SCD Lyon 1

253.264/1 Réserve

253264/1

SCD Lyon 1

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE
SECTION
SANTÉ
- LYON 1 -

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1

Cours de Pathologie interne
(Semestre d'été 1878)

Maladies du système nerveux

Messieurs,

Je dois vous entretenir cette année des maladies du système nerveux. Pendant le semestre d'hiver mes conférences pratiques ont eu pour objet ces mêmes maladies, et j'ai pu ainsi montrer à mes auditeurs quelques spécimens des affections de cette nature qu'on rencontre le plus fréquemment dans nos hôpitaux et dans la pratique. J'ai dû nécessairement, faisant de la clinique, m'occuper du malade plutôt que de la maladie et insister ~~[illegible]~~ sur les particularités intéressantes ~~[illegible]~~ par chaque cas. ~~particulier~~

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Ce mode d'enseignement est le plus ~~[illegible]~~. Il est indispensable. Vous ne pouvez retenir la description complète d'une maladie qu'à la condition d'avoir présents à l'esprit des faits bien observés. Vous ne pouvez discuter un diagnostic, établir le pronostic et le traitement qu'après avoir examiné un grand nombre de malades. ~~Jamais vous n'en aurez vu suffisamment pour vous faire une opinion pour connaître personnellement les phénomènes qui caractérisent l'affection et toutes les particularités qui peuvent se présenter dans l'évolution d'une maladie mais il est évident que~~ Plus vous aurez observé de malades plus vous aurez de chances ~~[illegible]~~ d'acquérir des notions exactes sur chaque maladie et de fortifier votre jugement pour les cas ~~difficiles~~ que vous rencontrerez toujours dans la pratique de l'art.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5

[illegible]

mais pour prendre des observations avec fruit, il ne suffit pas d'interroger le malade au hasard, il faut ~~encore~~ posséder ~~[illegible]~~ des connaissances ~~[illegible]~~ en pathologie médicale. Le malade sert à fixer dans l'esprit ces connaissances qui se complètent à mesure que les observations deviennent plus nombreuses et plus variées.

Le cours de pathologie interne doit donc s'adresser tout à la fois à ceux d'entre vous qui commencent à fréquenter ~~les~~ hôpitaux et qui ont besoin de ~~ces connaissances~~ notions élémentaires indispensables, ~~[illegible]~~ et à ceux qui ont déjà observé des malades et qui ont ainsi l'occasion

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

de résumer de condenser ce qu'ils ont appris de différents côtés. ~~Et puis vous ne saurez trop étudier souvent les mêmes choses pour les graver dans votre esprit car, en face du malade vous vous apercevrez toujours que vos connaissances ne sont pas assez étudiées~~ En un mot je crois qu'on ne peut devenir médecin qu'en étudiant à la fois la pathologie et le malade.

L'idéal d'un cours de pathologie consisterait à produire au fur et à mesure de la description d'une maladie une série de pièces anatomiques et de malades offrant toutes les particularités qui peuvent se présenter. Mais ~~comme il serait impossible de trouver~~ les éléments d'un tel cours seraient ~~à l'exception des moments les malades qui~~ impossibles à trouver ~~seraient mauvais pour les démonstrations~~

SCD Lyon 1

5

~~[illegible]~~

Toutefois pour me rapprocher de cet idéal, je compte mettre à profit mon service d'hôpital pour vous montrer toutes les fois que l'occasion s'en présentera ~~[illegible]~~ des malades ~~[illegible]~~ ~~d'affections [illegible]~~, soit des pièces anatomiques concernant l'objet de mon cours. Je dois vous dire aussi que mon ami M. le Dr Rondet de Neuville a mis à ma disposition son service du dépôt de mendicité d'Albigny où se trouvent une grande quantité de malades atteints d'affections nerveuses et où je pourrai puiser des éléments importants pour ~~[illegible]~~ ce cours.

Pour rendre ces leçons tout à fait pratiques, j'ai l'intention de laisser

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

de côté ou tout au moins, de ~~décrire~~ seulement d'une manière rapide les maladies qui sont rares ~~et rares~~ et d'insister au contraire plus ou moins longuement sur celles ~~que~~ que vous rencontrerez chaque jour dans les hôpitaux. ~~[illegible]~~

~~[illegible]~~

L'étude de la pathologie ~~[illegible]~~ pour la connaissance préalable de l'anatomie et de la physiologie des organes malades. Il faut connaître le fonctionnement de l'organe à l'état sain pour interpréter les troubles qui constituent la maladie. Toutefois il ne saurait entrer dans mon programme de traiter de l'anatomie et de la physiologie en même temps que de la pathologie.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Cet enseignement devrait pour être donné à la Faculté d'une manière très complète. Je me bornerai seulement à vous rappeler les notions qui sont indispensables pour la compréhension et l'interprétation des phénomènes pathologiques, à propos de la description de chaque maladie.

Le système nerveux ou appareil de l'innervation se compose d'une centre vers lequel convergent tous les nerfs sensitifs et d'où partent tous les mouvements et d'une partie périphérique qui le met en communication avec tous les organes. La partie centrale est constituée par l'axe cérébro-spinal et les irradiations forment le système nerveux périphérique.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Bichat l'a encore divisé en système nerveux de la vie animale et système nerveux de la vie organique. Ce dernier qui du reste est relié au premier, ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ est le ~~[illegible]~~ gd sympathique ~~[illegible]~~.

Le système nerveux constitue donc un vaste appareil répandu dans tout l'organisme dont les diverses parties peuvent être ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ isolément ou en plus ou moins grand nombre.

Pour faciliter la description des maladies du système nerveux aussi bien que pour l'étude de l'anatomie et de la physiologie, il est d'usage d'étudier séparément, non seulement le système nerveux périphérique et l'axe cérébro-spinal, mais encore de diviser ce dernier en plusieurs parties.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

C'est ainsi que nous aurons d'abord à étudier les maladies de l'encéphale et de la moëlle épinière, l'encéphale comprenant les hémisphères cérébraux, le cervelet et l'isthme.

J'avais formé le projet de vous faire l'histoire des maladies nerveuses depuis le commencement de ce siècle et de vous montrer que les progrès considérables réalisés dans cette partie de la pathologie étaient concomitants de ceux qui se sont produits dans l'anatomie et la physiologie. J'aurais pu aussi vous ~~faire voir~~ comment du rapport ~~[illegible]~~ des altérations pathologiques avec les symptômes observés pendant la vie, on a ~~[illegible]~~ déduit de nouvelles connaissances en anatomie et en physiologie.

J'~~[illegible]~~ aurais ~~[illegible]~~ insisté sur la solidarité qui relie les diverses branches

SCD Lyon 1

des connaissances médicales et sur l'importance d'en faire l'étude simultanée pour arriver à l'observation exacte des malades, qui ~~[illegible]~~ la base de la médecine. mais il aurait fallu consacrer plusieurs leçons à l'exposé de ces considérations et je crains déjà de ne pas avoir le temps nécessaire pour remplir mon programme. D'autre part si le temps nous le permet nous ferons peut-être avec plus de fruit à la fin de ce cours ce que je me proposais de faire au commencement.

Avant d'entreprendre la description des maladies de l'Encéphale, il me paraît indispensable de connaître les travaux qu'il se rapportent ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ nous ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ localisations cérébrales. ~~[illegible]~~ plus facilement l'étude des maladies car cette question des localisations se présente à propos de chacune d'elles ~~[illegible]~~ et il est impossible d'établir un diagnostic sans posséder des notions très précises à ce sujet.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Les recherches ~~physiologiques~~ spathologiques entreprises depuis quelques années ont été singulièrement favorisées par une connaissance plus exacte de la topographie de l'encéphale dont nous sommes redevables aux anatomistes qui se sont occupés de cette question depuis une cinquantaine d'années. Je vous citerai particulièrement les noms de Burdach, Lenret, Foville, Gratiolet, Huxley et à une époque plus rapprochée de nous ceux de Luys, Turner, Meynert, Ecker, Duret, Hamburg. Nous devrons constamment nous inspirer ~~[illegible]~~ des travaux de ces auteurs.

Mais ce sont les expériences de Fritsch et Hitzig en 1870 et surtout celles publiées un peu plus tard en 1873 par Hitzig en Allemagne et par Ferrier en Angleterre qui ont été le point de départ de l'impulsion nouvelle donnée aux recherches sur les localisations dans les maladies des centres [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

quelques pathologistes avaient néanmoins
depuis longtemps
cherché à localiser les affections cérébrales;
mais les travaux de Bouillaud, Dax, Broca
Jackson, Ferrier ~~avaient~~ ~~[illegible]~~ de retentissement
~~et~~ restaient en quelque sorte isolés, lorsque
la découverte de l'excitation expérimentale
de l'écorce cérébrale est venue provoquer
la production de nombreuses recherches
~~pathologiques~~ ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~
de tous les pays, mais notamment de
ceux appartenant à l'école de Paris.
C'est à M. Charcot et à ses élèves au
nombre desquels se trouvent deux professeurs
de notre Faculté, ~~[illegible]~~ Lépine et Pitres que nous devons les
travaux les plus importants sur
cette question. Nous aurons bientôt l'occasion
d'y revenir longuement. ~~[illegible]~~
J'ai l'intention de consacrer ~~cette~~ leçon qui
~~[illegible]~~
à vous exposer très-sommairement les expériences
qui ont trait à l'excitation des ~~hémisphères~~ ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ que
~~[illegible]~~
ont une signification ~~[illegible]~~ dans les ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~
~~[illegible]~~ allons entreprendre.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Lorry, Flourens, Longet et tous les physiologistes après eux ~~avaient~~ établi que les hémisphères cérébraux étaient inexcitables, qu'on pouvait couper, piquer, dilacérer, cautériser de toutes manières la substance grise corticale ou la substance blanche sans obtenir des réactions sensitives ou motrices. C'est l'opinion généralement répandue encore aujourd'hui à ce sujet notamment qui était avec produit des mouvements [illegible]. Longet, Magendie, Schiff et d'autres encore considéraient que le cerveau était également insensible à l'excitation électrique.

SCD Lyon 1

Les expériences de Fritsch et Hitzig eurent pour point de départ la remarque qu'ils avaient faite sur l'homme; qu'un courant galvanique en passant d'une apophyse mastoïde à l'autre déterminait des mouvements des globes oculaires. Ils excitèrent alors les circonvolutions frontales du chien toujours au moyen de courants continus et ils virent des mouvements se produire dans les membres, aut. et post. dans la face et dans le tronc. Ils établirent 1 année. Ces premières recherches passèrent presque inaperçues; mais un nouveau travail publié par Hitzig en 1873, ainsi que les premières expériences de Ferrier faites au moyen de courants induits qui parurent la même année, donnèrent à cette question une impulsion qui a été très-féconde. Hitzig dans son deuxième mémoire relate de nouveaux centres, mais Ferrier

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

trouve la zone motrice d'Hitzig encore trop limitée et l'étend notablement en découvrant de nouveaux centres. Bien lui il n'y a aucune raison de supposer qu'une partie du cerveau est excitable, et l'autre non. Il s'agit de savoir comment se manifeste l'excitation et les diverses régions du cerveau diffèrent en ce qui concerne leur degré d'excitabilité. Un courant qui suffira pour provoquer une contraction nette de l'orbiculaire de l'œil, souvent ne produira aucun mouvement des membres. D'où il conclut que la mesure de l'intensité du courant à employer dans chaque cas est le degré de localisation définie et décidée des effets qui peuvent être uniformément obtenus. Le physiologiste anglais a expérimenté sur toute la série animale et il a pu aussi déterminer l'analogie anatomique que présentent les circonvolutions des différentes classes d'animaux ainsi que les rapports ~~[illegible]~~ des centres moteurs ~~avec les~~ habitudes de l'animal. (exemples).

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Il a pu par l'excitation des hémisphères cérébraux produire l'attaque épileptique en la limitant à un muscle à un groupe de muscles ou en la généralisant à tous les muscles représentés dans les hémisphères cérébraux, mais comme à la bouche, morsure à la langue, petit délire.

Il a aussi reproduit artificiellement ce que Hughlings-Jackson avait constaté chez l'homme au point de vue épileptique, que le médicament détruisait de plus longtemps que les différents points d'épilepsie de sorte que des lésions de décharge des deux centres des hémisphères cérébraux.

Je passe sous silence les particularités relatives à la détermination précise des centres dans les différents parties du cerveau dans la série animale, pour ne pas ~~prolonger~~ ~~cette discussion~~ entreprendre une étude qui nous prendrait beaucoup de temps et nous écarterait ~~beaucoup~~ de l'objet de notre cours.

Je me bornerai pour vous exposer actuellement les résultats obtenus par Hitzig et par Ferrier sur le cerveau du singe au point de vue de la localisation

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

bien que ces recherches s'appliquent directement à l'homme. Je crois que vous retirerez plus de profit de l'indication de ces expériences lorsque je vous parlerai des localisations cérébrales de l'homme, ou fur et à mesure des parties étudiées. Hitzig n'a expérimenté que sur un singe tandis que Ferrier en a eu un grand nombre à sa disposition ce qui lui a permis de répéter et de varier beaucoup ses expériences. Le physiologiste anglais a trouvé des centres moteurs qui diffèrent peu de ceux indiqués par Hitzig, mais il a encore découvert des centres excitatifs et sensoriels. Ce qui nous intéresse le plus, dans ces expériences au point de vue de la pathologie médicale c'est que le cerveau du singe présentant une grande analogie avec celui de l'homme, on n'a pas tardé à trouver chez l'homme des lésions correspondant à la zone excitable et déterminant des symptômes en rapport avec les données expérimentales ce qui a permis déjà de localiser certaines affections cérébrales et d'étendre le champ de nos

SCD Lyon 1

investigations de ce côté avec l'espoir de caractériser les lésions dans les différentes parties du cerveau par un ensemble symptomatique déterminé, d'autant mieux que ces expériences sont un guide précieux et qu'elles ont déjà donné des résultats remarquables. Nous aurons donc souvent à y revenir.

Ces expériences ont de suite engendré d'autres expériences non moins utiles dans lesquelles on a cherché à détruire isolément les différents centres révélés par l'action des courants électriques. Je vais aussi vous indiquer rapidement ce qui a été fait dans ce sens; mais auparavant jetons un coup d'œil sur les ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ tentatives de localisation ~~[illegible]~~ par les physiologistes en employant la méthode des ablations partielles ou totales des hémisphères.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

13

~~[illegible]~~ La doctrine de Gall sur la localisation des facultés cérébrales avait été rejetée par les physiologistes et les médecins, car ~~elle ne reposait~~ pas sur des données scientifiques sérieuses et elle ~~ne se~~ trouvait pas en rapport avec les faits bien observés. Nous n'avons pas à nous en occuper davantage. Mais Flourens qui avait particulièrement étudié le cerveau au point de vue des localisations était arrivé à conclure 1° qu'on pouvait retrancher de différents côtés une portion assez étendue des lobes cérébraux sans que leurs fonctions fussent perdues, une portion assez restreinte de ces lobes suffisant à l'exercice de leurs fonctions 2° que par un retranchement successif des lobes, toutes les fonctions s'affaiblissent et s'éteignent graduellement, les lobes cérébraux concourant par tout leur ensemble à l'exercice plein et entier de leurs fonctions. 3° ~~qu'enfin~~, dès qu'une perception est perdue toutes le sont, dès qu'une faculté disparaît, toutes disparaissent et qu'il n'y a pas de sièges divers ni pour les diverses facultés ni pour les diverses perceptions; qu'en un mot le cerveau est homogène dans son fonctionnement.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Flourens avait encore tiré de ses expériences cette conclusion, que l'ablation des lobes cérébraux abolit tous retour vers les mouvements spontanés ou volontaires.

Lorsqu'on enlève les lobes cérébraux d'un pigeon, d'une grenouille, on voit l'animal se tenir parfaitement immobile toujours à la même place si on le laisse en repos. Mais s'il est soumis à des excitations motrices il marche, il vole il nage suivant les aptitudes d'une façon très-régulière jusqu'à ce qu'il rencontre un obstacle [illegible] ou que la cause excito-motrice ait cessé d'agir. MM. Vulpian, MM. Ormuzy ont bien étudié les phénomènes produits par l'ablation des hémisphères et parfaitement différencié les mouvements spontanés et volontaires abolis. Ce qui est encore mieux compris c'est l'assertion suivante établie par M. Vulpian, à savoir, que l'influence du cerveau sur les mouvements volontaires est d'autant plus grande que les animaux appartiennent à une classe plus élevée.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

M. M. Carville et Duret qui reproduisent cette phrase ~~En effet, si le cerveau tient sous sa dépendance~~ ~~en la qualifiant de loi importante~~ ~~[illegible]~~ oublient qu'elle est en contradiction avec l'opinion de M. Vulpian lui-même. En effet, si le savant physiologiste ~~on~~ suppose que le cerveau peut avoir une influence variable sur les mouvements volontaires suivant la classe des animaux, c'est qu'apparemment il y a des animaux dont les mouvements volontaires sont plus ou moins sous la dépendance du cerveau ~~[illegible]~~

Or M. Vulpian passant ensuite en revue différents animaux auxquels il a enlevé les hémisphères, chiens, lapins, oiseaux, grenouilles, poissons, démontre que chez tous ce sont les mouvements volontaires ou intentionnels qui sont abolis. Il a bien soin de montrer que plus on s'abaisse dans la série animale, moins l'ablation des hémisphères entraîne les mouvements ~~[illegible]~~ mais non les mouvements volontaires puisque ceux-ci sont toujours supprimés dans tous les cas, quelle que soit la place que le sujet occupe dans l'échelle animale. Donc la loi en question est un non sens.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

mais si M. Vulpian conclut très-justement de ses expériences que les mouvements volontaires sont sous la dépendance du cerveau, il ne s'en suit pas nécessairement que les hémisphères cérébraux dans le mécanisme de la motilité n'entrent en jeu que lorsqu'il s'agit des mouvements volontaires. Des exemples sont nécessaires pour rendre ma pensée plus clairement. Lorsqu'on enlève le cerveau proprement dit à une carpe et qu'on la remet dans l'eau, elle nage de la façon la plus régulière, la plus normale et ses allures, dit M. Vulpian, paraissent n'avoir subi aucun changement. Mais, ajoute le savant professeur, si l'on compare cette carpe privée de ses lobes cérébraux à une carpe intacte, on ne tarde pas à reconnaître qu'il y a bien certainement une modification produite par l'opération. Le poisson opéré se meut en ligne droite

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

ne tournant d'ordinaire d'un côté ou de l'autre que lorsqu'il rencontre un obstacle, ne paraissant s'arrêter que sous l'influence de la fatigue. Il semble poussé à se mouvoir par une nécessité impérieuse à laquelle il ne peut plus résister, nécessité créée par des excitations qui naissent principalement du contact des téguments avec l'eau.

(Cause saine)

~~Il paraît~~ ~~[illegible]~~ d'après cette expérience que l'ablation des hémisphères cérébraux ~~a~~ prive le poisson de ses mouvements volontaires mais n'a-t-~~elle~~ ~~pas~~ ~~[illegible]~~ aucune autre influence sur les mouvements qui persistent, c'est ce que M. Vulpian admet sans plus de preuves. Or n'est-il pas permis de croire que ces mouvements ont perdu de leur force ~~par exemple~~? Je dirai même que c'est probable si l'on considère ce qui se passe dans une expérience analogue faite sur un mammifère. C'est ainsi que l'ablation des hémisphères chez le chien

SCD Lyon 1

rend la locomotion et même la station absolument impossibles. En conclurons nous que chez cet animal tous ces mouvements sont des mouvements volontaires. Évidemment non, car le chien peut se tenir sur ses pattes et courir même sans que sa volonté intervienne. Nous pouvons l'affirmer, car les phénomènes se passent encore ainsi chez l'homme dont les mouvements volontaires ont encore plus d'importance que chez le chien. En général notre volonté intervient pour nous placer dans la position debout, pour marcher, pour courir, mais nous pouvons continuer à rester debout à marcher et à courir pendant que nous pensons à toute autre chose. Et cependant chez nous la destruction d'une portion seulement des hémisphères cérébraux peut déterminer des paralysies plus ou moins prononcées. C'est que contrairement à l'opinion de M. Vulpian l'action du cerveau dans le mécanisme de la motilité ne paraît pas limitée aux mouvements volontaires.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

~~quant à~~ La destruction partielle des hémisphères ~~[illegible]~~ a aussi donné des résultats intéressants bien que les phénomènes observés aient été indépendants de différents moments ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

~~[illegible]~~ L'injection dans les hémisphères de liquides capables de détruire la substance cérébrale dans des points localisés n'a pas donné des résultats aussi concluants qu'on aurait pu le supposer de prime abord. C'est ainsi que les expériences de M. Fournié sont défectueuses parce qu'il s'est servi du chlorure de zinc qui fuse facilement à travers les tissus et va produire des lésions dont les symptômes sont très complexes. Nothnagel est arrivé à un meilleur résultat en employant pour ses injections interstitielles l'acide chromique qui n'a pas les mêmes inconvénients que le chlorure de zinc. Les expériences diffèrent peu de celles qui consistent à enlever ou à détruire par la délaceration ou la cautérisation au fer rouge des portions localisées de la substance cérébrale et plus récemment c'est à cette dernière méthode qu'il a eu recours dans ses expériences. ~~[illegible]~~ Schiff, M.M. Carville et Duret, Heinr. Goltz et beaucoup d'autres physiologistes ont employé la méthode des ablations partielles.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Lorsqu'on enlève chez le chien une portion du gyrus sigmoïde dont l'excitation donne lieu à des mouvements dans les membres du côté opposé, on voit survenir une parésie dans ces membres. Cette paralysie disent M.M. Carville et Duret est intermittente et passagère, c'est à dire que l'animal est affaibli d'un côté que ses pattes cèdent parfois sous le poids du corps d'une manière anormale et qu'au bout de quelques jours il paraît complètement guéri de sa paralysie. Les expériences analogues faites sur les différents animaux situés au dessous du chien dans la série animale donnent lieu à des phénomènes de paralysie encore moins marqués et d'autant moins marqués qu'on opère sur des animaux situés plus bas. C'est ainsi que sur les oiseaux il faut enlever tout un hémisphère pour s'apercevoir d'un affaiblissement passager du côté opposé. Par contre chez le singe l'ablation de la zone corticale motrice donne lieu à des paralysies complètes d'après Ferrier.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Ce physiologiste explique les différences obtenues dans l'ablation des centres corticaux chez les divers animaux de la même manière que celles observées déjà dans l'ablation des hémisphères et sur lesquelles nous avons longuement insisté. ~~Je pense sans silence les effets~~ qui résultent de la destruction des différentes parties des hémisphères, notamment des corps striés et des couches optiques, pour ne pas m'occuper des localisations en particulier. Bientôt nous aurons l'occasion de tenir compte de tous ces faits aussi bien que de ceux produits par l'excitation électrique des différentes parties des hémisphères.

En nous en tenant au fait général qui ressort des expériences d'excitation électrique et d'ablation localisée des hémisphères nous voyons d'un point qu'en excitant un point de l'écorce on produit des mouvements dans un membre par ex. et qu'en opérant sur des animaux ~~dont~~ des mouvements variés comme les singes on peut dissocier ces mouvements d'excitation

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

des points secondaires correspondants chacun à un groupe de muscles spécial en rapport avec un mouvement déterminé. D'autre part la méthode des ablations conduit au même résultat par un procédé inverse. Si on détruit le point dont l'excitation donnait lieu à un mouvement localisé, on obtient une paralysie également localisée.

Fritsch et Hitzig ainsi que Ferrier ont admis qu'il existait dans la substance grise des hémisphères des centres de mouvement en nombre d'autant plus grand que l'animal occupe un rang ~~[illegible]~~ plus élevé. Les observations cliniques et d'anatomie pathologique ~~se trouvant~~ en rapport avec ces données physiologiques, ont paru confirmer la théorie de ces physiologistes, qui au premier abord ~~est très~~ séduisante mais il est facile qu'elle ait ralliée tous les physiologistes, (on a nié [illegible]) d'autres théories se sont bientôt produites basées sur l'interprétation différente des faits observés. Encore les exp. sont devenues très nombreuses et on a produit des phénomènes nouveaux. L'opinion des physiologistes

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

27

qui se sont occupés de cette question est intéressant à connaître, car il en résulte qu'elle n'est pas aussi simple qu'elle avait semblé l'être en premier lieu et que de nouvelles recherches physiologiques et pathologiques sont nécessaires pour l'éclairer. Les objections faites à la théorie de Hitzig et de Ferrier aussi bien que les opinions contradictoires des physiologistes pouvant nous guider dans l'étude des localisations, je vais passer les passer en revue et chercher à dégager ce qui me paraît acquis par les faits encore incertains.

M. Dupuy a soutenu que les mouvements provoqués par l'excitation de la couche corticale étaient dus en réalité à l'excitation de la base du cerveau par suite de la diffusion du courant. La diffusion du courant a lieu très certainement dans le cerveau surtout à la superficie ainsi que l'ont prouvé Dupuy, Carville et Duret; mais on ne doit pas admettre pour cela les conclusions de Dupuy que Ferrier et même Carville et Duret ont victorieusement réfutées. En effet, l'excitation du corps strié produit une contraction

SCD Lyon 1

générale des muscles du côté opposé des corps et il est impossible d'obtenir ainsi des mouvements localisés. L'irritation de la couche optique donne des résultats négatifs et l'excitation des tubercules quadrijumeaux détermine la dilatation des pupilles, l'extension du tronc et des membres. Sur la surface des hémisphères on voit que l'électricité des points qui se touchent de près réagissent différemment et dans l'hypothèse de la conduction du courant au corps strié, on ne comprendrait pas comment on aurait des mouvements localisés puisque l'excitation du corps strié donne toujours des mouvements généraux et comment l'excitation provenant de deux points de l'écorce au même corps strié pourrait produire des résultats différents. Pendant une anesthésie profonde il y a un moment où la surface des hémisphères n'est plus excitable tandis que le corps strié l'est encore, ~~et que~~ la substance cérébrale n'a pas perdu la propriété de différer le courant électrique ~~de~~ cependant les électrodes appliquées à la surface agissaient sur le corps strié de cette manière les mouvements se produisent

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Enfin certaines régions ne répondent pas à l'excitation électrique. Bien qu'elles ne soient pas plus éloignées du corps strié que les régions dites motrices. C'est ce qui a lieu pour les régions antéro-frontales et occipitales. Bien plus l'excitation des circonvolutions de l'insula qui sont situées immédiatement au dessus du corps strié ne donne lieu à aucun mouvement. Citons encore à l'appui de la même opinion l'exp. de Duret et Carville sur un chien dont la surface corticale n'était pas excitable et qui présentait dans le centre oval une tumeur liquide interrompant les fibres médullaires sans empêcher cependant la diffusion du courant. exp. de la destruction du corps strié sur le point de mouvements par l'excitation du gyrus. Ainsi pas d'excitation du C.S. par diffusion*. Il est ~~moins~~ certain qu'elle n'aide pas bien par conduction physiologique.

De ce que la substance blanche située au dessous des centres corticaux est excitable ~~ainsi que~~ l'a prouvé Landerson on ne peut pas ~~de dire~~, dit Ferrier, que les centres ne sont pas moteurs et que les mouvements dépendent du corps strié, car

* le courant électrique exerce bien une action locale au niveau de son point d'application.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

en raisonnant de la même manière on nierait la fonction motrice du corps strié parce que les pédoncules et les colonnes motrices de la moelle peuvent donner lieu par l'excitation électrique aux mêmes mouvements que le corps strié. Des mouvements identiques dit le physiologiste anglais sont différemment reprimés dans les différents centres, [illegible] dans la respiration à l'ordonnée [illegible] dans la moelle allongée [illegible] il faut encore valoir à l'appui de son opinion que les excitations sont localisées à la surface corticale et ne peuvent pas l'être sur le corps strié; ces objections qui [illegible] n'ont cependant pas une valeur absolue. Celle-ci diminue encore lorsqu'on tient compte des objections très-sérieuses des physiologistes qui prétendent que les mouvements produits par l'excitation électrique de la couche corticale, ne sont pas dus à l'excitation directe d'un centre moteur, mais qu'ils sont le résultat d'une action réflexe. C'est M. Schiff qui soutient cette théorie à laquelle se sont ralliés MM. Vulpian, Bochefontaine, Brown-Séquard. Voici ses principales objections. Lorsqu'un animal est profondément chloroformisé l'excitation

SCD Lyon 1

galvanique de la surface cérébrale ~~[illegible]~~ est impossible, il faut que l'animal soit sensible pour obtenir des mouvements tandisque, dit-il, nous savons que chez les mammifères narcotisés et anesthésiés l'irritation galvanique d'une partie véritablement motrice agit encore quand les reflexes sont rendus impossibles par l'anesthésie. Il est difficile d'admettre que s'il existe un centre véritablement moteur dans le cerveau, il fasse exception à cette règle. Dans l'apnée tous les autres reflexes cessent, il en est de même pour le cerveau.

C'est à l'ouverture du courant d'induction que se manifestent les premières contractions sur une partie réellement motrice tandisque c'est le contraire pour l'irritation électrique du cerveau.

Ces objections sont les moins importantes, car ~~[illegible]~~ que le remarquent Carville et Duret, il s'agit d'une simple différence entre les deux modes d'action et non d'une incompatibilité physiologique. On sait notamment que les différentes parties du système nerveux ne se comportent pas de la même manière sous l'influence du chloroforme.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

D'après Flourens c'est le cerveau qui est le premier atteint, puis le cervelet, la moëlle et enfin la moëlle allongée. Perrier fait aussi remarquer que dans ce cas l'excitabilité de l'hémisphère disparaît de haut en bas, de telle sorte que les corps striés réagissent alors que les couches corticales ont cessé de réagir, puisque les corps striés sont encore excitables alors que les corps striés ne le sont plus. Donc les phénomènes signalés par Schiff ~~— trouveraient une explication~~ suffisante dans la manière dont les différentes parties du cerveau se comportent sous l'influence du Chloroforme.

Il remarque aussi que le temps nécessaire pour que l'excitation des hémisphères donne lieu au mouvement est 7 à 11 fois plus long qu'il devrait être si tout le trajet parcouru eût été de même nature et eût eu la même rapidité de transmission que le nerf sciatique depuis son origine jusqu'à sa terminaison. Or ce retard fait croire à une action réflexe

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

mais, ainsi que l'étudiique Mr. Carville et Duret cela peut prouver seulement qu'il s'agit d'une différence d'action ~~en rapport~~ avec les différences anatomiques.

D'après Schiff les courants n'agissent plus lorsque l'anesthésie est profonde, parce que les mouvements ainsi produits sont de nature réflexe et que les anesthésiques paralysent les mouvements réflexes. mais Fairie donne une explication de ce fait.

Le savant professeur de Genève croit voir dans les mouvements des animaux après l'extirpation des prétendus centres moteurs les traits caractéristiques de la perte du sens du tact sans véritable paralysie comme il l'a observé chez des chiens après la destruction des deux cordons postérieurs de la moëlle à la région dorsale supérieure. (exp. des 2 chiens) L'énergie des mouvements ne serait pas altérée, mais leur sûreté aurait souffert, de telle sorte que les animaux se trouveraient dans un véritable état d'ataxie locomotrice.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Schiff a fondé pour établir ce fait sur ce que les troubles de la locomotion ont lieu surtout dans les mouvements bruts, sur les attitudes bizarres qu'on peut faire prendre aux membres affectés et sur un défaut d'sensibilité probable du côté de la paralysie à la lésion. - Goltz et Ferrier ont aussi trouvé des troubles de la sensibilité en détruisant des portions étendues des hémisphères. J'ai aussi trouvé une diminution de la sensibilité dans les parties du côté opposé à la lésion, mais elle est très-légère, tellement légère qu'on pendant longtemps j'ai cru qu'on pouvait la contester. Elle augmente lorsque la lésion antérieure est détruite dans une plus grande étendue. Mais elle ne saurait rendre compte des troubles de la motilité. (cf. à Cl. Bernard sur les chiens dont on retrouve les mêmes troubles) D'un autre côté la paresie et manifeste

SCD Lyon 1

et je crois pouvoir la mettre en évidence par l'expérience suivante : (attitude du chien opéré). La démarche du chien paraît être ataxique ; mais M. Pierret n'a-t-il pas démontré que cet état reconnaissait précisément pour cause une parésie. Les paralytiques généraux ne présentent-ils pas aussi fréquemment une certaine ataxie des mouvements ? Pour ma part je ne serais éloigné de croire à une analogie entre ces phénomènes d'ataxie que l'on remarque dans ces différentes affections, ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ ; mais cette question ne me paraît pas encore élucidée et elle est certainement plus complexe qu'on aurait pu le croire au premier abord. C'est ainsi que MM. Lépine et Bochefontaine ont encore trouvé que l'excitation des H. pouvait avoir une action sur les mouvements de l'œuvre des vaisseaux, des glandes, de l'intestin, de la vessie, de la rate etc. comme dans les cas où ces mouvements sont produits ~~[illegible]~~ par action réflexe sous

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

l'influence de l'irritation des nerfs sensitifs. M. Brown-Séquard admet aussi que les différentes excitations mécaniques, mais surtout thermiques, déterminent les mêmes effets qu'on observe à la suite de la section du nerf gd. sympathique cervical du côté correspondant à l'excitation.

En conséquence M. M. Brown-Séquard Vulpian Bochefontaine considèrent les phénomènes produits par l'excitation des H. comme étant de nature réflexe et nullement comme étant en rapport avec la volonté ainsi que le voudrait Carville & Duret. dont l'opinion est tout à fait hypothétique. Derniers auteurs ne me paraît nullement démontrée et je crois notamment que la petite expérience (attitude du chien) me paraît prouver que l'affaiblissement n'est pas sous le contrôle de la volonté.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Ce qui me paraît démontré c'est que, une lésion même très-légère des parties excitables par les courants galvaniques ou faradiques détermine des troubles persistants de la motilité et même de la sensibilité mais à très-faible degré que ces phénomènes peuvent être localisés jusqu'à un certain degré et que chez l'homme les observations concordent avec ces faits. C'est donc une erreur de croire avec beaucoup de physiologistes que chez le Chien

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

2e leçon

Nous avons vu dans la leçon précédente que les hémisphères cérébraux tenaient sous leur dépendance non seulement les facultés intellectuelles et instinctives mais les mouvements volontaires dans toute la série animale, et qu'ils avaient sur les mouvements automatiques une influence d'autant plus grande que les animaux étaient plus élevés dans l'échelle animale; qu'ils avaient aussi une action sur la sensibilité et sur les organes des sens, mais plus difficile à apprécier ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ que dans ces derniers années on a découvert ~~l'excitabilité~~ ~~[illegible]~~ que la couche corticale était excitable par les courants galvaniques et faradiques, que l'excitation de points déterminés donnait lieu à des mouvements localisés et que la destruction de la couche corticale dans ces points produisait la paralysie ou la pausie de ces mouvements ~~[illegible]~~

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Enfin vous savez que les paralysies ainsi produites ne persistent pas au même degré. Elles s'atténuent plus ou moins suivant le degré que l'animal occupe dans l'échelle et parfois elles paraissent guérir. J'ai pu vous prouver que notamment pour le chien il n'en était rien et que une lésion persistante même très-légère des parties excitables donnait lieu à un trouble persistant de la motilité; qu'il existe aussi des troubles permanents de la sensibilité, ce qui rend l'interprétation de ces phénomènes très-difficile au point de mécanisme de leur production dans les hémisphères.

~~mais qu'il y a dans la couche corticale des points agissant comme des centres moteurs, ou qui sont le siège [illegible]~~

Quelles que soient les théories produites à ce sujet, nous pouvons déjà nous servir des faits parfaitement constatés pour les appliquer aux recherches pathologiques.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

nous allons voir des phénomènes excito-moteurs produits par des lésions pathologiques des ~~parties~~ motrices et des paralysies déterminées par la destruction de ces mêmes parties.

Je vais préalablement vous rappeler les notions indispensables pour l'étude que nous allons entreprendre. Il est bien entendu que je ne ferai pas une description anatomique complète et que je me bornerai aux indications essentielles.

Vous devez ~~connaître~~ ~~[illegible]~~ la topographie des circonvolutions cérébrales de l'homme, ~~[illegible]~~ ces dernières sont du reste beaucoup plus simples que les premières dont elles possèdent seulement les plis et les sillons fondamentaux.

Lenret et Gratiolet —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4 Voici les traits principaux de la face externe d'un hémisphère

Face externe du cerveau : 3 scissures lobaires :

S. de Sylvius.

S. de Rolando.

S. perpendiculaire externe.

Lobe frontal – 3-4 circonvolutions

---

lobe pariétal – : circonvolution parié. ascend.

lobule pariétal sup.

— inf. scissure interpariétale

---

lobe sphénoïdal 1re 2e temp.

Siège Mayot.

Étude des localisations —

lobe frontal. –

– Bouillaud : « Des paralysies de siège différent supposent nécessairement une altération dont le siège varie également ». 1827.

– Dax « lésions de la moitié gauche de l'encéphale coïncidant avec l'oubli des signes de la pensée » 1836

– Broca 1861 – depuis cette époque nombreuses obs. confirmatives

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5

— ~~[illegible]~~ Meynert qui considère le groupe des circonvolutions de l'insula et la 3e circonvolution frontale comme faisant partie du même système anatomique a ~~produit~~ aussi des obs. au nombre de 15 pour démontrer que le territoire du langage doit être étendu jusqu'à l'insula inclusivement.

— ~~Par contre~~ Broca dit qu'il n'a vu qu'une fois l'altération prédominante dans l'insula, tandis qu'il a fréquemment observé une large altération de l'insula sans aphasie.

— Cependant on a publié depuis 99 ans un certain nombre d'obs. de lésions de l'insula avec aphasie, sans lésion la 3e frontale. Du reste ce n'est que le pied de celle-ci qui préside au langage. Encore obs. récente à ce point de vue.

— Sur 50 cas d'aphasie recueillis par Lohmeyer en 1872, la 3e circonvol. était atteinte 34 fois et dans les 16 autres cas l'insula, les lobes médian ou postérieurs étaient seuls malades.

— Rosenthal conclut des faits qu'il a observés

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

6

— que chez l'Homme la formation du langage a pour siège central la région comprenant le lobe de l'insula et ses connexions avec le lobe frontal et les circonvolutions centrales et pariétales.

— Obs. personnelle ~~[illegible]~~ par embolie de une branche de la sylvienne pariéto-sphénoïdale et ~~[illegible]~~ de la partie la plus post du lobule de l'insula et des 2 circonv. bordant la partie correspondante de la scissure de Sylvius. —

— Exceptions : 1° lésions ailleurs que dans le lieu d'élection.
2° destruction des lobes frontaux sans aphasie.
pas d'obs. à l'abri de la critique. —

— Hémisph. gauche — préside à l'aphasie parce qu'il est adapté au langage
— droit. — nous sommes comme l'ont dit Broca gauchers du cerveau.

— Chez les gauchers proprement dits. altérations à gauche sans aphasie et altérations à droite avec aphasie. —

— poids du lobe frontal moindre à droite d'après Broca.

— hypothèse de Jackson —

— Il ~~est probable que ces questions~~ seront bientôt résolues maintenant qu'on pourra observer en évitant les causes d'erreur signalées précédemment.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7 — Au point de vue physiologique l'excitation de la 3e circonv. donne lieu d'après Hitzig et d'après Ferrier à des mouv. de la machine des lèvres et de la langue — mais les tentatives de destruction de ce centre n'ont pas donné de résultat satisfaisant.

Duret, chez le chien (artère frontale externe et inférieure) obs. personnelle — destruction des tiers ant. de l'hémisphère — th. des localisations et th. de Brown-Séquard —

1re et 2e circonvolutions frontales. —

Zone motrice corticale : Physiologie ex. de H. et de S. ces recherches ont précédé à part celles de Jackson

lobule paracentral

C. fr. ascendante

C. p. ascendante — Charcot et Pitres

et peut-être le pied des circonvolutions frontales.

Les lésions de cette zone provoquent nécessairement des troubles de la motilité.

Si une gde partie est détruite brusquement, hémiplégie subite, flaccide, puis s'accompagnent plus tard de dégénérations secondaires de la moelle et de contractures tardives des membres paralysés, comme pour l'hémiplégie de cause centrale.

Si la lésion est limitée à une portion plus ou moins restreinte monoplégie, et à des convulsions (épilepsie partielle) phénomènes d'irritation. dégénérations secondaires —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Les centres corticaux pour les 2 membres du côté opposé sont situés dans le lobule pariétal supérieur dans les 2/3 sup. de circonv. ascendante. Les centres pour la moitié de la face sont placés dans le tiers inf. du pied probable [illegible] centre pour les mouvements isolés du membre sup. siège dans le tiers moyen de la circonv. frontale ascendante du côté opposé.

SCD Lyon 1

1

3e leçon

Dans la précédente leçon, nous avons commencé l'étude des localisations cérébrales et nous nous sommes occupés de ce qui a trait à la couche corticale des H. C.

Je vous ai montré d'une part les analogies qui existent entre le cerveau du singe et celui de l'homme au point de vue anatomique et d'autre part celles qui ressortent de l'expérimentation comparée avec les résultats fournis par la clinique et l'anatomie pathologique.

Il résulte des recherches récentes faites à ~~nous avons étudié la région motrice corticale~~ ces différents points de vue qu'il existe une zone motrice corticale comprenant le lobe parencéphal, les circonv. ascendantes et le pied des circonv. frontales. Le l. p. et les 2/3 sup. des C. A. président aux mouvements des membres, le tiers moyen de la frontale asc. ~~à l'exp. de la membre sup.~~; le tiers inf. des 2 circonv. aux mouvements de la face.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

nous avons insisté sur une des localisations les plus importantes, celle de la parole et nous avons vu qu'elle avait pour siège non seulement le pied de la 3e circonv. frontale, mais aussi le lobule de l'insula et ses connections avec les parties voisines. Je vous ai indiqué quelques autres trouvés par Ferrier sur le singe, mais qui n'ont pas encore été contrôlés par des faits cliniques. C'est ainsi que suivant le physiologiste anglais la vue et les mouvements des yeux auraient pour centre le gyrus angulaire, l'ouïe et l'odorat la première circonv. temporo-sphénoïdale. Enfin une lésion de hypp. aurait déterminé la perte du tact du côté opposé. Je le répète ces faits n'ont pas été contrôlés, mais ils sont utiles à connaître pour les recherches ultérieures.

Pour terminer avec la couche corticale, j'ajouterai que chez le singe, la couche corticale de la moitié antérieure des circonv. front. et du lobe occipit. n'a jamais réagi par l'excitation électrique, que des lésions dans ces points n'ont pas produit de troubles de la motilité ou de la sensibilité qu'enfin chez l'homme les lésions dans les parties [illegible] sont restées latentes.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3

nous allons consacrer cette leçon à l'étude des localisations dans les autres parties de l'H. Voici d'une manière sommaire comment chaque H. est constitué. Il représente d'après Gratiolet une bourse de substance grise ouverte en bas et en dedans.

C'est dans ce point que pénètre le pédoncule cérébral où il rencontre immédiatement les noyaux gris qui constituent le corps strié et la c. opt. Il contourne la couche optique en s'étalant et se continue par une lame blanche antéro-postérieure dirigée obliquement de bas en haut et de dedans en dehors. Sur la face interne et sup. se trouvent en arrière et en bas et en dedans la couche optique en avant en haut et en dehors le noyau caudé. Sur la face externe et inférieure se trouve le noyau lenticulaire dont l'extrémité ant. se confond avec le noyau caudé et dont l'extrémité post. atteint presque le même niveau que la partie post. de la couche optique. Il est situé sur un plan un peu inf. à celui des noyaux internes.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Capsule interne

Couronne rayonnante de Reil

geminum centrum semicirculare de Vieussens.

~~pied de la couronne~~ rayonnante.

Capsule externe avant mur.

fibres convergentes de Luys

todd, carpenter, Schrader van der Kolk.

opinion de Meynert.

Système de projection de premier ordre :

1° de l'écorce dans le noyau caudé

(fibres cortico-striées)

— de l'écorce dans le noyau lenticulaire

(fibres cortico-lenticulaires)

— de l'écorce dans la couche optique

(fibres cortico-optiques)

2° Deux faisceaux pédonculaires

directs, l'un moteur, l'autre sensitif.

~~Système de projection de second ordre~~ :

ces fibres constituent l'appareil d'irradiation et elles forment le centre ovale en s'entrecroisant avec les fibres de l'appareil d'association : fibres communes intra hémisphériques intra-H.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9

système de projection de deuxième ordre ; trajet différent des fibres suivant qu'elles viennent du corps strié ou de la couche optique.

pédoncule divisé en 2 étages par le locus niger de Sœmmering : l'étage inférieur ou pied donne passage aux faisceaux émanant des deux noyaux du corps strié, tandis que ceux qui proviennent de la couche optique se rendent dans l'étage supérieur ou calotte et ne prennent pas part à la constitution de la capsule interne.

~~La physiologie expérimentale n'a pas fourni jusqu'à ce jour des résultats bien précis sur les fonctions des divers ganglions centraux des H.~~

Centre ovale —

Toutes les parties de la subst. médullaire des H. cérébraux ne sont pas excitables.

Vitres topographie du Centre ovale
division de l'H. d'après Vicq d'Azyr
3 régions : F. P. O. territoire moteur
ou [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Les parties sous-jacentes à la zone motrice corticale sont excitables : exp. de Burdon-Sanderson, Putnam, Carville et Duret Ferrier. exp. personnelles, mouvements distincts et limités car la transmission paraît se faire dans un sens déterminé par la direction des fibres.

Cette excitation n'agit pas par l'intermédiaire du noyau caudé. exp. 1° ablation du noyau caudé. 2° section de la capsule interne.

Dégénération secondaire descendante.

La destruction de parties localisées produit des paralysies localisées.

La section de la capsule interne dans ses 2/3 ant. — dans son 1/3 post. exp. de Veyssière, Carville et Duret.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7 Pathologie du centre ovale.

lésions des ~~faisceaux~~ prefrontaux
— — occipitaux
— — — sphénoïdaux

ne donnent lieu à aucun phénomène moteur. Pas de troubles de la sensibilité, cependant il faut des obs. nouvelles,

---

lésions des faisceaux fronto-pariétaux paralysies. monoplégies

---

lésions du faisceau pédiculo-frontal inférieur du côté gauche: aphasie

---

Contractures. convulsions
contractures secondaires et dégénérations descendantes.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Capsule interne —

nous avons vu le résultat des lésions expérimentales. Les lésions pathologiques concordent parfaitement.

2/3 ant. paralysie.

1/3 post. { hémianesthésie générale et sensorielle
hémichorées post et prehémiplégiques

Ganglions centraux.

La physiologie n'a pas fourni jusqu'à ce jour des résultats précis sur leurs fonctions.

Couches optiques — Corps striés exp. de Nothnagel, de Ferrier.

Cliniquement — Corps opto-striés lésé : paralysie et cependant isolément les noyaux lésés ~~[illegible]~~ ne rien produire ou seulement des paralysies temporaires. obs. récente soc. anat. M. Mayor. remarques de M. Pitres : le corps strié ne serait pas excitatif.

En résumé beaucoup d'incertitudes et il faut nouvelles observations.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1

4e leçon

Dans la dernière leçon nous nous sommes occupés des localisations dans les H. C. — Nous avons vu que le centre ovale n'était pas homogène, que la substance blanche ou médullaire ~~était~~ ~~excitable~~ dans les points correspondants à la zône corticale motrice, que la destruction de ces parties équivalait à la destruction de la couche corticale et produisait des paralysies semblables; qu'enfin il survenait aussi dans ces cas des contractures, des convulsions et des phénomènes de dégénération secondaires. De plus nous avons vu que les paralysies pouvaient encore être plus ou moins limitées toujours comme dans les faits de lésions des différentes parties de la zône corticale (paralysies localisées correspondant à celles de la couche corticale avec les restrictions que nous avons faites) — Enfin lésions latentes. De plus, qu'il fallait peut-être étendre les zônes motrices et sensitives en tenant compte des troubles légers de la motilité et de la sensibilité qu'on [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Passant ensuite aux lésions de la capsule interne nous avons vu que les fibres médullaires qui composent ses 2/3 antérieurs sont des fibres motrices dont l'excitation donne lieu à des mouvements dans tout le côté opposé et dont la destruction produit une hémiplégie complète, qu'il existe dans le 1/3 post. un faisceau de fibres dont la destruction produit la perte de la sensibilité tactile et de la sensibilité sensorielle du côté opposé. D'où l'hémiplégie avec hémi-anesthésie. On a aussi localisé à l'extrémité post. de la capsule les lésions qui donnent lieu à la chorée post. ou pré hémiplégique ce qui suppose l'existence d'un faisceau moteur dans ce point.

Pour les ~~ganglions~~ contraires nous avons conclu que nous ne possédons pas des résultats précis sur leurs fonctions et que dans les obs. ~~pathologiques~~ leurs lésions ne sont pas assez limitées pour conclure positivement. Cependant aujourd'hui on croit que la couche optique ne préside ni à la motilité ni à la sensibilité et on a de la tendance à penser qu'il en est de même du corps strié ; que les fibres [illegible] seules sont motrices ou sensitives. (observation)

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

continuant notre étude en nous dirigeant vers les parties inférieures de l'axe, nous allons aussi passer en revue d'une manière rapide les principales connaissances que nous possédons sur les localisations dans les autres parties de l'encéphale : pédoncules cérébraux, protubérance, tubercules quadrijumeaux et cervelet.

Nous laissons de côté le bulbe qui n'est pas ord. atteint par les affections qu'on rencontre le plus souvent dans l'encéphale et nous en ferons ultérieurement une étude spéciale.

Les pédoncules se composent avons-nous dit de 2 parties, l'une sup. ou calotte, l'autre inf. dont les fibres proviennent de la capsule interne et qui se continuent avec les pyramides.

Fibres motrices — fibres sensitives externes. excitation et destruction des pédoncules. lésions pathologiques caractérisées par l'intensité des symptômes portant sur la sensibilité la motilité et le système vasomoteur. En outre ordinairement paralysie de la 3e paire.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

L'étude des fonctions de la protubérance est intimement liée à celle du bulbe sur laquelle nous reviendrons longuement. Je me bornerai à vous signaler les signes qui permettent de diagnostiquer une lésion de la protubérance. Ces lésions sont ord. de 2 sortes Hémorrhagies ou tumeurs.

Les Hémorrhagies déterminent ord. la mort très-rapidement. Les lésions déterminent souvent en même temps que des phénomènes de paralysie des contractures et des phénomènes convulsifs, puis le coma et la mort rapide.

C'est dans les cas de tumeur qu'on peut observer des particularités en rapport avec la disposition anat. des parties lésées. Ord. troubles de la motilité et de la sensibilité du côté opposé ou des 2 côtés suivant le siège latéral ou médian de la tumeur. En même temps, on observe le plus souvent une paralysie alterne décrite pour la 1re fois par M. Gubler et qui consiste dans la coïncidence de l'hémiplégie des membres d'un côté opposé directe d'un ou de plusieurs nerfs crâniens du même côté.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

nous avons vu que cette paralysie pouvait se présenter pour le moteur oculaire commun dans les lésions du pédoncule.

Pour cela la protubérance c'est la paralysie directe du facial que l'on observe le plus souvent

le moteur oculaire externe peut être aussi affecté. Et de même le trijumeau. Enfin plusieurs nerfs peuvent être pris simultanément.

Ces nerfs sont affectés au niveau de leur origine et dans le trajet du noyau au point d'émergence encore ce sont les fibres qui relient le noyau aux hémisphères cérébraux.

Observations : 3.

SCD Lyon 1

Tubercules quadrijumeaux

Flourens centre de coordination entre les impressions rétiniennes et les mouvements de l'iris.

destruction d'un lobe optique ou d'un tubercule quad. aut. cécité.

Pas de relation constante avec le développement des yeux.

Lesser 1827 non seulement perte de la vue mais désordre de l'équilibre et de la coordination motrice.

Dans toute la série animale

Les parties superficielles ne sont pas irritables par des agents mécaniques mais seulement les parties profondes mouvements convulsifs et contractures de la pupille.

Il est donc possible qu'on irrite les fibres pédonculaires et le moteur oculaire commun

Ferrier. tubercules quad. très-sensibles à l'exc. élect. dilatation de la pupille opposée suivie de celle du même côté. yeux ouverts sourcils élevés globes oculaires dirigés en haut et du côté opposé. la tête se meut dans la direction des yeux en continuant opisthotonos.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

par l'irritation des testes mêmes effets, mais en outre cris — même résultat sur toute la série animale il semble que ces phénomènes soient dus à l'irritation de centres sensitifs ~~prédominant~~ et soient de nature réflexe.

irritation passagère provoque une réaction ressemblant au mouvement brusque réflexe de recul lorsqu'on approche un objet subitement près des yeux.

Obs. de M. Massot.

C'est surtout la perte de la vue qui pourra mettre sur la voie.

Diagnostic difficile avec les affections cérébelleuses. —

Cervelet.

Lésion — Effets variables suivant qu'il y a excitation ou destruction, selon la marche lente ou rapide selon qu'elle est directe et limitée au cervelet ou qu'elle affecte indirectement des organes voisins.

Flourens: ablation du cervelet et perte de la coordination des mouvements d'autant plus marquée que la lésion est plus profonde

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

aucun trouble de la sensibilité et de l'intelligence.
Discussion des auteurs pour savoir si les lésions du cervelet peuvent ne laisser aucune trace.

observations en contradiction apparente avec les exp.

Andral 93 cas. 1 fois seulement incoordinatives

Combatte jeune fille absence du cervelet

Guérin. destruction du cervelet.

Ces faits ne sont pas contraires car s'il n'y a pas incord. il y a au moins perte de l'équilibre.

Jackson: attitude d'un homme légèrement ivre.

Chez les vertébrés inf. s'il n'y a pas troubles de la coord. il y a désordre dans l'équilibre.

Arrow Legend irritation des parties vaines

Vulpian, Weir Mitchell, Ferrier: équilibre

lésions { sur la ligne médiane peu ou pas d'effet
symétriques peu d'effet
asymétriques effet prononcé

lésions { en avant mouvements des yeux du même côté
en arrière et nystagmus
sur les parties latérales et pédoncules latéraux

pas de vomissements pas d'irrit. des organes génit.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Cervelet est donc un arrangement de centres qui en agissant ensemble règlent les adaptations musculaires nécessaires au maintien de l'équilibre du corps.

Cervelet développé proportionnellement à la variété et à la complexité de l'activité musculaire dont l'animal est capable.

Coordination cérébelleuse indépendante de la volonté, mais le déplacement de l'équilibre appelle-ci que non seulement les actes réflexes pour le rétablir mais encore l'influence de la volonté.

Pas de paralysie; lorsqu'elle existe ce sont les parties sous-jacentes qui sont atteintes.

Ces fonctions d'adaptation pour la coordination subissent l'influence des différentes impressions notamment du tact de la vue et de l'ouïe.

En ce qui concerne l'équilibration le cervelet ne peut être séparé des lobes optiques et du pont de Varole.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

10

grandes difficultés pour la localisation des lésions dans le cervelet.

On peut avoir des lésions sans trouble appréciable. Obs. pers.

troubles de la motilité - pas de paralysie. celles qui existent sont des lésions de voisinage

faiblesse générale empêchant le malade de quitter le lit, mais force conservée dans le lit (Duchenne)

Homme ivre. oscillations etc. ou propulsion et surtout rétropulsion. mouvements d'entraînement

troubles plus marqués dans les membres inf.

jamais de paraplégie - troubles de la parole

convulsions épilept. doivent être rattachées aux lésions de voisinage.

rien du côté de la sensibilité

troubles sensoriels strabisme rotation convulsive des yeux, nystagmus. - pupilles dilatées ou immobiles. opp. cité.

59 % troubles du côté des yeux.

Céphalalgie. 58 % intermittents d'après Luys.

vomissement.

rapidité des accidents ultérieurs (Luys) - Epilepsie

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9e Leçon

Dans la leçon précédente nous avons continué notre étude des localisations et nous avons passé rapidement en revue ce qui concerne les pédoncules cérébraux la protubérance les tubercules quadr. et le cervelet.

Nous avons vu que le pied des pédoncules cérébraux était composé des fibres provenant de la capsule interne, fibres motrices en grande partie, fibres sensitives au niveau du bord externe du pédoncule et que la destruction du pédoncule déterminait des paralysies de la motilité et de la sensibilité que ces paralysies pouvaient être surtout reconnues lorsqu'elles s'accompagnaient de la paralysie de la 3e paire, constituant ainsi une paralysie alterne.

Ce sont aussi les paralysies directes de la 5e paire de la 7e et de la 6e coïncidant avec la paralysie croisée des membres qui permettent surtout de localiser les lésions dans la protubérance

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

je vous ai fait connaître l'opinion des physiologistes sur les tubercules quadrijumeaux. Ce qu'il y a de positif c'est que la destruction d'un lobe optique ou d'un tubercule ant. chez l'H. produit la cécité de l'œil du côté opposé et l'iris est paralysé. ~~Il en résulte aussi des~~ désordres dans l'équilibre et la coordination des mouvements. Je vous ai dit que Ferrier insistait sur deux phénomènes produits par l'excitation électrique qui pourraient peut-être guider ultérieurement les observateurs pour localiser une lésion dans ce point, à savoir un cri continu produit par l'excitation des testes et un brusque mouvement de recul.

Pour le cervelet je vous ai ~~[illegible]~~ dit que l'importance des ~~testes~~ comptes des variations que peuvent présenter les effets physiologiques et les symptômes dans les cas pathol. suivant qu'il y avait excitation ou destruction, suivant que la marche était rapide ou lente, directe ou indirecte. Les lésions du cervelet produisent des troubles dans la coordination des mouvements ou tout au moins dans l'équilibre sans paralysie de la motilité et de la sensibilité et de l'intelligence mais avec du strabisme, du nystagmus. À ces symptômes se joignent aussi souvent de la céphalgie et des vomissements, ainsi qu'une faiblesse générale. Enfin les accidents ultérieurs suivent parfois très rapp. J'ai particulièrement insisté sur les exp. de Ferrier qui sont très intéressantes et peuvent s'établir une théorie rationnelle des fonctions du cervelet.

Fin de localisation — Étude trop écourtée —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

22 mars 1881

1ère Leçon

Maladies du système nerveux

Messieurs,

Chargé du cours complémentaire de pathologie interne, je vais reprendre l'étude des maladies du système nerveux. Je commencerai par les maladies de l'encéphale et si le temps me le permet je traiterai aussi des maladies de la moelle. Mais je ne saurais aller trop vite sans risquer de ne pas vous être utile; autant vaudrait pour vous de lire un résumé quelconque de la pathologie. Je ne veux pas non plus me perdre dans les détails des cas particuliers qui concernent la clinique. Mais j'ai l'intention, comme je l'ai fait précédemment, d'insister sur les affections qu'on observe communément en vous faisant connaître l'opinion des auteurs et les enseignements de mon expérience personnelle. Ces maladies méritent d'être bien connues de vous, soit parce que vous les rencontrerez souvent dans la pratique, soit parce que leur étude vous permettra d'élucider d'autres questions plus difficiles et encore mal connues. Je passerai au contraire rapidement sur les [illegible] qui sont beaucoup moins intéressantes à tous les points de vue.

Pour bien comprendre l'étude des maladies du système nerveux, [illegible] d'avoir des connaissances précises sur l'anatomie et la physiologie. Je ne pense pas [illegible] la pratique de la médecine, je vous rappellerai [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Anémie cérébrale

— Avant d'entreprendre l'étude du Ramollissement qui comme vous le savez est produit par des obstructions vasculaires partielles dont le premier effet est de déterminer une anémie locale je viens vous entretenir aujourd'hui de l'anémie cérébrale généralisée.

Il y a quelques mots de l'anémie locale au précédent Ramollissement

Il fut un temps qui n'est pas encore très éloigné de nous où la plupart des troubles cérébraux étaient attribués à de la congestion cérébrale. Cependant depuis longtemps déjà Piorry et Marshall-Hall ont appelé l'attention sur les effets de l'anémie du cerveau. La plupart des auteurs qui se sont occupés des maladies de l'encéphale ont aussi signalé les phénomènes de l'anémie mais ceux-ci n'ont été bien étudiés que depuis les travaux de Virchow sur les oblitérations ~~circonscrites des artères~~. Aussi par une tendance fréquente de l'esprit humain, après qu'on n'avait ~~voulu voir~~ pendant longtemps que des congestions cérébrales, on n'a plus vu que des anémies et on a même été jusqu'à nier la congestion.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4

— ce qui ressort très-pointivement d'une obs. attentive
c'est que la congestion cérébrale se rencontre qqf. mais que dans la très-grande majorité des cas
les troubles cérébraux doivent être rapportés
à de l'anémie.

— anatomie pathologique et physiol. pathol.
Souvent peu de différence entre un cerveau anémié
et celui qui ne l'était pas. mais, expérimentalement
on peut constater une grande différence entre
un cerveau anémié et un cerveau normal.
L'expérimentation permet ~~d'étudier~~
~~compte~~ les effets de la soustraction du
sang sur l'encéphale et d'arriver de la sorte
à ~~se rendre compte~~ des phénomènes
pathologiques.

— Lorsqu'on saigne un animal à mort
on voit la décoloration des téguments se
produire, puis il survient des convulsions
généralisées qui précèdent la mort.

— exp. de Brown Séquard section du cerv. impétuosité du sang
— exp. de Ch. Bernard aspiration du sang.
— mêmes effets produits sur les animaux
par la ligature des carotides et des vertébrales
— chez l'homme par la compression des carotides.
— On comprend très-bien que le cerveau cesse de
fonctionner lorsque le sang lui fait défaut comme
il arrive pour tous les organes dans les mêmes conditions

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5

— mais comment expliquer les phénomènes convulsifs sous l'influence de l'anémie?

— loi de M. Gaccard sur l'excitabilité nerveuse

Lorsqu'elle n'est pas annihilée totalement au premier choc, l'inertie est toujours précédée d'une période de suractivité fonctionnelle.

Même explication pour l'impressionnabilité excessive que présentent certaines anémiques.

— Cette loi d'abord n'explique rien et ensuite elle me paraît tout à fait erronée.

— Le terme de suractivité fonctionnelle doit s'appliquer à une fonction dont l'action est augmentée; c'est ainsi que dans le cas en question, la force de la contractilité musculaire devrait être augmentée; or sous l'influence d'une perte de sang considérable, elle diminue très-certainement et quant aux convulsions elle ne peuvent pas être considérées comme l'effet d'une activité plus grande mais bien comme un phénomène pathologique.

— Il en est de même de l'impressionnabilité nerveuse qui n'est pas passagère comme l'indique la loi de M. Gaccard mais qui dure des années.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— L'impression et les phénomènes de réaction pensés par ces malades sont plus vifs, plus rapides qu'à l'état normal; mais ceux-ci ne perçoivent pas ~~plus~~ nettement, ils ne coordonnent pas mieux leurs mouvements; ces mouvements ne sont pas plus précis, la force n'est pas plus grande. On peut voir de même chez eux une exaltation des phénomènes intellectuels, mais l'intelligence n'est pas augmentée.

— En un mot, il y a dans ces cas une perversion fonctionnelle et non pas une suractivité ff.

— Les récents travaux de M. Durel sur l'action du liquide céphalo-rachidien dans les traumatismes cérébraux permettent, je crois, d'expliquer la production des phénomènes convulsifs lorsque les centres nerveux sont subitement privés d'une grande quantité de sang. Aussi bien que dans l'obstruction d'une grosse artère il y a tendance au vide et décompression subite des centres nerveux qui est une cause d'irritation. ~~Cette~~ L'action [illegible] sur le bulbe, ~~il~~ produit des convulsions c'est bien la brusque dépression car dans les cas où la soustraction est progressive il n'y a pas de [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7

Quant aux phénomènes de perversion fonctionnelle qui se montrent d'une manière chronique, ils doivent très probablement dépendre des troubles nutritifs engendrés par l'altération du sang. En effet ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ dans l'étude des altérations du sang.

Cl. Bernard insiste sur l'importance de tenir compte de la solidarité qui existe entre l'état du sang et celui des organes: l'un ne peut pas être altéré sans que l'autre en ressente les effets. ~~Or chez les anémiques nous~~ voyons tous les tissus en souffrance. Il est donc rationnel d'admettre qu'il en est de même du cerveau qui loin de présenter une suractivité fonctionnelle est au contraire plus paresseux, mais peut présenter aussi une perversion ~~de ses~~ fonctions.

Si j'insiste sur l'interprétation de ces phénomènes c'est qu'ils ont une importance très grande en raison de la fréquence avec laquelle on les rencontre dans les années déterminées par les causes les plus diverses.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

8 Étiologie.

1° insuffisance de la quantité ou de la qualité du sang apporté au cerveau

2° résistance que le sang rencontre pour pénétrer dans les capillaires et même résistance offerte par les capillaires de manière à empêcher l'imprégnation de la substance cérébrale par le liquide sanguin.

A Le sang est apporté en quantité insuffisante

1° pour la perte d'une gde quantité de sang

Au moment ou à la suite d'hémorrhagies abondantes ~~ou rectiques~~ des gros vaisseaux traumatiques ou spontanées

Hémorrhagies viscérales (utérus, estomac, poumons)

épistaxis répétées.

2° parce que le cœur ~~ne~~ ~~peut~~ pas envoyer aux centres nerveux une quantité suffisante (dans l'insuffisance aortique) état graisseux — diminution de la pression artérielle.

3° Le sang est dérivé vers ~~l'apoplexie~~ ~~les~~ effets de la ventouse, jeunod — station debout — décompression dans l'éthérisation

Toutefois cette circonstance n'agit d'une manière évidente que lorsque les autres causes ~~existent~~ à un certain degré.

4° Le sang est produit en quantité insuffisante alimentation insuffisante inanition.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9 déjà dans ce cas le sang est plus ou moins altéré.

— 5° Le sang est en quantité insuffisante ~~et par défaut d'alimentation et par des~~ ~~[illegible]~~ déperditions qu'engendrent les maladies longues et graves ; particulièrement les fièvres, la dysenterie, la diarrhée, les cachexies surtout le cancer et la phthisie, les affections osseuses déterminant de longues suppurations, la syphilis, etc.

— Souvent dans ces cas il n'y a pas hypérémie

— mais hypoglobulie. Les effets sur le cerveau sont à peu près les mêmes. Cependant lorsqu'il y a de l'hydrémie, il peut survenir de l'œdème et par suite des phénomènes qui modifient un peu l'ensemble symptomatique. Chlorose rentre dans cette catégorie.

— B. Résistance offerte par les vaisseaux.

Le fait est évident dans l'athérome artériel. A gros vaisseaux — capillaires.

Dans ces derniers on peut aussi avoir accumulation de globules blancs et de pigments.

— Toutes causes provoquant le spasme des petits vaisseaux : ~~[illegible]~~ par compression directe de dehors en dedans ou de dedans en dehors. ~~Soit~~ par le choc céphalo-rachidien dans les circonstances indiquées par M. Duret sur lesquelles nous [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

10

on admet aussi le spasme des petits vaisseaux sous l'influence d'excitations périphériques, ou réflexes, sensorielles et psychiques. exp. de Nothnagel. contestées par Riegel et Zolly. — En tout cas influence des excitations périphériques ~~[illegible]~~ Zolly et récemment François-Franc. — Il faudrait [illegible] ces phénomènes ~~[illegible]~~ chez les animaux préalablement anémiés. On aurait alors des raisons de croire que beaucoup de morts subites sont produites par le mécanisme. Du reste il y a un fait qu'il faut connaître indépendamment de toute théorie c'est que cliniquement un sujet anémique débilité ~~[illegible]~~ prendra facilement des syncopes sous l'influence de causes qui dans l'état de santé n'auraient déterminé aucun effet. — même réflexion pour la mort subite. — Compression des carotides produit dans ces cas des effets plus marqués — Dans la pleurésie il y a encore à considérer autre chose c'est la gêne du côté de la respiration.

En somme toutes les causes d'anémie d'une manière générale pourront produire l'anémie cérébrale et si avec de l'anémie générale les sympt. cérébr. ne sont pas apparents, ils pendent devenir sous l'influence de la moindre cause occasionnelle voire même sous l'influence de la position du corps (Ebrard)

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Il y a certaines époques de la vie où l'anémie cérébrale se rencontre principalement.

— Enfance (Marshall-Hall) plus les phénomènes de nutrition sont actifs, plus la perte du sang doit être une cause de perturbation.

— Hellard en raison des lésions artérielles.

— Femme (puberté — ménopause) —

— Symptomatologie.

— Dans le cas où l'anémie survient subitement rapidement — troubles de la vue, bourdonnements d'oreilles, vertiges, faiblesse générale, envies de vomir, troubles dans les idées, perte de connaissance, phénomènes convulsifs partiels ou généralisés alternant avec un état comateux ou bien après syncope survenant avec la perte de connaissance ou immédiatement après les phénomènes convulsifs.

À l'état chronique on a outre les symptômes généraux que je n'ai pas à vous décrire on a une paresse intellectuelle avec tendance au délire parfois un délire avec hallucinations, vertiges fréquents diminution de la force musculaire. perversion de la sensibilité. mouvements réflexes plus faciles.

insomnie. — (sommeil d'anémie cérébrale)

tous ces phénomènes augmentés par la moindre cause [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

12

Diagnostic.

[illegible] hypérémie: [illegible] coloration [illegible] virage [illegible] maladies [illegible] concomitantes [illegible] l'épilepsie

Ordinairement on distingue facilement les symptômes de l'anémie de ceux de la congestion; cependant il y a un certain rapport et il ne faut pas confondre ces deux états en raison des conséquences graves qui en résulteraient au point de vue du traitement, notamment dans les maladies aiguës au moment de la convalescence et chez les enfants.

Pronostic. — En rapport avec la cause.

Traitement. indications: dans les cas subits ramener au plus vite le sang vers le cerveau, arrêter la perte de sang et en prévenant le retour — Dans la syncope excitez des contractions cardiaques par les excitations périphériques. —

Dans le rancoeurs de maladies incurables la thérapeutique est impuissante on doit se borner à éviter les causes accidentelles pouvant déterminer des accidents mortels mais traitement important dans l'anémie consécutive aux maladies aiguës, chez les enfants et chez les femmes anémiques chlorotiques.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1

6e Leçon

Nous avons commencé l'étude des maladies de l'encéphale en nous occupant d'abord de l'anémie dans la dernière leçon.

— Nous avons vu d'une part que la soustraction d'une grande quantité de sang, lorsqu'elle ne déterminait pas la mort, produisait des troubles graves et subits parfaitement caractérisés et en tout cas généralisés par suite de l'anémie des centres nerveux tout entier.

— D'autre part que l'anémie produite lentement donnait lieu à des symptômes également généralisés en rapport avec les troubles survenus dans les éléments nerveux par le fait de leur nutrition insuffisante.

— Cette étude de l'anémie généralisée était une introduction naturelle à celle de l'ramollissement cérébral qui peut être considéré comme la conséquence d'une anémie localisée

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Toutefois la pathogénie du ramoll. n'a pas toujours été envisagée de cette manière et pendant longtemps elle a fourni l'occasion de longues discussions entre les auteurs d'un très-grand mérite qui se sont occupés de cette question.

— à peine entrevue avant les travaux de Lallemand et surtout de Rostan 1820.

— Pour Lallemand tout ramollissement est une encéphalite (encéphalites traumatiques et ramoll. à marche aiguë)

— Rostan a décrit le premier le Ramoll. des vieillards (10 ans environ à la salpêtrière) Pour cet auteur il est dans bien des cas le résultat de l'encéphalite, mais ~~plus souvent~~ il est d'une nature opposée à l'inflammation : il peut être la destruction sécrète de l'organe, une espèce d'hémorrhagie scorbutique ou de toute autre nature inconnue.

— Les artères du cerveau sont ord. ossifiées lorsque cet organe est ramolli.

— Abercrombie a surtout insisté sur ce rapport et sur les relations avec la gangrène des membres.

— Bouillaud Encéphalite, puis des rémos-

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3

Cruveilhier 3 espèces :

1° ramollissement apoplectique.

2° ramoll. avec suppuration en foyer

3° ramoll. de l'hydrocéphale.

Le premier a été désigné ensuite par lui sous le nom d'apoplexie capillaire qu'il ne considère pas ~~comme étant~~ de nature inflam. Il assimile complètement le ramoll. rouge à l'hémorrhagie.

Pour Andral c'est une altération spéciale de la nutrition, qui peut survenir sous l'influence de conditions morbides bien différentes les unes des autres.

Bright et Carswell comme Abercrombie font jouer aux obstructions de la circulation un rôle prépondérant dans la pathogénie des ramoll., tout admettant aussi que le ramoll. peut être de nature inflam. lorsque les artères ne sont pas altérées.

Les auteurs du compendium montrent les desiderata de la question et cherchent à dégager le ramoll. réel des autres formes de nature différente.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4 — Déchambre. Obs. consciencieuses de Ramoll., a surtout insisté sur la curabilité.

— À une époque plus rapprochée de nous.

Durand-Fardel Étude très complète faite à la Salpêtrière et basée sur un très-grand nombre d'obs.; toutefois il soutient avec énergie la nature inflam. (hormis la doctrine de l'inflam. « toutes pèchent par la base, c'est-à-dire par la logique et par l'observation »)

Je ne cite que les auteurs les plus connus et dont nous aurons souvent à indiquer les opinions.

— Mais, depuis les travaux de Virchow sur l'embolie et la thrombose, la plupart des auteurs ont adopté les vues du médecin allemand et ces travaux ont été le point de départ de recherches expérimentales et cliniques excessivement importantes non seulement en Allemagne mais en Angleterre et surtout en France. Nous avons vu que les premiers travaux sur le ramoll. étaient sortis de la Salpêtrière ~~[illegible]~~ C'est donc cet hôpital que sont sortis les derniers travaux dont vous connaissez l'importance surtout depuis quelques années ~~[illegible]~~ souvent. Charcot, Vulpian, Prévost et Cotard, Bouchard, Lépine et

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9

Tandis qu'en Allemagne le mot ramoll. a disparu des traités classiques pour faire place à ceux d'embolie et de thrombose artérielles, en France il n'y a guère que M. Jaccoud qui ait supprimé le mot ramoll. pour le remplacer par ceux d'oblitérations des artères. Il est certain que si l'on devait attacher au mot ramoll. une signification en rapport avec le caractère physique qu'il désigne ainsi que le professeur Rokitansky, Hasse et Bennett il faudrait le supprimer. Mais ce mot peut être conservé tout en adoptant la pathogénie révélée par Virchow, c'est à dire en le considérant comme une nécrobiose du tissu nerveux. Ce n'est pas la gangrène du tissu, mais c'est sa destruction par ramollissement au moyen d'un processus régressif reconnaissant pour cause l'arrêt de la circulation dans une portion plus ou moins localisée.

Anatomie et physiologie pathologiques

Les recherches expérimentales faites par Virchow, Cohn, Panum, Prévost et Cotard, etc. ont vivement éclairé la pathogénie du ramoll. –

Mess. Prévost et Cotard en employant un procédé qui leur permettait de conserver les chiens pendant un certain temps sont arrivés à obtenir des résultats ~~[illegible]~~ de précis importants [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

6

— injection dans la carotide du chien d'un liquide tenant en suspension des grains de tabac de manière à produire des embolies artificielles. Ils ont ainsi déterminé des ramoll. identiques à ceux observés chez l'H. et ils ont pu suivre le processus à ses diverses périodes.

— une congestion manifeste se produit dans les points où se distribue l'artère oblitérée et il en est de même dans les infarctus viscéraux

— quelle en est la cause?

--- circulation collatérale — vis à tergo. — action des vaso-moteurs? —

— quoiqu'il en soit ce fait suffit pour établir que l'hypérémie des ramoll. rouges sur laquelle on s'était fondé pour les assimiler aux phlegmasies doit être considérée comme d'une toute autre nature.

— Ils ont pu assister au début du travail nécrobiotique et voir que dès le 3e jour il existe des corps granuleux bien nets et un gd nombre de granulations graisseuses autour des capillaires.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Les parois des capillaires ont opp. présenté une dégénérescence granulo-graisseuse et dans un cas ils ont vu des anévrysmes disséquants. Enfin sur un chien qui avait survécu cinq semaines à l'opération, ils ont vu une véritable plaque jaune des circonvolutions (soc. de biologie). —

— Chez l'H. ce sont effectivement des phénomènes identiques que l'on observe à la suite de l'oblitération d'un vaisseau : il existe de la stase sanguine à laquelle succède plus ou moins rapidement une dégénérescence graisseuse des cellules et des tubes nerveux.

— Nous avons à ~~considérer~~ les lésions du cerveau et de ses vaisseaux ainsi que les lésions des centres nerveux ~~abandonnés~~ par ramoll. puis nous passerons rapidement en revue les lésions éloignées qui ont pu donner lieu au ramollissement ainsi que celles qui sont concomitantes. ~~Cette étude~~ ~~de ces altérations secondaires~~ ne doit pas être négligée en raison de l'importance qu'elles ont au point de vue de l'étiologie de la maladie et des indications précieuses qu'elles fournissent pour le diagnostic

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

8

On a rarement l'occasion d'observer les altérations du début soit parceque les malades ne succombent pas lorsque les lésions sont assez limitées, soit parceque s'ils succombent l'ischémie est considérable et les phénomènes obs. dans les cas de lésions limitées font souvent défaut. Je reviendrai dans un instant sur ce point.

Au début les parties affectées paraissent augmentées de volume en même temps qu'elles ont perdu de leur consistance et qu'elles ont de la tendance à s'aplatir à s'~~étaler~~. De sorte que si le ramoll. est superficiel les circonvolutions perdent un peu de leur relief ce qu'on constate surtout sur des coupes. mais si la lésion est profonde il n'y a pas de changement apparent.

À mesure que la lésion devient plus ancienne le ramoll. augmente au point de forme parfois une bouillie diffluente qui lorsqu'elle est un peu étendue donne à la palpation la sensation de fluctuation. À ce moment un courant

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9

d'eau peut entraîner les parties ramollies tandis que plus tard ces parties offrent une résistance assez grande.

— Différence de coloration suivant les régions affectées. Ord. pas de changement de couleur dans la substance blanche; ramoll. blanc. Mais dans la subst. grise périphérique ou centrale il existe une coloration rouge uniforme ou une pointillé ord. plus marqué ~~autour de la lésion~~ que ~~au~~ son centre. Parfois cependant ~~on~~ il peut trouver un ramoll. bl. des circonvolutions. M. Charcot l'a observé chez les cachectiques et on l'a noté aussi dans les cas d'oblitérat. d'un gros tronc vasculaire notamment de la carotide. On l'a observé surtout chez ~~des~~ jeunes sujets.

— En même temps que le ramoll. devient plus différent, il diminue de volume la partie paraît s'atrophier il devient plus résistant. On passe alors à la période chronique proprement dite du ramoll.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

10 — C'est alors surtout que le ramoll. des circonvol. diffère de celui des parties centrales.
— M. Durand-Fardel a parfaitement décrit l'~~[illegible]~~ de la lésion suivant son siège.
— Il désigne le ramoll. des circonvolutions sous le nom de plaques jaunes. plus ou moins étendues depuis les dimensions d'une pièce de 1 fr. irrégulièrement. contournent les plis, pénètrent dans les anfractuosités, teinte jaune chamois ou ocreuse. molles au toucher, formant des plis quand on passe le doigt sur elles, ~~elles~~ (peau mouillée) — cohésion supérieure à celle des parties voisines, elles résistent et se dépriment quand on cherche à les entamer.
— L'eau ne peut les dissocier. Leur épaisseur sans atteindre toujours celle de la substance grise la dépasse le plus souvent. qqf. la pie-mère qui les recouvre ~~peut être~~ enlevée facilement mais souvent adhérente et épaissie. qqf. [illegible] autour des plaques et au dessous, il existe ord. un certain degré de ramoll. moins avancé.
— On peut admettre qu'elles existent 2 mois après l'attaque. Prévost et Cotard ~~[illegible]~~ chez le chien l'ont constaté dès le 35e jour. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

11

— Dans le centre ovale infiltration cellulaire. Durand Fardel et Lallemand, Gendrin, Bouillaud, Cruveilhier.

— Foyers plus ou moins étendus (noisette à mélon) (même à un bimbe) limités par une membrane kystique de laquelle partent dans toutes les directions des filaments cellulaires et vasculaires qui s'entrecroisent en formant une sorte de tissu aréolaire dont les intervalles sont remplis par un liquide blanchâtre (lait de chaux de Cruveilhier). Cette trame fibro-vasculaire est tantôt lâche et sans cohésion, tantôt très-dense. Coloration grisâtre blanche ou jaune clair. —

— Le liquide peut être plus ou moins blanche clair en tenant en suspension des débris de la substance nerveuse. Il peut être absorbé en grande partie resorbée et alors l'aspect cellulaire est conservé et sa cohésion peut

— paraître plus grande. Enfin il peut être resorbé complètement et on peut ne trouver qu'une cicatrice blanche linéaire ou plus ou moins ocreuse. D'où la difficulté de la distinction d'un ancien foyer hémorrhagique.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

12

— Enfin je ~~dois vous~~ signaler encore ce que l'on a décrit sous le nom de lacunes ou d'état criblé. petites cavités contenant un liquide sérieux surtout dans les noyaux centraux.

— Les altérations constatées à l'aide du microscope varient suivant le degré d'ancienneté de la lésion.

— Au début nous avons vu que les vaisseaux étaient gorgés de sang et que des granulations graisseuses se déposaient le long des parois des capillaires.

— En même temps les tubes nerveux ainsi que les cellules se segmentent, la myéline se transforme en fines gouttelettes graisseuses. altération analogue du protoplasma des éléments de la névroglie qui sont transformés en corps granuleux

~~[illegible]~~

— La fibrine contenue dans les vaisseaux se désagrège et devient granuleuse en même temps que le pigment sanguin se sépare souvent le sang fait irruption dans la gaine lymph. ou dans les parties vaisines (Rochoux) ou dans les ventricules [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

13

— Plus tard les éléments altérés liquéfiés ~~correspondent à ses~~ recorbés et l'infarctus se sèche et s'affaisse lentement, c'est ainsi que se forment les plaques jaunes qui ne doivent pas ~~[illegible]~~ leur coloration ~~[illegible]~~ à l'hématoïdine, car on n'en trouve aucune trace. Elles peuvent être enlevées par un filet d'eau surtout lorsqu'elles ~~[illegible]~~ sont plus ou moins ramollies. Au contraire elles résistent lorsque les mucosités sont épaissies et adhérentes.

— Lorsque le ramollissement occupe le centre ovale, ~~dans l'infiltration~~ cellulaire, il y a liquéfaction de l'infarctus. Le liquide comparé au lait de Chaux tient en suspension des granulations graisseuses des corps granuleux ou débris d'éléments nerveux que l'on retrouve également sur les parois de la cavité irrégulière ainsi que sur les travées qui la traversent et qui sont constituées par du tissu cellulaire plus ou moins lâche. Après ces vaisseaux ceux-ci sont vides ou remplis d'une masse grenue et jaunâtre. Gaine lymphatique dilatée irrégulièrement contient des granulations graisseuses, corpuscules

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Ces foyers peuvent se cicatriser complètement comme nous l'avons vu, et dans ce cas le liquide se resorbe, ~~[illegible]~~ en même temps que les éléments de la nevroglie entrent en prolifération de manière à former une membrane résistante qui limite ensuite de petites cavités contenant seulement un peu de liquide séreux ou dont les parois adhèrent de ~~[illegible]~~ à constituer une cicatrice opoff colorée par un peu de pigment sanguin.
(ne pas confondre le Ramoll. vrai avec le ramoll. par imbibition)

Examinons maintenant les altérations des vaisseaux cérébraux qui occasionnent ces lésions.

On admet généralement qu'elles peuvent être déterminées par des lésions des artères des capillaires ou des ~~[illegible]~~ veines.

artères { oblitération { embolie / thrombose
retrécissement

Capillaires { ~~oblitérations~~ par embolie
altérations primitives de la paroi ?

veines et sinus veineux { thrombose
phlébite

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1

7e Leçon

Dans la dernière leçon nous avons commencé l'étude du ramollissement cérébral nous avons passé rapidement en revue l'opinion des principaux auteurs qui se sont occupés de cette question depuis Lallemand et Bouillaud jusqu'à Virchow, dont les travaux ont vivement éclairé la pathogénie du ramollissement et dont les idées sont généralement adoptées aujourd'hui. Nous avons vu que l'on devait considérer le ramoll. cérébral comme une nécrobiose déterminée par un obstacle à la circulation cérébrale dans un point plus ou moins localisé des centres nerveux. Je vous ai dit qu'on avait reproduit expérimentalement les lésions du ramollissement et j'ai insisté sur les recherches importantes de MM. Prévost et Cotard

SCD Lyon 1

2

Je vous ai décrit les aspects divers sous lesquels se présente le ramoll. suivant son siège et suivant son degré d'ancienneté et vous avez vu qu'il s'agissait toujours d'une altération caractérisée par la dégénérescence graisseuse des éléments qui composent la substance cérébrale à des degrés divers avec des phénomènes de réparation, de cicatrisation faciles à constater dans les cas anciens.

Je vous ~~ai dit~~ qu'on avait rarement l'occasion de voir les ramollissements au début, parce que, s'ils étaient localisés les malades ne succombaient pas de bonne heure et si l'obstruction portait sur un gros tronc, les malades succombaient souvent avant la production du ramollissement. Or, le même jour j'ai pu prendre part à l'autopsie d'un malade mort dans le service de M. Rombaud grâce à l'obligeance de M. Postel et voir ainsi un ramollissement très-étendu datant de et présentant tous les caractères du ramollissement rouge. Nous allons continuer notre étude d'anat. et de phys. pathologiques des ramoll. par l'examen des altérations des vaisseaux ~~[illegible]~~ jouant un rôle important dans la pathogénie de cette affection.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3

nous passerons successivement en revue les altérations des artères des capillaires et des veines.

Artères { obliteration { embolie / thrombose
retrécissement

Capillaires { obliteration par embolie
alteration primitive de la paroi ?

Veines et Lignes veineuses { thrombose
phlebite

1° Artères. Les artères cérébrales peuvent être saines et leur obliteration avoir lieu par un caillot fibrineux ou un débris valvulaire mathématique ou par la désagrégation d'un ancien caillot.

~~Les embolies~~ peuvent provenir des gros vaisseaux de l'aorte, ~~de la cœur~~, plus rarement des veines pulmonaires. Les embolies ont lieu le plus souvent du côté gauche en raison de la disposition de la carotide gauche qui se trouve au sommet du cône formé par l'aorte et ~~plus~~ dans la sylvienne qui ~~contient~~ ~~dans la~~ de la carotide.

Quand on peut à premier vue découvrir le point où siège l'embolie artère arrondie saillante, cordon dur au toucher. Mais il faut ouvrir [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4

L'embole lorsque l'artère est saine vient ord. s'arrêter sur l'éperon formé dans un point de ~~sa~~ bifurcation.

Lorsque l'accident a eu lieu récemment on peut retrouver sur l'embole les caractères ~~[illegible]~~ que présentent les parties qui en ont été le point de départ c'est à dire le plus souvent des produits fibrineux en voie de dégénération graisseuse qui offrent un aspect jaunâtre, grisâtre, ~~[illegible]~~ grenu. En avant et en arrière se trouvent un coagulum sanguin plus ou moins coloré qui peut qqf. masquer l'embole. Celui-ci peut devenir adhérent à la paroi. Il peut en subissant la dégénération graisseuse se désagréger et disparaître. Mais ~~[illegible]~~ sa présence dans le vaisseau donne lieu à des phénomènes d'inflammation qui amènent au fur et à mesure de sa disparition l'occlusion du vaisseau sous la forme d'un cordon fibreux.

L'embolie se produit bien plus facilement tout au moins dans les gros troncs lorsque ceux-ci sont le siège d'endartérite, d'athérome qui obstrue déjà plus ou moins leur calibre sur différents points par la présence des plaques qui font saillie à la surface interne. Telle particule solide qui aurait été se perdre dans une petite artère s'arrête dans un gros tronc rétréci. Elle [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9

parfois ~~q~~ d'une oblitération ~~qui ne devient~~ complète que par l'adjonction d'un coagulum sanguin qui ne tarde pas à se former par suite du ralentissement de la circulation.

Thrombose Ce ralentissement de la circulation peut même être produit par le rétrécissement que détermine souvent l'athérome et comme sur ces points il y a souvent des inégalités, la fibrine tend à s'y déposer de manière à oblitérer graduellement le vaisseau et parfois même assez rapidement. C'est là l'oblitération ~~[illegible]~~ par thrombose. Cette oblitération peut être favorisée par un état cachectique — elle peut l'être aussi par la diminution de l'impulsion cardiaque, ~~car~~ et le cours du sang se trouve alors ralenti non seulement par l'obstacle que présentent les vaisseaux mais encore par le défaut ou l'insuffisance d'impulsion. Ceci me conduit à vous parler des cas de ramollissement où l'on ne trouve qu'un rétrécissement plus ou moins marqué des artères.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Ces cas ne sont pas très-rares et la plupart des auteurs en ont signalé des exemples. Au début on croyait qu'il s'agissait d'observations incomplètes, mais depuis le fait a été mis hors de doute par les médecins les plus compétents.

— Ord. le rétrécissement ne suffit pas à lui seul pour déterminer le ramoll. cérébr. et on fait tous les jours l'autopsie de sujets qui présentent des rétrécissements artériels considérables sans ramoll. C'est ainsi que certaines artères paraissent oblitérées; la sonde est arrêtée par la saillie des points athéromateux qui paraît remplir le vaisseau on voit alors que la portion perméable contourne en spirale le nodule athéromateux.

— Dans ces cas la circulation peut encore se faire mais on conçoit que la moindre perturbation peut l'entraver surtout lorsque l'impulsion cardiaque est faible comme cela s'observe souvent chez des vieillards débiles. Le passage de la position horizontale à la position verticale peut suffire pour ralentir la circulation

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

au point de donner lieu à une anémie locale et à des troubles qui se dissipent si la circulation se rétablit et qui persistent à un certain degré si cet arrêt de la circulation occasionne la formation d'un bouchon fibrineux.

— C'est par un mécanisme analogue que se produit vraisemblablement l'hémiplégie décrite par M. Lépine sous le nom d'H. p. et qui se manifeste à l'occasion d'une pneumonie chez des sujets présentant les lésions artérielles dont je viens de vous entretenir.

— C'est de la même manière probablement que se sont produits ~~[illegible]~~ ces paralysies sous l'influence d'une saignée que l'on ~~[illegible]~~ faisait pour combattre une prétendue congestion cérébrale, c'est-à-dire ~~[illegible]~~ des troubles déjà déterminés par un certain degré d'anémie locale.

Capillaires — Comment les altérations des capillaires peuvent-elles être la cause des ramollissements?

— Ces vaisseaux peuvent être le siège d'embolies provenant de la rupture d'un abcès athéromateux de l'aorte ou d'un kyste fibrineux des cavités du cœur ou des ~~valvules~~ ulcérées dans l'endocardite ulcéreuse. Il en résulte de petits foyers de ramollissements disséminés sur différents points ou des accidents rapidement mortels si un grand nombre de capillaires sont oblitérés à la fois comme avec les injections [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

8 — Les embolies capillaires plus ou moins localisées doivent être fréquentes et peuvent se faire croire à des ramoll. produits seulement par des rétrécis. artér.

— Les capillaires peuvent-ils être altérés au point que leurs parois ne permettant plus aux phénomènes nutritifs de se produire il en résulte un ramollissement?

Cette opinion soutenue par MM. Rochier Pagel et Laborde n'est généralement pas admise et elle a surtout été combattue par MM. Prévost et Cotard qui ont montré comme je vous l'ai dit que le dépôt de granulations granulo-graisseuses en dehors de la paroi des capillaires survenait de très-bonne heure après l'oblitération artérielle et qu'elle se produisait aussi dans les cas d'oblitération veineuse alors que les artères étaient toutefois saines. Enfin chez les vieillards on peut trouver des capillaires dont les parois contient une grande quantité de granulations granulo-graisseuses sans qu'il survienne le moindre ramollissement.

— Je dois vous signaler enfin l'altération des veines comme cause de ramollissement. Cette obstruction peut être produite par un caillot résultant d'une phlébite déterminée elle-même par des causes diverses ou bien par un caillot sous l'influence d'un état cachectique par inopexie.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9 Dans ces cas le foyer n'est pas limité, les lésions sont souvent symétriques sur les hémisphères. Il existe de l'œdème et ordinairement une suffusion sanguine sous les méninges. En outre on a un ramollissement diffus de la pulpe cérébrale qui d'après M. Duret est formé par une bouillie rougeâtre violacée, parsemée de points noirs et caillebotté. D'après le même auteur lorsqu'un gros sinus de la base est seul occupé par un caillot dans une petite longueur, les anastomoses suffisent à l'écoulement du sang; il ne survient que de l'œdème de la substance cérébrale. Si le caillot s'étend dans un des troncs veineux de la convexité en l'oblitérant dans une grande longueur il y aura un tel obstacle au retour du sang que les phénomènes indiqués plus haut reproduisent.

Nous allons examiner maintenant comment les foyers de ramollissement sont répartis dans les différentes régions des H. et des autres parties de l'encéphale. Je vous résumerai les considérations dans lesquelles M. Duret est entré à ce sujet à propos de ses remarquables recherches sur la circulation cérébrale.

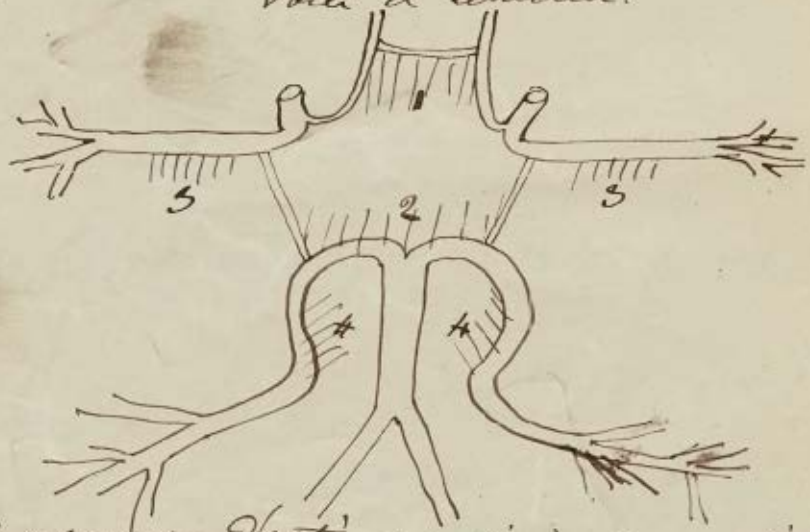
SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

10

Vous savez que la ~~circulation artérielle~~ de la base de l'encéphale est alimentée ~~en avant~~ par les 2 carotides et en arrière par les 2 vertébrales. Les artères qui émanent de ces deux troncs forment ainsi deux groupes désignés par M. Duret sous le nom de système carotidien ou ant. et syst. vertébral ou post. qui sont réunis par les communicants post.

Voici le schéma:



Duret. Arch. de physiologie novembre – décembre 1874.

Six groupes d'artères nourricières des ganglions centraux

1° groupe médian ant.: tête du noyau caudé

2° groupe médian post.: faces internes des couches optiques et parois du 3e ventricule

3° groupes antéro-latéraux droit et gauche: corps striés et partie ant. de la couche optique

4° groupes postéro-latéraux: grande partie des couches optiques

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Les régions corticales sont irriguées :

1° par les cérébrales ant. : face inf. du lobe frontal et portion étendue de la face interne de l'hémisphère

2° cérébrales post. : face inf. du cerveau et lobe occipital

3° artère sylvienne : partie du lobe frontal qui n'est pas vascularisée par la cérébrale ant. et toute l'étendue du lobe pariétal

Quatre branches principales :

1° frontale ext. inf.

2° pariétale ant.

3° pariétale post.

4° pariéto-sphénoïdale

5° sphénoïdale

Objet du ramollissement : 1. dans chacun des territoires nutritifs.

Corps strié.

Ramollissement total (sans lésion des circonvolutions)

Ramollissements partiels
- A. limité au champ de distribution de l'artère lenticulo-striée
- B. lenticulo-optique
- C. branches collatérales des précédentes

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Couche optique

Ramollissements partiels { A. artères perforantes de la toile choroïdienne.
B. optique externe postérieure.

Cavités ventriculaires

Caillots et plaques jaunes { artères nourricières des parois ou artères des noyaux près de leur terminaison.

Hémisphères cérébraux

Ramoll. d'un H. entier. Embolies de la carotide. Anomalies artérielles.

— tout le territoire carotidien — Embole au niveau de la bifurcation de la carotide avec prolong. du caillot dans la cérébr. ant. au delà de la commun.

~~cérébrale ant.~~ entière. { Embole au delà de la commun. ant.

Ramoll. partiels — les diverses branches du territoire indiqué.

Ramoll. total du territoire de la sylvienne avec corps striés — Embolies dans les 2 premiers cent. de la sylvienne

Ramoll. du territoire cortical sans corps striés. — Emb. au delà des artères du corps strié.

Ramoll. partiels du territoire de la sylvienne. (les plus souvent pleines branches sont oblitérées) — branches diverses.

Ramoll. du territoire de la cérébrale post. { complets rarement. — partiels —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Protuberance

ramoll. lacunaires. { embolies des artères médianes, radicules en périphérique

Cervelet

Ramollissements diffus – très rares. (cependant obs. pers. ramoll. du lobe lat. gauche, en même temps que plaques jaunes sur l'H. du même côté. déviation des yeux du côté opposé aux lésions)

Bulbe

ramoll. inconnus. –

Remarques à propos de ces irrégularités: –

ramoll. n'occupant pas tout le territoire de l'art. obturée

ramoll. limités à la couche gris.

ramoll. limités au centre ovale. (1 [illegible])

ramoll. dans des cas d'athérome très-généralisés des artères corticales, lésions multiples et diffuses. Il s'agit sans doute d'embolies disséminées dans les artères corticales et médullaires.

Dans la thrombose des cachectiques, le territoire est ramoll. complètement.

une seule lésion pour plusieurs attaques de paralysie.

paralysies sans lésion apparente 2 obs. personnelles

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1

8e Leçon
24 mai.

Dans la dernière leçon nous avons étudié les altérations des artères, des capillaires et des veines qui donnent lieu au ramollissement cérébral. Nous avons vu que les vaisseaux étaient ordinairement oblitérés par embolie ou par thrombose, mais que parfois ils pouvaient être seulement rétrécis. J'ai particulièrement insisté sur la manière dont les troubles circulatoires se produisaient dans chaque cas. Nous avons ensuite passé en revue le mode de répartition des foyers de ramollissement dans les différentes régions des hémisphères cérébraux ~~[illegible]~~ et dans les différentes parties de l'encéphale. Je n'ai pu que vous résumer d'une façon très-succincte les considérations dans lesquelles M. Duret est entré au sujet du rapport du siège des foyers avec les territoires vasculaires et cependant ce sont des notions indispensables à connaître pour l'étude de l'anat. pathol. du ramoll. et des autres affections cérébrales. (lire le mémoire de M. Duret. arch. de physiol. 1874.)

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Enfin je vous ai dit qu'on pouvait rencontrer
~~aff.~~ une seule lésion chez des sujets qui avaient
cependant plusieurs attaques de paralysie et
même des paralysies sans lésion apparente.
J'ai recherché comment ces faits pouvaient
être interprétés et j'ai insisté sur la nécessité
de faire les autopsies de ce genre avec le plus grand soin
et aussi complètement que possible pour ne
pas s'égarer dans les hypothèses.

En terminant je vous ai donné rendez-vous
pour le lendemain afin que vous pouvez assister à l'autopsie d'un sujet
~~[illegible]~~ vous avez pu observer
de ramoll. cerb.
les lésions ~~[illegible]~~. que je venais de
vous décrire et voir un ~~spécimen~~ de ramoll.
jaune dès le 51e jour après l'attaque
de paralysie. On a rarement l'occasion d'obs.
un ramoll. à cette époque, car lorsqu'ils
sont limités les malades vivent plus longtemps
et ~~lorsqu'ils sont~~ très-étendus les malades
succombent avant d'arriver à cette période
comme nous avons pu le voir le jeudi
précédent sur un sujet au 8e jour de
son attaque.

Mais si j'ai pu vous montrer dimanche

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3

ce ramoll. il ne m'a pas été possible de vous faire voir la lésion artérielle qui l'avait produit. Les artères étaient saines, et, bien que nous ayons ouvert avec le plus grand soin toutes les artères du territoire affecté, nous n'avons pas pu découvrir la moindre obstruction. D'un autre côté nous n'avons trouvé ailleurs aucune lésion évidente qui aurait pu être le point de départ d'une embolie. Et cependant, aorte athéromateuse à un certain degré, d'où probabilité d'un petit caillot fibrineux sur une plaque et qui aura été entraîné dans la sylvienne de manière à produire l'oblitération de la cérébr. ant. externe et des artères du lobule de l'insula, mais qui se sera désagrégé et aura disparu. Le sujet présentait bien un cancer du rein qui devait le disposer à l'inopexie; mais lorsque le caillot reconnaît cette cause il est ordinairement volumineux et par conséquent doit avoir peu de tendance à disparaître. Je vous avais du reste signalé les cas de ce genre qui se rencontrent encore assez fréquemment.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4

— nous allons terminer l'étude de l'anat. path. du ramoll. cérébr. en passant en revue les altérations ~~décrites~~ sous le nom de dégénérations secondaires ainsi que les lésions concomitantes plus ou moins éloignées.

— nous avons vu à propos des localisations cérébrales que les phénomènes de dégénérations secondaires se produisaient toutes les fois qu'une région ou qu'une partie motrice était détruite, quelle que fût ~~[illegible]~~ mode de destruction et toujours par le même processus. ce que ~~[illegible]~~ des dégénérations second. dans le ramoll. cérébr. s'appliquera donc à celles qui surviennent dans l'H. C. ainsi que dans les autres circonstances où des parties motrices sont détruites, les lésions secondaires auxquelles elles donnent lieu étant toujours les mêmes. Peut-être ces lésions présentent-elles quelques différences au point de vue de l'époque de leur apparition, la substance cérébrale n'étant pas détruite de la même manière dans tous les cas; mais les éléments de cette étude différentielle nous font encore défaut

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5

À la suite de lésions primitives, dans les H. C. on voit la dégénération se produire au dessous d'elles dans les pédoncules, dans la protubérance, et dans la bulbe et dans la moelle. C'est Cruveilhier qui le premier a appelé l'attention sur ces phénomènes en leur donnant une juste interprétation. Cependant Cruveilhier avait plutôt présenté ces altérations secondaires qui n'ont été véritablement connues que par les travaux de Türck à partir de 1851. Peu de temps après, Schroeder van der Kolk, Charcot et Turner publièrent quelques cas de dégénérations secondaires suivies de ceux de Mm. Gubler, Vulpian, Cornil, Lancereaux jusqu'en 1866 époque à laquelle parut dans les arch. de Médic. le mémoire de M. Bouchard qui est le travail le plus complet que nous possédions sur cette question et qui a beaucoup contribué à vulgariser les faits de ce genre, dont la connaissance est devenue classique.

Dans les cas de ramollissement ancien assez étendu des H. C. on peut constater à première vue les altérations secondaires. Le pédoncule du côté affecté est plus petit que l'autre.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

après avoir enlevé les enveloppes, on voit à la face inférieure une traînée d'un gris jaunâtre dans le sens des filaments plus ou moins longs suivant l'étendue de la lésion intéressée plutôt en dehors ou en dedans suivant le siège de la lésion dans l'Ht. – La protubérance présente du même côté un aplatissement plus ou moins marqué. En arrière du bulbe la pyramide du même côté présente un certain degré d'atrophie qui rend l'olive de ce côté plus saillante. La configuration des portions dégénérées n'est pas ou pas modifiée.

En général la moelle n'offre rien de particulier à l'œil nu, sauf dans les cas de lésions très-étendues, très-anciennes où l'on trouve [illegible] du côté opposé à la lésion cérébrale, une diminution de volume caractérisée par une dépression longitudinale située à quelques millimètres en avant des racines postérieures. À la coupe on n'aperçoit souvent rien de particulier au niveau des lésions, parfois cependant une teinte jaunâtre, ou la coloration gris jaunâtre de la sclérose étalée

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7

~~On peut trouver les~~ traces de cette lésion dans tout le cordon latéral jusqu'à la partie inférieure du renflement lombaire.

Toutefois l'examen microscopique permet de préciser plus exactement la topographie des lésions en faisant connaître leur nature. On voit qu'il existe dans les points atrophiés une sclérose fasciculée descendante qui commence au dessous de la lésion, se continue dans le pied du pédoncule et dans la pyramide et dans le faisceau pyramidal du même côté jusqu'au niveau de l'entrecroisement bulbaire; puis au dessous de ce dernier dans le faisceau latéral ~~où~~ les coupes donnent à la lésion ~~la~~ forme d'une tache ~~transparente~~ ou grisâtre triangulaire située en avant ~~de~~ à la partie externe de la corne post. de telle sorte que la ~~base~~ du triangle un peu arrondie est tournée du côté de la ~~zone~~ corticale de la moelle. La tache diminue d'étendue à mesure qu'on examine un point situé plus bas.

on la retrouve toujours jusqu'à la partie inf. du renfl. lombaire

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

8

En même temps que la prolifération conjonctive qui occupe la place des tubes nerveux détruits, on trouve des granulations graisseuses des corps granuleux et des ~~[illegible]~~ plus ou moins l'apparence athéromateuse.

Comment se développe cette altération. On observe rarement l'affection ~~dans les~~ premiers temps, mais Bouchard a pu suivre l'évolution des lésions dans les cas de compression de la moelle et il a trouvé que le processus était analogue à celui qui caractérise l'altération Wallérienne que l'on remarque sur les nerfs séparés de leur centre trophique, analogue aussi aux lésions du ramollissement cérébral.

D'après Bouchard des granulations granulo-graisseuses se déposeraient d'abord autour des capillaires et il se formerait des corps granuleux dans le tissu qui se dégénère. En second lieu la ~~[illegible]~~ des tubes se segmenteraient deviendraient granuleuses et disparaîtraient. Enfin il se formerait un tissu conjonctif fasciculé qui se substituerait aux tubes nerveux. En somme la dégénérescence [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

nerveux serait le premier phénomène observé et la sclérose ne serait que consécutive, tandis que pour quelques auteurs la lésion cérébrale déterminait des phénomènes inflammatoires qui se propageaient dans le sens physiologique des faisceaux médullaires, donnant lieu à la prolifération conjonctive qui étouffaient les éléments nerveux. Ces auteurs assimilent ainsi cette sclérose descendante secondaire à la sclérose primitive des cordons latéraux. Ces deux affections ont en effet des rapports étroits comme nous le verrons ultérieurement mais les faits obs[illegible] Bouchard ainsi que les arguments qu'il a fait valoir pour soutenir son opinion tiennent démonstratifs. A cette époque on n'avait pas encore produit expérimentalement des dégénérations secondaires à la suite de lésions des H. C., mais aujourd'hui grâce aux données expérimentales qu'on possède déjà à ce sujet on pourrait reprendre la question à ce point de vue et étudier le processus à toutes ses périodes.

Cette sclérose est toujours descendante et jamais ascendante.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Le ramollissement ~~aussi bien que~~ les autres lésions ne donne pas toujours lieu aux dégénérations secondaires et à la sclérose consécutive.

— Dürck avait déjà indiqué que les lésions destructives même circonscrites des 2/3 ant. de la capsule interne donnaient lieu à coup sûr à ces dégénérations, tandis que les lésions du noyau lenticulaire, du noyau caudé et de la couche optique ne les produisent pas. ~~la sclérose consécutive~~ Les lésions du centre ovale dans la zone motrice donnent lieu aussi à la sclérose consécutive. De même on la voit survenir dans le ramollissement des circonvolutions de la zone motrice, alors que les parties centrales ne sont pas atteintes. D'après M. Charcot les sclérosis fasciculaires surviennent lorsque le foyer intéresse les 2 circonvol. ascendantes et les parties attenantes du lobe pariétal et du lobe frontal. Cela est parfaitement juste mais j'admettrai moins volontiers l'opinion de l'éminent professeur touchant les parties qui ne donnent pas lieu à la sclérose consécutive (lobe occipital, parties post. du lobe pariétal, lobe sphénoïdal, régions ant. du lobe frontal) (obs. personnelle) — (pièce anat.)

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— même remarque à ce sujet que pour les lésions des parties susceptibles de donner lieu à des troubles de la motilité. Je crois qu'elles sont beaucoup plus étendues qu'on le suppose généralement comme j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire.

— Il est probable du reste que toute lésion destructive ~~produisant~~ un état paralytique ou parétique persistant doit donner lieu à une dégénération secondaire si la théorie Wallerienne adoptée par Bouchard est vraie puisque dans tous ces cas un certain nombre de tubes nerveux moteurs ont été séparés de leurs centres trophiques.

— Enfin plus le ramollissement est étendu, plus le cordon formé par la sclérose fasciculée est épais.

Tout en restreignant autant que possible cette étude nous avons été forcé de nous arrêter assez longtemps sur cette question, mais nous n'aurons plus qu'à la signaler dans les autres maladies où on la rencontre.

— Les nerfs des muscles paralysés ont surtout été examinés par MM. Charcot et Cornil qui les ont parfois trouvés plus volumineux qu'à l'état normal, en raison d'une vascularisation plus grande, de l'épaississement de leur enveloppe conjonctive et du dépôt dans leurs interstices de vésicules adipeuses.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Quant aux lésions musculaires voici ce que M. Hayem a observé :

— Dans les Hémiplégies récentes aucune altération appréciable des fibres musculaires, tandis que dans les cas anciens datant d'une ou de plusieurs années il y avait toujours une atrophie évidente.

— Les faisceaux primitifs diminuent de volume et qqs. uns subissent la dégénérescence granuleuse en même temps que les noyaux du sarcolemme

— se multiplient. La dégénérescence graisseuse, ainsi qu'il a vu M. Cornil est rare, partielle, peu importante.

— Un autre hyperplasie adipeuse plus ou moins prononcée dans le tissu interstitiel. (~~hyperplasie~~ adipeuse également dans le tissu cellulaire sous-cutané d'où la forme arrondie que prennent les membres paralysés étude récente à ce sujet par Landouzy) —

— L'altération est-elle la même dans les muscles contracturés et dans ceux qui sont flasques ?

Pas de recherches précises sur ce point.

— M. Charcot a noté la teinte brune des muscles en état de contracture. Cette teinte est due au dépôt de granulations pigmentaires plus ou moins abondantes dans les fibres les plus altérées.

— Altérations plus manifestes quand la paralysie est très-ancienne et qu'elle remonte par ex. à 10 ou 15 ans.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Les muscles pâles de viande offrent des stries
jaunâtres, granuleuses entrepoisées aux fascicules
musculaires d'au microscope, on voit que la
graisse s'est accumulée non seulement dans
les mailles conjonctives du périmysium externe
mais également dans celles de l'interne. De
l'atrophie simple vient s'ajouter toujours
la dégénérescence qui amène l'atrophie
numérique; les deux plus fréquents sont
la désintégration granuleuse et la dégénérescence
graisseuse à petites granulations.

Fonctions altérées des muscles quand survient la paralysie (Cohn, Lancereaux)
de sens musculaire (Duchenne de Boulogne) — Contractilité électrique (Duchenne de Boulogne)
— Contractilité idio-musculaire (Stilling) — Contractilité volontaire (Duchenne de Boulogne)
— Contractilité réflexe (Duchenne de Boulogne) — Contractilité tonique (Duchenne de Boulogne)
— Contractilité rythmique (Duchenne de Boulogne) — Contractilité associée (Duchenne de Boulogne)
— Contractilité idio-musculaire (Stilling) — Contractilité volontaire (Duchenne de Boulogne)
— Contractilité réflexe (Duchenne de Boulogne) — Contractilité tonique (Duchenne de Boulogne)
— Contractilité rythmique (Duchenne de Boulogne) — Contractilité associée (Duchenne de Boulogne)

Elle a surtout lieu quand l'atrophie
dépend d'une ramoll. cérébral ancien, un
certain degré d'atrophie des os des membres paralysés.
Les orthopathies se rencontrent chez
Dr Duchenne (de Boulogne) décrites pour la première fois par Scott Alison
en 1846 et plus tard par Brown-Séquard puis d'une manière plus complète par M. Charcot
consécutives au ramoll. cérébral ou foyer
plus fréquent que la lésion de l'hémorrhagie.
Elles se manifestent ord. 15 jours ou 1 mois après l'attaque
à propos ou moment de l'application de la contracture tardive.
J'ai pu l'observer plus tôt. L'articulation du genou et
ord. la première entamée affectée. M. Charcot a montré
qu'il s'agit là d'une véritable synovite avec végétations
multiplication des éléments nucléaires et fibroïdes qui constituent
la séreuse articulaire, augmentation du nombre des vaisseaux des V. capillaires,
dans les cas intenses exsudation séro-fibrineuse contenant des leucocytes en
plus ou moins grande abondance. Hypertrophie des villosités synoviales, tuméfaction
cartilages, ulcération

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Ce signale seulement en passant l'érythème les vésicules, les bulles et enfin l'escharre qu'on voit survenir sur la fesse du côté paralysé du 2 ou 4e jour après l'attaque ~~ces lésions~~ se rapportant plutôt aux symptômes de la maladie. En général cette escharre est peu profonde et il en est de même de celles qu'on voit survenir sur les points où des pressions sont exercées ainsi que sur celles où des révulsifs ont été appliqués. Toutefois ~~il n'en est~~ pas toujours ainsi et vous avez pu voir cet hiver dans mon service un malade présentant une escharre profonde de la jambe avec mortification ~~de~~ partie des personnes latérales survenue à la suite de l'application d'une laïque chaude.

Taches échymotiques sur le dos des mains surtout du côté paralysé et sur la face inf. de la langue ~~[illegible]~~ sur la face. (obs. personnelle) ~~[illegible]~~

Il n'est pas rare de trouver de l'œdème du côté paralysé. Et dans les cas d'anasarque l'œdème est toujours plus marqué du côté paralysé,

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Comme lésion concomitante du ramollissement reconnaissant la même étiologie on peut observer des infarctus dans la plupart des organes; dans les reins, la rate, l'intestin, le cœur et même dans le poumon par suite de lésions concomitantes du cœur droit (obs. personnelle). Les artères des membres peuvent être en même temps oblitérées d'où des phénomènes de gangrène.

— Enfin je me borne à signaler les altérations du cœur, de l'aorte et des artères ainsi que les épanchements pleurétiques comme altérations concomitantes du ramollissement, d'autant que les lésions en sont souvent la cause. Mais je ne pourrais pas entrer dans leur description sans sortir de mon sujet.

— Cependant on ne trouve parfois aucune lésion capable d'avoir donné lieu au ramollissement et la pathogénie de ces cas n'est pas élucidée.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1

9e Leçon

25 mai

Dans la précédente séance nous avons terminé l'étude de l'anat. path. du ramoll. cérébral en ~~nous~~ occupant surtout des dégénérations secondaires qui surviennent aussi bien après toute lésion destructive ayant pour siège les parties motrices des H. C. ~~[illegible]~~ ~~avec Bouchard~~ qu'il s'agissait d'une dégénération des éléments nerveux analogue à la dégénération Wallérienne et que les éléments détruits étaient remplacés par du tissu conjonctif de nouvelle formation, d'où une sclérose fasciculée secondaire descendante s'étendant au dessous de la lésion dans le pédoncule, la protubérance et la pyramide bulbaire du même côté, puis au dessous de l'entrecroisement du côté opposé de la moelle dans le cordon latéral en avant de la racine postérieure depuis le collet du bulbe jusqu'à la partie inférieure du renflement lombaire en diminuant progressivement de volume.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

2

Nous avons insisté sur ce fait que si la théorie de Bouchard étoit vraie, on devait trouver de la dégénération secondaire dans tous les cas où la lésion avait produit un état paralytique ou parétique persistant.

Je vous ai dit que les nerfs des muscles paralysés avaient été trouvés plus volumineux par suite d'une vascularisation plus grande et de l'épaississement de leur enveloppe conjonctive.

Nous avons vu que les muscles dans les hémiplégies récentes ne présentaient pas d'altération appréciable, tandis que dans les cas anciens leur atrophie étoit très-évidente, celle-ci résultant surtout d'une diminution de volume des faisceaux muscul. et aussi parfois de leur atrophie numérique par dégénérescence granuleuse ou graisseuse à petites granulations.

Je vous ai signalé aussi la prolifération des vésicules adipeuses dans le tissu cellulaire sous-cutané.

J'ai mentionné l'atrophie des os et j'ai insisté davantage sur les arthropathies qui se rencontrent fréquemment chez les hémiplégiques à la suite du ramollissement.

Enfin nous avons passé en revue les lésions cutanées assez fréquentes, mais se rapportant plutôt à la symptomatologie. En dernier lieu je vous indiquai les lésions concomitantes (infarctus gangrène) ainsi que les affections ad. cancer [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Étiologie. Ce que nous avons dit à propos de la pathogénie du Ramoll, nous permet de ne pas insister sur ses causes. Nous ne ferions que nous répéter.

Rôle important de l'âge dans l'étiologie. Bien qu'on puisse rencontrer la maladie chez le nouveau-né et même chez le fœtus; il est certain qu'elle est surtout fréquente dans la vieillesse. Toutes les statistiques en font foi. Du reste ce sont les lésions athéromateuses des artères et les affections du cœur qui occasionnent le plus souvent le ramollissement et qui sont très fréquentes chez les personnes âgées. L'alcoolisme a été aussi considéré comme cause du Ramoll. mais c'est en déterminant des lésions athéromateuses qu'il peut produire cette affection.

Quant à la Syphilis, d'après Heubner, elle pourrait occasionner des lésions artérielles ~~[illegible]~~ d'artérite spécifique qui en ~~[illegible]~~ le siège d'obstructions donnant lieu à du ramollissement. (obs. personnelle). — nous avons déjà parlé des obstructions par inopexie dans les cachexies et je n'y reviens pas. — [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4

Symptomatologie. Andral envisageant d'une manière générale la sympt. de la maladie qui nous occupe était frappé des divergences qu'on trouvait à ce sujet dans les auteurs et il les attribuait à ce que les malades observés étaient placés dans des conditions différentes. Elles étaient surtout causées par l'adjonction de maladies qui étaient confondues avec le ramoll. proprement dit. C'est ainsi qu'Andral lui-même n'échappe pas à cette cause d'erreur bien que ses observations présentent une ~~valeur~~ incontestable. Mais avant lui Rostan avait déjà donné une description très-complète des symptômes du Ramoll. De sorte que la plupart des auteurs se sont ensuite inspirés de ses travaux.

A cette époque connaissances anat. et physiol. très-restreintes; de sorte qu'on n'est pas étonné que les auteurs n'aient pas cherché à rapporter les sympt. aux troubles des fonctions mal connues ou d'organes dont on ignorait les fonctions.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5

D'autre part si on retrouve dans les descriptions la plupart des phénomènes ~~[illegible]~~ dans le Bramoll., on ne ~~[illegible]~~ les formes cliniques sont nettement indiquées. ~~et~~ Les symptômes qui pourraient les caractériser sont confondus ou diminués. Aujourd'hui il est encore impossible de trouver une bonne description du Bramoll. cérébral. La plupart des temps on trouve les sympt. accessoires ~~[illegible]~~ de manière à cause de types artificiels, ou bien ce sont des formes de fantaisie ou [illegible] ~~[illegible]~~ des formes [illegible] un petit nombre d'observations. ~~[illegible]~~ Il est à la d'étude complète des symptômes en ~~[illegible]~~ harmonie avec les progrès réalisés dans l'anat. et la phys. des centres nerv. La description que j'ai à vous faire devrait être la synthèse de ~~[illegible]~~ connaissances qui nous font encore défaut.

Pour présenter un tableau ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ du Bramoll. et de ses différentes formes il faudrait d'abord ne s'appuyer que sur des obs. anatomiques ~~[illegible]~~ possédant une étude complète des symptômes qui auraient été obs. dans un gd nombre de cas depuis le début de l'affection jusqu'au moment de

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

la mort, en ayant noté avec soin les modifications imprimées par la marche de la maladie suivant les conditions très-variées dans lesquelles le malade peut se trouver et qui ont rapport aux causes de l'affection, à son siège, aux ~~[illegible]~~ concomitantes etc.

Ces éléments nous font défaut. C'est dans ce sens que je travaille, mais les faits que j'ai recueillis, les bonnes obs. les seules valables sont encore trop peu nombreuses pour que je puisse baser sur elles une description de la maladie. Tout ce que je puis vous dire c'est que j'ai déjà observé des faits qui m'ont montré l'insuffisance de nos connaissances sur ce point et je voudrais vous engager à recueillir des observations complètes, c'est-à-dire avec toutes les données que nous possédons aujourd'hui pour cette étude. Difficultés très-grandes à tous les points de vue.

Quoiqu'il en soit je vais tâcher de vous résumer ce que nous savons à ce sujet

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7

— Bostan avait décrit une période prodromique à laquelle il attachait une gde importance au point de vue du diagnostic, tellement que par un retour inévitable on est arrivé à n'en tenir presque plus aucun compte depuis qu'on a observé que les prodromes pouvaient se rapporter à d'autres maladies de l'encéphale, voire même à des affections éloignées, et que le ramollissement pouvait survenir fréquemment sans prodromes.

— Cependant il est incontestable que dans un certain nombre de cas l'affection est précédée de prodromes au nombre desquels se trouve l'étourdissement noté par tous les auteurs et sur lequel MM. Rénon et Cotard ont spécialement attiré l'attention.

— Autrefois l'étourdissement était attribué à la congestion cérébrale, aujourd'hui c'est à l'ami: il est noté 11 fois sur 39 cas.

— Il consiste à son plus faible degré en un simple vertige avec obnubilation de la vue, le malade chancelle mais il ne tombe pas, ne perd pas connaissance et tout se dissipe au bout d'un

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Ces étourdissements peuvent se répéter à de courts intervalles, et donner lieu à un état vertigineux, obligeant les malades à donner continuellement le bras à quelqu'un.

— À un degré plus avancé chute, perte de connaissance et retour rapide à l'état primitif sans paralysie.

— Au degré le plus grave, le malade tombe presque foudroyé, convulsions épileptiformes, état comateux, respiration stertoreuse, résolution des membres, déjections involontaires, qqf. vomissements et la mort survient au bout de qqs. heures.

— Les étourdissements légers coexistent souvent avec la santé la plus parfaite, mais le plus souvent on peut trouver en même temps des signes de sénilité et parfois d'autres symptômes faisant partie de la période prodromique. Ainsi :

— Arc sénile, induration des artères, irrégularité du cœur, impulsion faible ou forte, bruits obscurs ou accompagnés de souffles. Amaigrissement général. Débilitation. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9

— cette imperfection de la nutrition dans tout l'organisme se manifeste dans le cerveau par son atrophie souvent

— bien marquée de 70 à 80 ans. affaiblissement de l'intelligence, obtusion des sens, la mémoire s'affaiblit, la parole devient lente, les malades ont de la peine à comprendre les questions les plus simples. Parfois démence complète

— L'affaibl. de l'intelligence et l'étourdissement qui se montrent simultanément dépendent l'un et l'autre d'une même cause : les troubles de la nutrition et de la circulation du cerveau.

— C'est ainsi que les étourdissements se rencontrent surtout chez les vieillards dont le système artériel est altéré etc. avec affaiblissement de l'action du cœur.

— MM. Prévost et Cotard pensent même que l'étourdissement peut reconnaître pour cause l'embolie et la thrombose lorsque l'obstruction a lieu dans un petit vaisseau, lorsqu'elle est passagère, et lorsqu'enfin la circulation se rétablit rapidement. — et aussi l'obstruction veineuse. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— ~~Qqf~~ Les étourdissements peuvent se montrer longtemps avant l'attaque (des mois et des années avant l'attaque) qqf. ils appartiennent à la période qui précède immédiatement l'attaque.

— On a aussi noté parmi les symptômes de la période prodromique des troubles ~~dans les membres~~ qui devaient être paralysés (fourmillements, engourdissements, difficulté à saisir les objets, douleurs dites rhumatismales)

— une ou plusieurs attaques passagères, — ou avec paralysie persistante.

— Enfin on a encore trouvé des troubles intellectuels chez des sujets qui n'étaient pas très âgés et qui probablement étaient aussi en rapport avec l'état de leurs artères. Affaibl. des facultés intellectuelles, perceptions, mémoire; tendance au sommeil, indifférence, tristesse, changement dans le caractère. parfois qqf. troubles de l'ouïe, [illegible] appétit diminué, dyspepsie, nausées, vomissements

— Riostan signale encore beaucoup d'autres symptômes qui n'ont pas de rapport certain avec les [illegible] qui se rapportent évidemment à d'autres maladies et notamment à la paralysie générale.

— Mesnes Rivet et Cotard attribuent tous ces phénomènes à l'ischémie ainsi que des accidents plus graves accompagnent les étourdissements; état de torpeur, gâtisme avec subdélirium. cet état peut se dissiper au bout de qqs. jours et se reproduire plusieurs fois.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

11

— Je vous signale aussi les taches echymotiques du dos des mains qui se montrent chez des vieillards dont les artères sont athéromateuses.

— Chez les Hémiplégiques elles sont plus marquées du côté paralysé. On les voit ggff. précéder l'attaque bien qu'elles ne l'indiquent pas nécessairement. On peut en dire autant de tous les prodrômes qui peuvent faire absolument défaut et qui manquent effectivement dans la plupart des cas. attaque [illegible]

Ces prodrômes effectivement n'existent que chez les vieillards athéromateux [illegible] [illegible] lorsque les artères sont saines.

— Non seulement les prodrômes peuvent manquer, mais aussi tout symptôme de ramollissement. (ramollissements latents de Durand Fardel). opinion de Dechambre de Mme Prevost et Cotard.

— On admet généralement trois formes principales pour le début du ramoll. 1° Début lent. 2° Début brusque avec perte de connaissance ou apoplectique. 3° Début brusque sans perte de connaissance.

— 1° Forme lente progressive sans perte de connaissance. C'est la plus rare. Elle succède ord. à la forme prodromique aux engourdissements ~~[illegible]~~ succède une diminution de la force.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

un état parétique qui augmente progressivement dans tout le côté mais le plus souvent avec prédominance de la paralysie du membre sup. de moins à arriver à une paralysie incomplète de tout un côté. très rarement la paralysie devient complète. Obs. personnelle.

2° Forme apoplectique. Le début est marqué par une véritable attaque d'apoplexie. Le malade perd subitement connaissance ~~et sans trouver privé de l'usage~~ tout mouvement volontaire et de toute manifestation intellectuelle. S'il est debout il tombe ord. du côté paralysé. S'il est dans le lit, décubitus dorsal. + Face pâle ou congestionnée, sans expression, plus ou moins déviée d'un côté suivant le degré de la résolution. + paupières abaissées ou demi-closes. Lorsqu'on les soulève déviation des yeux du côté de la lésion. Il en est de même pour les membres dans la résolution complète, difficulté pour reconnaître la paralysie. parfois contracture. paralysie de la sensibilité. mouvements inconscients du côté opposé. ~~respiration stertoreuse~~ La jeune paralysie est soulevée brusquement, respiration stertoreuse qui s'embarrasse. ~~temperature~~ centrale. température des membres. évacuations involontaires. —

impossibilité de la déglutition.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

13

— ~~Cet état~~ peut persister jusqu'à la ~~mort~~ qui a lieu au bout de quelques heures ou de quelques jours. ~~ou de~~

— Le malade peut après quelques heures revenir de cet état comateux pour y retomber et mourir. De même et le plus souvent il sort progressivement de son état de torpeur, paraît reprendre ~~connaissance~~ ~~il reprend connaissance~~ la respiration devient plus facile. Il fait des mouvements ~~plus fréquents~~ nombreux du côté sain qui s'exécutent peu à peu sous l'influence de la volonté et il ne reste que l'hémiplégie complète ou incomplète, qui peut disparaître complètement (ce qui est très rare) et qui ord. persiste à un certain degré.

— La paralysie sera d'autant moins persistante que le retour des mouvements se sera effectué plus rapidement.

— Dans les cas très fréquents où il y a de l'aphasie il est difficile de savoir si le malade qui fait des mouvements a repris connaissance, car sauf il ne peut pas dire un mot et ses facultés intellectuelles sont toujours plus ou moins affectées. Enfin lorsque l'aphasie existe c'est à ce moment qu'elle est le plus prononcée.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— 3° Début brusque sans perte de connaissance ou avec une obnubilation très-passagère.
avec ou sans prodromes
— C'est le cas le plus fréquent de l'avis de la plupart des auteurs et si la paralysie d'abord incomplète augmente d'intensité, c'est par de nouvelles attaques à un intervalle plus ou moins rapproché. D'après MM. Charcot et Vulpian sur 39 obs. ce début graduel n'a été obs. que 3 fois. —

— Très-fréquemment les malades sont pris de paralysie le matin en se sortant du lit. ~~Ils tombent du côté paralysé, on peut gagner un siège~~ ~~[illegible]~~. Ils peuvent être surpris au milieu de leurs occupations et encore très-fréquemment en mangeant ou en sortant de table et comme il survient alors des vomissements on peut croire au premier abord à une
— indigestion. Fréquemment encore en
— allant à la selle ~~et après le coït~~
— Egalement dans leur lit. au milieu de la nuit être
— ~~[illegible]~~ Ils sont debout. Ils tombent du côté paralysé ~~[illegible]~~ on peuvent gagner un siège. La paralysie peut être complète ou incomplète. Elle peut augmenter pendant quelques instants et le malade a mis aux progrès

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

du mal dont il peut rendre souvent parfaitement compte. D'autrefois il y a de l'aphasie et l'on ne peut pas savoir s'il y a eu perte de connaissance ni comment la paralysie s'est produite. — Le plus souvent déviation des yeux au début. Les membres paralysés peuvent aussi être le siège de contractures. — paralysie complète ou incomplète. — la paralysie peut porter sur tout un côté ou être plus ou moins limitée. C'est ainsi qu'on a décrit la paralysie isolée de la face et de la langue, la paralysie du membre sup. — pour le membre inf. ce serait douteux.

Je doute aussi de toutes ces paralysies localisées si on entend qu'il n'y a absolument pas d'affaiblissement des autres parties du même côté. Mais on peut admettre ces paralysies localisées avec cette restriction qu'elle est surtout marquée dans telle ou telle partie.

On trouve aussi le plus souvent des troubles de la sensibilité, lorsque les malades peuvent être examinés au début.

paralysies passagères — paralysies persistantes mais toujours avec diminution des phénomènes obs. primitivement.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

10e Leçon
1er juin —

Dans la précédente leçon nous nous sommes occupés de l'étiologie du ramollissement cérébral et nous avons commencé l'étude de la sympt. — J'ai surtout insisté sur les lésions des artères et du cœur qui donnent le plus fréquemment lieu aux obstructions vasculaires suivant le mécanisme que nous avons étudié à propos de la pathogénie.

Je vous ai signalé les desiderata que présentent les auteurs au sujet de la sympt. du R. C. et la nécessité d'avoir des obs. plus complètes pour établir les formes cliniques de cette maladie.

J'ai ~~d'abord~~ passé en revue les phénomènes prodromiques qui avaient d'abord été considérés comme caractéristiques du R. C. et qui ensuite avaient été mis de côté complètement ou tout au moins considérés comme très-rares. Vous avez vu que ces phénomènes ont été rencontrés dans le tiers ou tout au moins dans le quart des cas et que par conséquent ils avaient une réelle valeur.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

nous avons étudié le ~~[illegible]~~ de début du R.C. qui imprime à la maladie un tel caractère qu'on peut lui considérer à ce point de vue trois formes principales indépendamment des cas où la maladie est latente.

Dans une première forme le R.C. débute lentement progressivement sans perte de connaissance. La paralysie reste ord. incomplète et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle devient complète. Cette forme est du reste la plus rare.

On rencontre assez fréquemment la 2e forme dite apoplectiforme et qui ~~ne~~ paraît différer en rien (le plus souvent) de l'apoplexie causée par l'hémorrhagie cérébrale.

Enfin la 3e forme est la plus fréquente les phénomènes débutent brusquement, mais sans perte de connaissance ou tout au moins avec une simple obscurcissement intellectuelle ~~[illegible]~~ passagère.

Je vous ai donné le tableau de la maladie correspondant à chacune de ces formes en vous signalant les variétés que les symptômes pouvaient ensuite présenter et qu'il n'était pas possible de classer aujourd'hui. Nous devons compléter notre description par l'étude des symptômes pris [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3 — ~~Nous avons ainsi~~ à passer en revue les troubles de l'intelligence, de la motilité, de la sensibilité générale, des sens, ainsi que les troubles ~~des~~ vaso-moteurs et les troubles trophiques.

— Troubles de l'intelligence. Hémiplégie cérébrale — ~~Dans~~ la période prodromique — Au moment du début, dans les ~~les~~ 3 formes. —

Au sortir de l'état comateux les facultés intellectuelles ne reviennent que peu à peu et jamais à l'état antérieur pour peu qu'elles aient été abolies pendant un certain temps. Il ne suffit pas que le malade réponde aux questions simples pour dire qu'il a recouvré ses facultés intellectuelles. — Il y a un moment où il est difficile de savoir si le malade n'exécute pas le mouvement qu'on lui demande parce qu'il ne peut pas ou parce que sa volonté ne peut pas intervenir. (langues bras). A ce moment il est aussi très-

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

difficile de juger de l'état de la sensibilité en raison de l'état intellectuel. Plus tard ~~on~~ c'est une difficulté pour ce genre de recherches.

Chez les aphasiques on ne sait pas bien souvent s'ils ont perdu connaissance; et lorsqu'ils commencent à parler, il faut certainement dans les troubles qu'ils peuvent faire ~~avec~~ la part des troubles intellectuels comme nous avons.

* Enfin lorsque la maladie est passée tout à fait à l'état chronique, on découvre presque toujours un affaiblissement des facultés intellectuelles, une diminution de la mémoire. Il n'y a pas une exagération des sentiments affectifs comme on le dit généralement. Ils pleurent ~~et~~ rient facilement mais ~~pour~~ un motif qui les touche directement et qui est souvent insignifiant ~~[illegible]~~. Ils sont en général égoïstes ou indifférents, en tout cas toujours plus ou moins indifférents pour ce qui se passe autour d'eux. Parfois ~~on~~ ~~remarque~~ une loquacité incessante et le besoin remue sans cesse, ~~[illegible]~~ de défaire le lit, de se promener sans savoir ce qu'ils font. Ils peuvent aussi dire des paroles incohérentes [illegible] surtout lorsqu'ils prennent des crises épileptiques. (obs.) Démence.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5

Ainsi le dicton populaire, c'est un Ramolli pour désigner un individu dont les facultés intellectuelles sont affaiblies, est très-juste, puisqu'il provient de l'observation faite depuis longtemps. Ce sujet par nos devanciers qui ont toujours traité ces troubles de l'intelligence dans le Ch. C. –

Troubles de la motilité. Hémiplégie du côté opposé à la lésion. – Brown-Séquard. Longet. – Causes d'erreur. – Obs. nouvelles – Hémiplégie complète – incomplète. – La paralysie doit être étudiée d'abord sur la face et le cou, sur les membres et sur le tronc. ~~[illegible]~~

Paralysie de la face. Moins facile à apprécier dans le coma profond que au début ou lorsque les mouvements commencent à revenir dans le côté sain. Elle est caractérisée par l'immobilité du côté paralysé et par une déviation des traits ~~du côté opposé~~. Elle est toujours plus marquée à la partie inf. de la face et elle n'est ~~toujours~~ incomplète pour la partie supérieure même au degré le plus prononcé. Mais il ne faut pas dire que l'orbiculaire reste intact

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

cela n'a bien vraisemblablement que dans les cas où la face est peu ~~affectée~~, mais si la paralysie faciale est prononcée, on peut toujours retrouver des traces de la paralysie dans les parties sup. de la face et notamment dans l'orbiculaire. De ce que la paralysie n'existe pas au même degré que dans les lésions directes du faciale il ne s'en suit pas qu'il n'y a point de paralysie. —

Front —

Orbiculaire — Relevement de la paupière sup. œil ouvert. Fermé. Ecoulement de larmes, muscles du nez, des joues, des lèvres du menton. écoulement de la salive. séjour des aliments dans le sillon alvéolo-jugal du côté paralysé. Comment expliquer que toutes les parties où se rendent le faciale ne soient pas paralysées ~~au~~ même degré? Vulpian. Larcher. Landouzy (Broadbent: synergie fonctionnelle et suppléance réciproque).

Ferrier. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7

— Paralysie limitée à la face (obs. de Duplay)
Elle dépendrait de lésions situées au niveau
du tiers inf. des circonvolutions ascendantes.
Je crois que dans les cas de ce genre
les troubles du côté des membres ont été
assez faibles pour passer inaperçus.
Inversement peut-il exister une paralysie
des membres sans paralysie de la face?
Ce n'est pas probable en raison de
l'association physiologique qui existe
entre les diverses parties d'un côté du corps
qui sont sous la dépendance d'un hémisphère.
Dans ces cas aussi la paralysie de la
face peut être assez légère pour passer
inaperçue. Lorsqu'elle est peu prononcée
on la remarque au niveau de la
commissure labiale. Prendre garde
aux erreurs que peut produire la
perte des dents avec conservation d'un dent ou d'un chicot
placé d'une certaine manière. —
— Persistance de la paralysie en rapport avec la durée
des accidents primitifs, comme pour les autres paralysies.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— La langue est également plus ou moins paralysée comme la face et la paralysie de ces diverses parties est ord. dans le même rapport, mais il y a des exceptions.

— ~~Lorsqu'on~~ les malades répondent ~~[illegible]~~ on leur demande de tirer la langue et souvent elle reste immobile, ou bien elle avance à peine entre les dents; ou bien la pointe vient buter contre l'arcade dentaire inférieure. Le malade cherche à tirer la langue avec les doigts ou bien il dit même qu'il ne peut pas la faire sortir autant qu'on le lui demande.

— Cependant elle est ord. portée hors de la bouche et déviée du côté paralysé. Cette déviation est expliquée par la paralysie du génioglosse (Lallemand, Schiff)

Souvent mouvements dans la bouche plus faciles du côté sain.

On saurait dire si la langue est plus déviée dans les lésions de l'H. g. que dans celles de l'H. d. mais pour les troubles de la parole ont avec les lésions de l'H. g.

Je ne parle pas des troubles de la parole sur lesquels je reviendrai à propos de l'aphasie. —

Dans les paralysies intenses [illegible] en avant [illegible] position [illegible] de côté paralysé

Je ne m'arrête pas à vous indiquer l'état des muscles du cou dont il sera question à propos de la déviation des yeux et de la face.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Les membres sont paralysés compl. ou
— incompl. — position des membres —
— modifiée par la contracture primitive ou secondaire
Si les mouvements reviennent vite, il restera peu ou pas de trace de la paralysie
plus les membres restent longtemps paralysés
d'une manière complète, plus la paralysie est
définitivement prononcée. La paralysie qui reste
complète est un signe de mort; car lorsque le
malade vit les membres paralysés reprennent
toujours quelques mouvements.
— Pour peu que la paralysie ne soit pas complète
on remarque que les 2 membres ne sont
pas paralysés au même degré.
membre sup. — membre inf.
— Retour des mouvements d'abord dans
le membre inférieur plus rarement en même temps
dans les 2 membres, plus rarement encore en
premier lieu dans le membre supérieur.
— Il est rare que les mouvements reviennent
en même temps dans toutes les portions du
membre sup., ord. bras — avant-bras, mains, doigts
exceptionnellement dans l'ordre inverse.
Pour le membre inf. les mouvements paraissent revenir
au moins le plus souvent dans toutes les parties en même temps
[illegible] retour alors par le m. sup. d'abord
les mouvements reviennent dans le m. sup. en commençant par [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Paralysies incomplètes présentent des degrés très-variés. Le membre sup. est toujours plus paralysé que l'inf. — remarque ~~[illegible]~~ les personnes qui prétendent le contraire et qui sont ord. obèses, ou ceux que la profession oblige à rester debout et à marcher; — cependant ~~[illegible]~~ le membre inf. [illegible] plus paralysé que le membre sup.

Le membre sup. peut-il être paralysé isolément? Je ne le crois pas non plus, mais il peut paraître ainsi; c'est-à-dire que la paralysie peut être dominante. Elle peut être très-légère au point de passer inaperçue comme nous l'avons déjà dit. Certains malades prétendent n'être pas paralysés, alors que le dynamomètre accuse une diminution de la force (c'est surtout pour les paralysies légères du côté droit)

— D'autrefois la paralysie ne laisse des traces que parce que les efforts considérables ou prolongés sont devenus ~~[illegible]~~ impossibles ou tout au moins difficiles.

Paralysie des muscles du tronc. En général elle n'est pas admise. Cependant on a signalé l'obscurité de la respiration du côté paralysé; impossibilité de rester assis, debout, etc. dans les cas de paralysie intense — contraction du gd. pectoral — difficulté de montrer ces paralysies —

[illegible] les paralysies [illegible] il faut distinguer [illegible] celles qui sont produites [illegible] et [illegible] qui survient [illegible]. Ce que [illegible] s'applique [illegible] à celles qui [illegible] brusquement [illegible] ou effet obs. [illegible] paralysies [illegible] mais survenues [illegible] progressivement, [illegible] dans les cas [illegible]. —

[illegible] la main [illegible] les 3 derniers doigts [illegible] paralysies [illegible] par les [illegible]

Pays. pathol.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1

11e Leçon
6 juin

Après avoir décrit d'une façon succincte les différentes formes de ramollissement suivant le mode de début, nous avons commencé dans la dernière leçon l'étude des symptômes pris isolément.

Nous avons vu que les troubles intellectuels pouvaient exister dans la période de prodromes et au début des divers formes décrits précédemment, et que l'affaiblissement intellectuel ordinaire persistait à un degré plus ou moins prononcé suivant la persistance plus ou moins longue des accidents primitifs, indépendamment des troubles progressifs engendrés par l'artériosclérose artérielle. J'ai insisté sur la difficulté que l'on éprouve parfois pour reconnaître les troubles et pour déterminer leur part en raison des troubles de la motilité, de la sensibilité, etc. Enfin, j'ai cherché à démontrer que les troubles étaient plus fréquents et avaient plus d'importance qu'on le croit généralement.

Nous avons ensuite étudié les troubles de la motilité

SCD Lyon 1

à la face, sur les membres et sur le tronc. Nous avons passé en revue pour chaque région les cas où la paralysie est complète ou incomplète et celui où elle est plus ou moins localisée. Nous avons vu comment la paralysie se comportait et évoluait dans chaque cas, suivant le mode de début et suivant la terminaison, comment enfin elle était répartie sur la face, dans les membres sup. et inf. et même dans les différents segments du membre supérieur. En terminant, je vous ai dit un mot de la paralysie des muscles du tronc qui en général n'est pas admise, mais dont on a cependant des signes dans les paralysies internes et qui en tout cas sont difficiles à démontrer. J'ai insisté à propos de la persistance des phénomènes paralytiques sur la loi qui régit la persistance de tous les phénomènes consécutifs à l'attaque et qui est en rapport avec la durée des phénomènes primitifs.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Pour terminer ce qui a trait aux phénomènes de paralysie je mentionnerai la paralysie des muscles du pharynx ainsi que celle du sphincter d'où la difficulté de la déglutition, l'incontinence des matières fécales et de l'urine. Ces symptômes peuvent se rencontrer simultanément au début dans les formes graves. La difficulté de la déglutition n'existe pas ordinairement. L'incontinence de l'urine et des matières fécales peut continuer à se produire pendant des mois des années; mais cela n'est pas fréquent. Par contre on voit souvent l'incontinence de l'urine persister plus ou moins longtemps, mais par rétention.

J'ai omis de vous signaler un des signes qui peuvent servir à caractériser la paralysie de cause cérébrale, c'est la persistance de la contractilité électrique.

Les autres troubles de la motilité que nous avons à étudier sont les contractures et les convulsions.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4

— Les contractures ~~sont primitives et~~ ~~[illegible]~~

— ~~Les contractures~~ primitives sont celles qui se montrent au début de la maladie. Elles sont considérées comme exceptionnelles par la plupart des auteurs. Cette assertion est juste si l'on ne considère que les contractures prononcées des membres paralysés se propageant même parfois aux membres sains. C'est en effet dans l'hémorrhagie cérébrale que les phénomènes se présentent le plus souvent. Mais une légère contracture ~~[illegible]~~ surtout appréciable au niveau du biceps se rencontre fréquemment ou mieux ord. Elle dure quelques

— jours, puis disparaît ou persiste. — Les causes de cette contracture sont mal connues et dès lors il n'est pas étonnant qu'on ne sache pas pourquoi elle existe dans un cas tandis qu'elle fait défaut dans un autre. On sait seulement que les lésions voisines des méninges ou de la surface des ventricules les déterminent plus fréquemment que celles situées dans d'autres parties. Par conséquent pour le ramollissement, ce sont surtout les lésions corticales qui les produisent. Exceptions et variations suivant l'état pathologique général, suivant le mode de début [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

On admet généralement que les contractures sont dues à des phénomènes d'irritation qui doivent toujours avoir pour point de départ les cornes des filets moteurs. (Elles sont augmentées par les causes d'excitation) , lésions par [illegible] ou celles qui entourent le foyer.

portant sur le membre paralysé et même sur le côté sain.

— Les contractures post. ord. dépendent chez les malades profondément cachectiques ou sur le point de mourir ou enfin chez ceux qui sont [illegible].

— Il n'existe pas de rapport constant entre les contractures précoces et celles qui sont secondaires (disent les auteurs, mais je ne crois rien ou plutôt je crois que le rapport existe, et que les [illegible] les contractures [illegible] [illegible]).

[illegible] portée [illegible] contracture [illegible] [illegible]

Les contractures secondaires sont aussi en rapport avec le degré de la durée de la paralysie, ce que l'on comprend facilement, puisqu'elles sont au moins en partie sous la dépendance des dégénérations secondaires de la sclérose fasciculée des cordons latéraux dont je vous ai entretenu longuement.

— C'est à Bouchard que l'on doit la description très complète des formes cliniques que présentent ces contractures.

— Bouchard a trouvé les membres flasques dans le premier mois qui suit l'attaque et les membres déformés dans le 3e mois, d'où il conclut que le début de cette contracture doit avoir lieu dans le 3e mois. Je crois pour moi croire que le début a lieu parfois beaucoup plus tôt [illegible]

— On ne [illegible] que les contractures précoces ne cèdent pas, mais que [illegible] [illegible]

la contracture devient plus marquée — q.q.f. transition insensible [illegible]

d'autres fois assez manifeste. [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

ce sont les muscles de l'avant-bras et du bras qui seraient d'abord contractués puis ceux du membre inférieur. Pour Bouchard ce dernier serait toujours moins affecté que le membre sup. et pourrait être indemne alors que le membre thoracique serait seul atteint, tandis que l'inverse n'aurait jamais lieu. J'ai cependant eu l'occasion d'obs. plusieurs fois la contracture d'abord ~~dans le~~ membre pelvien ~~[illegible]~~ plus prononcée dans ce membre (obs. d'un malade qui est encore dans le service; obs. du malade que j'ai montré cet hiver —) nécessité de considérer la position habituelle des malades et de les faire marcher. (obs. [illegible])

« Les attitudes vicieuses permanentes dans les H. anciennes sont le plus souvent la résultante des actions opposées des groupes musculaires antagonistes affectés également ou inégalement de contracture ».

La contracture peut donner lieu à des combinaisons très variées par la prédominance dans les fléchisseurs ou les extenseurs des différents segments des membres; toutefois, on rencontre généralement le membre sup. dans la flexion avec pronation à divers degrés d'intensité. L'extension est beaucoup plus rare.

~~[illegible]~~

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7 — Pour le membre inf. on trouve le plus souvent l'extension de tout le membre avec flexion des articles, d'après les auteurs; cependant il n'est pas sans d'observer la flexion de la jambe sur la cuisse avec extension du pied qui prend l'aspect du pied bot équin avec légère déviation en dehors.

— La contracture est en quelque sorte limitée aux muscles des membres, car elle n'a pas été constatée sur le tronc à l'exception du gd pectoral, et Bouchard fait seulement une réserve pour les muscles de la face dont il a observé un cas de contracture secondaire simulant une paralysie alterne. J'ai également obs. la contracture de la face toujours à un léger degré; moins les muscles du tronc sont aussi atteints de contracture comme on peut qqf. s'en rendre compte pendant la marche.

— En envisageant d'une manière générale le siège de ces contractures, on peut dire qu'il présente quelques variations comme celui de la paralysie, et qu'il est en rapport avec elle; que ce sont les muscles dont les mouvements sont le plus paralysés qui sont aussi le siège de la contracture la plus marquée. Bouchard ne pense pas que les muscles de l'orbite, et du cou soient ~~[illegible]~~ jamais pris de contracture tardive permanente; mais je reviendrai sur ce point à l'occasion de la déviation conjuguée des yeux. Cependant l'œil paraît qqf. plus petit du côté paralysé chez les anciens paralytiques. Du ouvrage j'ai obs. les contractures indiquées plus haut au moins dans un cas. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— En général, la contracture n'existe pas à un degré extrême. Si le malade peut faire quelques mouvements, il lui est souvent possible d'exagérer encore le mouvement et même d'agir un peu dans le sens opposé. S'il est complètement paralysé, ces mouvements peuvent lui être communiqués. Cependant

— opp. cas exceptionnels (obs. de Bouchard. obs. personnel)

— Lorsqu'on tire sur un membre contracturé on a la même sensation qu'en agissant sur un cadavre avec rigidité. Par les mouvements on détermine bien vite de la douleur. La communiqués répétés ou prévus un peu la contracture, tandis qu'on l'augmente de cette manière dans la contracture

[illegible] de la contr. [illegible] les mouv. dépend [illegible] de la manière dont [illegible] mouv. sont [illegible]

— Chloroformisation diminue peu la contracture.

— L'action de l'électricité augmente la contracture même lorsqu'on cherche à agir sur les antagonistes. Toutefois ces phénomènes ne se produisent plus lorsqu'au bout d'un certain temps les muscles sont profondément

— altérés. — Les contractures augmentent dans les mouvements des membres du côté opposé, principalement dans la marche, alors que tout le corps est en mouvement et que le malade est obligé de faire de grands efforts. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Elle peut encore augmenter sous l'influence des émotions ou des douleurs sur le trajet des nerfs du membre.

— La contracture ~~permet~~ enfin établie en général indéfinie. Elle peut parfois diminuer un peu. Si ce phénomène se produit avant l'atrophie du membre, on voit qu'il suffit de faire marcher le malade pour que la contracture se prononce presque au même degré qu'auparavant. Disparition de la contracture par cachexie. Si le membre est atrophié cela provient de la destruction du tissu musculaire. Il n'en reste pas moins une contracture passive ~~incurable~~.

— Enfin la contracture a pu s'accompagner d'atrophie très prononcée du membre alors que la sclérose avait envahi les cornes ~~antérieures~~ (Charcot. Pierret.) ~~et~~ M. Charcot pense que les cornes post. pourraient également être atteintes ce qui donnerait lieu alors à des troubles de la sensibilité.

+ Par quel mécanisme les contractures secondaires se produisent elles? Charcot et Bouchard — Vulpian — Fitzig — Onimus.

+ Deux points sur lesquels les auteurs ne se prononcent pas: paralysies flasques permanentes et paralysies incomplètes. Pourquoi n'y a-t-il pas de contracture dans ces deux cas? existe-t-il véritablement de paralysies flasques permanentes?

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Les convulsions peuvent se produire au début ou dans le cours du Ramollissement, mais cet accident est rare.

— Ch. Jackson a le premier attiré l'attention sur les convulsions localisées et généralisées déterminées par les lésions de la couche corticale des H. surtout lorsqu'elles siègent à la partie sup. des circonvolutions ascendantes. Brown-Sequard : [illegible] mais c'est surtout dans les cas de tumeurs ou d'hémorrhagies méningées & je ne m'arrête pas sur ce sujet.

Quant aux convulsions qui surviennent dans le cours de l'affection, il me semble qu'on peut l'attribuer à la sclérose secondaire par irritation du bulbe ?

J'obs. dans ce moment deux malades hémiplégiques avec contractures qui ont présenté souvent des crises d'épileptie. 3 chiens ont succombé à la suite de crises épileptiformes consécutives à des lésions du gyrus sigmoïde. —

Enfin, à propos des convulsions je dois encore vous signaler un trouble de la motilité qui peut survenir 4 à 6 mois après le début de la maladie

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

lorsque les mouvements commencent à revenir et que la contracture secondaire est peu prononcée, c'est la chorée post-hémiplégique décrite pour la première fois en 1874 par Weir Mitchell et ensuite par M. Charcot qui l'a nettement séparée des autres tremblements. Elle a été bien étudiée en 1876 par M. Raymond. Les membres sont agités de petites contractions spasmodiques irrégulières, ressemblant aux secousses d'une chorée légère. Ces mouvements ont lieu à l'état de repos ((instabilité des membres) c'est le caractère sur lequel insistent particulièrement M. Charcot et M. Raymond). Ils sont exagérés par les mouvements voulus. Ce phénomène est produit par les lésions de la partie la plus postérieure de la capsule interne, plus souvent par une hémorrhagie que par un ramollissement. Toutefois ce dernier peut déterminer ces troubles de la motilité qui ordinairement sont accompagnés de troubles de la sensibilité dont nous allons nous occuper.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Troubles de la sensibilité. Hémianesthésie au début : maximum des troubles correspondant au maximum des troubles de la motilité. ~~[illegible]~~ formes diverses.

Face - tronc - membres.

Disparitions de ces troubles. - persistance.

Hémianesthésie sensorielle - —

sens supérieurs - hémianesthésie mésocephalique

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

12e Leçon
8 juin

Dans la précédente leçon nous avons étudié les contractures, les convulsions et les troubles de la sensibilité.

Nous avons vu que les contractures précoces très-prononcées étaient rares, mais qu'on rencontrait assez fréquemment des contractures à un léger degré qui disparaissent au bout de quelques jours et qui sont probablement dues à l'irritation des fibres motrices lacérées par le ramollissement.

Les contractures secondaires qui n'ont aucun rapport avec les premières, sont dues à la sclérose fasciculée du cordon latéral de la moëlle qui suivent à la suite de la dégénération des fibres de ce cordon des parties lésées.

Elles se montrent par conséquent après une période de flaccidité, et leur siège dans les membres est déterminé par le siège de la paralysie.

Je vous ai indiqué les caractères et la marche de ces contractures ainsi que les théories qui permettent de se rendre compte de leur production.

J'ai aussi appelé votre attention sur les cas où il n'y a pas de contractures, malgré une paralysie flasque ou incomplète et sur la nécessité d'observer ces faits sur lesquels la lumière n'est pas faite. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

2

Je vous ai parlé des convulsions qui sont relativement rares dans le ramollissement et je les ai divisées aussi en convulsions primitives et secondaires ces dernières étant vraisemblablement produites par la sclérose secondaire du tube.

À propos des troubles de la motilité, je vous ai encore signalé la chorée post hémiplégique qui l'on rencontre assez rarement du reste avec un ramollissement.

Nous avons terminé la leçon par l'étude des troubles de la sensibilité qui m'ont paru constants au début de l'affection, tout au moins dans les formes brusques. J'ai insisté sur ce point que l'hémianesthésie était à son maximum au moment où la paralysie avait aussi atteint son plus haut degré, qu'elle ~~[illegible]~~ un rapport constant ~~[illegible]~~ les parties paralysées ~~[illegible]~~

~~j'ai décrit les principales formes qu'on rencontre~~

et le mode de diminution ou de disparition de ces troubles. La persistance des troubles de la sensibilité dépendant comme les autres troubles de la durée des accidents primitifs.

Je vous ai aussi ~~[illegible]~~ qui accompagne ordinairement l'hémianesthésie générale lorsqu'elle est prononcée et qui se rapporte à une lésion du 1/3 post de la capsule. Cette obnubilation des sens peut faire défaut surtout lorsque les troubles de la sensibilité générale sont peu prononcés. ~~[illegible]~~ Je vous ai dit la valeur qu'on attribue aux troubles sensoriels lorsque les sens sup. sont exceptés, ce qui caractérise ~~[illegible]~~ l'hémianesthésie [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Ouvrages peu étudiés – Th. de Vignier 1874 – Th. de Raymond 1876 – Sur l'anesth. en général Th. d'agr. de Rendu 1875. Th. de Richet 1877
Mémoire Th. de Gilbert Ballet – (mars 1881)

1

Troubles de la sensibilité dans le Ramolt. Cérébral.

Sensibilité générale – S. spéciale – S. réflexe –

Hémianesthésie. N'est pas aussi rare qu'on le croit généralement. Il faut en effet tenir compte de tous les troubles de la sensibilité, même des plus légers. On voit alors que les cas dans lesquels l'hémianesthésie fait absolument défaut sont les plus rares.

– Examen des malades au début de l'affection et à une époque plus ou moins éloignée donne des résultats bien différents.

– D'abord s'il existe du coma ou des troubles intellectuels profonds impossibilité de se rendre compte des troubles de la sensibilité, tout au moins lorsqu'ils ne sont pas très prononcés.

– Méthode employée pour les explorations –

– Les asthénomètres doivent être rejetés en raison des erreurs auxquels ils donnent lieu.

– Différentes espèces de sensibilité. D'après les auteurs : toucher, pression, température, chatouillement, sens musculaire, douleur. D'après M. Richet : sensibilité musculaire, s. thermique, s. tactile (superficielle, dermique, profonde). Toutes ces sensibilités peuvent devenir des sensibilités à la douleur sous l'influence d'une excitation trop forte ou d'une excitabilité trop vive.

– Nous admettrons S. tactile superficielle et profonde et S. à la douleur, qui n'ont pas cependant de conducteurs et des centres spéciaux, de sorte que la dernière n'est que l'exagération de la première. La sensibilité est une –

Les effets varieront suivant les agents qui modifient l'état des nerfs (Lois de Du Bois-Raymond et de Pflüger).

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Cliniquement on recherche la s. au contact, à la température et à la douleur.

Rapport des troubles de la sensibilité avec ceux de la motilité. opinion de M. Rendu : ~~[illegible]~~ ~~rapport~~ entre les troubles de la sensibilité et le degré de paralysie motrice.

Opinion personnelle : maximum des troubles de la sensibilité correspondant au maximum des troubles de la motilité, soit relativement aux membres atteints, soit par rapport aux différentes parties d'un même membre —

habituellement maximum sur le m. sup. exceptionnellement sur le m. inf. — La face et le tronc sont ord. moins affectés. maximum aux extrémités.

Limites sur la ligne médiane avec modifications dues à l'entrecroisement des nerfs sur la ligne médiane.

Les muqueuses sont également atteintes du même côté.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

nous allons nous occuper de deux symptômes importants du ramollissement. la déviation conjuguée des yeux et l'aphasie que je n'ai pas fait rentrer dans les troubles que nous avons étudiés en raison des divergences des auteurs sur leur interprétation.

La déviation conjuguée des yeux avait été observée par Cruveilhier, Dendral, Foville l'avait décrite et comparé l'action des nerfs aux rennes d'un attelage à deux chevaux. Gubler l'avait également signalée dans son travail sur la paralysie alterne.

On la trouve aussi mentionnée dans la plupart des auteurs qui se sont occupés des affections des centres nerveux. mais c'est M. Vulpian qui en a indiqué ~~[illegible]~~ le premier l'importance de ce symptôme et ~~a~~ cherché à l'interpréter à l'aide de l'expérimentation. Puis M. Prévost alors son interne en a donné une étude très complète qui a fait le sujet de sa thèse inaugurale (1862)

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4 — M. Charcot qui a ~~[illegible]~~ étudié ce phénomène a insisté particulièrement sur la rotation de la tête qui accompagne presque toujours la déviation des yeux déjà signalée par M. Vulpian. ~~Il serait~~ tenté d'admettre que cette rotation de la tête et des yeux existe à un degré plus ou moins intense toutes les fois qu'il y a attaque apoplectique.

— Elle ~~[illegible]~~ existe presque toujours dans la ramolle lorsqu'il débute brusquement et peut-être se produit-elle toujours, mais parfois d'une manière passagère ou assez peu marquée pour qu'elle passe inaperçue. C'est surtout dans les formes à début lent progressif qu'elle ferait défaut, bien qu'on l'ait aussi rencontrée dans ces cas.

— Elle est ordinairement très-manifeste chez les malades qui viennent de prendre une attaque et qui se trouvent dans un état dans comatoire. ex. hémiplégie droite, yeux entraînés, tête légèrement inclinée à droite, face et yeux dirigés à gauche. Si on ramène la tête à sa position normale, la rotation ne tarde pas à se reproduire.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Si les paupières sont abaissées, en les élevant légèrement ou moins en élevant celle du côté paralysé, on voit l'iris à la partie moyenne, qui se dévie aussitôt que la lumière vient frapper le fond de l'œil, c'est à dire lorsqu'on élève davantage la paupière.

— À mesure que les phénomènes apoplectiques se dissipent et que le malade reprend connaissance, ces phénomènes deviennent moins prononcés et surtout moins permanents, au point qu'ils peuvent passer inaperçus si l'attention n'est pas dirigée spécialement sur ce point. En première lieu la déviation de la tête ne persiste pas longtemps et par les yeux les mouvements se produisent dans tous les sens, mais le malade porte de préférence ses yeux du même côté et tandis que la pupille peut arriver de ce côté jusqu'à niveau de l'angle de l'œil, du côté opposé elle dépasse seulement plus ou moins la ligne médiane

[illegible] degrés [illegible] permanente [illegible] fréquente [illegible] de préférence [illegible] difficulté légère [illegible] porte les yeux [illegible] côté opposé.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

sans pouvoir atteindre le degré de déviation normal et tout au moins, sans pouvoir diriger les yeux de ce côté pendant un instant comme il le ferait à l'état sain.

— Parfois elle est très difficile à apprécier.

— quelquefois nystagmus. —

— Lorsque la mort survient rapidement elle persiste ou cesse au moment de l'agonie.

[illegible] bien déviation [illegible] côté opposé [illegible] ancien [illegible] déviation alternative [illegible] deux côtés.

Lorsque le malade survit elle dure en général quelques jours d'une manière très-manifeste, mais on peut en retrouver des traces pendant un mois et plus.

— D'après M. Prevost elle aurait pu persister des mois et des années.

— Rapport de la déviation de la tête et des yeux avec les autres symptômes concomitants :

[illegible] rapport [illegible] l'état du [illegible] non paralysé. [illegible] conçu ce [illegible] est le siège de [illegible] d'agitation [illegible] la déviation [illegible] plus prononcée [illegible] même année [illegible] la déviation de [illegible] face du côté sain

paralysie faciale — rien.

pupilles : 32 obs. 24 fois égales, 3 fois dilat. du côté [illegible]

Le ptosis est toujours du côté de l'hémiplégie.

Par conséquent pas de signes de paralysie de mot. oculaires.

paralysie flasque ou avec contracture sans influence.

paralysie complète ou incomplète.

Cependant c'est surtout lorsqu'il y a ictus apoplectique avec ou sans perte de connaissance. —

siège de la lésion. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

~~Il ressort des observations de M. Prevost~~
que la deviation est telle que le malade regarde sa lésion. Sur 29 cas de ramolli avec autopsie pour ne parler que de la maladie qui nous occupe, 29 fois la deviation a eu lieu du côté opposé à la paralysie des muscles. M. Prevost a cependant signalé la deviation du côté de la paralysie mais avec des lésions de l'isthme. Il a démontré que ces faits étaient en rapport avec les phénomènes obs. par les physiologistes à la suite des lésions de l'encephale. Flourens, Longet, Schiff - Vulpian. Prevost.
cas de Rennes ~~Lepoidel~~ Bronardel - Landouzy Bernardt - etc, pers.
((Tendance impulsive d'origine encephalique))
C'est la conclusion de M. Prevost après avoir démontré qu'il ne s'agissait ni d'une paralysie du moteur oculaire commun, ni d'une paralysie des yeux du côté opposé à leur deviation, en raison de la persistance d'une partie des mouvements, ni d'une contraction en raison de l'état des muscles du cou qui seraient tantôt contracturés tantôt à l'état de flaccidité.

On admet généralement qu'il s'agit de phénomènes d'irritation à cause du moment où la deviation se produit et de son peu de persistance et par suite du résultat de l'[illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

8

M. Gaillard suppose une irritation à distance du moteur oculaire ~~externe~~ du côté de la lésion et du moteur oculaire ~~externe~~ du côté opposé. Ce qui revient à dire que le droit externe du côté lésé et le droit interne du côté paralysé sont en état de contraction ~~anormale~~, ce qui n'explique rien.

Et d'abord s'agit-il de phénomènes d'irritation. C'est peu probable. Ce serait tout ~~[illegible]~~ de l'irritation [illegible] ~~En effet~~ Perrin démontre que l'irritation d'un point de la région aux des lobes frontaux chez le singe et chez les chiens produit la déviation de la tête et des yeux du côté opposé, c'est à dire du côté physiologique. Et il suppose que la destruction de ce point devra produire une déviation du côté de la lésion par paralysie des muscles qui agissaient précédemment sous l'influence de l'excitation électrique.

Adamuk 1870 [illegible]

Poingt } 1878
Braux }

Landouzy } 1879
Barrault }

Cette théorie me paraît la plus rationnelle. Lorsque nous agissons avec un membre sup.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

nous regardons du côté de celui qui agit;
il y a certainement une association
des mouvements des yeux et du membre
sup. et dans une certaine mesure du membre inf.
Or, j'ai cherché à vous démontrer que
les différentes parties d'une moitié latérale
du corps étaient tellement associées qu'elles
ne pouvaient pas être paralysées isolément
d'une manière absolue et surtout
lorsque la paralysie frappait fortement
un membre. C'est un fait d'observ.
Il est donc tout naturel de supposer
que lorsque les membres ont perdu
la faculté de se mouvoir, les yeux
qui agissaient ensemble
ont également perdu le pouvoir
de se porter du côté qui était en
rapport avec ces membres, de sorte
qu'ils sont entraînés du côté opposé par les muscles
antagonistes. À l'appui de cette action
des muscles antagonistes je vous rappellerai
ce qu'on obs. lorsque les yeux sont fermés et
qu'on relève la paupière sup. — Les muscles
sains se contractent sous l'influence de la

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

lumière et la déviation se produit. Le malade s'étant à s'habituer à cette excitation, il faut le laisser un instant en repos pour voir le phénomène se produire ou bien avoir recours à une excitation plus forte. Si la lésion était la cause de la contraction musculaire par irritation, cette action serait permanente et n'aurait pas besoin d'une autre excitation pour se produire ou tout au moins l'excitation ne ferait que l'augmenter.

— Enfin cette théorie est en rapport avec ce qu'on observe dans les autres parties du corps. On peut ainsi se rendre compte de l'absence du phénomène dans certains cas, lorsque la paralysie est très légère ou lorsque la résolution générale est trop prononcée.

— On pourrait peut-être expliquer comment dans quelques cas la déviation a pu se produire du côté de la paralysie, par la contraction des muscles paralysés et par les convulsions. Mais pour se rendre compte de ces faits d'autres explications peuvent être données qui sont en rapport avec la nature de la lésion. J'aurai l'occasion [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

L'objection principale qu'on pourrait faire à cette manière de voir, c'est que, si l'excitation d'un point limité de l'écorce détermine la contraction de certains muscles, la destruction de ce point, et de ce point seulement, devrait déterminer leur paralysie. Or, on sait que des lésions occupant des sièges différents peuvent produire la déviation. mais l'irritation de points différents détermine la déviation. ~~En outre~~ Des lésions, ~~occupant~~ un siège très-variable peuvent donner lieu aux mêmes phénomènes de paralysie qui comme les symptômes en question sont d'autant plus prononcés que la lésion ~~est~~ située plus près de la base.

Il n'est pas prouvé ~~[illegible]~~ que les lésions de certaines parties ne donnent pas lieu à la déviation conjuguée, mais on pourrait peut-être expliquer ainsi l'absence de la déviation dans certains cas. Il est même probable que dans les ramollissements latents la déviation doit faire défaut.

objection du peu de durée de la déviation et du nystagmus. — [illegible] de l'œil [illegible] de trouble

Il y a évidemment de nouvelles recherches à faire à ce sujet ou plutôt, il faut observer de nouveaux faits avec les ~~[illegible]~~ que nous possédons pour éclaircir cette question.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

12

Un autre argument qui vient encore à l'appui de la théorie que je soutiens, c'est que la déviation de la tête qui est un phénomène ord. concomitant de la déviation conjuguée des yeux, paraît également due à une paralysie muscle.

Prevost. Contracture ou ~~relâchement~~ des muscles du cou.

Beaucoup d'auteurs indiquent la contracture sans désigner les muscles contracturés et assimilent la déviation à celle des yeux en invoquant la même cause.

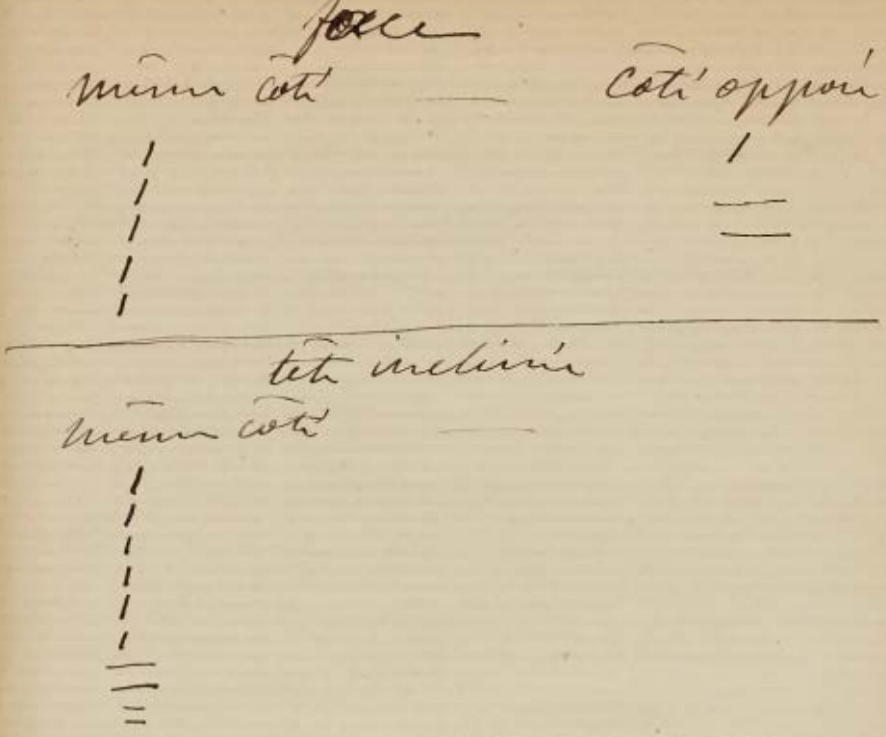
Gaccond : paralysie des muscles cervicaux et désordre semblable à celui des yeux (sterno-mastoïdien et trapèze) —

Landouzy

Si l'on admet que cette déviation est produite par l'action des muscles ci-dessus on ne peut pas les supposer paralysés ou bien ils doivent être contracturés. mais elle peut exister sans la contracture de ces muscles donc il faut chercher une autre explication

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1



SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

cou - région post.

trapèze -

faisceau Cléido-occipital étend la tête, l'incline de son côté et tourne la face du côté opposé ; s'il prend son point fixe à l'occipital, il élève la clavicule et peut concourir à l'inspiration. —

Splenius

Etend la tête l'incline de son côté et fait tourner la face du même côté

gd. complexus

Etend la tête et tourne la face du côté opposé

petit complexus

incline la tête latéralement.

transversaire du cou

extenseur de la colonne vertébrale

gd. droit post. de la tête

extenseur de la tête et rotateur de la face du même côté

petit droit post. de la tête

extenseur de la tête.

gd. oblique ou oblique inf. de la tête

fait tourner la face de son côté

petit oblique ou oblique sup. de la tête

extenseur de la tête qu'il incline latéralement.

SCD Lyon 1

Cou région antérieure –

Sterno-mastoïdien

incline la tête de son côté et fait tourner la face du côté opposé – extrémité ou flexion de la tête quand son point fixe est à la tête il peut faire l'inspiration en élevant ou en fixant le thorax.

Cou région latérale –

Scalène antérieur

Il élève la première côte et il est inspirateur. En prenant son point fixe à la première côte, il incline latéralement la colonne vertébrale.

Scalène post.

id. Il élève en outre la seconde côte.

Muscles prévertébraux

gd droit antérieur

incline la tête en avant et tourne la face de son côté.

petit droit antérieur

id.

---

long du cou

incline la colonne vertébrale en avant et fait tourner la face antérieure de son côté par les fibres sup., du côté opposé par les inf.

Petit droit latéral

incline la tête latéralement

SCD Lyon 1

— En examinant l'action des muscles du cou on voit que de chaque côté 5 muscles font tourner la tête du même côté tandis que 3 seulement la font tourner du côté opposé. Donc la paralysie des muscles d'un côté doit entraîner la déviation de la face du côté opposé par l'action des antagonistes. Ainsi ces 3, 2 sont inspirateurs et par analogie on peut supposer qu'ils doivent être peu paralysés, ou peut-être même pas du tout, de sorte qu'ils ne peuvent que favoriser la déviation du côté opposé.

contraction prédominante des muscles du côté sain ou bien convulsions ou contractures des muscles paralysés.

tenir compte du poids de la tête et de son appui.

Enfin dans les cas où la déviation a été observée du côté paralysé, on peut invoquer la contracture, mais la contracture de tous les muscles du cou à l'exception peut-être du trapèze et du sterno-mastoïdien. (ne pas confondre la tension de ces muscles avec leur contracture)

— Quant à l'inclinaison de la tête du côté paralysé, elle ne peut pas et ne doit pas être expliquée par l'action des muscles antagonistes à ceux qui sont paralysés.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

14

En effet tous les muscles du même côté inclinent la tête de ce côté (ils sont au nombre de 10). Il est évident qu'à moins qu'ils soient contracturés la tête ne peut pas être inclinée du côté paralysé. Or cette inclinaison a lieu sans contracture. Les muscles antagonistes devraient l'incliner du côté non paralysé sinon, continuons à admettre l'action des antagonistes pour expliquer la position de la tête. Mais tandis que la tête peut facilement pivoter sur son axe, il faut un effort plus considérable pour l'incliner d'un côté opposé à la paralysie alors que son poids l'entraîne de ce côté. C'est du reste ce qui se passe pour les autres parties du corps, le malade est couché du côté paralysé, du côté inerte et les muscles du côté opposé n'entraînent que rarement les parties paralysées. C.A.D. lorsque les phénomènes d'irritation sont très prononcés le plutôt quand la paralysie n'est pas complète. La tête en s'inclinant du côté paralysé ne fait que suivre le reste du corps, et il faudrait même une contraction exceptionnelle pour la maintenir [illegible] alors que les autres parties sont inclinées du côté paralysé.

Toutefois tête inclinée du côté [illegible] dans les cas où les phénomènes d'irritation du côté sain sont très prononcés lorsque la paralysie n'est pas complète.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1

13 Leçon
13 juin

Nous avons étudié dans la dernière leçon la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête qui l'accompagne ordinairement.

Nous avons vu que ce symptôme se rencontre ordinairement dans le ramollissement cérébral, toujours ou presque toujours dans les formes à début brusque et qu'il ne montrait à son plus haut degré lorsque les lésions étaient situées près de la base, sans qu'on puisse dire cependant pourquoi il existe dans un cas tandis qu'il fait défaut dans un autre. J'ai insisté sur la facilité avec laquelle il pouvait passer inaperçu et sur les moyens de le constater. Je vous ai dit que dans l'immense majorité des cas la déviation a lieu du côté de la lésion quand celle-ci se trouve dans un hémisphère, tandis qu'elle a lieu du côté de la paralysie lorsque l'isthme est atteint. Il y a des exceptions à cette règle et ces faits exceptionnels peuvent être interprétés de différentes manières.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

2

On admet généralement que la déviation des yeux est produite par l'irritation des muscles qui se contractent et j'ai cherché à vous démontrer ~~que~~ sur le besoin sur l'effet ~~[illegible]~~ sur le rôle physiologique des muscles de l'œil et sur l'expérimentation, qu'il s'agissait d'une paralysie des muscles de l'œil situés du côté des autres parties paralysées et que la déviation provenait de la contraction sans frein des muscles antagonistes, mais avec un certain degré d'irritabilité. –

Nous avons vu que pour la rotation de la tête, il s'agissait également d'une paralysie des muscles du cou du côté de l'hémiplégie, et qu'il n'était pas nécessaire de faire intervenir la contraction du sterno-mastoïdien qui devait être peu ou pas atteint. Cette rotation de la tête est toujours en rapport avec la déviation des yeux. En outre la tête est ordinairement un peu inclinée du côté paralysé, ce qui paraît tenir à l'action de la pesanteur qui immobilise les parties inertes, car on voit en même temps le malade incliné sur tout le côté paralysé. J'ajouterai que lorsque la tête est inclinée du côté opposé on trouve les autres parties inclinées du même côté. Peut-être est-ce bien là l'élémentaire du mouvement de rotation qu'on remarque chez les animaux dont un hémisphère [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3

Si la déviation de la tête et des yeux a dû être décrite à part, à plus forte raison devait-il en être de même de l'aphasie qui résulte de troubles complexes.

À propos de l'étude des localisations, j'ai particulièrement insisté sur le siège des lésions qui donnent lieu à ce symptôme.

— Bouillaud 1825 Dax 1836 Broca 1861 (perte du langage articulé)

— Aphémie — Alalie — Aphasie : Perte complète ou incomplète de la parole et même de tous les signes représentatifs des idées (Baker) ne dépendant pas d'une altération générale de l'intelligence ni de la lésion des organes périphériques servant à l'articulation des sons.

— L'aphasie peut être due à des lésions de différente nature, mais c'est incontestablement le ramollissement qui en est la cause dans l'immense majorité des cas. C'est parce qu'il s'agit de lésions de l'hémisphère gauche et que la sylvienne gauche est le plus souvent le siège d'embolie et aussi parce que les circonv. sont le siège de prédilection du ramoll.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

L'aphasie se présente sous des formes variées et à des degrés différents dont on ne peut se faire une idée qu'en examinant des malades et en parcourant les observations publiées sur ce sujet : (Obs. pittoresques de Trousseau) Je vais essayer de vous présenter un résumé de les faits. — aphasie seule ? ord. avec Rémiplégie D. aphasie passagère. —

On peut observer la perte absolue de la parole. Le fait n'est pas rare au début mais, lorsque le malade n'est pas dans le coma, il peut prononcer quelques syllabes qui n'ont aucun sens ou quelques mots courts ~~comme oui et non~~, tout en conservant à peu près les apparences d'une intelligence normale. Malade de Broca (Tan) d'autres oui et non, ou un juron — Le malade peut faire des gestes d'impatience parce qu'on ne le comprend pas et chercher parfois à se faire comprendre par une mimique plus ou moins expressive, mais ord. même cette mimique ~~fait défaut~~.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5

Le malade peut rester indéfiniment dans cet état, jusqu'à ce qu'il survienne une nouvelle attaque et des phénomènes qui entraînent la mort du malade (aphasique pendant 20 ans, Trousseau) ou bien, et c'est le cas le plus ordinaire, il survient une amélioration progressive. Je ne saurais mieux vous en donner une idée qu'en vous rapportant l'observation d'un malade que j'ai observé l'année dernière. (St Jean Nil Amiedey 20 ans cordonnier syphilis)

Ainsi, d'abord mot insignifiant, puis oui et non et quelques mots usuels notamment pour ce qui concerne l'alimentation. Puis le malade veut faire des phrases plus longues; il les commence sans pouvoir les terminer. Il s'impatiente de ne pas pouvoir s'exprimer. ~~Lorsqu'on veut lui faire désigner~~ un objet par son nom, cela lui est souvent impossible, bien qu'il prononce quelquefois le nom spontanément, ou qu'il dise facilement les syllabes dont ce nom est composé. Souvent même il ne peut pas

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

répéter un nom, on ~~n'ont lui demandé~~, au instant
après il ne peut plus le faire. En même
temps le plus ord. il ne peut pas lire, ni
écrire, ni même s'exprimer par des gestes.
Le dessin le chant peuvent être aussi
impossibles. Par contre on voit des aphasiques
qui ont conservé la faculté ~~de~~ d'exprimer
~~leurs idées~~ d'une de ces manières, tout en conservant
la perte plus ou moins complète du langage
articulé. (analogie avec la prédominance de certaines facultés
Explication ingénieuse de Trousseau)
Ces aphasiques ont conservé les mouvements
de la langue intacts, au moins en apparence
et les mots sont prononcés nettement,
même les mots qui n'ont aucune signification
ainsi que les syllabes isolés. D'autre part,
le malade paraît comprendre tout
ce qu'on lui dit et s'il y a un affaiblissement
intellectuel, il ne paraît pas suffisant
pour expliquer les troubles de la parole.
Voilà l'aphasique de Broca, de Trousseau
et de la plupart des auteurs.
Il semble que le malade ne peut pas

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7

parler, non pas parceque les idées font défaut, ou parceque l'articulation des mots est entravée par des troubles de la phonation, mais parceque ses idées ne peuvent plus être représentées par des mots.

— Cette explication paraît assez rationnelle et cependant elle est loin de rendre compte de tous les faits : On peut presque toujours constater des troubles intellectuels et souvent des troubles dans l'articulation des mots, en même temps que l'amnésie et l'aphasie proprement dite.

— Les auteurs sont bien ~~[illegible]~~ d'accord pour dire que ~~si un malade est aphasique~~ ce n'est pas uniquement parcequ'il ne

— pense pas. mais quelques uns croient qu'il pense bien, qu'il jouit de ses facultés intellectuelles sans pouvoir leur donner une forme par le langage articulé ou autre.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Or on peut reconnaître, ainsi que Trousseau l'a démontré que les malades ne jouissent pas de l'intégrité de leurs facultés intellectuelles. ~~Et d'abord lorsqu'on~~ le malade ne dit rien ou quelques syllabes n'ayant aucun sens, on peut remarquer qu'il ne paraît comprendre ce qu'on lui dit que lorsqu'il s'agit de choses simples et encore pas toujours. Puis s'il parle s'il écrit, il emploie des expressions qui n'ont aucun sens ou un sens inexact sans s'en apercevoir. En outre affaiblissement de la mémoire et des facultés intellectuelles en général ainsi que certains aphasiques ont pu en rendre compte et ainsi que l'entourage du malade le constate facilement. Pour prouver la conservation de l'intelligence on cite l'exp. qui consiste à demander au malade le nom d'un objet et comme il ne peut pas le dire à prononcer différents noms au nombre desquels se trouve celui de l'objet. Le malade fait alors un signe d'assentiment. Mais j'ai

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9

remarqué qu'en prononçant le mot en question avec la même intonation que les autres et sans regarder le malade il hésitait souvent avant de reconnaître le nom et même il fallait parfois le répéter plusieurs fois pour qu'il donnât un signe d'adhésion. De même pour faire prononcer le mot. Ensuite lorsque le malade peut redire un mot qu'on lui a appris, parfois il le dit d'une façon incorrecte sans s'en apercevoir. Il l'écrit de même ; — Il n'est pas moins ~~vrai~~ que beaucoup de malades aphasiques présentent ~~de la~~ difficulté pour prononcer certains mots. Ils font un effort pour dire ces mots qui sortent difficilement et sont plus ou moins modifiés. Parfois les mots sont bredouillés et le bredouillement est d'autant plus prononcé que l'aphasie est plus longue. Le malade commence bien à parler, puis il ~~n'est~~ plus que des mots ~~mots~~ incompréhensibles ou même seulement des sons inarticulés. ou bien sorte de bégaiement

souvent le repos [illegible] d'une manière [illegible] qu'on dit le vrai mot.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Ces cas ne sont même pas rares et l'on peut ainsi trouver tout à la fois des troubles portant sur l'idéation, sur la représentation de l'idée par le mot et sur le mécanisme de la phonation.

— Du reste, il n'est pas étonnant qu'il en soit ainsi puisque ces différents éléments entrent en jeu pour constituer la manifestation de la pensée par la parole.

— On peut même observer des troubles du même genre, tout simplement sous l'influence de la fatigue. On répète souvent les mêmes mots, on en oublie quelquefois et de préférence les noms propres, souvent on ne se souvient que du commencement ou de la fin d'un mot. et lorsqu'on ne s'en souvient pas du tout, on retrouverait cependant le mot au milieu d'un grand nombre d'autres mots. Parfois on dit un mot pour un autre sans s'en apercevoir. Enfin la prononciation de certains mots peut être défectueuse.

On a ainsi une réduction de l'aphasie portant également sur les différentes opérations que nécessitent l'acte de la parole.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

11

— Ainsi donc, en nous plaçant au point de vue physiologique et au point de vue de l'obs. des malades nous devons admettre que l'aphasie est un trouble complexe portant à la fois sur la formation de la pensée, sur le phénomène intellectuel qui permet de la représenter par des mots ce qui est peut-être tout un sur l'articulation des mots ~~proprement dite~~.

— La meilleure preuve de ce que j'avance, c'est que ces troubles peuvent se rencontrer d'une façon très manifeste chez des malades qui ne présentent qu'une lésion au niveau de ~~ce que~~ l'on a nommé le centre du langage articulé.

— Toutefois chez certains malades, il y a prédominance de tel ou tel trouble ainsi pas de nécessité d'admettre une certaine autre plusieurs sortes d'aphasie.

— Bien plus, on a encore trouvé des lésions dans le voisinage de ce centre chez des sujets qui n'avaient présenté pendant la vie que des troubles dans l'articulation. Lépine (paralysie glosso-labiée cérébrale à forme pseudo-bulbaire).

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

12.

— Obs. pers. de paralysies glosso-labiées coïncidant toujours avec l'hémiplégie droite. Les troubles de la parole sont plus ou moins persistants tandis que ceux produits par les lésions du côté opposé sont très légers et toujours passagers à moins que le malade ne soit un gaucher.

physiol. patho. (localisations)

— Broca nous sommes gauchers des cerveaux. Ferrier centre d'acquisition volontaire voisin du centre des membres.

— Contrairement à cet auteur je ne crois pas que l'hémisphère du côté opposé puisse suppléer celui qui est lésé. analogie avec ce qui se passe pour les paralysies des membres expérimentalement. On peut voir des gens rester indéfiniment aphasiques avec une lésion unilatérale. Suppléance de voisinage plus probable, car elle se produit dans les cas où les lésions sont peu étendues, tandis que les troubles sont persistants lorsque les lésions occupent une gde partie du territoire affecté à la formation du langage.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Dr Tamburini - Contribution à la physiologie
1876 -
et à la pathologie du langage -
amnésie verbale - Ataxie verbale
Paralysie verbale - Phonoataxie (glosso-ataxie de Gaccone) -
Formes complexes. Formes douteuses -

Conclusions

. . . . . .

3° La mémoire des images verbales et leur coordination qui constitue la partie la plus intelligente du langage, ont leur siège dans la substance grise des hémisphères cérébraux, plus spécialement dans les lobes frontaux.

4° La transformation des impressions sensitives (acoustiques, optiques, etc.) en impulsion motrice pour mettre en action les muscles extrinsèques de la parole, a son siège dans les circonvolutions marginales de la scissure de Silvius et plus spécialement dans la 3e frontale -

. . . . . .

---

opinion de M. Brown-Séquard -

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

13

— Température centrale. —

— Troubles des vaso-moteurs.
Depuis longtemps constatés dans les lésions de la moëlle.

Nasse. Brown-Séquard — Schiff. — Vulpian et Philippeaux — Charcot 1868 Ollivier 1873
Bochefontaine et Lépine. Eulenburg et Landois. Vulpian. Obitzing. Goffroy Clinquement. Elévation de la température du côté paralysé — persistance de cette élévation pendant des mois et des années. Résistance aux changements de température (Lépine). Hémorrhagies sous-cutanées, pulmonaires etc. urine. phosphates résultats douteux — albuminurie — polyurie. Ollivier — variations dans la quantité de l'urée correspondant aux variations de température.

Troubles trophiques. (Decubitus acutus) exhaus à développement rapide. — lieu d'élection exhaus sur les points irrités. —
arthropathies.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

14e Leçon
19 juin

Dans la précédente leçon nous avons étudié l'aphasie qui est causée par un ramollissement cérébral dans l'immense majorité des cas. Je vous ai décrit ce symptôme en vous indiquant comment il était interprété par les auteurs. J'ai cherché à vous démontrer en me plaçant au point de vue clinique qu'il fallait comprendre aussi sous ce titre les troubles dans l'articulation des mots que l'on observe simultanément avec les autres troubles et même isolément lorsqu'ils se trouvent sous la dépendance de lésions siégeant au niveau ou près du centre de la parole. Nous avons vu aussi qu'au point de vue physiologique la manifestation du langage supposait d'une part la formation de l'idée et sa représentation par des mots et d'autre part l'articulation de ces mots. Or à l'état pathologique des troubles peuvent survenir dans cette

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

fonction au point de l'entraver plus ou moins complètement ~~en~~ agissant sur l'ensemble de la fonction; mais ils peuvent aussi prédominer sur une partie ou même paraître limités à cette partie, d'où l'aspect différent que présentent parfois les aphasiques. Cette manière d'envisager la question en se plaçant au point de vue physiologique permet d'embrasser tous les cas, sans être obligé d'admettre de nombreuses espèces d'aphasie comme le font certains auteurs, et sans négliger des troubles importants qu'on constate chaque jour.

En terminant ~~je vous ai~~ signalé les modifications que subissait la temp. centrale dans le ramollissement. Puis j'ai passé en revue les troubles des vaso-moteurs qu'on rencontre ordinairement, après vous avoir indiqué les recherches exp. qui ont mis sur la voie des phénomènes qu'on peut constater chirurgicalement.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3

— Troubles trophiques. —

— Eschares à développement rapide. Decubitus acutus (Samuel)

— Plaque erythemateuse sur laquelle se développent rapidement des vésicules ou des bulles, à leur niveau ~~[illegible]~~ survient fréquemment ~~des~~ la mortification du derme.

— Elle occupe ord. le siège, mais peut se montrer à peu près sur toutes les parties du tronc et des membres soumis à une pression

— quelque peu durable. Une pression légère suffit pour la faire apparaître et d'autres fois elle survient spontanément. Les éruptions des fesses peuvent être occasionnées par le contact répété et prolongé de l'urine et des matières fécales.

— apparition de l'érythème du 2e au 4e jour après l'attaque, rarement plus tôt, ggf. plus tard. Pas à la région sacrée ni sur un point des parties médianes, mais vers le centre de la région fessière exclusivement du côté correspondant à l'hémiplégie. Le

— lendemain ou le surlendemain éruption bulleuse puis tache ecchymotique sur la partie centrale de la plaque erythemateuse c.à.d. à 4 ou 5 cent. environ

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4

— en dehors du sillon interfessier et à 3 ou 4 cent. au dessous d'une ligne fictive qui partirait de l'extrémité sup. de ce sillon en suivant un trajet perpendiculaire à sa direction. Enfin

au niveau du gd. ligament sacro-sciatique

— mortification du derme qui s'étend en largeur (chaud)

— Elle peut gagner la ligne médiane et s'étendre du côté opposé.

— Lésions de même nature au niveau des trochanters ou mieux en arrière au dessous, ainsi qu'au dessous de la crête iliaque

— Le plus souvent dans ces régions escharres peu étendues et plutôt ~~[illegible]~~ nombreuses

— Parfois érythème papuleux, vésiculeux ou bulleux seulement, dans les mêmes régions ou même sur toute la fesse et une partie de la cuisse (face post. et externe).

— Ord. aucune sensation douloureuse. Le contraire

— a lieu très-rarement. — Talon, cou-de-pied genou sont affectés exceptionnellement.

— Mêmes phénomènes sur un point quelconque, ord. sur le mollet ou le pied, à la suite des applications de moutarde, des briques chaudes, etc.

— Cependant M. Charcot ne pense pas que la première intervienne comme élément unique sur les parties où les troubles trophiques se manifestent

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9

— En effet, dit-il, pression égale pour les deux fesses et production en prédominance de l'escharre du côté paralysé. Il a fait reposer les malades du côté non paralysé pendant la plus gde partie du jour et l'escharre s'est produite sur les mêmes points. Il ne pense pas que le contact de l'urine en soit la cause, car il a fait recueillir ce liquide heure par heure, nuit et jour, à l'aide de la sonde pendant tout le temps de la maladie, de manière à éviter autant que possible l'irritation de la peau de siège et cependant tout s'est passé comme je viens de le dire.

— Je serais ~~porté~~ à croire que les malades ont seulement de la tendance à devoir des troubles trophiques sur les parties paralysées et que la pression ou toute autre cause d'irritation (notamment l'urine, car il y a toujours une incontinence concomitante) sont les causes déterminantes. On peut ainsi expliquer la localisation des lésions. Si la lésion n'est pas d'emblée centrale, c'est qu'à ce niveau les troubles paralytiques ne sont pas très complets en raison de l'entrecroisement des filets nerveux [illegible]

[illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

6

Les troubles trophiques ne sont pas en rapport ~~exagéré~~ avec les troubles de la sensibilité spécialement, ni avec les paralysies des vaso-moteurs. Ces troubles peuvent exister à un haut degré sans lésions trophiques. Cependant ces lésions se remarquent ~~surtout~~ dans les paralysies complètes correspondant à des ~~[illegible]~~ étendues ou siégeant à la base; à tel point que M. Charcot en a fait un signe ~~[illegible]~~: il considérait la terminaison comme étant toujours fatale. Mais de nombreuses obs. prouvent le contraire. D'une manière générale, on peut dire cependant qu'on observe ces phénomènes dans les formes graves.

M. Charcot croit que les troubles troph. sont dus à l'irritation de certaines régions de l'encéphale. [illegible]: lésions de [illegible] [illegible] obs. dont 1 de paralysie générale.

Le décubitus peut guérir ~~les~~ premières ~~[illegible]~~ trophiques et même des eschares qui sont [illegible] pour un travail bien connu. Plus souvent les eschares gagnent en ~~pro~~ profondeur, dénudent le sacrum et le coccyx, détruisent les ligaments sacro-coccyg. de sorte que le pus des eschares pénètre dans la cavité rachidienne et détermine une méningite ascendante [illegible] des eschares. Les méninges de la moelle sont imbibées par le liquide qui parcourt la cavité dans toute sa hauteur, gagnent le 4e ventricule, l'aqueduc de Sylvius et les ventricules latéraux, imbibition de la substance cérébrale qui [illegible] gangrènes pulmonaires par embolies. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7. Arthropathies. — Scott Alison, Brown Sequard, Charcot.
— Elles sont limitées aux membres paralysés.
— Surtout dans le ramollissement. —
— Ord. 15 jours ou 1 mois après l'attaque, c'est-à-dire au moment de l'apparition de la contracture tardive,
— mais elles peuvent se montrer à une époque ultérieure.
— Tuméfaction rougeur, douleur articulaire
hydarthrose du genou (obs. pers.)
En même temps les gaines tendineuses peuvent
— être affectées. — Épaule coude poignet.
— Plus rarement les articulations des membres inf. —
— autrefois on attribuait ces symptômes à l'immobilisation ou on croyait à des douleurs rhumatismales
— Charcot : trouble trophique. Eletzig : traumatisme.

— Durée et terminaisons.

Tableau de Durand-Fardel, dressé d'après les obs. personnelles et celles consignées dans les ouvrages de Bostan et d'Andral.

Sur 39 cas.

11 fois pendant le 2 premiers jours
26 fois avant le 5e —
43 fois avant le 8e —
7 fois du 9e au 20e —
9 fois du 20e au 30e —

Dans la forme chronique, la durée s'étend rarement au delà de la 1re année.
Peut durer indéfiniment —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

8

— Diagnostic du Ramoll. Cérébral.

— Les éléments de diagnostic sont tirés de l'appareil symptomatique, de la marche de la maladie et des affections concomitantes de même nature ainsi que de celles qui peuvent être considérées comme la cause des accidents.

— Aucun symptôme pathognomonique.

— La prédominance de ceux qu'on rencontre plus fréquemment ~~[illegible]~~ donne seulement des probabilités. Cependant M. Charcot considère ~~[illegible]~~ la conservation de la connaissance avec début ~~[illegible]~~ brusque comme appartenant en général au ramoll., l'hémiplégie variable lui appartient exclusivement et l'aphasie presque exclusivement.

— Début progressif donne aussi des probabilités pour le ramoll. Lorsque la paralysie est nettement limitée ~~[illegible]~~ symptômes ordinaires.

Réflexes prononcés du côté paralysé.

— Aspect externe : âge — infarctus viscéraux, gangrène — athérome

— affections concomitantes : endocardite, lésions des orifices, mauvais acétique — hypertrophie de cœur.

— Rhumatisme. — État puerpéral. — Tuberculose. — Cancer mais rien d'absolu. — (obs. pers.)

— Diagnostic différentiel. — localisation — troubles de l'[illegible]

que [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9 — Pronostic. Toujours grav — accidents
— précoces surtout à redouter. Complications
— rechutes — nouveaux accidents. —

— Traitement. —
— Autrefois on saignait toujours. accidents
— Trousseau — Depuis on ne saigne presque
plus. — Expériences — Cependant
— (obs. de Trousseau chez les apoplectiques (saignées))
une saignée modérée locale pourrait peut-être
avoir de l'utilité, en considérant la congestion qui reproduit
autour de l'infarctus. — Revulsifs
— intestinaux. — revulsifs cutanés...
— Pas de revulsifs sur le membre paralysé,
pas même des boules ou des lériques chaudes
qui déterminent parfois des échares considérables
(obs. personnelle) —
— Electricité — Courants galvaniques
et faradisations. — résultats incertains
— sinon dangereux. — — Bains —
— opium — belladone — Ergot de seigle —
— Stimulants café, toniques alcooliques.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

19e Leçon
20 juin

Dans la précédente leçon nous nous sommes d'abord occupés des troubles trophiques que l'on rencontre fréquemment dans le ramoll. cérébral. Je vous ai décrit les phénomènes qui caractérisent le décubitus acutus et j'ai insisté sur la localisation des lésions que l'on rencontre du côté paralysé non seulement sur la partie latérale du sacrum mais aussi au niveau de la région trochantérienne et au dessous de la crête iliaque. Plus rarement toute la fesse est envahie. Tout en reconnaissant l'influence manifeste des lésions cérébrales sur les troubles trophiques, j'ai cherché à vous démontrer qu'il fallait admettre comme causes ~~déterminantes~~ l'influence de la pression ~~ainsi~~ que l'action de l'urine et des matières fécales. Ces lésions ne sont pas en rapport avec les troubles de la sensibilité, ni avec ceux des vaso-moteurs et elles résultent très-vraisemblablement d'un trouble trophique dépendant d'une ~~affection~~ des centres nerveux qu'il n'est pas possible de localiser, mais qui est en général grave, puisque le symptôme a été considéré par M. Charcot comme un signe pronostique très-fâcheux, indépendant des accidents que les escharres peuvent déterminer et que je vous ai fait connaître. — Je vous ai ensuite parlé des arthropathies qui sont des phénomènes concomitants de la contracture tardive et qui reconnaissent aussi probablement pour cause un trouble trophique

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Je vous ai signalé ce qui a trait à la durée et aux terminaisons du ramoll.; puis nous avons abordé le diagnostic de cette affection. Nous avons vu que les éléments de diagnostic sont tirés de l'appareil symptomatique et de la marche de la maladie d'une part, et d'autre part des affections concomitantes de même nature ainsi que de celles qui peuvent être considérées comme la cause des accidents.

Quant au diagnostic différentiel, nous l'avons réservé pour en parler à l'occasion des différentes affections que nous aurons à étudier.

Je vous ai indiqué le pronostic toujours grave que cette affection comporte et enfin j'ai terminé ~~par~~ l'occupant du traitement.

J'ai insisté pour rejeter les saignées générales qui peuvent être très-nuisibles aux malades. Toutefois doit on avoir recours aux applications de sangsues. Les révulsifs intestinaux sont surtout indiqués. On doit encore éviter avec soin l'emploi des révulsifs cutanés sur les membres paralysés, afin de ne pas produire des eschares.

Nous avons vu combien l'emploi de différents moyens et notamment de l'électricité étoit illusoire dans les formes chroniques. Les bains seuls m'ont paru avoir quelques avantages. Enfin j'ai terminé en vous signalant les opinions qui ~~confirment~~ ~~ce que l'opinion avait déjà appris~~ c'est que dans le ramoll. Cerebral, on doit prescrire non seulement la saignée, mais aussi l'opium.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3

Hémorrhagie Cérébrale (apoplexie cérébrale)

- Morgagni le premier montra que le sang pouvait faire irruption dans la substance cérébrale ainsi que dans les ventricules.
- Depuis Rochoux (1813) on s'est surtout préoccupé de rechercher la cause immédiate de l'hémorrhagie. Andral, Cruveilhier, Abercrombie, Gendrin, Bouillaud, Rokitansky etc. Charcot et Bouchard. — 1866.
- Anatomie ~~[illegible]~~ pathologique. —
- Le sang épanché forme des foyers ~~dont plus~~ dimensions varient depuis le volume d'une lentille ~~[illegible]~~ jusqu'à celui d'une gde partie d'un hémisphère ; il ~~[illegible]~~ contient quelques grammes de sang jusqu'à plus de 300 gr. —
- Foyers petits récents. parois ~~[illegible]~~ déchiquetées. Caillot analogue à ceux contenus dans le cœur. forme. ~~[illegible]~~ congestion à ce niveau ce qui permet de les reconnaître lorsqu'ils siègent dans les circonvolutions.
- grands foyers. anfractuosité parois déchiquetées. aspect extérieur : ~~[illegible]~~ aplatissement, effacement des circonvolutions parfois anéanties. fluctuation. Il contient du sang coagulé mélangé à des détritus de substance nerveuse.
- Pénétration du sang sous la pie-mère, dans la cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4

Lorsqu'on a enlevé le caillot : surface irrégulière déchiquetée d'un rouge brunâtre, imbibée de sang, aspect tomenteux. Lambeaux de substance cérébrale et de vaisseaux rompus.

Les petits vaisseaux rompus qui plongent dans le foyer sont qqf. bouchés par de petits caillots simulant des anévrysmes. — anévrysmes de Pestalozzi — D'autres présentent de véritables anévrysmes miliaires. Petits grains globuleux sphériques de 2 dixièmes de mill. à 1 millim. de coloration rouge ou brunâtre développés sur les vaisseaux dont on peut reconnaître souvent les v. afférent et le v. efférent. Ceux-ci ont de un tiers de dixième de mill. à un quart de mill.

On a pu trouver les anévrysmes rompus et leur contenu en rapport avec le caillot du foyer. — paroi de l'anévrysme mince ou opaque. Tunique interne et adventice plus ou moins épaissie par une prolifération conjonctive et adhérence avec la gaine lymphatique. disparition de la tunique moyenne.

Les artères voisines présentent les lésions de la périartérite que l'on trouve du reste plus ou moins généralisées sur la plupart des artères. Multiplication des noyaux dans l'épaisseur des tuniques artérielles et sur la gaine lymphatique. Atrophie de la tunique musculeuse. Stries transversales presque contiguës que présentent les fibres musculaires autour de l'artère sont obscurcies par la multiplication nucléaire et par l'épaississement de l'adventice. Les stries sont espacées à une certaine distance les unes des autres d'autant plus que les parties sont plus altérées.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5 – Elles peuvent manquer dans une étendue plus ou moins considérable. En même temps dilatation générale du vaisseau qui est étranglé de distance en distance. D'où aspect légèrement moniliforme de l'artère. Le plus souvent le calibre n'est pas augmenté en raison de l'épaississement de la paroi. L'adventice présente un aspect strié longitudinalement comme un faisceau de tissu fibreux. Cet aspect est surtout remarqué près des anévrysmes.

– La substance ~~[illegible]~~ qui avoisine le foyer présente sur une coupe une zone de 3 ou 4 mill. d'épaisseur qui est légèrement ramollie et présente une teinte gomme-serin qui tranche sur la coloration blanche du tissu environnant.

– ~~Au début~~ aucune lésion microbiotique, ce qui permet de rejeter la théorie du ramoll. hémorrhagique de Bochony et de Bodd. C'est une simple imbibition par le sérum du sang épanché obs. de Bouchard. –

– Cette zone ramollie qui dès les premiers jours entoure le foyer sanguin n'est pas toujours uniformément colorée. Le plus souvent

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

sur le fond jaune, on voit se dessiner un pointillé ou des traînées rouges d'apoplexie capillaire. ~~Surtout dans~~ les foyers à parois déchiquetées. Ce n'est pas une infiltration sanguine, mais une hémorrhagie effectuée et limitée à la gaine lymphatique ou à la partie voisine.

Lorsque cette altération est dominante et que le foyer est relativement petit; Bouchard admet que l'apoplexie capillaire peut précéder l'hémorrhagie et qu'elle est le premier degré d'une hémorrhagie qui arrivera à se collecter.

Au bout de 8 ou 10 jours modifications importantes dans le ~~sang et les~~ débris de la pulpe cérébrale dont il est mélangé, aussi bien que dans les parois du foyer.

Le sang pur ou mélangé de détritus nerveux se dépouille peu à peu de sa partie séreuse qui est résorbée, tandis que les éléments solides subissent une transformation granulo-graisseuse qui facilite leur résorption. Un sen[illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

persiste c'est la matière colorante du sang.

Modifications des globules rouges : décoloration en perdant leur hématosine, deviennent granuleux et disparaissent par désagrégation moléculaire. Pendant ce temps, l'hématosine qui a quitté les globules a teint en rouge le sérum dans lequel elle était en dissolution et imbibant avec lui les parties voisines leur a communiqué sa coloration. Mais au bout d'un certain temps, elle s'est modifiée chimiquement et s'est précipitée en formant un corps nouveau, l'hématoïdine. (molécule de fer remplacée par une molécule d'eau, Robin) Celle-ci se présente à l'état de granules et à l'état cristallin - granulations amorphes irrégulières, de coloration jaune foncé et même brunâtre. - aiguilles ou cristaux losangiques rhomboïdaux obliques d'un beau rouge. (Virchow a vu ces cristaux dès le 17e jour) -

Les modifications du caillot oxyhémique de la peu phénie ou centre :

Pendant que ces transformations s'opèrent dans le contenu du foyer, les parois se modifient l'œdème disparaît, les parois se régularisent par suite de la dégénération granulo-graisseuse des éléments nerveux dissociés, et acquièrent une consistance plus grande due à une prolifération conjonctive qui se produit aux dépens de la névroglie et forme une membrane limitante qui sépare désormais le tissu nerveux resté sain, de la cavité du foyer.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

8

C'est environ au bout d'un mois qu'on peut constater ces modifications et dès lors les foyers sont considérés comme des foyers anciens. Toutefois la formation de la membrane limitante peut se produire à des époques variables suivant l'étendue et le siège de la lésion. + Elle présente d'abord l'aspect feutré, puis devient lisse. Elle est constituée par les éléments du tissu conjonctif englobés dans une substance amorphe transparente un peu grenue. Des vaisseaux nombreux parcourent ce tissu. On rencontre encore d'autres éléments dus à son mode de formation. Prolifération des éléments conjonctifs de la partie ramollie par imbibition qui était en voie de dégénérations granulo-graisseuses et contient des granulations graisseuses et des corps granuleux. Le sang qui infiltrait les tissus notamment sur les points ~~[illegible]~~ d'hémorrhagies capillaires se transforme en hématoïdine. Les divers éléments produits de désintégration ont été englobés dans le tissu de nouvelle formation et se retrouvent dans la membrane limitante. Ainsi on trouve mélangés aux parties indiquées plus haut qqs éléments nerveux, des corps granuleux, granulations graisseuses, [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— C'est à cette dernière circonstance que la cicatrice des anciens foyers d'hémorrhagie doit sa coloration ocreuse spéciale. Cruveilhier la considérait comme indélébile, ~~quoi~~ quelques auteurs pensent qu'elle peut s'effacer à la longue. Elle persiste fort longtemps et M. Charcot a pu la retrouver sur des foyers de 10 et 15 ans.

— Quant au caillot, il se rétracte en subissant de la périphérie au centre les modifications indiquées. La masse solide qu'il forme finit par se résoudre en partie au moins en une boue ocreuse qu'on peut retrouver encore au bout de 5 ou 6 mois et même au bout de plusieurs années baignant dans une certaine quantité de sérosité limpide.

— En dernier lieu les vestiges de l'H. ~~se présentent~~ se présentent sous deux états différents : cavité persistante ou cicatrice linéaire. Cavité arrondie, béante à parois indurées (qdes destrillées) plus souvent allongée à la façon d'une amande, il par places adhérence des parois. Les cicatrices linéaires ne sont qu'une exagération de ce dernier état.

— Les foyers H. peuvent être plus ou moins nombreux récents et anciens ; souvent symétriquement placés dans les deux hémisphères.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Les lésions artérielles ne sont pas bornées aux parois des foyers, on les rencontre dans les différentes parties de l'encéphale. Les artères des méninges aussi bien que les artères de la base peuvent être atteintes d'artério-sclérose, et les anévrysmes peuvent être rencontrés dans ces différentes régions. C'est dans le corps strié et les couches optiques qu'on les trouve plus souvent, puis par ordre de décroissance dans la protubérance, la substance grise des circonvolutions, l'avant-mur, le cervelet (parties vaines du corps rhomboïdal), les pédoncules cérébelles, le centre ovale et le bulbe. Nombre très-variable (2 ou 3 et d'autres fois plus d'une centaine)

— MM. Charcot et Bouchard ont produit 84 obs. d'H. C. dans lesquels ils ont trouvé des anévr., non seulement chez des vieillards mais aussi chez des jeunes sujets. (tous les auteurs ont confirmé leurs travaux) Très-rarement on n'en trouve pas. Nous aurons à examiner à propos de la pathogénie si les anévrystrèses peuvent faire défaut.

— Ils peuvent exister exceptionnellement sans hémorrhagie.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

11 Dans plus du tiers des cas obs. par
Mm. Charcot et Bouchard, les artères de la base
et des méninges n'offraient aucune trace
d'altération athéromateuse et cela chez des
vieillards de 74 à 85 ans. Dans qqs cas
les artères de la base ne présentaient que
qqs. plaques opaques, non saillantes, de sorte
que l'athérome artériel ne coïncidait
guère que dans la moitié des cas avec
l'état scléreux des petites artères et l'existence
des anévrysmes intra-cérébraux. Les deux
altérations peuvent marcher de pair chez
le même sujet.

Mm. Ch. et B. opposent en effet la lésion
de l'H. à celle du R. — periartérite et
endartérite.

Zenker — Kaster. — Cornil et Bouchard
coïncidence des anévrysmes miliaires
avec les anévrysmes des artères de la base et des
anévrysmes des artères des différentes parties
du corps. (obs. pers.)

Il reçoit intéressant de rechercher si dans les cas d'anévr.
de l'aorte ou des autres grosses artères, il existe des anévrysmes miliaires cérébraux.

SCD Lyon 1.

SCD Lyon 1

11 (bis)

— On peut voir d'après les statistiques concernant le siège des H. C. que nous avons passé en revue que ce sont les artères ~~du corps strié~~ qui donnent le plus fréquemment lieu aux H. parce qu'elles réunissent les conditions les plus favorables pour cela, ainsi que le fait remarquer M. Duret. Elles sont de beaucoup les plus volumineuses, elles naissent de l'origine de la sylvienne près du cercle de Willis, où commencent le plus souvent les altérations calcaires; elles n'ont entre elles, ni avec les voisines aucune anastomose, enfin le retour du sang veineux ne s'y établit pas largement.

— Ceci explique pourquoi ~~[illegible]~~ l'H. C. a surtout pour siège les parties centrales de l'hémisphère, tandis que le ramollissement, ainsi que nous l'avons vu, se rencontre principalement sur les parties périphériques pour les raisons que je vous ai dites. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— siège habituel des foyers hémorrhagiques ;
où les rencontre un peu plus fréquemment
à droite qu'à gauche, sans qu'on puisse en donner la raison.

— D'après les statistiques de Charcot et Bouchard
les foyers se rencontrent ~~[illegible]~~ par ordre de fréquence
décroissante, dans le corps strié, les
couches optiques, les circonvolutions
la protubérance et le cervelet. —
C'est aussi à peu près les régions en rapport avec
le nombre des anévrysmes.

— Le siège de les lésions est surtout intéressant
à étudier au point de vue de leur rapport
avec les artères de l'encéphale, car on a
ainsi la raison de leur siège et de leur fréquence
plus grande dans tel ou tel point, par suite
des conditions dans lesquelles se trouvent les vaisseaux.
C'est à M. Duret qu'on doit cette étude intéressante.

~~Point particulièrement important~~ de bien connaître le trajet
de V. [illegible] au point de vue de la pathologie ~~[illegible]~~
[illegible] se rendent aux [illegible] qui y sont indiqués
[illegible] la production
de la répartition des foyers [illegible] début de l'H. C'est à dire
de l'H. Le seul point où débute l'H.
[illegible] les fibres nerveuses en contact avec les V. qui sont
les premières atteintes. De plus la V. [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

13 le siège et la fréquence des H. dépend surtout de la disposition des branches artérielles la forme du foyer est plutôt déterminée par la structure et la résistance du tissu cérébral. -

Corps strié -

(H. antérieures du corps strié) - A. striées internes ou branches trouvées des artères lenticulo-striées.

dilatation de la tête du noyau caudé et de la sub. blanche voisine du lobe antérieur - perforation ventriculaire possible. -

---

(H. moyennes inf. du corps strié) artères lenticulo-striées dans leur moitié inférieure. -

foyer ovalaire, allongé d'avant en arrière entre la couche grise du lobule de l'insula et le noyau lenticulaire. cicatrices linéaires fréquentes - qqf foyer de la grosseur d'une noix aux dépens du noyau lenticulaire ou de la capsule interne

(H. moyennes sup. du corps strié ou lenticulo-striées.) artères lenticulo-striées dans leur moitié supérieure.

vastes foyers dans le centre ovale ; couronne rayonnante dissociée, noyau caudé et couche optique comme disséqués, bombant dans le ventricule latéral, qqf. perforation ventriculaire ou [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

14 (H. post. ou lenticulo-optique du corps strié) artères lenticulo-optiques ou optiques externes antérieures.

foyers assez étendus, queue du noyau caudé et partie ant. de la couche optique; ou foyer plus petit entre le noyau lenticulaire et la couche optique réduite à une coque plus ou moins épaisse. — perforation ventriculaire possible au niveau de la queue du noyau caudé ou vers la ½ ant. de la couche optique. (section complète de l'expansion pédonculaire) —

Couche optique

(H. interne de la couche opt.) a. opt. int. ant. ou int. post. ogoff. ant. choroïdienne ou 3e ventricule.

foyer de la grosseur d'une amande à la face interne de la couche optique. souvent perforation de la paroi interne du 3e ventricule

(H. post. de la C. O.) artères optiques externes post.

foyer à la partie post. de la couche opt. le sang peut fuser sous la C. O. descendre dans le pédoncule jusqu'à la protubérance. ogoff. simple foyer au centre de la couche opt. — parfois perforation ventriculaire à la partie post. de la C. O.

Parois ventriculaires

H. sur la voûte du corps calleux, sur la paroi inf. des ventricules et sur la paroi des troisièmes ventricules.

petits foyers du volume d'une noisette ou petites cicatrices ocrées

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

15

Centre ovale.

(H. du centre ovale proprement dites) artères medullaires.

petits foyers ovoïdes du volume d'un haricot ou d'une noix dans le sens des filets. lacunes ocrées. —

(H. du lobe occipital) branches de la cérébrale postérieure.

foyer du volume d'un œuf dans le lobe occipital.

opp. perforation de la corne occipitale du ventricule latéral.

H. de la corne d'ammon — foyers très-petits. —

Circonvolutions.

(Couche grise) — artères corticales

petits foyers de volume d'un pois, d'une lentille et même d'une tête d'épingle. — foyers en cône ou en boutons de chemise sous-ménagés. —

(Couche blanche) artères medullaires

foyers ovalaires de la grosseur d'une noisette ou d'une amande.

Pédoncules cérébraux

H. partie int. — a. interpédonculaire

H. partie ext. — a. pédonculaires externes et a. des corps genouillés.

H. partie sup. — jumelles ant. moy. et post.

H. centrales pénétrées et secondaires — a. lenticulo-optique ou opt. post.

foyers du volume d'une noix à gr. axe vertical pouvant descendre jusqu'à la protubérance.

foyers provenant de la partie opt. des corps striés ou de la couche opt.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Protubérance.

(H. par propagation) A. de la couche opt. et des pédoncules.
foyers à direction verticale débutant dans l'expansion pédonculaire ou dans la couche optique.

(H. primitive) A. nourricière de la protubérance. A. médiane radiculaire ou périphérique.
foyers à direction transversale, ovoïdes, gros comme une noisette ou une noix. foyers de la couche grise du 4e ventricule intéressant les noyaux bulbaires.

Bulbe.

pas d'obs.

Pédoncules cérébelleux moyens.

(H. par foyers descendant du pédoncule cérébral ou de la protubérance)
foyers à direction verticale –

(H. nés sur place) branches de l'A. cérébelleuse moyenne.
foyers à axe dirigé dans le sens des fibres, souvent gros comme une noix, échancrant souvent la protubérance. –

Cervelet –

(H. centrale ou du corps rhomboïdal) – A. du corps rhomboïde
petit foyer enkysté dans le corps rhomboïde, ou foyer détruisant toute la substance [illegible] substance [illegible] réduite à une coque plus ou moins épaisse.

(H. de la couche bl. ou de la couche grise des feuillets de l'arbre de vie.) A. corticales ou A. médullaires du cervelet
foyers très petits.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1

16e Leçon
22 juin

Dans la leçon précédente nous avons commencé l'étude de l'hémorrhagie cérébrale et nous nous sommes occupés de l'anatomie pathologique. Je vous ai décrit les foyers récents et anciens, en vous indiquant les transformations qu'ils subissent depuis le début jusqu'à la cicatrice ocreuse. J'ai surtout insisté sur les altérations vasculaires et sur les anévrysmes miliaires qu'on rencontre d'une façon tellement constante qu'on peut se demander si les hémorrhagies peuvent avoir lieu autrement que par la rupture d'un de ces anévrysmes? Je vous ai signalé aussi les altérations dues à l'apoplexie capillaire qui entourent les foyers surtout ceux à parois déchiquetées et je vous ai dit que les hémorrhagies étaient ord. secondaires; mais que toutefois, elles pouvaient être primitives et constituer par leur réunion un foyer assez étendu.

Nous avons vu que les foyers pouvaient être plus ou moins nombreux récents et anciens, souvent symétriquement placés dans les hémisphères; qu'on les rencontrait un peu plus fréquemment à droite; qu'ils existaient dans les différentes parties de l'encéphale où on rencontre habituellement le plus d'anévrysmes [illegible]. Enfin je vous ai fait connaître les recherches de M. Duret relatives au rapport des H. avec le trajet des vaisseaux. Nous avons vu que ce sont les artères lenticulo-striées, lenticulo-optiques et optiques postérieures qui donnent le plus fréquemment lieu aux hémorrhagies et que les épanchements présentent dans les diverses régions des particularités relatives à la situation des artères à leur volume etc, ainsi qu'à l'état de la substance nerveuse dans lesquelles ils se produisent. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

J'ai omis de vous signaler un fait qui se présente assez souvent chez des malades qui ont eu plusieurs attaques, c'est qu'on ne trouve parfois qu'un foyer hémorrhagique récent. Il est probable que dans ces cas le dernier foyer a détruit les parties où se trouvait le foyer ancien dont on ne peut alors découvrir les vestiges.

Pour terminer ce qui a trait à l'anat. path. je devrais vous décrire les dégénérations secondaires. Je vous ai déjà parlé de celles qui survenaient dans les parois du foyer et qui au bout d'un certain temps pouvaient faire croire à un ramollissement véritable.

Quant aux dégénérations qui s'emparent des fibres se rendant dans le cordon latéral du côté opposé à la lésion, je ne ferai que vous les signaler, car elles sont identiques à celles qui sont consécutives au Ramoll. et à toutes les lésions en foyer ayant pour siège les parties motrices des centres nerveux.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3

Pathogénie et Étiologie. Aujourd'hui, grâce aux travaux de Mrs. Charcot et Bouchard nous connaissons les conditions qui donnent lieu ordinairement à l'hémorrhagie cérébrale. C'est une altération des petits vaisseaux de l'encéphale, une artério-sclérose qui engendre les anévrysmes miliaires dont la rupture occasionne la formation des foyers H. — Cette interprétation des conditions pathogéniques de l'H. C. repose sur l'observation d'un nombre considérable de faits dans lesquels on a toujours trouvé des anévrysmes en rapport avec les foyers. De plus on a pu trouver dans les foyers des anévrysmes dont la paroi fendue laissait sourdre du sang coagulé. La réalité de cette interprétation ressort encore de l'étude des circonstances étiologiques admises antérieurement aux recherches de Mrs. Ch. et B. qui ne peuvent pas expliquer la plupart des cas d'H. C. Nous devons cependant les passer en revue car, elles peuvent parfois jouer un rôle important quoique secondaire dans la production de la maladie qui nous occupe. Peut-être même trouverons-nous ainsi l'explication de certains faits dans lesquels les a. [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4

Altérations des vaisseaux de l'Encéphale. —

+ Anévrysmes des artères de la base du cerveau considérés depuis Morgagni comme pouvant être la cause de l'H. C. — Le plus ord. ces anévrysmes sont trouvés intacts, et lorsqu'ils sont déchirés le sang se répand dans les méninges, et seulement exceptionnellement dans la substance cérébrale et les ventricules. Du reste ces anévrysmes ne se rencontrent qu'assez rarement. Toutefois l'altération des artères peut dans ces cas jouer un rôle secondaire par suite de la diminution de l'élasticité du vaisseau qui entrave ainsi la circulation et se trouve être en même temps une cause d'hypertrophie du cœur.

+ anévrysmes de Pestalozzi, Kolliker, extasie ampullaire de Virchow

Athérome artériel. Abercrombie a particulièrement insisté sur l'importance de cette lésion dans la pathogénie de l'H. C. et son opinion avait été adoptée par Bouillaud, Rokitansky et la plupart des auteurs. (Piselle, Vallin, Eulenberg, Nieuwenhuyzen) Rokitansky expliquait par la symétrie des lésions athéromateuses la symétrie des foyers. Opinion contraire soutenue par Gendrin, Monneret, Behier et Shardy et surtout par Duvaud-Fardel qui produisit une statistique démontrant que dans bon nombre de cas (12/100) les artères cérébrales étaient parfaitement saines. Bouchard les a trouvées saines 18/100 et c'est sur cet argument et sur l'impossibilité de trouver une rupture de vaisseau reconnaissant cette cause qu'il refuse une rupture [illegible]. Cependant l'athérome entrave aussi la circulation et peut favoriser [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5

Dégénérescence graisseuse des capillaires.

Paget en 1850 a fait jouer à cette altération un rôle hémorrhagipare. opinion partagée par Klasse, Todd, Eulenburg. opinion contraire soutenue par Bennett qui trouvait les vaisseaux sains au milieu des granulations graisseuses. La découverte de la gaine lymphatique par Robin et les recherches ~~récentes~~ de Bouchard sur les dégénérations secondaires permettent de se rendre compte des phénomènes obs. par ces auteurs et d'en donner une explication rationnelle. Il s'agit d'une accumulation de granulations graisseuses dans la gaine lymphatique, ce qui faisait croire à une dégénération de la tunique moyenne à Moosherr, Leubuscher, Klasse et Todd et cette altération est toujours secondaire.

Cependant la dégénérescence graisseuse primitive des capillaires ~~paraît~~ existe réellement, mais elle est rare. Les granulations seraient peu abondantes et s'accumuleraient seulement autour des noyaux de la paroi. Cette altération ne serait pas très rare chez les vieillards. Toutefois l'H. C. a été rencontrée chez des sujets qui n'en présentaient aucune trace. Virchow aurait vu cette dégénération chez des chlorotiques; mais les H. C. ne sont pas fréquentes chez les chlorotiques qui sont cependant nombreux. Bouchard l'a rencontrée chez des enfants atteints d'affections chroniques et même d'infl. pulm. aigües. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

6 Friabilité des capillaires sans lésion appréciable.

cet état serait congénital. Rokitanski admet cette fragilité des vaisseaux chez les jeunes femmes et Virchow la signale chez les nouveaux-nés (fragilité des vaisseaux jeunes développés physiologiquement ou pathologiquement).

Pareille fragilité pourrait survenir chez l'adulte sous l'influence d'états pathologiques divers où le sang subit une altération. C'est ainsi que d'après Virchow, Leubuscher, Niemeyer, on pourrait expliquer les H. très rares d'ailleurs, qu'on a observées dans certaines pyrexies et dans les maladies septiques et infectieuses comme le typhus, la pyohémie, le scorbut ou enfin dans certaines maladies chroniques dyscrasiques. Hémophylie – ictère – maladie de Bright.

Dans cette dernière maladie l'H. C. est fréquente.

Kirkes, Traube: atrophie rénale, diminution de la sécrétion urinaire, réflexion du système artériel, hypertrophie du cœur, augmentation de la pression produisant la rupture des vaisseaux. Pour Bamberger l'Hypertrophie du cœur serait primitive. D'autre part Bright, Gregory et Rayer avaient déjà signalé la fréquence de l'altération athéromateuse des gros troncs artériels chez les albuminuriques. Ce qu'il y a de certain c'est le rapport de la maladie de Bright et de l'H. lorsqu'il y a hypertrophie du cœur, car celle-ci n'existe pas nécessairement dans tous les cas. Mais on a trouvé aussi dans ces cas des Aorthites et Traube a pensé que l'hypertrophie cardiaque pouvait donner lieu à l'artério-sclérose. En tout cas l'hypertrophie du cœur dans ces cas en augmentant la tension joue au moins un rôle secondaire à moins qu'il faille le rapporter à d'autres lésions concomitantes.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7 Augmentation de la tension du sang dans les artères de l'encéphale.

— Le sang afflue trop abondamment vers le cerveau où il en revient trop difficilement d'où augmentation de la tension.

— Augmentation de la masse du sang (pléthore) hypothèse

— Déplacement de la masse sanguine (bain froid) — (compression des viscères thoraciques et abdominaux par des violences extérieures ou par des efforts énergiques de défécation, de toux, de vomissements, de coït et accouchement sous l'influence de la décompression en sortant de l'air comprimé)

— Évidemment ces causes ne jouent qu'un rôle secondaire —

— augmentation de la tension du sang par flexion collatérale dans les cas d'obstruction vasculaire: ~~[illegible]~~

— Hémorrhagies capillaires et véritables hémorrhagies (obs. de magnétisme).

— Hypertrophie du cœur gauche (Legallois, Corvisart, Lallemand, Piorry, Bouillaud, Ménière, Rokitanski, Leubuscher). influence niée par Rochoux, Todd, Grisolle, Monneret. — Statistiques produites de part et d'autre. — Charcot ~~[illegible]~~ cause Rubinstein qu'il faut distinguer parmi les hypertrophies celles qui sont simplement compensatrices d'une lésion d'orifice et qui n'augmentent pas la tension. De même dans celles qui sont produites par l'athérome artériel qui augmente la résistance à la progression de l'ondée sanguine. D'après Marey l'ondée arriverait aux capillaires par saccades sans que la tension fut accrue. Ce n'est que dans les cas de compression des gros troncs artériels au delà de l'origine des artères qui se rendent à l'encéphale que la tension serait accrue (circonstance rare). C'est par ce mécanisme qu'on a expliqué l'H. C. dans le mal de Bright mais dans ces cas ne chercher trouvé des anévrysmes intérieurs.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Bouchard pense avec raison que les cas où l'on trouve de l'hypertrophie du cœur peuvent présenter d'autres lésions capables d'avoir une influence sur l'H. C. — Il cite l'opinion de Sharp et Eulenburg qui prétendent que l'hypertrophie du cœur sans altération des artères ou des orifices ne fait qu'augmenter la vitesse de la circulation. Pour eux il n'y aurait augmentation de pression que dans les cas précédemment indiqués.

~~[illegible]~~

D'après M. Jaccoud il y aurait augmentation de la tension dans les ~~[illegible]~~ l'orifice mitral et triangulaire par insuffisance de propulsion malgré l'hypertrophie du cœur. — Phénomènes beaucoup plus complexes. En tout cas l'H. C. est rare dans ces cas comme dans tous ceux où l'augmentation de la tension proviendrait d'un obstacle au retour du sang veineux, notamment par compression des veines du cou, par lésions pulmonaires.

On doit attacher encore moins d'importance à la congestion ex vacuo admise par Lubarsch et Niemeyer dans l'atrophie cérébrale. Elle a été niée par Sharp et la plupart des auteurs.

Ainsi toutes ces causes qui ont une influence sur la tension du sang ne peuvent à elles seules expliquer les H. C. tout au plus peuvent-elles avoir une influence secondaire. ~~[illegible]~~

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Diminution de consistance du tissu de l'encéphale. — Ramollissement hémorrhagique de Rochoux. On n'a jamais constaté ce ramollissement sans hémorrhagie. Aucune altération du tissu au début, mais simple imbibition, ce n'est que plus tard qu'on trouve de la dégénération des éléments dissociés.

H. C. dépendant d'une lésion antérieure du cerveau. — Ramollissement. Gliomes — Aliénation —

En somme, il résulte de l'examen des conditions qui ont été invoquées pour expliquer la pathogénie de l'H. C. qu'~~aucune ne peut rivaliser~~ avec l'artério-sclérose et les anévrysmes miliaires qui constituent bien la cause immédiate de l'H. C.; mais que quelques unes d'entre elles, notamment l'altération des artères et l'hypertrophie du cœur et toutes causes augmentant subitement la pression artérielle, peuvent favoriser la rupture des anévrysmes. Il est néanmoins possible que dans quelques cas ~~exceptionnels~~ ces conditions puissent suffire, mais ces cas doivent être considérés comme exceptionnels, car depuis que l'attention est attirée sur les anévrysmes, il est bien rare qu'on n'en trouve pas. Encore dans ces cas est-on bien sûr qu'il n'en existe pas? On peut en ~~douter~~ vu leur fréquence. Il faut apporter beaucoup d'attention dans les examens microscopiques (obs. pers.) — Il est très vrai qu'on trouve presque toujours des A. M. mais il n'est pas prouvé qu'ils soient la cause immédiate de l'H. C. [illegible] produite par la même cause qui donne lieu aux A. M. sauf que dans 1° cas il y a rupture de V. tandis que dans le second il y a seulement une extrémité. Dans les 2 cas altération identique des vaisseaux.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Je vous signalerai encore quelques circonstances étiologiques relevées par les auteurs.

On a observé les H. C. à tout âge, même chez le fœtus mais c'est surtout à partir de 50 ans qu'elles surviennent fréquemment. En recherchant aussi la présence des anévrysmes chez des sujets de tout âge, on en trouve très-rarement avant 40 ans, tandis qu'à partir de cet âge on les rencontre assez souvent. —

Les hommes sont plus prédisposés que les femmes.

Hérédité ? — Excès alcooliques — intoxication saturnine, goutte rhumatisme, obésité. —

Les saisons auraient une certaine influence. Les H. C. surviennent plus fréquemment en hiver. On a dit aussi que l'extrême chaleur pouvait produire le même effet. La diminution de la pression barométrique aurait aussi quelque influence. Ces causes du reste pourraient rentrer dans la catégorie de celles que nous avons ~~passé~~ en revue à propos de l'augmentation de la tension artérielle. Toutefois il est bien douteux qu'une variation dans la pression barométrique comme celles qu'on observe journellement puisse avoir une influence sur la rupture des vaisseaux. — Enfin H. C. fréquente pendant le sommeil. D'après Lormain deux maxima par jour : 2 à 4 h. du matin, de 3 à 5 h. du soir. Statistique basée sur plusieurs milliers d'observations. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

11

Physiologie pathologique de l'apoplexie

Pendant longtemps l'H.C. a été confondue avec les autres affections cérébrales et décrites avec elles sous le nom d'apoplexie qui indiquait et indique encore la perte subite du sentiment et du mouvement avec conservation de la respiration et de la circulation. Lorsque les premiers travaux d'anatomie pathologique des centres nerveux ont fait connaître la nature des différentes affections ~~confondues~~ auparavant ; on a réservé à l'H.C. le nom d'apoplexie, qui a été ~~employé~~ généralement employé depuis Rochoux jusqu'à nos jours en France et à l'étranger, parce que cette maladie se manifeste le plus souvent par les phénomènes d'apoplexie.

Ainsi que M. Gaucond le fait remarquer, si les phénomènes d'apoplexie peuvent s'expliquer facilement dans les cas d'épanchement considérable il n'en est pas de même de ceux où l'épanchement est assez limité. M. Charcot a du reste étudié cette question difficile qui vient d'être l'objet de recherches nouvelles de la part de M. Duret —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

12 — une lésion du corps opto-strié, dit M. Charcot, détermine par suppression de la fonction, une hémiplégie, voilà le résultat immédiat de la lésion. Mais, état comateux, le cerveau a donc été affecté secondairement, le cœur se ralentit, la respiration s'embarrasse. Cependant pas d'influence sur les mouvements respiratoires et cardiaques ; c'est donc l'organe qui tient ces mouvements sous sa dépendance c.à.d. le bulbe qui est affecté par contre-coup.

— Ces manifestations à distance s'expliquent lorsqu'un foyer volumineux comprime à la fois l'hémisphère, la protubérance et le bulbe ; M. Duret prouve expérimentalement que cette compression directe peut troubler les fonctions vraiment cérébrales. La condition nécessaire de cette action comprimante est que le volume du foyer se rapproche de 40 à 50 centimètres, c'est-à-dire qu'il soit considérable. Cette condition remplie, la capacité du crâne reste pendant un certain temps trop petite pour admettre à la fois la masse cérébrale, le liquide qui l'entoure et le sang qui la vivifie. Alors le liquide rachidien ne trouve pas une place suffisante dans sa voie d'échappement et n'est pas résorbé assez vite. Le sang ne pouvant

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

faute d'espace suffisant, la circulation
reste suspendue en totalité ou diminuée
en partie, d'où la pâleur du cerveau, l'
aplatissement des circonvolutions, et la diminution
du liquide céphalo-rachidien.

— Mais, si le foyer est peu volumineux, de la
grosseur d'une noix ou d'une noisette, comment
expliquer la suspension des fonctions, non seulement
cérébrales, mais seulement bulbo-médullaires?
On l'ignore dit M. Charcot, ~~[illegible]~~

— ~~[illegible]~~ Duret fait remarquer que la compression
ne saurait intervenir, en raison de la faible
quantité de liquide rachidien déplacée qui
peut trouver place momentanément dans
la voie de dégorgement, [illegible]
Mais, il croit que dans l'ictus hémorrhagique
le mécanisme des phénomènes observés est identique
à celui du choc traumatique dont il a pu
constater les effets expérimentalement.

Au moment de la formation du foyer
dans le corps opto-strié, en raison de
son voisinage des cavités ventriculaires, le
liquide céphalo-rachidien se trouve projeté
dans le 4e ventricule et agit, soit directement,

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

soit plutôt, indirectement, par l'intermédiaire des corps rectiformes sur les centres vaso-moteurs et les excite. De là résulte un spasme vasculaire d'abord et une paralysie vasculaire ensuite. Ces deux actes des vaisseaux entraînent la perte du fonctionnement encéphalique; le second engendre et entretient le coma.

Dans le cas supposé, le choc bulbaire est bien produit, il y a bien déplacement brusque du liquide rachidien; car dans les expériences l'injection de 3 à 5 gr. d'un liquide non absorbable à la surface des hémisphères, dans l'intérêt de leur tissu, suffisaient pour produire instantanément les phénomènes du choc. (mouvements de la membrane atloïdienne et cessation de l'attente de coma.) Mêmes phénomènes en introduisant brusquement de l'air avec la bouche.

Les lésions observées et les phénomènes cliniques sont les mêmes dans le fait hémorrhagique et dans l'accident traumatique.

Foyer peu volumineux: injection vive de la pie-mère et encore beaucoup de liquide. Cependant coma profond dans les derniers temps de la vie.

C'est la phase de paralysie vasculaire qui avec le spasme qui l'a précédé suffisent à expliquer la cessation de l'activité cérébrale, l'élément nerveux étant privé de sang ou en contact avec un sang qui circule difficilement. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Cliniquement la première phase du choc apoplectique est désignée par les médecins sous le nom de phase convulsive, elle correspond à la phase tétanique du choc traumatique.

La seconde phase (perte du sentiment du mouvement de la tonicité musculaire et même des actes réflexes) c'est la reproduction de la phase de résolution et de paralysie vaso-motrice.

Dans le choc traumatique et dans le choc hémorrhagique, les phénomènes bulbaires c. a. d, les modifications du pouls de la respiration et de la température centrale ont entre elles les analogies les plus saisissantes.

M. Charcot en effet montre que si les fonctions de la vie animale sont annihilées, celles de la vie végétative sont plus ou moins troublées et peuvent même cesser en entraînant la mort.

1° Pouls d'abord ralenti, filiforme
2° Pouls naturel mais très faible
3° Pouls accéléré avec ou sans fièvre (surtout si la mort doit s'ensuivre)

mêmes phases dans le choc traumatique. —

même analogie pour les troubles respiratoires.

respiration inégale et convulsive correspond à l'excitation du bulbe.

respiration ralentie d'abord puis remarquablement accélérée correspond à la paralysie du centre respiratoire

température { phase d'abaissement / phase d'ascension

il est probable qu'il y a aussi une phase d'élévation correspondant à celle observée du moment du tétanisme, mais elle ne dure que 2 à 5 minutes. —

— du sommeil, même mécanisme pour le choc traumatique et le choc hémorrhagique, de flux brusque du liquide rachidien dans le ventricule bulbaire et excitation des corps restiformes. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

17e Leçon
27 juin

Dans la précédente leçon nous avons surtout étudié la pathogénie et l'étiologie de l'H. C. : nous avons vu que dans l'immense majorité des cas l'H. provient de la rupture d'anévrysmes miliaires qui eux-mêmes sont consécutifs à l'artério-sclérose des petits vaisseaux.

Nous avons passé en revue les conditions pathogéniques invoquées par les auteurs avant les recherches de Mm. Charcot et Bouchard et nous avons pu nous convaincre que soit les différentes altérations des vaisseaux de l'encéphale autres que celles donnant naissance aux a. miliaires, notamment l'athérome artériel, soit l'augmentation de tension dans les artères par l'hypertrophie du cœur ou par toute autre cause, soit la diminution de consistance du tissu de l'encéphale, étaient incapables de rendre compte de la généralité des faits ; qu'on rencontrait en même temps presque dans tous les cas des a. m. ce qui ne permet d'attribuer à ces différentes causes qu'un rôle secondaire. Tout au plus peut-être considérer comme agissant seules lorsqu'on ne trouve pas d'a. m. –

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Je vous ai aussi indiqué les différentes circonstances étiologiques inconnues importantes qui se rapportent à l'H. C.

Avant de passer à l'étude des symptômes de l'H. C. je vous ai fait connaître les recherches intéressantes de M. Duret relatives à la physiologie pathologique de l'apoplexie, en raison de l'importance de ce syndrome dans la maladie qui nous occupe.

Dans les cas d'épanch. abondant, la compression que subit l'encéphale explique tous les phénomènes d'apoplexie, dont on se rend plus difficilement compte dans les cas où le foyer est petit.

M. Duret admet en se basant sur l'expérimentation et sur l'obs. des faits cliniques que le choc hémorrhagique est analogue au choc traumatique et que l'apoplexie et les phénomènes consécutifs sont dus au spasme puis à la paralysie des petits vaisseaux déterminés par le reflux brusque du liquide rachidien dans le ventricule bulbaire où il excite les centres vaso-moteurs soit directement, soit par l'intermédiaire des corps restiformes.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3 Symptômes et Diagnostic. –

Les manifestations symptomatiques de l'H. C. sont tellement semblables à celles du Ramollissement, qu'on ne peut dans aucun cas les différencier d'une manière certaine. Il en résulte que la description que nous avons faite à propos du Ramoll. s'appliquent à l'H. C. dont le diagnostic ne peut être établi que d'après des probabilités plus ou moins grandes fondées sur la prédominance de certains symptômes et sur les affections concomitantes et sur les circonstances étiologiques. En décrivant les symptômes de l'H. C. je ne pourrais que répéter ce que je vous ai dit à propos du Ramoll. au moins en grande partie; par conséquent je m'abstiendrai à vous signaler parmi ces symptômes ceux qui présentent quelques particularités relatives à l'H. C.

– Pendant longtemps on a cru que les prodrômes étaient spéciaux au Ramoll.; mais en constatant que l'apoplexie était fréquente dans le Ramoll., on s'est aperçu aussi que les prodrômes pouvaient exister dans l'H. C. D'après M. Durand-Fardel et M. Jaborde ils seraient même plus fréquents dans cette dernière maladie.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Ils sont ~~[illegible]~~ souvent et lorsqu'ils existent ils sont [illegible] peu marqués, ils n'ont de l'importance que si le malade a déjà éprouvé une attaque. ~~On~~ peut survenir au début en même temps des prodromes du ramollt.

La maladie débute ordinairement par une attaque d'apoplexie en tout semblable à celle que nous avons décrite à propos du ramollt.

On observe aussi le début brusque avec une perte de connaissance très-passagère, ou même sans perte de connaissance; mais moins fréquemment que le début précédent.

Enfin il est assez rare de rencontrer un début lent progressif. Celui-ci du reste n'est jamais si longue durée comme on l'observe [illegible] dans le ramollt. [illegible] perte de connaissance — rapport avec les troubles de la motilité.

Troubles de l'intelligence. Peuvent exister au même degré que dans le ramollt. cependant on les obs. plus fréquemment et à un degré plus marqué dans cette dernière maladie en raison du siège de l'affection.

Troubles de la motilité. Ils sont les mêmes que ceux observés dans le ramollt. mêmes particularités relatives au siège, à l'intensité et à tous les caractères que peuvent présenter ceux-ci. Toutefois paralysies, beaucoup moins fréquentes que dans le ramollt.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5 Les contractures sont également précoces et secondaires. Les dernières ne diffèrent pas de celles du ramoll. Quant aux premières, elles sont plus fréquentes dans l'H.; car bien qu'elles puissent survenir toutes les fois que la lésion occupe une région motrice, elles se montrent surtout lorsqu'elle touche aux méninges ou aux ventricules. Or le sang fait facilement irruption dans les ventricules d'où la fréquence de la contracture.

~~Hémorrhagie~~ également plus grande des convulsions. (Hémorrhagie de la protubérance.

Chorée post-hémorrhagique —

mêmes troubles de la sensibilité. — (Rosenthal)

générale, spéciale et réflexe

Déviation conjuguée des yeux — plus fréq. que dans le ramoll.

Aphasie — très rare dans l'H.C.

Température centrale. mêmes phénomènes, mais beaucoup plus marqués dans l'H.C. (Charcot-Bouchard) signe important pour le diagnostic et cependant exception.

Troubles des vaso-moteurs plus marqués que dans le ramoll. — pneumonie secondaire plus fréquente tandis que dans le ramoll. pneumonie primitive avec Hémiplégie [illegible]

Troubles trophiques ~~[illegible]~~ plus marqués.

Arthropathies au contraire moins fréquentes que dans le ramoll.

~~[illegible]~~ mal de Bright, hypertrophie de cœur. — ramoll. affection [illegible]

Durée et terminaisons. Mort foudroyante par paralysie bulbaire, plus fréq. que dans le ramoll. mais aussi ~~[illegible]~~ à l'état normal ou presque normal —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7. + Au début l'H. C. et le Ramoll. peuvent être confondus avec l'épilepsie et les crises épileptiformes ou éclamptiques ; d'autant que les lésions en foyer peuvent s'accompagner de crises convulsives épileptiformes. Celles-ci existent avec des phénomènes paralytiques qui sont ord. le point de départ des crises. Tandis que la paralysie fait défaut dans l'épilepsie vraie.

Élévation de la temp. 40-41°

Trois, l'état comateux renseignent sur les phénomènes qui ont précédé et morsure de la langue. Cessation du coma et somnolence ou nouvelle crise convulsive, ce qui n'arrive pas dans l'H. C. Enfin circonstances diverses qui peuvent mettre sur la voie : grossesse, lésions concomitantes.

paralysie générale avec congestion apoplectique

Toutes les maladies accompagnées d'un état comateux peuvent être confondues avec l'H. M. H. mais phénomènes paralytiques déviation de la tête et du cou dans ces dernières. Cependant on a pu les confondre avec le coma qui survient qqf. à la suite de maladies graves et dans les empoisonnements avec narcotiques, anesthésiques et alcool asphyxie ; mais perte successive des fonctions cérébrales abaissement de la temp.

urémie comateuse ; urine, abaissement progressif de la temp.

33-32° — Fièvre pernicieuse comateuse 40-41° type rémittent fréq. du pouls et de la resp. dès le début

syncope cessation des battements de cœur —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

6

— terminaison fréquente dans les 8 premiers jours ; encore fréquente dans les 30 premiers jours.
Ensuite décrépit être longue ; mais malade toujours exposé à une nouvelle attaque en raison des lésions artérielles.
— amélioration — rechute — dans le ramoll. hémiplégie variable — diagnostic dépend de la fréq. relative des gros symptômes des affections cérébrales
Résumé — siège du foyer, voir localisation — —

— Diagnostic de l'H. et du Ramoll.

avec d'autres affections cérébrales.
affections qui non [illegible] étudiées et que je laisse de côté

+ Hystérie. antécédents de la malade et caractères de la paralysie. C'est ord. le membre inf. qui est le premier envahi. anesthésie complète. perte de la sensibilité complète ou seulement analgésie. pâleur et refroidissement relatif du côté paralysé. muqueuses et organes des sens ord. affectés parfois achromatopsie. hyperesthésie ovarienne du côté paralysé. (mais surtout anesthésie complète au bout d'un temps même très long) (obs. personnelles). — parfois anomalies de la sensibilité. jamais de paralysie du facial, ni des muscles de la langue. jamais d'aphasie. — —

— Hémiplégie de cause médullaire par lésion dans une moitié latérale de la moelle dans toute son épaisseur : paralysie de la motilité directe et paralysie croisée de la sensibilité

SCD Lyon 1

8

Pronostic. Toujours grave même dans les cas légers en raison de l'altération probable des vaisseaux et de la possibilité de nouvelles attaques. L'intensité des phénomènes apoplectiques, leur durée, augmentent les chances de mort surtout lorsque les fonctions sont compromises. importance de la température, contractures, [illegible]. Après leur disparition les membres ~~[illegible]~~ assez rapidement à un état quasi normal; mais si la paralysie complète persiste pendant un certain temps, le retour des mouvements sera toujours plus ou moins restreint. De même pour la sensibilité et l'intelligence. Enfin état à peu près stationnaire lorsque la contracture secondaire apparaît. — ~~pronostic~~ encore aggravé par l'âge, état de la constitution. maladies antérieures du cœur, des vaisseaux, des reins.

Traitement. — Comme pour le ramollissement nous devons considérer le traitement d'un port ~~immédiatement~~ après l'attaque et pendant la période aiguë et d'autre part pendant la période chronique ou secondaire. —

S'il y a une maladie pour laquelle la saignée a paru indiquée d'une façon indubitable c'est bien l'H.C. qui semblait due à un excès de congestion.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9 En outre on espérait diminuer la tension du sang et par le fait l'irruption du sang dans le foyer lorsqu'on faisait la saignée de bonne heure.

L'expérience a prouvé que si la saignée était parfois innocente, que si elle paraissait diminuer l'intensité des accidents dans quelques cas, elle avait paru d'autres fois les augmenter.

On n'est pas étonné de ces résultats en analysant les effets que la saignée doit produire dans les différentes circonstances qui peuvent se présenter relatives à l'étendue des lésions et aux symptômes présentés par le malade.

Vaste foyer. La saignée ne peut pas enlever le sang contenu dans le foyer. Elle ne pourrait que diminuer la congestion collatérale, mais nous savons que dans ce cas il y a de l'anémie ; donc elle ne peut pas être utile à ce point de vue et ~~[illegible]~~ pourrait être nuisible. En supposant

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

que l'H. s'effectue progressivement, on aurait peut-être lieu d'espérer qu'elle s'arrêterait par la diminution de la tension artérielle. Mais nous avons vu que ce n'était pas la tension constante du système artériel qui devait occasionner la rupture des vaisseaux, mais surtout la tension brusque additionnelle produite par la contraction ventriculaire qui se fait d'autant plus sentir que les vaisseaux sont plus rapprochés du cœur. Or en enlevant du sang on diminue bien la tension artérielle, mais pas au moins immédiatement la tension additionnelle. Celle-ci sera même augmentée ou plutôt la différence entre la tension pendant la diastole et la tension pendant la systole sera plus grande, ce qui se traduit par une amplitude plus grande du pouls. Il en résulte que cette condition loin d'être favorable à la diminution de l'écoulement du sang dans le foyer, pourra peut-être le favoriser.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

11

— Si le foyer est petit. La saignée n'a toujours guère d'effet sur le sang qu'il contient mais on comprend qu'elle puisse avoir une heureuse influence sur la fluxion collatérale,

— mais, outre qu'une déplétion devient moins utile, pendant la vie on ne possède pas des signes certains pour reconnaître l'étendue des foyers et les indications doivent être basées sur les symptômes.

— M. Brouardel insiste sur l'importance des indications fournies par l'examen des fonctions du bulbe. Si le pouls et la respiration sont ralentis, si la temp. est abaissée, il faut s'abstenir de saigner, le malade étant dans un état presque syncopal et le cœur menaçant de s'arrêter. Et la saignée abaissant la température. C'est un conseil très judicieux. Cependant ces phénomènes indiquent comme nous l'avons vu qu'il y a excitation du bulbe. Donc à plus forte raison lorsque les symptômes paralytiques existeront. C'est lorsqu'il y aura accélération du pouls et de la respiration devra-t-on s'abstenir des saignées.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Dans ces cas, on doit se borner à l'emploi des révulsifs intestinaux ou cutanés, du côté non paralysé, bien que ces moyens aient une importance douteuse.

— Mais si les fonctions du bulbe ne sont pas troublées, la saignée sera encore proscrite toutes les fois que le malade sera âgé, débilité, et avec un faciès pâle. D'autant qu'on n'est jamais certain d'avoir affaire à une H. C.

— Si le malade est jeune pléthorique si la face est congestionnée, s'il y a des signes d'engouement pulmonaire, une émission sanguine pourra être utile ; mais il faudra procéder avec circonspection comme le faisait Grisolle en enlevant que peu de sang à la fois.

— On pourra peut être alors employer de préférence les sangsues et les ventouses scarifiées qui ont en même temps une action dérivative.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

13

— En cas d'hémorrhagies habituelles supprimées (~~ph~~ menstruelles - hémorrhoïdales), on cherchera à les rappeler, ou bien on fera une saignée dérivative de côté au moyen des sangsues.

— En général on peut toujours avoir recours aux lavements purgatifs.

— pas de vomitifs.

— Electricité employée pour faciliter la résolution de l'épanchement. (courants galvaniques) résultat nul si non dangereux.

— Dans la période chronique.

Electricité - pour ainsi dire effets bains tièdes ~~ou~~ chauds -

Eviter toutes les médications excitantes et toutes les circonstances pouvant produire le même effet.

D'où hygiène convenable -

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

18e Leçon

29 Juin

Nous avons terminé l'étude de l'H. C. dans la précédente leçon. À propos des symptômes et du diagnostic je me suis borné à faire ressortir les différences qui séparent l'H. du Ramollissement et qui en général sont peu marquées, car chaque symptôme pris isolément peut se rencontrer dans les deux maladies. Les formes mêmes peuvent être semblables. Toutefois nous avons vu qu'on devait établir le diagnostic sur la fréquence relative d'un certain nombre de symptômes et sur la présence de maladies concomitantes ou antérieures; mais que le diagnostic ne pouvait reposer que sur des probabilités plus ou moins grandes. Nous avons ensuite passé en revue quelques maladies qui pouvaient être confondues avec l'H. cérébrale.

Je vous ai dit pourquoi le pronostic était toujours grave et je vous ai fait connaître les circonstances sur lesquelles on peut se fonder pour l'établir.

Nous avons vu que le traitement ~~n'était pas aussi simple~~ qu'on pouvait le croire au premier abord et que les saignées pouvaient être nuisibles aux malades. Nous en avons cherché la cause en étudiant l'effet produit par la saignée dans les cas où le foyer est grand ou petit. Nous avons vu que ce n'est guère que dans ce dernier cas que la saignée pouvait être utile; encore n'a-t-on pour le guider que des symptômes qui ne donnent pas cette indication d'une manière certaine. Après avoir démontré qu'il fallait s'abstenir des saignées lorsque les fonctions cérébrales étaient entravées, je vous ai dit que l'indication de la saignée reposait plutôt sur l'état général et qu'en tout cas il fallait saigner peu et prendre en retournant. Dans la période chronique peu de ressources. Électricité, Hains, Stagnin.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

2

Hyperémie et congestion cérébrales.

Les deux termes sont employés pour indiquer que le sang distend à l'excès les vaisseaux du cerveau soit parce qu'il afflue avec trop de force ou trop d'abondance, soit parce qu'il éprouve des difficultés pour s'écouler par le système ~~vaisseux~~. Cependant on réserve plutôt le nom de congestion à la fluxion ou hyperémie active.

Anatomie pathologique. Les caractères de l'hyperémie C. sont très-incertains, car parfois elle peut ne pas laisser de trace et souvent on trouve des stases sanguines qui n'existaient pas pendant la vie. En effet la réplétion des vaisseaux après la mort dépend 1° de la déclinité de la tête (Rosy) 2° de l'abondance du sang, 3° de sa liquidité, 4° des troubles de la circulation cardiaque ou pulmonaire qui ont précédé la mort.

Dans les cas cependant où la congestion était très intense pendant la vie, on a noté la distension par un sang noir des vaisseaux du diploé de la voûte crânienne, des sinus et des veines des méninges. Celles-ci sont dilatées et tortueuses. Le cerveau volumineux, turgescent, distend la dure-mère.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3 Les circonvolutions sont pressées les unes contre les autres et aplaties. La consistance est ordinairement exagérée au moins chez l'adulte; mais chez l'enfant ce serait le contraire. La pie-mère se détache aisément des circonvolutions. Lorsque les membranes sont enlevées, la surface corticale présente un pointillé rouge dû à la rupture des petits vaisseaux. Cette surface présente parfois une teinte rougeâtre uniforme avec des plaques couleur hortensia ou plus ou moins foncées qui ne disparaissent pas par le lavage. — Sur les coupes la substance blanche présente l'état sablé. Les capillaires et les petits vaisseaux sont dilatés au point que leur diamètre est presque doublé (Shaase, Sbekker), tandis que d'après Golgi les espaces lymphatiques sont notablement rétrécis.

Dans les cas où l'hypérémie a duré longtemps, où les congestions ont été répétées, les vaisseaux sont toujours dilatés, mais les gaines lymphatiques le sont également. Les méninges sont épaissies et présentent à leur intérieur des dépôts de pigment comprimé et plus ou moins opaques. Même altération de l'épendyme ventriculaire et des plexus choroïdes. Enfin un peu d'œdème cérébral.

Hypérémie ord. généralisée, mais gaffe localisée lorsqu'elle a été provoquée par une lésion antérieure. Toutefois ne pas oublier qu'on peut avoir des signes de congestion sans trouver ces altérations et surtout qu'on trouve ces altérations sans que pendant la vie on ait constaté des troubles fonctionnels

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4

Étiologie et pathogénie.

1° augmentation de la tension dans le système artériel hypertrophie du cœur — maladie de Bright, etc — impression du froid — frisson fébrile. — compression et rétrécissement de l'aorte. (obs. pers. negative) —

2° Pression veineuse augmentée par un obstacle au retour du sang compression des jugulaires, de la veine cave sup., inf. au dire de Haas, lésions de l'orifice mitral ou tricuspide ou des poumons, enfin dans les cas d'asystolie.

La pression augmente à la fois dans le système artériel et le système veineux dans la pléthore vraie ou dans celle qui survient à la suite de la suppression brusque d'un flux sanguin hémorrhoïdal ou menstruel, d'un flux séreux abondant ou d'une diarrhée ancienne; dans le cas d'une tumeur remplissant le ventre et comprimant l'aorte ou bien lorsque par suite d'un repas copieux il y a compression du système veineux et une gde quantité de chyle versée dans la circulation; enfin quand les organes abdominaux sont comprimés par un violent effort et que le sang est refoulé du côté de l'encéphale.

3° viscosité trop grande du sang par suite de l'excès de globules qui rend son passage difficile à travers les capillaires et augmente la pression latérale à laquelle ces vaisseaux sont soumis. De même chez les cholériques avec affaiblissement de l'action du cœur en plus

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5 — 4° distension des capillaires quand leurs parois sont affaiblies par les altérations graisseuses ou athéromateuses lorsque leur énergie a été appuyée par des fatigues intellectuelles excessives et par des veilles prolongées. C'est de cette façon qu'agissent l'insolation et l'alcool. C'est de ce paralysant l'action musculaire des petits vaisseaux. Influence du système nerveux sur la congestion. Enfin, souvent l'étiologie est complexe.

Symptômes. Ce que l'on sait de l'anat. pathol. explique la variabilité des symptômes qui de suite font souvent défaut. Ils ont d'autant plus de chances de se produire et ils se montrent avec d'autant plus d'intensité que la fluxion est plus brusque. Nous devons donc considérer les symptômes de l'hyperémie active ou congestion et ceux de l'hyperémie passive.

La congestion du cerveau peut être caractérisée par un peu de pesanteur ou d'embarras de la tête, par de la céphalalgie, des vertiges, des éblouissements, de la chaleur à la tête, rougeur de la face et injection des conjonctives, symptômes qui peuvent faire défaut. Contractions des pupilles, troubles de la vue, battements exagérés des carotides et des temporales, pouls, plein, dur, presque toujours rare et lent, insomnie, pas d'élévation de la température à moins de complications. Ces phénomènes peuvent encore être plus accentués s'il s'y ajoute du délire, des hallucinations.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

consymptômes n'ont le plus souvent qu'une importance très-secondaire, d'autant que la congestion est rarement primitive. Mais il est une forme clinique de la congestion cérébrale que l'on rencontre qqf. et qu'il faut connaître, c'est la forme apoplectique ou le coup de sang. C'est une apoplexie qui survient sans prodromes ou qui est précédée des symptômes indiqués plus haut. D'après Durand-Fardel la résolution ne serait pas aussi absolue que dans l'apoplexie consécutive aux lésions en foyer. Ord. pas de paralysie; cependant on aurait parfois constaté une hémiplégie passagère. Dans ces cas n'y aurait-il pas eu erreur de diagnostic? Impossible de le savoir même dans les cas où l'autopsie peut être faite, puisque nous avons vu à propos du ramoll. que dans des cas de paralysies bien accentuées, on pouvait ne trouver aucune lésion anatomique pour les expliquer.

Durée: une heure ou quelques heures. occasionne très-rarement la mort contrairement à l'opinion généralement admise dans le public.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7

— Dans les hypérémies passives, les phénomènes d'excitation font ord. défaut. Les malades s'affaissent progressivement. intelligence paresseuse, diminution de la mémoire. indifférence pour ce qui se passe autour d'eux. assoupissement, sommeil presque continuel interrompu par un délire tranquille, enfin état comateux. La mort est souvent précédée d'un retour inattendu de la lucidité d'esprit précédant l'agonie. (obs.). —

— physiologie pathologique. Dans l'hypérémie active, surexcitation cérébrale; et dans la congestion apoplectiforme probablement choc sanguin analogue au choc hémorrhagique et traumatique. Enfin dans l'hypérémie passive, défaut de nutrition des éléments nerveux dont l'activité s'engourdit et parfois excitation par l'influence irritative de l'a. carbonique accumulé (Brown-Séquard) —

— Diagnostic. La forme apoplectique peut être confondue avec la syncope, l'épilepsie, l'embolie et l'hémorrhagie cérébrale, ~~[illegible]~~

— La congestion cérébrale progressive plus ou moins intense présente des phénomènes analogues à ceux déterminés par l'anémie cérébrale chez les individus épuisés par les fatigues, le travail, l'inanition, les pertes de sang ou par une convalescence diffi-

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

8

on peut encore la confondre avec le vertige stomacal ou autre. Enfin lorsqu'il y a du délire, il faut le différencier du délire de l'inanition et de la convalescence, du délire fébrile, de celui des maladies aigues du cerveau, du délire alcoolique et du délire saturnin. Dans tous ces cas le diagnostic se tire principalement des conditions mêmes où ces différents phénomènes ont pris naissance. — En tout cas il faut toujours chercher autre chose, et très rarement on trouve une congestion simple.

Pronostic. Lorsque la congestion est primitive elle n'est ord. pas grave et il est très-rare qu'une congestion apoplectiforme entraîne la mort. mais celle-ci survient surtout dans les formes délirantes ou subapoplectiques (Durand-Fardel, Andral, Niemeyer) qui sont ordinairement sous la dépendance de quelque affection grave et notamment de la paralysie générale.

Traitement. Indications: faire cesser la flussion ou l'état congestif et l'empêcher de se reproduire. Par conséquent, il faut 1° diminuer la tension artérielle, 2° faciliter le retour du sang dans les veines, 3° rendre plus aisé l'écoulement de ce liquide à travers les capillaires, 4° provoquer et accroître la tonicité des vaisseaux afférents de ce réseau, peut être des capillaires eux-mêmes.

1° saignée — repos, régime sévère, diète lactée, suppression des excitants.
2° émissions sanguines locales, position, révulsifs cutanés et intestinaux
3° émissions sanguines médiocrement abondantes mais répétées. Régime appropriés
4° applications froides sur le front. hydrothérapie — Potasse

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Œdème cérébral. — Se rencontre dans un gd nombre d'affections de l'encéphale à un degré plus ou moins marqué et sous une forme limitée. Les surfaces de section de la substance blanche sont humides et brillantes d'une manière inaccoutumée avec légère diminution de la consistance. À un degré plus prononcé, la substance médullaire est imprégnée de liquide, molle, d'un blanc mat éclatant. Dans les infiltrations aiguës très-intenses, des espaces sous-arachnoïdiens, des ventricules et dans les lésions en foyer, la substance cérébrale est réduite en bouillie et presque liquéfiée, de couleur blanche ou jaune.

L'œdème cérébral à marche chronique peut entraîner peu à peu une véritable macération du cerveau, comme dans certains cas de sénilité et d'idiotie.

L'œdème cérébral à marche aiguë pourrait causer la mort subite. (maladies du cœur et des reins) cependant la question n'est pas aussi simple. Toutefois il est douteux qu'un œdème cérébral partiel puisse donner lieu à une hémiplégie complète malgré l'autorité de Bamberger. Du reste ainsi que le fait remarquer Rosenthal le diagnostic sera toujours bien incertain car les anatomopathologistes eux-mêmes (Rokitansky) n'admettent la réalité des apoplexies séreuses sur le cadavre qu'avec beaucoup de réserves.

Il est certain d'autre part que les exsudations séreuses causées par les tumeurs ou par des obstacles à la circulation veineuse ont une influence fâcheuse. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

10. Encéphalite. autrefois confusion avec le Ramollt. puis laissé de côté. Étudiée par Bouchard et Peumeau et surtout d'une manière complète par Charcot.

~~[illegible]~~ Les auteurs pensent que pour le cerveau, comme pour les autres ~~[illegible]~~ parenchymes, ~~[illegible]~~ le point de départ de l'irritation infl. est tantôt dans l'élément fondamental du tissu nerveux, tantôt dans le tissu interstitiel, que l'on peut admettre, par conséquent, deux classes d'encéphalite : 1° l'E. parenchymateuse, 2° l'E. interstitielle.

Jusqu'à présent les altérations irritatives des éléments nerveux eux-mêmes ont échappé presque complètement aux observateurs.

L'encéphalite interstitielle est au contraire mieux connue surtout depuis la découverte de la névroglie par Virchow. Du ~~[illegible]~~ processus c.ad. de l'enchaînement des phénomènes infl. et de la néoplasie infl. à laquelle il aboutit, M. Charcot admet 3 espèces d'encéphalite interstitielle :

1° E. suppurative ;
2° E. hyperplastique ;
3° E. sclérosique.

Les infl. suppuratives sont habituellement aiguës, les hyperplastiques subaiguës et les sclérosiques chroniques, mais rien d'absolu. Chaque processus, sans changer pour cela de nature est plus ou moins aigu. Chacune d'eux a présenté, à un moment donné, une acuité relative qui correspond à la période d'irritation formative + ou - rapide qui est le fond de toutes les lésions infl.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

11

Chacune de ces espèces d'encéphalite peut être limitée à un point de l'encéphale ou bien y être disséminée d'une façon diffuse, d'où des variétés dans chaque espèce. Enfin chaque variété fournira des différences importantes suivant que les lésions se seront développées primitivement dans le tissu encéphalique, ou bien comme conséquence des lésions des organes voisins ou d'autres lésions du tissu nerveux. d'où les formes primitives et consécutives.

Encéphalite suppurative. très rarement primitive, ord. secondaire. Sous l'influence des traumatismes de la tête, d'une affection du rocher, des ostéites ou périostites du crâne.

Expérimentalement on a pu étudier les effets de l'irritation du tissu de l'encéphale. prolifération des noyaux de la névroglie et de ceux des vaisseaux, puis issue des leucocytes qui remplissent d'abord la gaine lymphatique. Bientôt les parties envahies se liquéfient, s'altèrent; les éléments subissent la dégénérescence graisseuse et disparaissent. Le tout forme dans les points les plus altérés une crème jaunâtre dans laquelle les éléments du pus sont ratatinés et infiltrés de graisse. Le pus est infiltré dans la substance cérébrale ou limité par une membrane de nature conjonctive. La transformation rapide du pus cérébral en matière caséeuse paraît être une règle presque générale, ce qui tient probablement à la richesse en matières grasses de la substance nerveuse qui se détruit. D'ailleurs les leucocytes subissent partout cette transformation lorsque le pus ne s'écoule pas au dehors au fur et à mesure de sa production.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— L'E. supp. aiguë peut donner lieu à des symptômes variés. Il peut exister des prodromes, consistant en céphalalgie, vertiges, éblouissements, troubles, passages de la motilité et de la sensibilité; convulsions et contractures passagères, fourmillements, engourdissements.

— Le début peut être brusque apoplectiforme avec convulsions, contractures, ou bien caractérisé par du délire précédé ou non d'une céphalalgie très violente. En même temps fièvre. T. ne dépasse pas 39°. G. Pouls fréquent qqf. inégal et irrégulier.

— Le début peut être gradué, c. à d. que ces mêmes phénomènes surviennent progressivement.

— Après cette période, souvent un temps d'arrêt, puis vient la dépression qui peut succéder immédiatement à la phase d'excitation ou entremêler ses symptômes avec ceux de la première période. Pendant la période de dépression, délire calme, stupeur, paralysies, affaiblissement progressif, coma.

— Qqf. la deuxième période est subaiguë presque chronique: céphalgie sourde persistante, obtusion de l'intelligence, somnolence, phénomènes paralytiques plus ou moins marqués suivant le siège de l'affection.

— Lorsque les abcès prennent la forme chronique, ils se comportent comme les tumeurs et nous nous en occuperons dans la prochaine leçon. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— L'E. supp. aiguë peut donner lieu à des symptômes variés. Il peut exister des prodromes consistant en céphalalgie, vertiges, éblouissements, troubles passagers de la motilité et de la sensibilité; convulsions et contractures passagères, fourmillements, engourdissements.

— Le début peut être brusque apoplectiforme avec convulsions, contractures, ou bien caractérisé par du délire précédé ou non d'une céphalalgie très violente. En même temps fièvre. T. ne dépasse pas 39°,5. Pouls fréquent qqf. inégal et irrégulier.

— Le début peut être gradué; c. à d. que les mêmes phénomènes surviennent progressivement.

— Après cette période, souvent un temps d'arrêt, puis vient la dépression qui peut succéder immédiatement à la phase d'excitation ou entremêler des symptômes avec ceux de la première période. Pendant la période de dépression, délire calme, stupeur, paralysies, affaiblissement progressif, coma.

— Qqf. la deuxième période est subaiguë presque chronique: céphalgie sourde persistante, obtusion de l'intelligence somnolence, phénomènes paralytiques plus ou moins marqués suivant le siège de l'affection.

— Lorsque les abcès prennent la forme chronique, ils se comportent comme les tumeurs et nous nous en occuperons dans la prochaine leçon. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

13 Le diagnostic des abcès est toujours très-difficile on les distinguera des ~~ramoll.~~ ramoll. par la fréquence et la longueur des prodromes, par la nature de la cause, la fièvre de début, la fréquence plus grande des contractures, la marche progressivement croissante et parfois par des frissons.

Pronostic et traitement.

<u>Encéphalite hyperplastique</u> (subaiguë)
tout les ventricules entre off. rapp. ... bien analogues à celles qui ... un abcès.

1° Encéph. limitée { Primitive très-rare (3 obs.)
{ Secondaire: [traumatisme, lésions des méninges, lésions tuberculeuses, ostéite, carie, phlébite des sinus. –]

2° E. diffuse { sans lésions des méninges [mal connue (E. congénitale de Virchow) dans la fièvre typhoïde (Albers, Popoff)]
{ avec lésions des méninges [méningites aiguës, chroniques, tuberculeuses, paralysie générale, alcoolisme, pachyméningite –]

En résumé les altérations sont diffuses, subinflammatoires indiquant un vice général ou très-étendu de la nutrition, ne produisant dans certains cas la mort qu'après une dégénération fort étendue de l'organe lésé. Aussi est-ce dans ce groupe que l'on doit chercher les formes dégénératives, qui frappent l'élément parenchymateux lui-même. (Biggs, multiplication des noyaux des cellules ganglionnaires, dans la méningite tuberculeuse, dans la méningite suppurée et autour des tumeurs, dans la paralysie générale).
symptômes se rapportant aux lésions primitives, cependant dépendant aussi des points centraux affl.

<u>Encéphalite scléreuse</u>.

M. Mayer les divise en primitives et consécutives.

A. Primitives { Encéph. chronique primitive
{ Sclérose cérébrale proprement dite.

<u>Encéph. chronique primitive</u> peut aussi succéder à l'encéph. hyperplastique spontanée.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

14 Le travail phlegmasique est tellement lent que gopf. il n'y a pas de symptômes appréciables ou bien des troubles analogues à ceux du ramolli progressif. — Elles peuvent nombreuses forme et aspect des foyers variables : tuméfaction ou atrophie. avec adhérence aux méninges lorsqu'ils siègent à la surface. Consistance du tissu augmentée ou diminuée (consistance pâteuse). Couleur grisâtre ou jaunâtre dépendant de la quantité de graisse et de pigment sanguin contenu dans le tissu altéré. Cette variété offre l'aspect de tumeurs ou des plaques jaunes ou d'anciens foyers en voie de réparation.

Au microscope développement considérable de noyaux et d'éléments cellulaires provenant de la prolifération des éléments de la névroglie et de la transformation du réticulum en un tissu conjonctif plus ou moins nettement fibrillaire ou fibroïde. En outre production de jeunes vaisseaux disparition des éléments nerveux par atrophie simple ou par transformation de la myéline en granulations graisseuses.

Sclérose cérébrale. caractères identiques dans tout le système nerveux, mais variétés nombreuses relatives à l'étiologie, à la forme et au siège des lésions.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

15 — Elle est essentiellement caractérisée par une hypergénèse des éléments de la névroglie s'accomplissant probablement avec lenteur et par une dégénération concomitante des éléments nerveux. À l'extérieur elle se révèle par l'atrophie et l'induration de la partie altérée avec ou sans changement notable de coloration.

— Elle se distingue des foyers d'encephalite précédents par la marche plus lente du processus et la production moins considérable d'éléments nouveaux.

— Sclérose cérébrale à foyers disséminés. Elle se rencontre presque toujours en même temps que l'altération sclérense de la moelle désignée en France par MM. Charcot & Vulpian sous le nom de sclérose en plaques. (Sclérose en plaques généralisée)

— forme cérébrale, spinale et cérébro-spinale la plus commune.

— sympt.: amblyopie, nystagmus, embarras de la parole,

— vertige, facies particulière. parfois aliénation mentale.

— Sclérose lobaire et à foyers diffus. Foyer habituellement unique, mal limité avec atrophie.

— Ces faits diffèrent de ceux réunis sous le titre d'encephalite chronique spontanée, par une lenteur plus gde du processus et une induration atrophique plus manifeste. ~~[illegible]~~ Ces faits sont difficiles à classer et durent assez rares.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

16 En résumé l'histoire des formes primitives de la sclérose est encore entourée d'obscurité. Peu de faits ont été observés. L'hypergénèse du tissu interstitiel est-il la cause de l'atrophie des éléments nerveux ou succède-t-elle au contraire à cette dernière remplissant alors le rôle de tissu de cicatrice ?

B. Formes consécutives de l'E. sclérosique.

L'E. chronique consécutive se développe à la suite des plaies, des pertes de substance, des abcès, des infarctus, des tumeurs. Elle a encore le tissu conjonctif pour point de départ. La néoplasie inflammatoire forme des kystes, des aréoles, des brides, tantôt il comble les vides laissés par la destruction des parties, tantôt il isole le pus ou un produit étranger. C'est une encéphalite cicatricielle qui se développe comme les cicatrices dans les autres tissus.

Sclérose généralisée ou totale — primitive et consécutive

A. primitive suite à la suite des maladies typh. du choléra. Mokitanski pense qu'elle serait due à la diminution rapide du liquide rachidien. faits mal connus.

B. consécutive. sclérose étendue bien du foyer primitif. Elle se montrerait aussi dans un âge avancé soit comme conséquence de l'atrophie sénile, soit à cause d'altérations cérébrales multiples. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

19e Leçon
4 Juillet

Dans la dernière leçon nous nous sommes occupés d'abord de l'hyperémie ou congestion cérébrale. Nous avons vu combien les lésions étaient incertaines et combien la symptomatologie était variable. Nous avons étudié les hyperémies actives et passives, mais j'ai surtout appelé votre attention sur la congestion à forme apoplectique en vous recommandant de ne vous arrêter à ce diagnostic qu'après avoir passé en revue les différentes causes capables de produire l'apoplexie, en raison de la rareté de cette congestion.

Je vous ai signalé les difficultés qui présentait souvent le diagnostic dans les différentes formes et la nécessité de connaître les causes qui ont provoqué les symptômes pour déterminer la nature de la maladie; car l'anémie cérébrale peut se manifester par les mêmes symptômes que la congestion. En tout cas, le traitement par les émissions sanguines doit toujours être ...

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Je vous ai dit quelques mots de l'œdème cérébral qui accompagne souvent les différentes lésions et dont l'existence comme affection primitive serait au moins douteuse.

Nous avons passé ensuite à l'étude de l'Encéphalite en prenant pour guide le travail de M. Hayem.

Nous avons successivement passé en revue l'Encéphalite suppurative, l'E. hyperplastique et l'E. sclérosique, qui représentent les infl. aiguës, subaiguës et chroniques, toutes caractérisées par la prolifération du tissu conjonctif à différents degrés.

Nous avons vu que chacune de ces espèces d'E. peut être limitée à un point de l'encéphale ou y être disséminée d'une façon diffuse, d'où des variétés dans chaque espèce; enfin que chaque variété présente des différences importantes suivant qu'elle est primitive ou consécutive.

Il résulte de cette étude que nos connaissances sur ces infl. sont encore obscures, et que pour la plupart nous sommes ~~[illegible]~~ ~~ne sont pas connus~~ moins que l'anat. et l'étiologie laissent beaucoup à dire.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3

Tumeurs cérébrales.

— On a coutume de décrire sous ce titre des lésions de nature très différente, mais qui offrent certains rapports au point de vue clinique.

— Anatomie pathologique. Difficulté souvent très-grande de caractériser les tumeurs, non seulement au point de vue macroscopique, mais aussi après l'examen microscopique.

— Gliômes. Hyperplasie localisée du tissu de la névroglie (Virchow). Structure à peu près identique à celle de la névroglie avec un peu moins de cohésion.

— Lorsque les cellules se multiplient beaucoup il gliôme devient mou (G. medullaire). Si

— l'hyperplasie porte surtout sur la substance intercellulaire, il peut encore être mou, mais aussi de consistance fibreuse ou fibro-cartilagineuse (G. fibreux) (Glio-fibrômes). Il peut prendre l'apparence

— du tissu muqueux (Myxo-gliôme). Enfin s'il est très-riche en vaisseaux, c'est le gliôme

— télangiectasique.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4

quelquefois noyaux durs fibreux dans une tumeur plus ou moins molle. C'est ainsi que les caractères de ces différentes variétés peuvent se trouver réunis dans une seule tumeur.

Le gliome télangiectasique devient parfois hémorrhagique le sang se répand alors dans la substance de la tumeur et constitue de véritables hématomes.

Le gliome peut subir la dégénération graisseuse; la substance intercellulaire se liquéfie et il se forme de véritables excavations remplies d'un liquide transparent à parois rugueuses, tomenteuses, traversées souvent par de gros vaisseaux encore perméables.

D'une façon générale le gliome se présente sous l'aspect d'une masse grisâtre ayant les apparences de la substance cérébrale, plus ou moins colorée suivant le développement des vaisseaux (t. ou. solitaires n'envahissant que la rétine en raison de sa structure).

Le siège des gliomes est ord. dans la substance blanche des hémisphères, et à la surface du cerveau. Ils sont en général difficiles à délimiter exactement. Ainsi à la surface ils ont l'aspect d'une circonvolution hypertrophiée. Développement lent, (surtout les cerveaux) ce qui leur permet d'atteindre un volume parfois considérable avant de produire des troubles fonctionnels.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5 — Trois complications anatomiques : congestion, apoplexie hémorrhagique et hydrocéphalie ventriculaire par compression des vaisseaux.

— Virchow rapporte au traumatisme la formation des Cs. et c'est pour cela qu'ils siègent dans les parties du cerveau le plus fréquemment exposées aux chocs extérieurs ; tandis que les carcinomes atteignent les centres ganglionnaires.

— Sarcome. S. mou et S. dur fibreux ou fibrocartilagineux.

— S. mou consiste en cellules rondes à noyaux simples ou multiples, fusiformes avec prolongements fibrillaires.

— Il peut prendre l'apparence caséeuse et une coloration très jaune de manière à ressembler aux tumeurs gommeuses. Il peut aussi se

— former des cavités remplies de liquide. C'est ce que l'on remarque particulièrement dans la couche optique et le corps strié. Les vaisseaux peuvent prendre le caractère

— télangiectasique.

— S. dur ord. de couleur blanche ou blanc-bleuâtre, ou blanc-jaunâtre, de forme arrondie, à surface lisse ou légèrement rugueuse. Zone vasculaire qui les limite

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

6

peuvent être énucléés. De consistance fibreuse avec noyaux cartilaginiformes. Fort deux peu vasculaires. Constitué par des cellules fusiformes, serrées les unes près des autres avec une substance intercellulaire compacte fibrillaire ou homogène. Vaisseaux peu nombreux et à parois épaisses, de sorte qu'ils se rompent rarement et ne donnent pas lieu à des hémorrhagies. La dégénérescence graisseuse peut aussi l'envahir et lui donner l'aspect du ramollissement cérébral jaune.

Les sarcômes se développent probablement avec beaucoup de lenteur de sorte qu'ils ne donnent lieu pendant longtemps à aucun symptôme. Le sarcôme se distinguerait du carcinôme parce qu'il n'a pas de tendance à envahir la substance environnante. Il n'y a pas non plus de productions éloignées analogues ?

On le rencontre surtout chez les jeunes enfants. Ce sont les parties profondes qui sont surtout atteintes (couches optiques, corps striés, tubercules quadrijumeaux) Virchow admet les sarco-gliomes d'où identité de nature de ces tumeurs. Cornil et Bauvier appellent le gliome sarcôme névroglique. Ces tumeurs sont relativement fréquentes : elles comprennent les tumeurs fibreuses albuminoïdes de J. Müller, les t. fibro-plastiques ou embryo-plastiques de Lebert, les Myeloïd tumeurs de Paget, les t. à Myélocytes de Robin.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7

— Tumeurs hypertrophiques et Kystiques de la glande pituitaire et de la glande pinéale. On les a rattachées au Crétinisme et à l'épilepsie.

— Hétérotopie de la substance cérébrale. Substance grise déposée dans la substance blanche. t. fréquent trouvées chez des idiots et des crétins.

— Névrômes. t. congénitales siégeant ord. au niveau du corps strié et de la couche optique.

— nodosités à peu près hémisphériques, aplaties, dont le volume varie d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une cerise et au delà. Elles sont ord. multiples, grises ou rouges grisâtres, isolées ou en groupes; constituées par des fibres nerveuses fines, pour la plupart radiées et entourées de substance intermédiaire finement granuleuse, renfermant de gros noyaux nombreux. Souvent

— complication d'hydrocéphalie et alors les nodosités existent plutôt à la surface lisse du ventricule.

— Lipômes. Enchondrômes. qqp. obs. rares.

— Myxômes. t. [illegible] ord. considérable depuis le volume d'une noix jusqu'à celui d'une orange et au delà. structure gélatiniforme. substance fondamentale se liquéfie fréquemment en donnant lieu à des cavités remplies d'un liquide muqueux

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

8

— Papillomes. Cornil et Ranvier ont obs. un papillome très-volumineux dans le 3e ventricule faisant saillie dans les ventricules latéraux. Masse bourgeonnante gorgée de suc laiteux, entourée d'un tissu cérébral ramolli. Composée de bourgeons en forme de chou-fleur, formés par des vaisseaux plus ou moins dilatés et recouverts par des cellules parvimentaires qui desquamées donnent l'apparence laiteuse au liquide.

— Ostéomes. tumeurs rares cependant elles existent. Elles peuvent être la conséquence d'une encéphalite circonscrite. Avec l'ostéome, il y a ord. sclérose cérébrale et jamais de cartilage.

— Psammomes. t. formées par l'accumulation de sable calcaire dans les parties du cerveau où des quantités minimes de dépôts analogues se trouvent normalement (glande pinéale, granulations de Pacchioni et plexus choroïde) rarement le psammome atteint le volume d'une cerise.

— Lisse ou mamelonné, de couleur rose ou blanche, de consistance très-ferme. Le psammome de Virchow est décrit sous d'autres dénominations : t. fibro-plastique de Lebert, t. épithéliale de Robin, épithéliome de Vulpian, de Bouchard, sarcome angiolithique de Cornil et Ranvier.

— Ces tumeurs lorsqu'elles subissent la dégénération graisseuse forment une variété connue sous le nom Cholestéatome ou tumeur perlée : cellules épidermiques ayant subi la transformation graisseuse et disposées autour d'un noyau bosselés granuleux effrayant le brillant de la nacre. On peut la rencontrer avec des t. tuberculeux ou carcinomateux. Elles ne sont pas très-rares et ord. situées à la base du cerveau.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Carcinomes - tumeur très-rare développée primitivement. C'est l'Encephaloïde qui a surtout été rencontré, formant des tumeurs volumineuses - squirrhe, t. moins volumineux, évolution rapide, envahissement des organes voisins. Dans la jeunesse et la vieillesse principalement.

Tumeurs mélaniques. Nodules noirâtres variant entre le volume d'une lentille et celui d'une noix, pouvant se rencontrer dans le cerveau ou à sa surface. Probablement de nature carcinomateuse, très rares.

Tubercules. tumeurs assez fréquentes; du volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'une orange et au delà, mais ord. volumineux, dures, compactes se confondant avec le tissu cérébral ou séparé par une enveloppe rougeâtre formée de noyaux embryoplastiques. Il est arrondi ou ovoïde, à surface lisse ou muriforme. D'autres fois a platé ou de formes diverses; pouvant former de gdes plaques composées de masses tuberculeuses présentant parfois dans leurs intervalles un liquide clair et transparent ou jaunâtre et crémeux. Le tubercule a une coloration variable suivant son degré d'évolution: gris, jaune, verdâtre ou blanc; d'autant plus opaque qu'il est plus ancien. Consistance de la pomme de terre de la chataigne, de fromage, mêmes caractères que dans les autres régions; compacte lorsqu'il est jeune, mais en subissant la transformation

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Persistance de l'état caséeux ou dépôt de masses calcaires. — Les tubercules forment des masses en s'unissant les uns aux autres; mais il existe aussi de gros tubercules qui ne sont pas des agglomérations de petits tubercules. Le nombre des tubercules est toujours en raison inverse de leur volume.

On les rencontre dans le jeune âge et dans toutes les parties des centres nerveux.

Au point de vue histologique même constitution que dans les autres organes: petites cellules dans une substance granuleuse, dégénérescence graisseuse des parties centrales de la tumeur oblitération des V. par le fibrin. La substance nerveuse environnante est indemne ou hypérémiée ou le siège d'un ramollissement inflammatoire qui peut être assez considérable pour de petites tumeurs (obscures). Parfois épanchement abondant de sérosité dans les mailles de la pie-mère et dans les ventricules du cerveau.

Pour M. Rodin, tumeurs à Myélocytes. —

Tumeurs syphilitiques. Deux formes: l'une inflammatoire l'autre est la gomme syphilitique proprement dite. Les foyers infl. forment des tumeurs parfois très-étendues ou bien sont plus ou moins limités par la sclérose et se terminent par la formation d'un abcès ou d'une tumeur en kystée.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

12 Parasites enkystés du cerveau. Ne sont connus que depuis un siècle environ. Cysticerque le plus fréquent et l'echinocoque qui est le plus rare.

Cysticerques. Ils se développent à la suite de l'introduction dans la circulation des oeufs de tænia. Siège dans les méninges et le parenchyme cérébral surtout dans les hémisphères, mais aussi dans les ventricules et dans les autres parties de l'encéphale. C'est dans les parties les plus riches en vaisseaux qu'on les rencontre de préférence. Sur 88 cas rassemblés par Rüchenmeister, il y avait 11 fois des cysticerques dans d'autres parties du corps.

Le cysticerque du cerveau est en général renfermé dans une enveloppe sphérique très-molle, dans laquelle on aperçoit l'animal à l'œil nu, sous forme d'un petit tubercule blanc, et au microscope on voit le parasite avec son cou et sa couronne de crochets caractéristiques. Substance cérébrale avoisinante ord. saine, cependant pouvant être le siège d'infl., de ramoll. d'œdème, d'exsudations sanguines, et rarement d'une membrane limitante. Exceptionnellement les ventricules contiennent des vésicules libres, mais alors cavité élargie, épendyme épaissie et accumulation de sérosité. après la mort du parasite, vésicule ratatinée, parois et contenu troubles, granuleux ou [illegible] il faut trouver les crochets pour les distinguer des autres t. enkystés.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

13 Le cysticerque s'observe surtout dans les pays où l'on élève des cochons, là où l'on fait paître les vaches dans des prairies arrosées avec des excréments d'hommes et d'animaux habitant les villes. On les rencontre surtout sur les individus des classes pauvres et ord. malpropres. Chez les Hommes plus que chez les femmes. Rare dans les 10 premières années de la vie. La plus gde fréquence est de 20 à 59 ans. D'après Gräfe, les cysticerques du cerveau se présentent en Prusse 2 fois sur 100 autopsies.

L'échinocoque se rencontre rarement dans le parenchyme cérébral. Sur 363 cas de Davaine 20 fois dans le cerveau et sur 136 cas de Cobold, 16 fois. Surtout dans les lobes cérébraux et dans le cervelet mais aussi ailleurs. Les Kystes à échinocoques sont ord. volumineux, noir, orange, noir de coco. C'est chez les enfants, dans les hémisphères, et dans les ventricules latéraux qu'ils atteignent leurs plus gdes dimensions. Les hydatides sont le plus souvent isolées; rarement plusieurs Kystes. Le Kyste présente une membrane externe fibreuse riche en vaisseaux qui renferme le parasite et d'une deuxième enveloppe contiguë, molle, amorphe, transparente; sa face interne porte des groupes de petits bourgeons, gros comme des grains de millet dont chacun est pourvu de la couronne de crochets caractéristiques. L'échinocoque cérébral avec ses crochets et ses scolex est très rare. Ord. cavité du Kyste remplie d'un liquide clair avec débris et vésicules secondaires (acéphalocystes) — mêmes réactions autour de ces parasites qu'autour des cysticerques. Les [illegible] la transformation calcaire. — Islande, [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

14 Kystes séreux. Ces kystes sont ord. secondaires et on ne peut même pas dire qu'il n'en soit pas toujours ainsi. — Dilatation ampullaire circonscrite des ventricules et notamment du 3e ventricule. — Kystes dermoïdes. —

— Anévrysmes. Nous avons déjà eu l'occasion d'en parler à propos des anévr. miliaires Hodgson, Lerey. — Lebert, Gouguenheim, Durand, etc. —

— Sur 44 cas analysés par Gouguenheim : c. cérébrales moyennes 14 cas ; carotides internes 12 ; cérébrales antérieures 8 ; communicantes postérieures 9 ; communicantes antérieures 2 ; cérébrales postérieures 3.

— Non seulement les sylviennes sont les artères où l'on rencontre le plus souvent les anévrysmes, mais ce sont aussi celles où ils présentent le plus de développement. titres suivant vers les points de bifurcation. Volume variable, depuis une augmentation de calibre peu marquée, aucune muscade fine, glande de chêne jusqu'à la grosseur d'une petite noix et même d'un petit œuf. — artério-sclérose et production de l'anévrysme par le même mécanisme qui le détermine sur les autres artères.

— forme des a. variable et dépend surtout du siège d'où forme parfois aplatie, étranglée, bosselée. Ils se développent surtout du côté du cerveau où ils ne rencontrent pas d'obstacle. Les parois du sac s'épaississent avec le temps par hypertrophie de l'adventice, de sorte que les a. volumineux ont moins de tendance à se rompre

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Aussi a-t-on remarqué que ce sont les a. de petite dimension qui se rompent le plus facilement.

Evolution probablement lente (Lebert) obs. de rupture chez un sujet présentant des symptômes de l'a. depuis 18 ans.

Comme tous les a. ceux-ci contiennent des caillots et dépôts de fibrine disposés par couches concentriques. Ils peuvent s'oblitérer et guérir (Hodgson) –

Lésions secondaires du cerveau déterminées par la présence de l'anévrysme. Il existe de dépression ; ramollissement inflammatoire. il peut aussi survenir du ramoll. par obl. artér. infl. des méninges dans les parties voisines. compression des nerfs près desquels il se trouve oblitération des sinus caverneux de la veine ophthalmique. Usure érosion des os du crâne.

La rupture peut être ~~[illegible]~~ brusque, foudroyante ou ~~[illegible]~~ celle-ci peut être précédée de phénomènes progressifs de rupture C'est alors que les caillots oblitèrent le point rupturé et que le sang s'écoule peu à peu dans la substance cérébrale, mais il arrive toujours un moment où le sang s'échappe rapidement et produit des accidents brusques.

Le sang peut aussi se répandre dans les ventricules. On a aussi signalé l'a. artérioso-veineux ou que la carotide se rompt dans le sinus caverneux.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

17. — Les abcès enkystés sont ord. uniques. forme irrégulièrement arrondie; volume d'une cerise à une orange. Les abcès diffus sont difficiles à délimiter et peuvent occuper une grande partie d'un hémisphère. abcès multiples dans l'infection purulente et il y en a alors dans d'autres organes. abcès analogues attribués à la syphilis.

— Les abcès peuvent communiquer avec une partie du crâne siège de l'altération primitive, c'est le cas le plus fréquent. lorsqu'ils sont multiples ils peuvent communiquer entre eux, ou avec les ventricules, beaucoup plus rarement avec la gde cavité de l'arachnoïde.

— autour de l'abcès la substance cérébr. plus ou moins altérée: ramollie, avec exsudations sanguines et aspect tomenteux. encéphalite secondaire. Parfois décollement de la dure-mère et altération des os du crâne. cellules de l'apophyse mastoïde remplies de pus. QQF. avec lésions osseuses impossible de trouver un point de communication. D'après Toynbee, c'est seulement lorsque le pus ne trouve pas une issue à l'extérieur qu'il se produit des lésions intra-craniennes. esquilles et corps étrangers dans l'abcès ou à côté de lui —

— accidents consécutifs des tumeurs ramollissement dans le voisinage immédiat et infl. hydrocéphalie surtout chez les enfants. — Dégénérations secondaires compression des nerfs. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1

20e Leçon
6 juillet

Dans la précédente leçon nous avons commencé l'étude des tumeurs cérébrales et nous avons passé en revue ces différentes tumeurs au point de vue de l'anatomie pathologique. Nous avons vu que quelques unes étaient très difficiles à reconnaître non seulement à l'œil nu, mais par l'examen microscopique au point que Virchow trouve que leur classification est parfois arbitraire et cette remarque s'applique notamment aux gliomes, sarcômes, tubercules et syphilômes et que par contre un gd nombre étaient de nature très différente. On a coutume cependant de les réunir dans une même description au point de vue de la pathologie en raison des symptômes nombreux qui leur sont communs ainsi que nous allons le voir. Aussi notre description laisse-t-elle beaucoup à désirer au point de vue de l'anatomie pathologique pure et de la recherche de la nature de ces différentes natures; mais au point de vue clinique elle peut suffire et les données que nous possédons nous permettront de nous rendre compte des troubles fonctionnels auxquels elles

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

2

Symptômes. Parmi les obs. de tumeurs cérébrales relatées par les auteurs, il y en a un certain nombre où les symptômes ont fait complètement défaut. (Lebert 4 fois sur 89) Et cela non seulement dans les cas de petites tumeurs, mais aussi avec des tumeurs considérables. Ces obs. ne sont peut-être pas à l'abri de tout reproche. Cependant il est avéré que dans un certain nombre de cas il n'y a eu que quelques troubles fonctionnels assez peu importants pour ne pas attirer l'attention du malade et du médecin ou même aucun trouble. Ces faits ont été signalés par un gd nombre de médecins. Ils ne doivent pas nous étonner. On peut les expliquer par le siège de la lésion et par la lenteur du développement de la tumeur, d'où résulte une compression lente. Dans ces cas refoulement du tissu cérébral plutôt que destruction des fibres et refoulement lent, ce qui est la condition essentielle pour que les symptômes fassent défaut, même parfois dans des régions où les lésions destructives, ~~déterminent~~ [illegible] de nombreux troubles fonctionnels.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3

Dans l'immense majorité des cas, il existe des symptômes plus ou moins prononcés et qui présentent les plus grandes variétés non seulement pour les tumeurs considérées d'une manière générale mais aussi pour chaque espèce. (même difficile de tracer un tableau symptômatique se rapportant à une affection) ~~Les phénomènes~~ morbides sont aussi très variables suivant l'époque de l'évolution de chaque affection et surtout suivant son siège. Il est donc impossible de donner une description générale se rapportant à toutes les tumeurs, dans toutes les régions. On peut dire seulement d'une manière générale, que les tumeurs sont souvent latentes pendant un certain temps, qu'elles sont ~~plutôt~~ caractérisées au début par des phénomènes d'excitation, puis ensuite par des symptômes de paralysie constituant la période d'état et enfin par des phénomènes de collapsus que les symptômes se développent le plus souvent d'une façon insensible, progressive, que s'il survient des phénomènes brusques, ils s'ajoutent aux premiers symptômes.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Encore cet énoncé général doit-il être très-vague, puisque les phénomènes peuvent encore se présenter différemment. Nous pouvons donc seulement passer en revue les troubles fonctionnels principaux auxquels donnent lieu les tumeurs cérébrales.

Troubles de la sensibilité. phénomènes d'excitation (douleur); phénomènes de paralysie (sensibilité gén. et spécif.)

1° phénomènes douloureux. Dans la plupart des cas (3/4)

Céphalalgie 1/2 des cas. plus fréquemment pour les abcès et les anévrysmes. généralisée ou localisée aux régions frontale, occipitale, temporale, pariétale, à la nuque. Dans les affections du cervelet, c'est surtout la douleur occipitale que l'on observe. Rapport entre le siège de la douleur et de la lésion (16 fois sur 20 de même côté) règle presque absolue pour les abcès. –

Ord. c'est un des premiers symptômes observés qqf. le seul pendant longtemps. Il peut persister pendant toute la maladie avec des caractères très variables au point de vue de l'intensité. Douleur aiguë ou sourde, lancinante ou continue, et rémissions et exacerbations irrégulières ou à peu près régulières non amendées par le sulfate de quinine. La douleur à type quarte reconnaîtrait pour causes des tumeurs cérébelleuses.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

La céphalalgie peut cesser lorsque des phénomènes de convulsions ou de paralysie apparaissent. Enfin lorsqu'elle a duré un certain temps, elle persiste ord. jusqu'à la fin ou jusqu'aux plus [illegible]
Elle peut faire absolument défaut mais ces cas sont rares.
Céphalée syphilitique avec exacerbations nocturnes qui peuvent cependant manquer.
Névralgie faciale peut se rencontrer lorsque le trijumeau est atteint. (Obs. pers. douleur intermittente)
Odontalgie. Douleurs au niveau des globes oculaires
Douleurs sur les membres non paralysés ou paralysés à peu près permanentes déchirantes ou gravatives. Cris hypérésthésie plaintifs sans qu'on puisse toujours les rapporter à de la douleur.
2° phénomènes paralytiques. Anesthésie cutanée beaucoup plus fréquente que l'hyperesthésie. Ord. hémianesthésie plus ou moins marquée, parfois localisée à la face. Il peut aussi y avoir hémianesthésie alterne.
Troubles de la vue. très fréquents (1/4) sauf dans les abcès. Surtout amaurose et amblyopie. Le plus souvent les 2 yeux sont atteints. Lorsqu'un seul œil est affecté c'est ord. celui du côté opposé à la lésion (6/9). Les altérations de la vue reconnaissent le plus souvent pour cause la neuro-rétinite par étranglement ou descendante. La première forme caractérisée surtout les tumeurs (de Graefe) Elle serait due aux phénomènes de compression et par conséquent ne se produirait que lorsque les tumeurs seraient volumineuses ou donnent lieu à l'hydrocéphalie et à l'hydropisie ventriculaire. Dans ces cas l'amaurose débute ord. d'une manière subite, pas de modification chromatique ni de diminution concentrique du champ visuel

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

6

— troubles de l'ouïe (1/12). surdité plus ou moins complète ou bourdonnements, surtout avec les abcès du cerveau.

— Plus rarement perte de l'odorat et du goût. —

— Troubles de la motilité. Phénomènes d'excitation et paralysie du mouvement.

— 1° Phénomènes d'excitation. convulsions (2/3)(1/4) un des signes les plus caractéristiques des tumeurs intracrâniennes. —

— Épilepsie à tous les degrés y compris l'état de mal, avec ou sans aura. Lésions de la corne d'Ammon, du lobe occipital, de la convexité des hémisphères?

— Il est plus rationnel de dire qu'on peut obs. l'épilepsie avec les lésions situées dans les différents points de l'encéphale et plutôt lorsque les couches corticales motrices sont affectées. Les lésions du côté ~~gauche~~ droit y prédisposeraient surtout (Bouchard)

— L'absence épileptique (petit mal) ne se rencontre guère tandis qu'elle est fréquente dans l'épilepsie dite idiopathique. convulsions peuvent être générales ou plus ou moins localisées.

— accidents choréiformes sont assez rares. —

— Contracture (1/7) envahit ord. les membres paralysés localisée aux muscles de la face, du cou; elle peut être intermittente. Exceptionnellement crampes et tremens. —

— 2° Paralysie du mouvement. au nombre des signes habituels, car elles sont au moins aussi fréquentes que les convulsions. L'absence de paralysie est un fait exceptionnel.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7

— Les phénomènes de paralysie surviennent lentement progressivement, avec rémissions et exacerbations et souvent il faut un temps assez long pour que la paralysie
— ait atteint toute son intensité. Cependant début
— brusque possible, mais exceptionnel. Presque toujours paralysie incomplète, parésie surtout au début, car ultérieurement la paralysie peut devenir complète.

— mouvements reflexes conservés ou diminués; mais abolis lorsqu'il s'agit de la compression d'un nerf crâne. De même pour l'action des courants faradiques et galvaniques différence si un nerf crâne est comprimé ou non réaction d'épuisement, forme convulsive de réaction (Benedikt) (Brenner)

— Ord. contractilité électrique des muscles est intacte ou légèrement augmentée (Rosenthal).

— paralysies tardives survenant brusquement après une attaque convulsive ou apoplectique.

— paralysie des 2 membres d'un même côté ou de l'un des deux membres ou mieux du membre sup. est le symptôme le plus fréquent 1/2. paralysie du m. inf. ou prédominante dans le membre — paralysie croisée 82 fois, directe 12 fois. (Brown-Séquard. Charcot) —

— Hémiplégie faciale beaucoup plus fréquente dans les abcès que dans les tumeurs. Elle peut exister avec la paralysie des membres ou être isolée.

— toutes les parties du cerveau peuvent donner naissance aux hémiplégies.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— on a signalé aussi la paraplégie et la paralysie simultanée des 4 membres dans les cas de tumeurs [illegible]

— paralysies des nerfs crâniens, surtout de la 3e paire dans la syphilis.

— Embarras de la parole dans un gd nombre d'obs. surtout pour les lésions de l'hémisphère gauche. toutes les formes décrites à propos de l'aphasie. —

— Ladame 45 cas occupant les régions les plus diverses, surtout les ganglions, et la protubérance c'est l'abolition de l'anarthrie, mais dans les cas d'aphasie proprement dite, tubercule de l'insula. 3e circonv. front. et voisines.

— Gêne de la déglutition dans qqs. cas.

— paralysie des sphinctres (1/6)

— Troubles de la motilité de l'appareil visuel.

strabisme 1/8 et même davantage, simple ou double, divergent ou convergent, associé souvent à d'autres paralysies d'où il tire sa principale signification, [illegible]

— prolapsus palpébral ou ptosis, presque toujours du même côté que la lésion. l'inocélinaire des pupilles ou lagophthalmie plus rare. ~~Etat~~

— Etat des pupilles variable : contractées, plutôt dilatées, parfois inégales. ord. dilatées dans les abcès du cerveau et jamais contractées.

— Exceptionnelle 1 exophthalmie ou rétraction de l'œil.

— Paralysies alternes. ——

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9 — Troubles intellectuels. Dans plus de la moitié des cas
— Les troubles aigus prédominent dans les abcès. Dans les
— tumeurs proprement dites affaiblissement progressif des facultés,
lenteur des réponses, etc et même démence. Aliénation mentale
coïncide assez souvent. —
— Vertige, insomnie, somnolence, coma.
— Troubles viscéraux. Boulimie, dyspepsie, diarrhée,
mais surtout constipation et vomissements 5/6
— Ces derniers ne paraissent pas altérer la nutrition
Ils affectent parfois un type périodique.
— Troubles du côté de l'appareil respiratoire rares et peu importants
sauf lorsqu'il s'agit des tumeurs voisines du bulbe.
— Syncope assez fréquente et peut occasionner la mort.
— Palpitations à intervalles irrégulières.
— Pouls ralenti 40 et 35 pulsations ou accéléré ou alternativement acc. et ralenti
ou normal ou irrégulier. —
— Phénomènes divers. État de marasme et d'émaciation
— Décubitus aigu rare. Épistaxis —
— pâleur et rougeur alternatives de la face, toutes
— cérébrales ou méningitiques. Fièvre rare sauf
— dans les abcès. État comateux avec élévation
— de la température à la fin de la maladie —
— apparition de la tumeur à l'extérieur du crâne
Susurrus en auscultant l'oeil dans les cas d'anévrisme de
la carotide. Dernières cavernes. exophthalmie —
(Tessier, Delens etc)

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Marche, durée, terminaison. Evolution des symptômes comme nous l'avons dit est extrêmement variable. Affection latente et après qqs. symptômes mort rapide, ou pendant longtemps un seul symptôme de paralysie par ex. ou seulement céphalalgie avant les signes de tumeur. Toutefois ord. après une période prodromique plus ou moins caractérisée, céphalalgie, convulsions et paralysies notamment des nerfs crâniens, puis amaurose, surdité, troubles intellectuels, somnolence, paralysie des sphincters, coma, mort. Parfois retour momentané à la santé. Presque toujours aggravation après les accès apoplectiques. Durée très-variable d'un mois à plusieurs années, mais en moyenne 2 ans. Terminaison par la mort sauf dans le cas de lésions syphilitiques. La mort survient le plus souvent dans le coma, mais parfois à la suite d'un accès épileptiforme ou d'une syncope. qqf. au milieu d'un sommeil pénible. Enfin, mort subite 1/14. — mort par pénétration d'un corps étranger dans le larynx (ou mangeant obs.)

Etiologie — Tumeurs plus fréquentes chez l'homme à tout âge. — mais plutôt à la période moyenne de la vie. D'après Virchow le gliome et le myxome peuvent se développer pendant la vie intra-utérine. Chez les enfants tuberculeux et hydrocéphalie. —

influence de la tuberculose et de la syphilis ; mais pour le cancer pas d'altération dans d'autres organes. Contusions. affections de l'oreille et des os, infection purulente par les abcès. Diathèse anévrysmatique

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

11

Diagnostic. Il faut reconnaître la présence d'une tumeur intra-crânienne, indiquer le siège et déterminer la nature.

aucun signe pathognomonique. —

Cas très obscurs, très mal caractérisés ou trop peu caractérisés pour établir le diagnostic. mais si l'on rencontre céphalalgie, amaurose, douleurs dans les membres ou le tronc, paralysies localisées, accidents convulsifs, épileptiformes, strabisme et enfin vomissements, on peut ord. affirmer la présence d'une tumeur. Toutefois le diagnostic est souvent douteux et nous devons passer en revue les maladies qui pourraient être confondues avec les tumeurs cérébrales.

Hémorrhagie cérébrale.

Début, marche, caractères de la paralysie — absence de douleurs des membres, paralysie des nerfs crâniens, de céphalalgie de vomissement. — antécédents. —

Ramollissement cérébral. Dans les formes brusques mêmes réflexions qu'à propos de l'H. C. ajoutons que pour les tumeurs le début brusque est exceptionnel. mais difficulté plus grande dans les cas de début progressif et d'hémiplégie variable de Charcot. toutefois mêmes considérations. —

Tumeurs des méninges et des parois crâniennes impossible ord. d'établir le diagnostic, toutefois c'est dans ce dernier cas surtout que les tumeurs peuvent faire saillie à l'extérieur (toujours paralysie flasque des nerfs crâniens et souvent de plusieurs nerfs dont l'origine est éloignée)

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Hémorrhagies méningées. accidents convulsifs, céphalalgie, vertiges et étourdissements, paralysies, mais dans les cas de tumeurs, paralysies partielles, strabisme, amaurose, prolapsus palpébral, vomissements. En outre dans les H. M. début avec ictus. on les remarque surtout chez les enfants et les vieillards, chez les alcooliques et chez les aliénés.

— Méningite de la base — produit des paralysies des nerfs crâniens et amaurose d'où gdes difficultés de diagnostic; cependant les accidents convulsifs répétés et les paralysies tardives peuvent faire diagnostiquer les tumeurs. — marche rapide de l'affection —

— Paralysie générale. affaiblissement intellectuel, céphalalgie, dilatation inégale des pupilles, parésie généralisée, embarras de la parole, sont des accidents communs aux tumeurs et à la paralysie générale.

— Mais le doute ne saurait durer lorsqu'on trouve le délire spécial dans la paralysie gén. ou l'amaurose, les accidents convulsifs et paralytiques, les vomissements qui caractérisent les tumeurs. Dans ce dernier cas seulement affaiblissement plus ou moins marqué de l'intelligence; mais non perversion. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

13 Hydrocéphalie. offre la plus gde analogie parfois avec les tumeurs même à l'examen ophthalmoscopique les altérations de la rétine indiquant seulement l'augmentation de la pression intra-crânienne. En outre, l'hydrocéphalie est une complication assez fréquente des tumeurs. Cependant prédominance des troubles intellectuels dans l'hydrocéphalie et des paralysies sensitivo-motrices dans les tumeurs.

— Epilepsie — mêmes phénomènes au moment de l'attaque, mais santé parfaite dans l'intervalle des attaques; tandis que dans l'épilepsie sympt. les phénomènes de compression existent le plus souvent: céph. paralys. etc.

— Convulsions et Eclampsie. on la reconnaît par les circonstances dans lesquelles surviennent les attaques.

— Sclérose en plaques. paresse des membres inf. et sup. céphalalgie, vertiges embarras de la parole, amblyopie, diplopie, attaques apoplectiformes. mais le doute cesse lorsque le tremblement se prononce.

— ataxie locomotrice progressive. amaurose, vomissements, douleurs de tête, douleurs dans les membres, paralysie de la 3e paire. Ces phénomènes peuvent exister alors que les troubles de la motilité (ataxie) ne sont pas encore caractéristiques. Dans ces cas c'est l'examen du fond de l'œil qui permettra de faire le diagnostic. — atrophie progressive de la papille dans l'ataxie

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

14 — migraine —

— Céphalées. Se défier des migraines persistantes, ainsi que des névralgies céphaliques qui résistent à tous les traitements rationnels. Rechercher avec soin s'il n'existe pas quelque trouble de la motilité, de la sensibilité, de l'appareil visuel. interroger les antécédents (syphilis) — essayer le traitement spécifique.

— Fièvre typhoïde peut être confondue avec les abcès. céphalalgie, vertiges, bourdonnements d'oreille, surdité, insomnie, diarrhée, délire, fièvre. ~~mais dans les abcès~~ ~~absence~~ de météorisme, de gargouillement de douleurs dans la fosse iliaque droite et surtout on voit bientôt phénomènes de paralysie ou d'excitation cérébrale.

— Encore d'autres affections où la confusion est possible mais toujours recherchez les sympt. sur lesquels nous avons insisté.

— Relativement au siège des tumeurs se reporter à l'étude des localisations.

— Souvent gde incertitude en raison des phénomènes éloignés que peuvent produire les tumeurs signalées par tous les auteurs.

— Quant à la nature des tumeurs elle est ord. très-difficile à déterminer et il faut prendre en considération non seulement qqs. phénomènes plus particuliers à qqs. tumeurs, mais

— surtout les circonstances étiologiques qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

12 Pronostic — Toujours grave, mais dans les cas de tumeurs syphilitiques grandes chances de guérison. Pour les autres tumeurs modifications qui peuvent laisser vivre le malade pendant longtemps. Les syncopes et les convulsions épileptiformes mettent surtout la vie du malade en danger. La somnolence le coma et la cessation soudaine et complète de la céphalalgie sont des signes qui indiquent souvent une mort prochaine.

Traitement. —

Tumeurs syphilitiques. —

abcès du cerveau —

anévrysmes cérébraux —

Tumeurs en général —

Presque toujours essayer le trait. anti-syphilitique même lorsqu'il n'y a pas d'antécédents syphilitiques. iodure de pot. arsenic — titre de résolutifs. purgatifs. — révulsifs cutanés — Bains. — ~~Calmants~~ Hygiène. — (ingestion de morphine — inhalations de chloroforme, d'éther, [illegible])

Vomissements sont qqfs arrêtés par les liaisons gazeuses et notamment la potion de Rivière ainsi que par de faibles doses de strychnine. —

SCD Lyon 1

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE
SECTION
SANTÉ
- LYON 1 -

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

reserve

COLLECTION

R. TRIPIER

LEÇONS
SUR
LES MALADIES
DU
SYSTÈME NERVEUX

1

253264/1