

foyer appendiculaire, avait provoqué dans sa marche ascendante la péritonite fétide et la gangrène pulmonaire.

MESSIEURS,

Vous voilà bien renseignés, je pense, sur la grande migration ascendante qui, partie du petit foyer appendiculaire, provoque la péritonite, l'empyème sous-phrénique, la pleurésie putride et la gangrène du poumon. Nulle autre affection du ventre, pas même la hernie étranglée, n'est capable de produire pareilles catastrophes.

J'ai dit, il y a quelques années, que l'appendicite est « *la grande maladie abdominale* » et qu'elle doit nous tenir sans cesse en éveil. Les terribles complications que nous découvrons tous les jours, ou que nous apprenons à mieux connaître, ne sont pas faites pour me donner un démenti. Et ce n'est pas fini. Je ne veux pas aborder pour le moment l'histoire des lésions rénales et des lésions cardiaques consécutives à l'appendicite, parce que je n'en possède pas un nombre suffisant d'observations, mais là néphrite albumineuse et les abcès du rein font pressentir la description du *rein appendiculaire*, comme les lésions du cœur et l'intoxication cardiaque, péricardite, endocardite, lésions valvulaires, tachycardie, font pressentir la description du *cœur appendiculaire*.

Pensez-vous encore qu'en face d'une appendicite aiguë, prête à toutes les complications, on puisse impunément temporiser, ajourner de parti pris l'opération, et attendre avec quiétude que l'appendicite soit... refroidie ?

SEPTIÈME LEÇON

**GOMME SYPHILITIQUE DU LOBE FRONTAL
AVEC ATTAQUES D'ÉPILEPSIE JACKSONIENNE
GRAVE ATTEINTE
A LA DOCTRINE DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES**

MESSIEURS,

Nous avons à discuter le diagnostic topographique et le diagnostic pathogénique d'une lésion cérébrale. Il ne s'agit pas d'un cas banal. Il s'agit au contraire d'un cas qui demande à être étudié et discuté de près, d'abord parce qu'il vient à l'encontre d'idées généralement reçues, et ensuite parce qu'il touche à la question de l'intervention chirurgicale dans les lésions intra-craniennes.

Comme prélude à l'étude que nous allons entreprendre, il est indispensable que je vous rappelle en quelques mots les notions classiques concernant l'épilepsie jacksonienne et les localisations de la zone motrice corticale du cerveau. Bien que dans une autre occasion¹ j'aie longuement traité cette question, il ne m'est pas possible de la passer aujourd'hui sous silence, et je la résume brièvement.

1. Dieulafoy. Un cas d'épilepsie jacksonienne. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1897, t. I, neuvième leçon.

L'épilepsie jacksonienne, ou épilepsie *partielle*, est caractérisée par des accès convulsifs qui se cantonnent à un côté du corps, à une région : le bras, la jambe, la face ; ce qui fait une épilepsie partielle : brachiale, crurale, faciale. Tantôt l'accès convulsif est strictement limité à l'une de ces régions, c'est l'épilepsie jacksonienne *type*, tantôt il dépasse ses limites : il débute par exemple au bras, puis il s'étend à la face, réalisant ainsi le type mixte brachio-facial, ou bien il débute au bras, puis il gagne la jambe, réalisant ainsi le type mixte brachio-crural ; il peut débiter à la jambe, et gagner ensuite le bras et la face. Quoi qu'il en soit, ce qui caractérise l'épilepsie partielle, c'est qu'elle débute par une région nettement limitée, et alors même qu'elle gagne d'autres régions, elle se distingue de l'attaque d'épilepsie vulgaire qui, elle, est toujours généralisée.

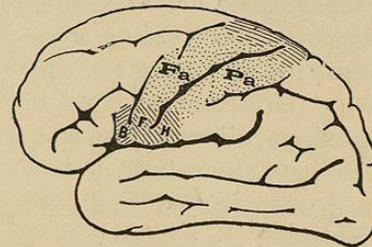
L'épilepsie partielle est souvent précédée d'une aura ; le malade ne perd pas toujours connaissance et il assiste, terrifié, à son accès, tandis que dans l'épilepsie vulgaire la perte de connaissance est constante et absolue.

La durée de l'accès jacksonien est d'une ou deux minutes, et même moins ; les accès peuvent se répéter un grand nombre de fois, et devenir subintrants avec élévation de température. J'ai eu dans mon service deux malades qui avaient plus de 300 accès en vingt-quatre heures. Par contre, les accès sont parfois distants de plusieurs jours ou de plusieurs semaines.

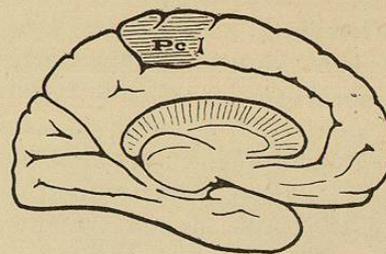
La région qui a été contracturée et convulsée pendant l'accès peut rester parésiée ou paralysée après l'accès. Ces paralysies revêtent le même type que l'accès convulsif, elles sont brachiales, crurales, faciales, fugaces ou permanentes ; elles peuvent succéder aux symptômes convulsifs, ou les devancer.

Les accès d'épilepsie partielle ont leur origine dans une lésion de la zone corticale motrice du cerveau. Cette zone motrice, zone rolandique, comprend les circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante, séparées par la scissure de Rolando, ainsi que le lobule paracentral dont je vous parlerai dans un instant.

La figure ci-dessous représente la zone motrice formée de la circonvolution frontale ascendante (Fa) et de la circonvolution pariétale ascendante (Pa) séparées par la scissure de Rolando.



Cette zone motrice peut être divisée en régions secondaires qui forment trois centres moteurs principaux, l'un pour la face et la langue, l'autre pour le bras, l'autre pour la jambe. Le centre moteur de la face et de la langue (FH) correspond à l'extrémité inférieure des circonvolutions motrices. Le centre moteur du bras, territoire brachial, est placé plus haut. Le centre moteur de la jambe, territoire crural, correspond à la partie supérieure des circonvolutions ascendantes, et au lobule paracentral. Le lobule paracentral (Pc), représenté sur la figure ci-dessous, peut être considéré comme l'extrémité terminale des circonvolutions ascendantes, qui se retournent sur la face interne de l'hémisphère.



Quand une lésion, quelle qu'en soit la nature, syphilitique, tuberculeuse, gliomateuse, kystique, etc., est assez nettement circonscrite pour n'intéresser qu'un des centres moteurs que nous venons d'étudier : centre brachial, centre

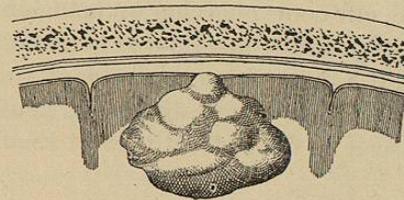
crural, centre facial, cette lésion peut déterminer un accès d'épilepsie partielle cantonné au bras, à la jambe, à la face; et à supposer que l'accès convulsif dépasse ses limites initiales, et réalise le type mixte de l'accès brachio-facial, cruro-brachial, etc., la topographie de la lésion est indiquée par la région où l'accès convulsif a débuté. Ainsi, quand l'accès d'épilepsie jacksonienne débute par la jambe, soit qu'il y reste confiné, soit qu'il s'étende, c'est que la lésion cérébrale (syphilome, tuberculome, gliome, fibrome, ostéome, parasite) est localisée à la région paracentrale, qui comprend, je vous l'ai dit, le lobule paracentral et la partie supérieure des circonvolutions motrices. Quand l'accès d'épilepsie jacksonienne débute par le bras, soit qu'il y reste confiné, soit qu'il s'étende à la jambe ou à la face, c'est que la lésion cérébrale siège à la partie moyenne des circonvolutions motrices. Quand l'accès d'épilepsie jacksonienne débute par la face, soit qu'il y reste confiné, soit qu'il s'étende, c'est que la lésion cérébrale siège au pied des circonvolutions motrices. Les exemples de ces localisations cérébrales sont fréquents, ils ont été contrôlés soit à l'autopsie, soit au moment de l'opération, et j'ai pu en réunir un grand nombre dans la leçon que je vous citais il y a un instant.

Ces connaissances permettent de porter avec précision le diagnostic topographique de la lésion, renseignement précieux quand on doit recourir à l'intervention chirurgicale (Lucas-Championnière, Chipault).

Vous avez été témoin, il y a deux ans, dans notre service, d'un cas de ce genre; je vous le rappelle brièvement. Un homme est transporté dans les salles de la clinique, le 6 novembre 1899. A peine est-il arrivé, qu'il a devant nous une attaque d'épilepsie jacksonienne: la tête se tourne à gauche, la jambe et le bras gauche se contractent en extension, et sont presque aussitôt agités de mouvements convulsifs; la jambe droite est à son tour agitée de quelques légères convulsions. La crise dure une demi-minute, sans que la face y

1. Cette observation a été publiée par mes élèves Apert et Gandy. *Archives de médecine*, juillet 1890.

participe, et sans que le malade perde connaissance. Cet homme s'était toujours bien porté; à peine avait-il éprouvé, depuis un an, quelques céphalées sans importance, qui avaient augmenté ces temps derniers. L'épilepsie partielle avait éclaté brusquement la veille. Depuis lors, le malade avait une douzaine de crises par heure: trois cents crises par vingt quatre heures. Malgré tout, il avait conservé son entière connaissance, mais son anxiété était profonde. Bien que le bras parût être pris en même temps que la jambe, ou peu s'en faut, je localisai la lésion cérébrale au niveau du lobule paracentral droit et dans sa partie la plus élevée, pensant, étant données les quelques convulsions de la jambe droite, que le lobule paracentral gauche était sans doute, lui aussi, affleuré par la lésion. Quant à la nature de cette lésion, il me fut impossible de la diagnostiquer. Un traitement mercuriel intense n'ayant donné aucun résultat, je fis pratiquer l'opération par M. Marion. Le diagnostic topographique se trouva absolument vérifié: dans la partie la plus élevée des circonvolutions motrices, vers l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando, en plein lobule paracentral droit, à la surface de l'écorce, était une tumeur dure, du volume d'une cerise. L'ablation en fut facile. Les caractères macroscopiques de cette tumeur n'avaient rien de caractéristique; l'absence d'adhérence à la dure-mère, le volume, l'aspect mûriforme, la délimitation nette constatés ici, s'observent dans les cas les plus divers. L'examen histologique a démontré que la tumeur était surtout fibromateuse. La planche ci-dessous en reproduit la topographie et la dimension.



Quand on a vu de près des cas analogues, quand on est bien au courant des épilepsies partielles et de la localisation

cérébrale des lésions qui les provoquent, il semble vraiment que le diagnostic topographique de la lésion n'offre pas de grandes difficultés. Et en effet, pareils diagnostics ont été publiés de tous côtés.

C'est à ce sujet que je vous prie de vouloir bien écouter le fait suivant, qui vient de se passer dans mon service; il vous intéresse d'autant plus, que vous l'avez en partie contrôlé.

Un homme de quarante ans, typographe, est amené par son frère dans notre salle Saint-Christophe, le 10 janvier dernier, à 3 heures. Le malade est presque dans le coma, et incapable de donner des renseignements précis. Mais nous sommes amplement renseigné grâce à l'observation très détaillée qui nous est obligeamment envoyée par son médecin, le Dr Maynaud. Notre confrère a vu le malade pour la première fois dans la nuit du 5 au 6 janvier, vers 1 heure du matin. A ce moment il trouve le malade assis sur son lit, les yeux hagards, l'air hébété, et répondant difficilement mais distinctement aux questions qu'on lui adresse. Celui-ci raconte qu'il est de bonne santé habituelle, il n'a eu qu'une hydrocèle, opérée à l'Hôtel-Dieu; depuis lors il a repris ses occupations d'ouvrier typographe sans éprouver aucun malaise.

La veille, le 5 janvier, il avait travaillé toute la journée sans avoir observé rien d'anormal; il avait mangé de bon appétit, s'était couché vers 9 heures, et s'était profondément endormi presque aussitôt. Depuis lors il ignorait ce qui s'était passé et il ne s'expliquait pas pourquoi on avait fait appeler un médecin. Sa femme raconte que vers minuit elle est réveillée par un bruit de ronflement; elle secoue son mari, qui est sans connaissance: impossible de le tirer de sa torpeur. Affolée, elle court chercher un médecin et lui raconte la scène. Notre confrère constate que le malade s'est mordu la langue et qu'il a, à son insu, uriné dans son lit; il pense aussitôt à la possibilité d'une épilepsie, peut-être syphilitique, et il prescrit le sirop de Gibert et l'iodure de potassium.

Le lendemain matin 6 janvier, le frère de cet homme donne quelques renseignements; il affirme qu'il a été soigné pour la syphilis dix ans avant. Le malade est abattu, la

langue est douloureuse, les mots viennent péniblement; néanmoins il témoigne par une mimique expressive qu'il comprend tout ce qui se dit autour de lui. La journée se passe sans autres incidents.

Mais, dans la nuit du 6 au 7 janvier, on vient de nouveau chercher notre confrère; le malade venait d'avoir « une attaque qui n'en finissait pas ». Il est dans un état comateux, couvert de sueurs, la respiration est stertoreuse, la température rectale atteint 40 degrés. A ce moment survient une inspiration bruyante, la tête et les yeux se dévient fortement à droite, et, aussitôt, *le bras droit d'abord*, puis la jambe droite, sont agités de secousses rapides et violentes. C'est un accès d'épilepsie jacksonienne. Une dizaine d'accès semblables se répètent coup sur coup, et l'état comateux persiste de 1 heure à 5 heures du matin.

Le mercredi 9 le malade a repris en partie connaissance, il prétend ne pas supporter le sirop de Gibert, il ne veut pas se soumettre à la médication prescrite et notre confrère nous l'envoie à l'Hôtel-Dieu, où il entre le 10 janvier. Il est à ce moment dans un état demi-comateux, sa température atteint 39 degrés.

Quand je vois cet homme le vendredi matin, cinquième jour de la maladie, il est comme somnolent, on ne peut obtenir des réponses précises; toutefois il fait des efforts pour comprendre et il répond par gestes ou par monosyllabes. La face est déviée à droite, la commissure est attirée à droite et en bas, la langue est déviée à droite et présente des traces de morsure, les membres du côté droit, le bras surtout, sont flasques mais non complètement paralysés, la sensibilité paraît diminuée du côté droit du corps. Depuis la veille au soir on a constaté plusieurs crises convulsives; on en a compté neuf de 5 heures à 9 heures du matin, et justement, pendant que je l'examine, cet homme est pris d'une crise dont vous avez été témoins, et que nous avons pu observer dans tous ses détails. Tout à coup il pousse un grognement étouffé, la face et les lèvres se dévient à droite, en même temps la main droite se contracte, les doigts se recourbent en forme de griffe et en quelques instants appa-

raissent au membre supérieur droit des secousses convulsives. L'accès convulsif ne reste pas localisé au bras droit, les convulsions envahissent bientôt après et presque en même temps la jambe droite et le côté droit de la face. C'est à peine si on constate au côté gauche quelques mouvements communiqués. Pendant la crise le malade ne semble pas avoir perdu complètement connaissance.

En quarante secondes, tout cesse, la crise convulsive est terminée, le malade reste cyanosé, la respiration est gênée. De nouvelles crises permettent d'étudier encore la localisation de cette épilepsie jacksonienne; c'est le côté droit qui est atteint et c'est au bras droit que les convulsions sont prédominantes.

Il s'agissait de faire un double diagnostic: diagnostic topographique et diagnostic pathogénique. Le diagnostic topographique semblait s'imposer; la localisation de l'attaque épileptique au côté droit du corps, avec prédominance marquée au bras droit, indiquait une lésion de la région corticale motrice du côté gauche. La lésion atteignait certainement les circonvolutions frontale et pariétale ascendante, et comme la jambe n'était prise qu'après le bras et la face, il était fort probable que la lésion était principalement localisée au territoire moyen et inférieur de ces circonvolutions, leur territoire supérieur et le lobule paracentral étant indemnes.

De sorte que si j'avais dû recourir à l'intervention chirurgicale, ce sont les deux tiers inférieurs des circonvolutions motrices gauches que j'aurais indiqués à l'action du chirurgien; c'est à la région crânienne correspondante qu'on aurait porté le trépan. Mais il n'était pas question d'opération; le malade était un ancien syphilitique, et tout faisait supposer que la lésion des circonvolutions rolandiques était gommeuse ou scléro-gommeuse.

Je sais bien que, pour affirmer la syphilis cérébrale, quelques éléments de diagnostic nous manquaient; les attaques d'épilepsie jacksonienne n'avaient été précédées d'aucun autre symptôme tel que céphalée, obnubilation, troubles de la parole, ébauches de contracture ou de parésie, qui sont habituellement le prélude plus ou moins lointain de ces loca-

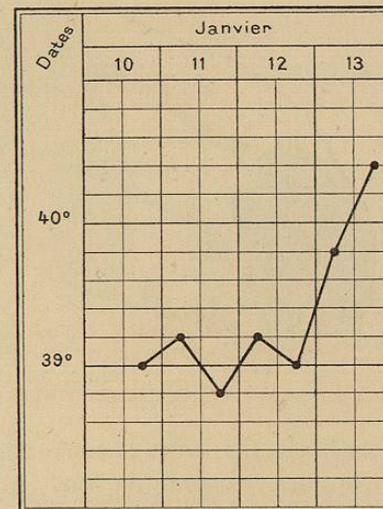
lisations syphilitiques. Mais, en fait de syphilis, tout se voit, ainsi que l'a si bien dit M. Fournier, et, d'autre part, les mêmes objections eussent été applicables à des lésions cérébrales d'une autre nature.

Nous étions donc en droit de porter le diagnostic suivant: syphilis tertiaire gommeuse ou scléro-gommeuse de la région rolandique gauche. En conséquence, j'instituai aussitôt la médication souveraine (quand elle arrive à temps). On pratiqua immédiatement une injection de 8 milligrammes de biiodure d'hydrargyre. C'était une assez forte dose, mais il n'y avait pas un instant à perdre.

En dépit du traitement, les crises jacksoniennes (toujours les mêmes) continuent le jour et la nuit, si bien qu'en vingt-quatre heures, il y eut quarante ou cinquante crises. Néanmoins le malade semble reconnaître sa femme et son frère.

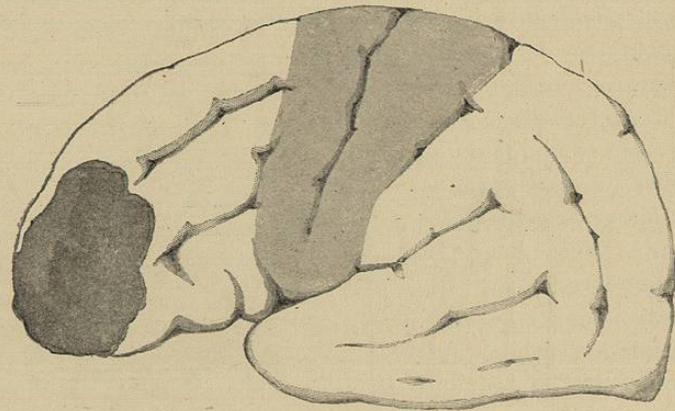
Le samedi 12, l'état ne s'est nullement amélioré, la température est à 39°2. Je fais porter chaque injection à la dose de 12 milligrammes de biiodure d'hydrargyre. Les crises se succèdent dans la journée; vers le soir elles sont plus espacées. Dans la nuit, trois crises. Le dimanche matin, la température monte à 39°8. Le malade est de plus en plus affaibli, en état presque comateux; les crises sont moins fréquentes, on en compte trois dans la journée du dimanche; la dernière crise éclate à 11 heures du soir, la température s'élève à 40°5 et la mort survient à 3 heures du matin. Ci-joint la courbe de température.

Vous allez voir quelle surprise nous réservait l'autopsie. On



ouvre la cavité crânienne et les regards se portent aussitôt sur la région rolandique gauche. *Rien d'appréciable à ce niveau.* Les méninges et la surface cérébrale ne présentent rien de particulier; pas de tumeur, pas de dépression, pas d'adhérences. Mais quand on veut enlever le cerveau on s'aperçoit que la dure-mère est adhérente à la pie-mère au niveau de la partie antérieure du lobe frontal de l'hémisphère gauche; on découpe la pie-mère et on enlève cerveau, cervelet et bulbe.

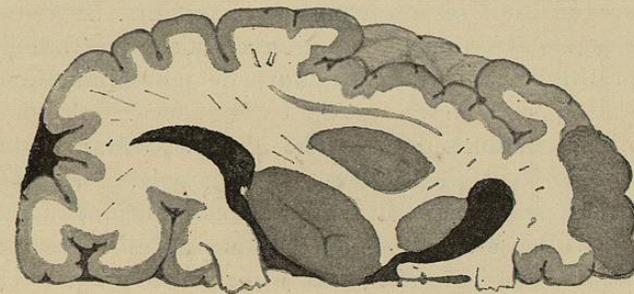
L'examen extérieur du cerveau donne les renseignements suivants : les circonvolutions rolandiques sont *absolument saines*; même intégrité des lobes pariétal, occipital et temporal. La seule lésion apparente est cantonnée au lobe frontal gauche. En ce point, la surface cérébrale normale est remplacée par un tissu pathologique adhérent aux méninges, de nuance brunâtre, et de consistance plus molle que la substance grise des circonvolutions.



Les limites de cette néoformation sont les suivantes : vue sur la face externe du lobe frontal, elle occupe toute la pointe du lobe frontal, c'est-à-dire le tiers antérieur des 1^{re}, 2^e et 3^e circonvolutions frontales, ainsi que l'indique la figure ci-dessus.

Vue par la face inférieure du cerveau, la lésion occupe la partie extérieure des circonvolutions olfactives sur une étendue de 3 centimètres.

Sur la coupe horizontale médiane du cerveau (coupe de Flëhsig), on se rend compte de la profondeur de la lésion. Ainsi qu'on le voit sur la figure ci-dessous, la lésion s'avance jusqu'à un centimètre et demi du prolongement antérieur du ventricule latéral. Ses limites sont nettes; la substance cérébrale qui confine à la tumeur n'est nullement altérée.



Dans son ensemble cette tumeur a la dimension d'un petit œuf. Voici quel est à la coupe l'aspect de son tissu : la dure-mère adhérente à la pie-mère a une épaisseur de 1 à 2 millimètres et demi. Le tissu néoformé sous-jacent a envahi et remplacé la substance blanche et la substance grise. C'est un tissu jaune-brun, de consistance et d'aspect inégaux, assez mou et friable, comme gélatineux ou gommeux, rappelant un peu le tissu conjonctif œdématié. Il est parcouru de stries filamenteuses plus blanches, plus résistantes, et en plusieurs points existent de petits flots de consistance et d'aspect caséux.

Le cerveau, minutieusement examiné, ne présente aucune autre lésion. Les ventricules sont remplis d'un liquide plus abondant qu'à l'état normal.

A l'examen macroscopique, cette tumeur avait les caractères d'une gomme syphilitique. Il semble du reste que la confusion ne soit guère possible entre la gomme syphilitique et d'autres tumeurs, telles que le gliome, le tuberculome ou un kyste en dégénérescence.

Eh bien, ne vous y fiez pas, il est des cas où cette confusion est possible; j'en trouve la preuve dans la première