

constate des lésions de tuberculose pulmonaire, mais la lésion de l'encéphale attire surtout l'attention. La région paracentrale est seule atteinte; on trouve sur le lobule paracentral et à la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, à l'hémisphère droit, une plaque de méningite, épaisse, jaunâtre, infiltrée de granulations tuberculeuses et de pus. Cette plaque de méningite nettement circonscrite à la région paracentrale, adhère fortement à la substance cérébrale sous-jacente, qui est elle-même le siège d'infiltration tuberculeuse.

Cette observation vous prouve une fois de plus que la méningite tuberculeuse peut évoluer sous forme de plaque circonscrite; elle vous montre en outre les rapports de l'épilepsie jacksonienne crurale avec les lésions de la région paracentrale.

Voici encore, dans le même ordre d'idées, une observation de Charcot: Chez un homme de trente-six ans, qui avait eu, deux ans avant, une hémoptysie suivie de signes de tuberculose pulmonaire, éclate brusquement un premier accès d'épilepsie jacksonienne débutant par le pied gauche. Une heure après, survient un deuxième accès identique au premier, puis un troisième huit jours plus tard. Depuis cette époque, les attaques convulsives se répètent une ou deux fois par mois. A l'origine, l'épilepsie monoplégique crurale était accompagnée de perte de connaissance; elle se généralisait à tout le côté gauche du corps, sans jamais atteindre les membres du côté opposé. Plus tard, au contraire, le malade n'éprouvait plus la moindre défaillance intellectuelle, et il assistait plein d'angoisse au développement des phénomènes morbides. Autre détail, qui a bien son importance: chaque accès était suivi d'une légère parésie du membre inférieur, mais cette parésie ne durait que quelques jours. Le malade finit par succomber, non pas aux accidents cérébraux, mais à sa phtisie pulmonaire. Voici quels furent les résultats de l'autopsie: il n'existait qu'une seule lésion au cerveau, et cette lésion était nettement circonscrite à la région paracentrale. En ce point, la dure-mère, la pie-mère et les circonvolutions sous-jacentes étaient

intimement unies; elles formaient une tumeur arrondie, dure, du volume d'une grosse noix, de nature tuberculeuse, renfermant des bacilles de Koch. Il n'est pas possible de surprendre sur le fait une relation plus nette entre l'épilepsie jacksonienne crurale et les lésions de la région paracentrale¹.

La plaque de méningite tuberculeuse peut être bilatérale et occuper la région paracentrale des deux hémisphères; alors les symptômes paralytiques ou jacksoniens atteignent les deux membres inférieurs à la façon d'une paraplégie qui aurait pour origine une lésion de la moelle épinière. M. Rendu a publié un cas de ce genre. Il avait dans son service un malade atteint de symptômes paraplégiques qui simulaient une maladie de la moelle. Quelque temps après, le malade succombe et, « à la place de la méningite spinale que nous pensions être prédominante, nous avons sous les yeux un fait de tuberculose méningée cérébrale circonscrite, d'autant plus remarquable que les lésions sont exactement symétriques et strictement limitées à la distribution des artères cérébrales antérieures. La destruction progressive et simultanée du lobule paracentral de chaque côté, a déterminé la symptomatologie très spéciale de ce cas² ».

L'étude précédente concernant les lésions tuberculeuses du lobule paracentral est également applicable aux lésions syphilitiques de cette même région; l'observation suivante en est la preuve: Un confrère étranger pria Charcot de venir lui donner son avis dans les circonstances suivantes. Dinant l'avant-veille chez un ami, il avait été tourmenté par une céphalée dont il souffrait depuis plusieurs jours déjà; il voulut rentrer chez lui à pied; mais à peine avait-il fait quelques pas dans la rue, que tout à coup, sa jambe droite, prise de rigidité, fut en même temps secouée par des convulsions rythmiques précipitées et violentes. Presque aussitôt, le bras du même côté fut envahi de la même façon, et le malade tomba sans connaissance sur le trottoir. On le trans-

1. Charcot, *Gazette hebdomadaire*, 4 juillet 1891.

2. Rendu, *Leçons de clinique médicale*. Paris, 1890, t. II, p. 400.

porta chez lui, la perte de connaissance dura une heure, et de nouvelles attaques épileptiformes se produisirent dans la nuit ainsi que dans la journée du lendemain.

Ces nouvelles attaques n'étaient plus accompagnées de perte de connaissance et le malade pouvait assister, non sans émotion, à l'envahissement progressif et régulier des mouvements convulsifs qui, commençant toujours par le membre inférieur gauche, gagnaient ensuite le bras et le côté correspondant de la face. Cet homme était syphilitique, et comme son attaque d'épilepsie jacksonienne débutait toujours par la jambe, Charcot porta le diagnostic de lésion syphilitique du lobule paracentral droit, et il institua en conséquence un traitement mercuriel et ioduré. Le résultat ne se fit pas attendre et la guérison survint, guérison qui longtemps plus tard ne s'était pas démentie¹.

Vous voilà bien fixés, je pense, sur les relations qui existent entre l'épilepsie jacksonienne crurale et les lésions du lobule paracentral, quelle que soit la nature de ces lésions. Quand l'accès d'épilepsie jacksonienne débute par la jambe, soit qu'il y reste confiné, soit qu'il s'étende, soyez bien convaincus que la lésion cérébrale, tuberculose, syphilis, gliome, sarcome, est certainement localisée à la région paracentrale. Or, nous pouvons affirmer que, chez notre malade, la région paracentrale est indemne de toute lésion, puisque chez lui l'accès débute toujours par le bras.

C'est donc le moment d'étudier les relations qui unissent l'épilepsie jacksonienne brachiale et les lésions correspondantes des circonvolutions motrices. Voici une première observation qui vous en donnera une idée des plus nettes : Une femme de vingt-huit ans, de bonne santé, raconte qu'elle a ressenti, un jour en se levant, des fourmillements et des secousses convulsives dans le bras gauche, puis les secousses ont gagné la jambe du même côté et la malade a perdu connaissance. Le lendemain, même accès d'épilepsie jacksonienne débutant par le bras gauche et laissant un certain degré de paralysie. A l'entrée de la malade à l'hôpital, on

1. *Oeuvres complètes de Charcot*, t. II, p. 379.

constate une paralysie du bras gauche avec contracture et flexion du coude ; ces symptômes sont beaucoup moins accusés à la jambe ; la face et la langue sont légèrement déviées du côté droit. Quelques jours plus tard, la malade succombe dans le coma. A l'autopsie, on trouve des lésions de méningo-encéphalite tuberculeuse, concentrées sur les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes droites, à peu près dans toute leur hauteur, la région paracentrale restant indemne¹. Cette localisation était bien en rapport avec l'apparition des symptômes, l'épilepsie jacksonienne débutant toujours chez cette femme par le bras droit.

M. J.-B. Charcot a publié l'observation d'un homme de cinquante ans, atteint d'épilepsie jacksonienne à début brachial, accompagnée de paralysie limitée au bras droit. Le malade ayant succombé aux progrès de sa lésion cérébrale, on trouva à l'autopsie un sarcome situé à la partie supérieure du sillon de Rolando, envahissant les deux tiers supérieurs de la circonvolution frontale ascendante et la moitié antérieure des deux tiers supérieurs de la circonvolution pariétale ascendante². Le lobule paracentral était respecté. Ces observations, et bien d'autres que je pourrais vous citer, vous montrent les relations qui existent entre l'épilepsie jacksonienne brachiale et les lésions localisées aux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. Quand l'épilepsie débute par le bras, soyez bien convaincus que la lésion cérébrale, syphilitis, tuberculose, gliome, sarcome, est localisée à cette portion de la zone motrice³.

Maintenant que nous voilà bien édifiés sur les relations qui existent entre les lésions de la zone cérébrale motrice et l'épilepsie jacksonienne, il nous sera facile de localiser

1. *Thèse de doctorat*, de M. Chantemesse, 1884, p. 91.

2. J.-B. Charcot. *La médecine moderne*, 26 décembre 1894.

3. M. Milon vient de publier une observation concernant un cas d'épilepsie jacksonienne débutant par la face du côté gauche ; on trouva à l'autopsie un gros tubercule sous-cortical siégeant au niveau de la fusion du pied de la frontale ascendante avec le pied de la pariétale ascendante (de l'hémisphère droit), centre cortical des mouvements de la face. *Le Bulletin médical*, 1897 p. 920.

la lésion cérébrale qui a déterminé chez notre malade les accès d'épilepsie. Ces accès débutant toujours chez lui par le bras droit, il est certain que sa lésion cérébrale siège aux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes de l'hémisphère gauche, tout en respectant la région paracentrale. Reste à savoir quelle est la nature de la lésion : est-elle syphilitique ou tuberculeuse ; s'agit-il d'un gliome ou d'un sarcome ? C'est ce que nous allons discuter.

Au nombre de ces lésions possibles, la syphilis et la tuberculose tiennent la première place. Cet homme affirme n'avoir pas eu la syphilis ; il est certainement de bonne foi ; il n'en présente du reste aucun stigmate. Mais, règle générale, quand il s'agit d'épilepsie jacksonienne, quand il s'agit de lésions cérébrales corticales, vous devez penser toujours, et quand même, à la possibilité de lésions syphilitiques, exostose, périostose, méningite scléro-gommeuse, et administrer le traitement mercuriel et ioduré. Il vous arrivera plus d'une fois d'obtenir des succès éclatants chez des gens qui ne voulaient pas, ou qui ne pouvaient pas avouer leur syphilis, et chez lesquels le traitement se chargea de faire le diagnostic.

En conséquence, bien que j'eusse des raisons multiples pour éloigner ici l'hypothèse de lésions syphilitiques, j'ai néanmoins institué le traitement mixte, mercure et iodure, avec l'arrière-pensée que mon traitement ne réussirait pas ; car il paraissait évident que cet homme était atteint, non pas d'une lésion syphilitique, mais d'une plaque de méningo-encéphalite tuberculeuse, coiffant la zone motrice gauche, centre des mouvements du bras droit. Voici sur quelles raisons me sembla devoir être basé ce diagnostic : notre malade porte au côté gauche du thorax, sur le prolongement de l'aiselle, une fistule peu étendue, qui laisse suinter tous les jours quelques grammes d'un liquide séro-purulent. Cette fistule est consécutive à un abcès qu'un médecin de la ville a récemment ouvert dans les conditions suivantes : le malade éprouvait depuis trois mois des douleurs au côté gauche du thorax, quand il s'aperçut un jour de l'apparition d'une petite tumeur ; le médecin appelé constata un abcès, l'incisa, et put se convaincre avec une sonde cannelée que la côte sous-

jacente était dénudée. Il s'agissait évidemment d'un abcès ossifluent, et bien que les recherches bactériologiques, bien que l'expérimentation, ne nous aient pas permis de déceler la présence du bacille de Koch, la lésion a trop les apparences de l'abcès tuberculeux, pour ne pas s'arrêter à ce



Abcès du cou, bridé par le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

diagnostic ; c'est du reste l'opinion de M. Duplay, qui a bien voulu me donner son avis.

Le malade porte, en outre, à la face latérale du cou, du côté gauche, une tumeur que vous voyez représentée sur la planche ci-dessus, tumeur rénitente, légèrement fluctuante, bridée par le muscle sterno-mastoïdien, et qui est le résultat d'une adénite suppurée ou peut-être même un abcès

ossifluent de même nature que l'abcès du thorax. Il était donc rationnel d'admettre chez notre malade trois localisations tuberculeuses, deux sous forme d'abcès, et une troisième sous forme de plaque de méningo-encéphalite.

Toutefois, cette opinion parut sujette à discussion et plusieurs personnes, se basant sur l'intégrité absolue des poumons, émirent des doutes sur la nature tuberculeuse de ces lésions. En fin de compte, disait-on, ces trois localisations, au cerveau, au cou et au thorax, sont-elles bien de nature identique; sont-elles toutes les trois syphilitiques ou tuberculeuses, ou même, l'une d'elles, celle du cerveau, par exemple, n'est-elle pas syphilitique, bien que les autres soient tuberculeuses? Quoique tout plaidât en faveur de localisations multiples de nature tuberculeuse, et quoique je fusse convaincu que cet homme était atteint d'ostéo-périostite tuberculeuse, d'abcès tuberculeux, et de méningo-encéphalite tuberculeuse, localisée aux circonvolutions de la zone motrice, j'instituai un traitement spécifique composé d'injections de solution huileuse de bi-iodure de mercure à la dose journalière de 4 milligrammes, et d'iodure de potassium à la dose journalière de 4 grammes. Le malade prit en outre une très forte dose d'huile de foie de morue, tous les jours 120 grammes. Une semaine plus tard, un nouvel accès d'épilepsie jacksonienne se produisit, en tout semblable aux premiers, et ce fut le dernier. Peu à peu l'état général s'améliora, la parésie brachiale diminua notablement; la parole, qui était d'abord embrouillée, devint plus nette et l'écriture, qui laissait absolument à désirer lors de l'entrée du malade, prenait maintenant un aspect plus normal.

Cette amélioration progressive causa un moment d'hésitation relativement au diagnostic, et plusieurs d'entre vous se demandèrent si la syphilis n'entraînait vraiment pas pour une part dans les accidents cérébraux. Telle ne fut pas mon opinion, et je me basai sur ce fait que si les lésions thoracique et cervicale, qui étaient évidemment de même nature que la lésion cérébrale, étaient d'origine syphilitique, elles auraient dû, elles aussi, rétrocéder après le traitement intense et prolongé auquel j'avais soumis le malade. Or, il n'en était rien;

la fistule thoracique n'avait aucune tendance à se cicatriser, elle donnait toujours la même quantité de liquide séro-purulent, et d'autre part, la tuméfaction de la région cervicale, loin de s'amender, augmentait certainement de volume. Il fallait donc se rendre à l'évidence et admettre comme diagnostic définitif, que cet homme était atteint d'ostéo-périostite tuberculeuse, d'abcès tuberculeux, et de méningo-encéphalite tuberculeuse, localisée sous forme de plaque à la partie moyenne des circonvolutions frontale et pariétale ascendante de l'hémisphère gauche.

Plusieurs d'entre vous seront certainement surpris d'entendre parler de méningite tuberculeuse aussi localisée, aussi restreinte. La syphilis, au premier abord, semble mieux se prêter à pareilles localisations; la périostose, la gomme, la méningite scléro-gommeuse, se circonscrivent beaucoup mieux que la méningite tuberculeuse, qui de sa nature est beaucoup plus diffuse et plus généralisée. C'est vrai; mais, en somme, pareils arguments ont peu de valeur. On n'est pas encore assez familiarisé avec les tuberculoses *locales* qui, au cerveau comme ailleurs, se cantonnent à une région et s'y fixent indéfiniment sans tendance à l'envahissement. Ces localisations tuberculeuses méningo-encéphaliques ont été étudiées par M. Ballet et par M. Chantemesse dans sa thèse de doctorat. Au nombre des observations réunies dans ce travail, il en est plusieurs, je vous les ai citées, où l'on a reconnu l'intégrité complète ou presque complète des méninges et du cerveau, à l'exception d'une localisation tuberculeuse nettement circonscrite aux circonvolutions motrices, tantôt à leur partie ascendante, tantôt au lobule paracentral.

Charcot insiste avec raison sur ces méningites localisées; voici son opinion à ce sujet: « Quand on considère la tuberculose de l'encéphale en général, on constate que la méningite granuleuse diffuse, avec ses foyers de prédilection au niveau de la base du cerveau et le long de la scissure de Sylvius, occupe le premier rang comme fréquence. Après elle, vient la méningite en plaques, qui se localise de préférence

à la zone psychomotrice et surtout à la région paracentrale. Cette méningite en plaques, nettement circonscrite, est bien plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant. Remarquez bien qu'ici tout semble fait pour égarer un observateur non prévenu, dans le diagnostic de cette méningite localisée. En effet, il est de règle que dans cette méningite particulière, la céphalée, les vomissements, le délire, la fièvre font habituellement défaut. Et si dans quelques cas rares, l'évolution est rapide, fébrile, et se termine par l'état comateux, il en est d'autres, plus communs, où la maladie évolue chroniquement, pendant des mois, et même des années. » Et comme preuve de ces assertions, Charcot cite le malade qui fait le sujet de son observation, chez lequel une méningite tuberculeuse localisée dura quatorze mois, sans provoquer aucun autre symptôme que des accès d'épilepsie jacksonienne, et c'est la tuberculose pulmonaire et non la lésion encéphalique qui déterminait l'issue fatale.

Donc, Messieurs, de ce que notre malade¹ n'a eu ni céphalée, ni vomissements, ni aucun des signes de la méningite tuberculeuse vulgaire, ce n'est pas une raison pour modifier notre diagnostic. Il n'y a pas lieu de le modifier, quoique la lésion méningo-encéphalique dure actuellement depuis plusieurs mois, sans provoquer d'autres symptômes que des accès d'épilepsie jacksonienne, qui depuis

1. J'ai revu notre malade, trois mois après cette leçon : les accès d'épilepsie jacksonienne ne se sont pas reproduits, mais le malade éprouve de loin en loin une ébauche de convulsions au bras droit et à la face. L'état général est satisfaisant, la fistule thoracique est toujours dans le même état et l'abcès cervical a pris de plus grandes proportions.

J'ai fait ponctionner cet abcès et j'ai prié M. Apert, chef-adjoint du laboratoire, d'en étudier le pus. Voici les résultats obtenus : une préparation sur lamelle avec coloration par la méthode de Ziehl et bleu phéniqué, n'a permis de découvrir ni bacille de Koch ni autre organisme. Les cultures sur gélose sont restées stériles.

Un cobaye a été inoculé à la paroi abdominale. Quinze jours après l'inoculation, le cobaye a maigri, une tumeur de la dimension d'une noisette s'est formée au point d'inoculation, et des ganglions ont apparu dans l'aîne gauche. La tumeur est ramollie au centre, mais elle n'est pas encore abcédée. A l'incision de la tumeur, on recueille de la matière caséuse *très riche en bacilles de Koch* ; le pus de notre malade est donc tuberculeux. On sacrifie le cobaye et on trouve de nombreuses granulations sur le foie et sur la rate.

longtemps du reste ne se sont pas reproduits. La méningite tuberculeuse en plaque peut rester longtemps silencieuse ; rien ne nous dit même que le processus actif ne puisse s'éteindre et que la lésion ne puisse guérir à l'égal de bon nombre de tuberculoses locales.

Je continuerai donc à traiter le malade comme un tuberculeux ; je lui donnerai, suivant mon habitude, l'huile de foie de morue à très haute dose, 100 à 150 grammes par jour ; je ne ferai pas opérer sa lésion thoracique, à moins de nécessité absolue, car l'expérience m'a prouvé que des opérations faites sur un thorax tuberculeux sont quelquefois suivies de l'explosion d'une méningite aiguë. A plus juste raison ne ferai-je pas opérer, pour le moment du moins, la lésion cérébrale, puisque la tolérance est telle, que je ne vois de ce côté aucun accident actuel à redouter.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1° Notre malade est atteint d'épilepsie partielle, Bravais-jacksonienne, débutant toujours par le bras droit et s'étendant à la face — type brachio-facial.

2° Cette épilepsie partielle est due à une lésion localisée aux circonvolutions motrices frontale et pariétale ascendantes de l'hémisphère gauche, la région paracentrale restant indemne.

3° La lésion consiste en une plaque de méningo-encéphalite tuberculeuse qui n'entraîne pour le moment aucune gravité.

4° Le malade doit être traité comme un tuberculeux. Nous n'avons aucune raison de penser actuellement à une intervention chirurgicale.

