

observation de l'intéressante thèse de M. Herber¹. Voici le résumé de cette observation. Un homme de vingt-huit ans est pris de céphalée violente, surtout intense pendant la nuit comme la céphalée syphilitique; il a des nausées, du strabisme, de la diplopie. Il entre dans le service de M. Chauffard. On constate une paralysie du muscle droit externe de l'œil droit. A l'ophtalmoscope on trouve une double hémorétinite ayant tous les caractères de la syphilis. Bien que le malade niât la syphilis, on prescrit avec raison un traitement antisiphilitique, mercure et iodure de potassium, et une amélioration notable en est la conséquence. Cet homme quitte l'hôpital, mais il y revient quinze jours plus tard, la céphalée étant plus intense que jamais. On institue de nouveau le traitement mercuriel et ioduré. Peu après surviennent des étourdissements, puis un délire violent et bruyant. Bientôt éclatent deux attaques d'épilepsie et le malade est emporté par une troisième attaque plus intense encore que la première.

Le diagnostic de syphilis cérébrale paraissant acquis (et tout portait à y croire), voici quels furent les résultats de l'autopsie :

1° On trouve une gomme ramollie située en pleine substance blanche au pied de la première circonvolution frontale; son contenu est caséux et jaunâtre dans sa partie la plus élevée; elle est d'aspect kystique dans sa partie inférieure; la zone périphérique est transparente et vitreuse. 2° A l'union du tiers antérieur et du tiers moyen de la première circonvolution frontale, sous la substance grise, on trouve une petite tumeur, molle, transparente, ayant l'aspect de la dégénérescence vitreuse, entourée d'une zone de substance blanche indurée.

Le diagnostic porté pendant la vie paraissait donc confirmé, il s'agissait, on le croyait du moins, de deux gommés syphilitiques du cerveau. Cependant quelques doutes surgirent sur la nature de ces tumeurs et l'examen histologique

1. Herber. Évolution clinique de la gomme cérébrale circonscrite. Thèse de Paris, 1900.

en fut confié à M. Philippe. Cet examen démontra que le diagnostic porté pendant la vie et à l'autopsie était erroné; il s'agissait non de syphilome, mais de gliome. « Les caractères histologiques, dit M. Philippe, ne laissent aucun doute sur la nature de ces tumeurs; il s'agit de gliome du type mixte, dans lequel les fibrilles et les cellules ont végété en proportions sensiblement égales. Dans toutes les coupes que nous avons étudiées, ce gliome a envahi à la fois l'écorce et la substance blanche, bien que nettement prédominant dans cette dernière. »

Vous voyez donc, ainsi que je vous le disais il y a un instant, que le diagnostic anatomique de la gomme syphilitique ne s'impose pas toujours à première vue.

En ce qui concerne notre cas, le diagnostic de gomme syphilitique porté pendant la vie et à l'autopsie a été vérifié par l'examen histologique qu'en a fait un de nos chefs de laboratoire, M. Jolly. Les coupes de la tumeur démontrent que le tissu cérébral est presque complètement remplacé par du tissu conjonctif de nouvelle formation, assez homogène et ne contenant qu'un petit nombre d'éléments cellulaires. Par places on trouve des amas de cellules arrondies à gros noyau. Ces amas entourent le plus souvent les vaisseaux, ils sont allongés ou ramifiés et divisent le tissu néo-formé en sorte de lobules. Sur les coupes verticales des méninges on reconnaît d'abord la dure-mère peu modifiée; au-dessous, une épaisse couche conjonctive, adhérente, très vascularisée, qui correspond à la pie-mère épaissie. De nombreux vaisseaux ectasiés sont entourés d'amas de cellules arrondies à noyau fortement coloré. Ces vaisseaux, entourés de tissu hyalin lymphatique, pénètrent perpendiculairement de la surface en plein tissu pathologique. En certains points, le tissu de la tumeur est homogène, sans cellules, nécrosé; il ne se colore plus; ces points correspondent aux îlots caséux visibles à l'œil nu. Il ne s'agit donc ici ni d'un gliome, ni d'un épithéliome, ni d'un sarcome à petites cellules, ni d'un tuberculome qui est plus limité et caséux. Il s'agit d'une tumeur gommeuse cérébro-méningée.

Je profite de cette occasion pour vous rappeler que les

gommages corticales sont plus fréquentes que les gommages centrales. Il est surtout intéressant de savoir que les gommages cérébrales sont beaucoup plus fréquentes au lobe frontal qu'à la zone rolandique. Ainsi, dans le tableau de statistique donné par M. Herber, on trouve dix observations de gomme syphilitique au lobe frontal, tandis qu'on n'en trouve que deux aux circonvolutions motrices, zone rolandique et lobule paracentral; d'où on peut conclure, *a priori*, que l'épilepsie jacksonienne consécutive aux lésions de la zone rolandique est due au tuberculome, au gliome, etc., bien plus souvent qu'au syphilome. Vous comprenez la valeur de cette remarque.

Il s'agit maintenant de nous expliquer sur le cas inattendu de notre malade. Cet homme était atteint d'une gomme cérébrale syphilitique, et en cela le diagnostic pathogénique était vrai, mais nous avons localisé la lésion à la zone rolandique, et en cela le diagnostic topographique était faux. Et cependant, tout indiquait que la lésion devait être localisée aux circonvolutions motrices; nous avons assisté à l'accès d'épilepsie partielle, nous avons suivi avec attention son évolution, nous l'avons vu débiter par le bras et la face du côté droit et atteindre ensuite la jambe du même côté.

Ce cas rentrait donc dans le groupe presque banal des épilepsies jacksoniennes dues à une lésion des circonvolutions motrices; c'est là un diagnostic médico-chirurgical qui se fait couramment et qui ne demande pas une bien grande habileté clinique. Non seulement on arrive à localiser la lésion à la zone rolandique, mais il est possible, dans bien des cas, d'affirmer que la lésion atteint ou non le lobule paracentral.

J'étais donc convaincu, et mes élèves partageaient cette opinion, que la lésion gommeuse ou scléro-gommeuse de notre homme était nettement localisée à la partie moyenne et inférieure des circonvolutions motrices gauches. Aussi, quelle n'a pas été notre étonnement, à l'autopsie, quand nous avons constaté l'intégrité absolue des circonvolutions motrices et la localisation de la gomme à la partie antérieure

du lobe *frontal*. Ce fait était d'autant plus troublant, qu'au cas d'intervention chirurgicale, je le répète, le chirurgien aurait opéré sur de fausses indications, il aurait trépané le crâne au niveau de la région rolandique et il n'aurait trouvé aux circonvolutions motrices aucune lésion.

Alors je me suis demandé si notre cas était un cas isolé; j'ai fait des recherches et je viens vous rendre compte du résultat de mes investigations. Non seulement notre cas n'est pas isolé, mais il existe un certain nombre de faits identiques. Je vais vous les citer, vu l'importance du sujet.

M. Lépine¹ a publié une observation intitulée: « Épilepsie jacksonienne terminée par la mort; autopsie; ancien abcès du lobe *antérieur* du cerveau. » Une femme âgée entre dans son service pour une épilepsie jacksonienne des membres gauches, la face restant indemne. Outre les grandes crises qui se compliquent à un certain moment de perte de connaissance, on note des petites secousses des doigts et de l'avant-bras avec raideur du bras et sans perte de connaissance. Voilà bien, n'est-ce pas, des crises convulsives partielles, nettement limitées, et permettant de localiser la lésion cérébrale à la partie moyenne des circonvolutions motrices droites? La malade tombe en état de mal et succombe. A l'autopsie, on constate l'intégrité absolue de la zone rolandique; la lésion siège à la première circonvolution frontale droite; c'était un ancien abcès enkysté. Ainsi que le fait remarquer M. Lépine, si la trépanation avait été pratiquée, elle n'eût pas mis à nu la lésion, « car, en se guidant sur les symptômes de la crise, on eût été conduit à ouvrir le crâne fort en arrière, dans une région intermédiaire au centre du membre supérieur et à celui du membre inférieur ». Nous arrivons, M. Lépine et moi, dans nos cas respectifs, aux mêmes conclusions un peu décevantes.

Dans un autre cas de M. Lépine, il est question d'un malade, ancien syphilitique, atteint de symptômes cérébraux, idées ambitieuses, amnésie, bizarreries de caractère et attaques d'épilepsie jacksonienne limitée aux deux bras.

1. Lépine. Gommages des lobes frontaux. *Revue de médecine*, 10 juin 1895.

Pareille limitation des accès convulsifs devait engager à localiser la lésion cérébrale en un point symétrique des circonvolutions rolandiques. Le malade meurt, et, à l'autopsie, on trouve deux gommés symétriquement placées, non pas aux circonvolutions rolandiques, mais à la première circonvolution des deux lobes frontaux.

MM. Faguet et Lowitz¹ ont rapporté l'observation suivante : une femme ayant eu la syphilis est prise d'attaques d'épilepsie jacksonienne limitée au côté gauche du corps. L'attaque se fait dans les conditions que voici : Les convulsions débutent par la main, gagnent tout le membre supérieur, puis atteignent la bouche, la paupière supérieure et finissent par le membre inférieur, toujours du côté gauche. Les phénomènes convulsifs disparaissent dans l'ordre suivant : ils cessent tout d'abord à la face, puis au bras, à la jambe et enfin à la main. Pendant la durée des crises, la malade ne perd pas connaissance ; interrogée aussitôt après, elle répond très nettement. La mémoire, l'intelligence, la parole sont intactes. La percussion du crâne au niveau de la zone psycho-motrice droite provoque une douleur assez vive.

Le traitement antisiphilitique n'ayant donné aucun résultat, et les symptômes indiquant la localisation de la lésion aux circonvolutions motrices droites, M. Lannelongue applique une couronne de trépan au niveau de la partie inférieure du sillon de Rolando. La dure-mère est mise à nu, mais on ne trouve pas la lésion à laquelle on s'attendait. Les accès convulsifs continuent et la malade succombe. A l'autopsie, on constate l'intégrité complète de la zone motrice. La lésion, qui est une gomme de la dimension d'une noix, siège sur le tiers postérieur de la deuxième circonvolution frontale droite en avant du pli de passage qui a conservé ses caractères.

L'observation suivante est due à M. Chipault². Un homme ayant eu déjà quelques symptômes cérébraux, est pris d'épilepsie jacksonienne localisée au bras et à la jambe gauches.

1. Cette observation est consignée dans la thèse de M. Herber.

2. Chipault. *Revue de Neurologie*, 1893, p. 145.

Les symptômes convulsifs sont suivis de symptômes paralytiques. Néanmoins, presque tous les matins, au moment du lever, il se produit une extension involontaire du bras paralysé, qui soulève la couverture du lit ; l'avant-bras et la main se redressent, les doigts s'étendent et s'écartent ; cela dure un instant. Quand le malade est impressionné, ou pour une cause quelconque, la main paralysée est prise d'un tremblement rapide qu'on peut modérer et arrêter en soutenant la main. Ces symptômes indiquant une lésion de la région rolandique droite, on applique le trépan, et on met largement à découvert cette région. Après incision de la dure-mère, on ne constate aucune lésion à la surface de la zone motrice. Une ponction à la seringue de Pravaz faite sur la circonvolution frontale, puis sur la pariétale ascendante, ne donne aucun résultat, pas plus qu'une incision de 1 centimètre de longueur, sur 2 centimètres de profondeur, faite de haut en bas sur la circonvolution frontale ascendante. Trois semaines après le malade succombe. A l'autopsie on trouve un gliome du volume d'une cerise, non pas aux circonvolutions rolandiques, qui sont saines, mais à la deuxième circonvolution frontale droite.

Ces observations, vérifiées par l'opération ou par l'autopsie, vous prouvent que notre cas est loin d'être isolé, il est en bonne compagnie. A voir notre malade atteint d'épilepsie jacksonienne, à type brachio-crural, nous avons fait le diagnostic topographique classique de lésion cérébrale siégeant à la partie moyenne des circonvolutions rolandiques. Au cas d'opération, c'est là que le chirurgien aurait porté le trépan : il n'y aurait rien trouvé, car l'autopsie a démontré l'intégrité de cette région ; la lésion siégeait au lobe frontal.

Même remarque pour les autres observations. L'épilepsie jacksonienne du malade de M. Lépine fait porter le diagnostic d'une lésion de la zone rolandique, et, à l'autopsie, on constate que c'est à la première circonvolution frontale que siège la lésion. L'épilepsie jacksonienne du malade de MM. Faguet et Lowitz fait porter le diagnostic d'une lésion de la

zone rolandique, on y porte le trépan sans rien trouver, et, à l'autopsie, on constate que la lésion est localisée à la deuxième circonvolution frontale. L'épilepsie jacksonienne du malade de M. Chipault fait porter le diagnostic d'une lésion de la zone rolandique, on la trépane largement sans y rien trouver, et plus tard, à l'autopsie, on constate que c'est à la deuxième circonvolution frontale qu'est localisée la lésion.

En sorte que, une lésion, gliome, syphilome, tuberculome, ou autre, localisée aux circonvolutions du lobe frontal, loin de la zone rolandique, peut reproduire le tableau de l'épilepsie jacksonienne, tel que nous sommes habitués à la voir à la suite des lésions localisées aux circonvolutions rolandiques. Médecins et chirurgiens s'y sont trompés. Il faut convenir que des faits de ce genre jettent quelque incertitude sur la précision du diagnostic topographique des lésions cérébrales et laissent quelque doute quand il s'agit de préciser la zone sur laquelle doit porter l'intervention chirurgicale.

N'y aurait-il pas cependant quelque signe, capable de différencier ces deux localisations? N'existe-t-il pas quelque symptôme qui permette de dire : tel accès jacksonien provient d'une lésion de la zone rolandique; tel autre accès jacksonien provient d'une lésion du lobe frontal? Il semblerait, *a priori*, qu'une lésion intéressant le lobe frontal dût provoquer des troubles intellectuels, psychiques, qui ne sont pas le fait des localisations rolandiques. Mais cette hypothèse, en soi rationnelle, ne répond pas toujours, il s'en faut, à la réalité des faits. Ainsi notre malade, avec sa lésion du lobe frontal, n'avait eu ni troubles psychiques, ni troubles intellectuels, quand il a été frappé brusquement de ses premières crises jacksoniennes; la veille encore il était en bonne santé et il exerçait son métier d'ouvrier typographe sans la moindre défaillance de ses facultés mentales. Dans l'observation de MM. Faguet et Lowitz, il est dit que le malade atteint d'épilepsie jacksonienne par lésion du lobe frontal « n'avait aucun trouble de l'intelligence; la mémoire était intacte, et

la parole était normale ». Dans l'observation de M. Chipault, on note que le malade atteint d'épilepsie jacksonienne par lésion du lobe frontal « n'avait pas de troubles intellectuels ». L'absence de troubles psychiques et intellectuels ne peut donc pas toujours servir, vous le voyez, à différencier l'épilepsie jacksonienne par lésions rolandiques de l'épilepsie jacksonienne par lésions frontales.

Les symptômes paralytiques, a-t-on dit, pourraient peut-être fournir des renseignements précieux, et nous guider dans ce diagnostic délicat. On sait en effet que les lésions des circonvolutions rolandiques ne suscitent pas seulement des convulsions toniques et cloniques, elles déterminent également des symptômes paralytiques; la paralysie, ou du moins la parésie du bras et de la jambe pouvant succéder aux crises d'épilepsie jacksonienne, ou coexister avec elles. Bien des malades atteints d'épilepsie jacksonienne du membre supérieur ou du membre inférieur éprouvent après leur attaque convulsive, ou dans l'intervalle des attaques, une paralysie plus ou moins durable des membres qui ont été convulsés. Si pareil symptôme était spécial à l'épilepsie jacksonienne d'origine rolandique, et s'il était étranger à l'épilepsie jacksonienne d'origine frontale, nous aurions là un élément précieux de diagnostic topographique.

Mais cet élément de diagnostic nous fait défaut, car les troubles paralytiques peuvent être associés à l'épilepsie jacksonienne d'origine frontale comme à l'épilepsie jacksonienne d'origine rolandique. Ainsi notre malade avait en partie perdu le mouvement du bras et de la jambe et nous avons noté chez lui la coexistence de symptômes paralytiques et de crises convulsives; la crise convulsive terminée, les symptômes paralytiques reprenaient le dessus. Chez l'un des malades de M. Lépine, le bras et la jambe gauche étaient paralysés après les crises convulsives et restèrent paralysés jusqu'à la mort. Le malade de MM. Faguet et Lowitz avait une hémiplégie flasque dans l'intervalle de ses attaques convulsives, et la paralysie persista d'une façon absolue. Le malade de M. Chipault avait une parésie des membres atteints d'épilepsie jacksonienne et le bras resta paralysé.

Vous voyez donc que la présence de troubles paralytiques, pas plus que l'absence de troubles psychiques, ne peuvent nous servir à différencier avec certitude l'épilepsie jacksonienne par lésion rolandique de l'épilepsie jacksonienne par lésion frontale.

Il faut donc admettre, jusqu'à plus ample informé, qu'il y a une épilepsie jacksonienne rolandique et une épilepsie jacksonienne frontale absolument comparables. L'épilepsie jacksonienne d'origine rolandique est beaucoup plus fréquente, il est vrai, que l'épilepsie jacksonienne d'origine frontale; néanmoins cette dernière n'est pas absolument rare, ainsi que le prouvent les observations que je viens de citer, et le cas de notre malade en est un nouvel exemple.

Nous ne connaissons, pour le moment, aucun signe, aucun symptôme qui nous permette de différencier l'épilepsie jacksonienne rolandique de l'épilepsie jacksonienne frontale; ceci, il ne faut pas se le dissimuler, est une atteinte portée à la doctrine des localisations cérébrales. Aussi éprouverons-nous une inquiétude bien légitime le jour où nous serons appelés à préciser la région crânienne sur laquelle doit porter le trépan. Nous pourrions être exposés, sans notre faute, à donner une fausse indication, témoin les cas instructifs de MM. Faguet et Lowitz et de M. Chipault.

Je dois néanmoins faire une remarque, ne serait-ce qu'à titre de simple réflexion : au nombre des types d'épilepsie jacksonienne d'origine rolandique, il en est un que je n'ai pas vu reproduit par l'épilepsie jacksonienne d'origine frontale : c'est le type crural, l'accès convulsif débutant par la jambe. En pareil cas, je vous le rappelle, la lésion qui produit l'épilepsie jacksonienne crurale est localisée au lobule paracentral ou à la partie la plus élevée des circonvolutions motrices qui concourent à former ce lobule paracentral. Ce type d'épilepsie jacksonienne crurale échappe-t-il à la similitude que nous venons de signaler pour les autres types, et ne peut-il pas être reproduit par une lésion frontale? Je l'ignore, je me garde d'hypothèses, et, pour le moment, je me contente de poser la question; il sera intéressant de la résoudre.

Je voudrais vous dire encore quelques mots concernant la gomme syphilitique de notre malade. A en juger d'après sa transformation caséuse et fibreuse, cette gomme évoluait depuis longtemps. Et, pendant cette longue évolution, notre homme n'avait rien senti; il n'avait eu ni céphalée, ni vertiges, ni obnubilation; il n'avait éprouvé ni perte de mémoire, ni trouble intellectuel; sa femme et son frère ont donné à ce sujet les renseignements les plus précis. C'est dans la nuit du 5 au 6 janvier que la lésion s'est démasquée tout à coup par l'épilepsie jacksonienne, et, à ce moment, la lésion était tellement avancée qu'elle a été mortelle en quelques jours, en dépit de toute médication.

Comment expliquer qu'une lésion cérébrale puisse rester si longtemps silencieuse? Cela dépend des régions où siège la lésion. Il y a, dans le cerveau, des régions plus tolérantes les unes que les autres. Cette tolérance n'est pas enviable, car, le sujet n'étant pas prévenu du danger, il vit dans une fausse sécurité et il n'entreprend aucun traitement; en attendant, le mal fait des progrès, la médication arrive trop tard, et la cause est perdue.