Dans ce cas, il peut y avoir élévation temporaire des parties congestionnées. » (Cours de 1877.)

Ces phénomènes, si intéressants, sont, dans les cas dont nous parlons en ce moment, sous la dépendance de la lésion cérébrale, et il se peut qu'ils soient dus à des altérations occupant d'une façon plus ou moins exclusive certains points des parties de l'écorce cérébrale, dites *centres moteurs*. C'est là du moins ce que nous faisait remarquer M. Vulpian, à propos de l'observation CXXV et des autres cas auxquels je viens de faire allusion. La physiologie a montré, en effet, que les lésions et les irritations de ces parties d'un côté peuvent avoir de l'influence sur les vaisseaux de la moitié opposée du corps (Exp. de MM. Boche-fontaine et Lépine, Eulenburg et Landois, de M. Vulpian, etc.)

On comprend aussi parfaitement pourquoi la température est modifiée parallèlement à la circulation.

L'œdème survenu chez la malade de l'observation CXXVI est un œdème tardif. Très-vraisemblablement, comme le pense M. Vulpian, « l'œdème a pour causes principales, dans ces conditions, l'affaiblissement de l'activité tonique des nerfs vaso-constricteurs, et l'inertie des muscles des membres paralysés. » L'altération des parois vasculaires est un facteur encore tout à fait hypothétique.

Ces troubles vaso-moteurs peuvent également se montrer dans les cas d'hémiplégie déterminée par des tumeurs cérébrales ; ainsi, la malade de l'observation CXXX avait toujours la main et le pied du côté paralysé froids.

— Le malade de l'observation CXXV, celui de l'obser-

vation CXXVI ont, l'un et l'autre, été traités par l'électrisation pratiquée à l'aide de la machine à courants faradiques. Toutes les séances d'électrisation ont été très-courtes; à peine ont-elles eu quatre minutes de durée. M. Vulpian insistait toujours beaucoup, devant les élèves, sur la nécessité, quand on emploie l'électrisation comme moyen de traitement dans les hémiplegies de cause cérébrale, de faire des séances très-courtes et surtout de ne pas employer des courants trop forts; pour lui, des accidents graves peuvent être la conséquence des longues séances d'électrisation; et, à ce propos, il rappelait que l'on avait vu des accidents mortels survenir en pareil cas, les malades ayant été pris d'hémiplegie cérébrale pendant la faradisation. De même il croit qu'il faut, en général, s'abstenir des courants continus qui sont bien plus pénétrants et qui peuvent aller modifier, même lorsqu'ils ne sont pas très-intenses, la circulation des centres nerveux.

Le traitement par les courants faradiques, ainsi appliqué, sagement conduit, donne toujours de bons résultats; chez nos deux malades, il y a eu une amélioration progressive très-sensible et assez rapide.

— L'observation CXXVII est un bel exemple de ramollissement cérébral. On sait la difficulté qui existe toujours dans le diagnostic différentiel de l'hémorragie et du ramollissement cérébral. Les médecins qui, à cet égard, ont vu le plus, conseillent toujours une sage réserve, car bien des diagnostics qui paraissaient établis sur des bases solides ont été renversés par l'autopsie. Cependant il est des circonstances dans lesquelles l'affirmation est quelquefois permise. M. Vulpian a plus d'une fois appelé l'attention des assistants sur la possibilité de faire le diagnostic, dans certains cas, entre le ramollissement cérébral apoplectique et l'hémorragie cérébrale.

On sait, par exemple, que les apoplexies qui sont suivies

d'hémiplegie du côté droit, avec aphasie, sont dues, presque invariablement, à des ischémies cérébrales suivies de ramollissements cérébraux.

Il en est de même, lorsque la paralysie n'atteignant pas du premier coup toute son étendue, ou n'étant pas complète dans les parties atteintes, dès le premier moment, augmente *peu à peu*, progressivement de jour en jour, ou presque d'heure en heure. Lorsque l'extension ou l'aggravation de la paralysie a lieu, au contraire, par sauts plus ou moins brusques, il s'agit plutôt d'une hémorragie, surtout si l'une des aggravations, la dernière, s'accompagne de la production de contractures ou de mouvements convulsifs. M. Vulpian nous rappelait des cas, qu'il a vus, de paralysie brusque ou rapide d'un moteur oculaire commun, bientôt suivie d'affaiblissement progressif des membres du côté opposé. Qui eût hésité, nous disait-il, dans de pareils cas, à diagnostiquer un ramollissement siégeant dans le pédoncule cérébral, du côté de la paralysie de l'oculo-moteur commun paralysé? L'autopsie a, du reste, confirmé ce diagnostic.

Les hémiplegies à variations très-rapides, diminuant, comme degré ou comme étendue de la paralysie, au bout de quelques heures, d'un ou deux jours, pour remonter ensuite à leur premier degré ou reprendre leur étendue initiale, et offrir ensuite une aggravation progressive, sont dues, en général, d'après M. Vulpian, à des ischémies cérébrales suivies de ramollissement.

De même encore, une attaque d'apoplexie, précédée de formation de thromboses veineuses, ou d'affections pulmonaires, ou d'affections cardiaques (avec souffles bien nets), doit faire soupçonner la production d'un ramollissement par embolie. Il doit en être ainsi surtout lorsqu'il se produit, soit avant, soit après, soit pendant l'attaque apoplectique, une obstruction artérielle soudaine dans un membre,

suivie de sphacèle plus ou moins étendu. L'athéromasie artérielle doit faire penser, en général, à une encéphalomalacie par thrombose des artères intra-craniennes.

Chez notre malade (obs. CXXVII), on pouvait se décider à admettre un ramollissement du cerveau. En effet, elle avait eu une série d'étourdissements, pour ainsi dire d'attaques successives. De plus, chez elle, il y avait vraisemblablement une lésion à la pointe du cœur; enfin l'hémiplégie a été très-passagère: au bout d'un mois et demi, la malade quitte l'hôpital, ayant recouvré à peu près tous les mouvements de son bras et de sa jambe.

— L'observation CXXVIII est un exemple d'hémiplégie survenue vraisemblablement à la suite d'une hémorragie cérébrale. Ce cas pouvait donner lieu à des difficultés de diagnostic, à cause de la particularité suivante: vers la partie moyenne et interne de la cuisse droite, il existait une cicatrice un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs; elle était rayonnée, déprimée à son fond, irrégulière, un peu surélevée sur ses bords. Trois autres cicatrices semblables se trouvaient au niveau de la face interne et externe du tibia droit; une autre, à la jambe gauche, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du tibia; enfin, au niveau de l'os malaire gauche, il en existait une semblable.

Quoique la malade n'ait tout antécédent syphilitique, il n'y avait pas de doute à avoir sur la nature de ces lésions spécifiques; rien chez elle ne rappelait la scrofule, et les cicatrices étaient évidemment le résultat d'ulcérations de la peau. D'après les renseignements donnés par la malade sur l'aspect et la marche des lésions cutanées qui ont donné lieu à ces cicatrices, elles ont été sans doute causées par des pustules d'ecthyma ou plutôt par des bulles de rupia syphilitique.

Le 27 décembre 1875, au milieu d'une santé excellente,

pendant son travail, la malade laissa subitement tomber son ouvrage, et elle sentit, tout d'un coup, en même temps que sa main se paralysait, son pied devenir plus faible. Néanmoins elle put retourner chez elle en marchant avec difficulté; elle y était à peine arrivée, qu'elle eut une perte de connaissance, suivie d'abolition complète des mouvements des deux membres du côté gauche. Aujourd'hui, la malade est confinée dans son lit, par une hémiplégie incurable du côté gauche: les membres paralysés sont en même temps contracturés, par suite de l'atrophie scléreuse descendante du pédoncule cérébral droit, de la moitié droite de la protubérance annulaire et du bulbe rachidien, et du faisceau latéral gauche de la moelle épinière.

Y a-t-il eu, au début, dans ce cas, hémorragie ou ramollissement du cerveau? Il est difficile de se prononcer d'une façon bien certaine. Cependant, si l'on songe à l'âge de la malade (46 ans), à l'absence de lésions du cœur, on sera entraîné à penser qu'il s'est agi plutôt d'une hémorragie. Peut-être cette hémorragie a-t-elle été précédée, chez cette syphilitique, du développement d'une tumeur cérébrale. Mais les renseignements n'ont pas pu être complets et l'on n'a pas su si la malade avait présenté, avant l'apparition de l'hémiplégie, des symptômes permettant de soupçonner l'existence d'un néoplasme intra-cranien.

— Tous les auteurs qui ont écrit sur la symptomatologie des tumeurs cérébrales ont noté les variations extrêmes des signes qui accusent l'existence de ces lésions. Ladame, MM. Ball et Krishaber, dans leur article du Dictionnaire encyclopédique, ont montré les desiderata de la science sur cette question; aussi est-il toujours intéressant d'analyser avec soin les cas bien probants soumis à l'observation.

La malade de l'obs. CXXX était âgée de 27 ans. Dans son enfance, elle a eu de la kérato-conjonctivite, dont elle porte encore les traces accusées par des taies sur les cornées.