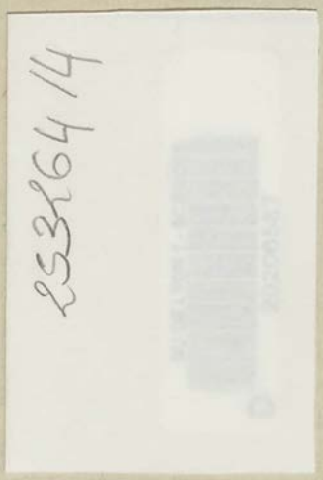
SCD Lyon 1

253264 /4 Réserve



SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Hémorragies méningées

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE
SECTION SANTÉ
- LYON 1 -

SCD Lyon 1

SECTION SANTÉ

SCD Lyon 1

1

21e Leçon
11 juillet

Dans la précédente leçon nous avons étudié les symptômes du diagnostic des tumeurs cérébrales. Nous avons vu qu'il n'y avait pas de signe pathognomonique que les symptômes pouvaient être très-variés, mais que la réunion de quelques uns d'entre eux donnait de grandes probabilités pour le diagnostic des tumeurs, que le siège des tumeurs pouvait être souvent reconnu par les connaissances que nous possédons sur les fonctions des différentes parties de l'encéphale et que la nature des tumeurs pouvait être parfois diagnostiquée en se basant sur la prédominance de symptômes fréquents observés dans certaines tumeurs et sur les affections concomitantes. Nous avons vu que la pronostic était toujours grave, même lorsque l'on s'agissait de tumeurs syphilitiques qui cependant peuvent guérir, que le seul traitement curatif s'adresse aux tumeurs de cette nature et que pour les autres le traitement ne peut être que palliatif, mais que l'on doit cependant avoir toujours l'emploi du traitement spécifique.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Hémorrhagies méningées. Morgagni a indiqué le premier que les H. C. n'ont pas seulement pour siège le tissu même du cerveau mais aussi la cavité de l'arachnoïde ou des ventricules et le tissu même de la pie-mère. Cependant ses obs. ainsi que celles de qqs. autres auteurs avaient
— à peu près passé inaperçues lorsque Serres les décrivit pour la première fois comme affections distinctes en 1819. — Il les sépara nettement des H. C. et cette distinction fut confirmée par la plupart des auteurs qui ont écrit sur les affections du cerveau mais tandis que les uns plaçaient l'épanchement dans la cavité arachnoïdienne d'autres soutenaient qu'il se trouvait entre l'arachnoïde et la dure-mère.
— Bouillaud 1837. démontra que l'épanchement se trouve habituellement dans la cavité arachn. et qu'il est entouré d'une membrane par suite de l'organisation des parties périphériques de caillot. Cette hypothèse fut d'abord généralement acceptée.
— En outre Prus prouva que les H. sont intra-arachn. et sous-arachnoïdiennes.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Bientôt l'opinion de Baillarger fut attaquée, notamment par Grisolle et par Béhier qui attribuèrent la formation de la néo-membrane à l'irritation de l'arachnoïde produite par la présence du sang épanché. Cependant Calmeil en 1826 avait déjà considéré les membranes de la cavité arachn. comme des produits inflammatoires pouvant jouer un rôle dans la pathogénie de l'H. M., et Cruveilhier établit qu'il peut se former dans l'épaisseur de la fausse membrane de petits foyers de sang qui tantôt s'épanchent dans la cavité de l'arachn. tantôt s'enkystent dans son épaisseur. Un peu plus tard, en 1859 en Allemagne Sbeschl crut découvrir ces néo-membranes. Enfin Virchow démontra l'existence d'une infl. du feuillet pariétal de l'arachn., caractérisée par la formation de pseudo-membranes, tantôt par points isolés, tantôt par couches stratifiées. Il fit voir que les vaisseaux nouveaux s'abouchant avec ceux de la dure-mère étaient très-fragiles et pouvaient facilement se rompre en donnant lieu à un épanchement sanguin soit entre l'arachn. et une de ces couches nouvelles, soit entre deux lamelles superposées de néo-membranes. Ainsi d'après Virchow processus pathologique qu'il faut rapporter à l'infl. de la dure-mère, désigné sous le nom de pachymeningite

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4

— Les idées de Virchow furent soutenues par les auteurs allemands et en France par Charcot et Vulpian, surtout par Lancereaux. De nombreuses obs. ont ensuite été publiées et la question a été l'objet de ~~discussions~~ ~~soit à la~~ société anatomique, soit à la soc. méd. des H. de Paris.

— Il résulte des obs. et des discussions qu'on doit admettre des H. M. primitives et des H. M. secondaires dérivant de la pachyméningite que ces dernières sont les plus fréquentes, mais qu'elles ne doivent pas faire oublier les premières.

— Hémorrhagies Méningées primitives. (Crâniennes)

Elles comprennent:

— 1° H. extra-méningiennes;

— 2° H. intra-arachnoïdiennes ou sus-arachnoïdiennes;

— 3° H. sous-arachnoïdiennes;

— 4° H. ventriculaires;

— 5° H. mixtes.

— 1° Hémorrhagie extra-méningienne (H. sous-crâniennes, céphalématome interne). — Ces H. sont rares et ressortissent plutôt à la chirurgie; cependant on a qqf. l'occasion de les obs. dans les services de médecine. (2 obs. pers.)

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Ces H. sont le plus souvent d'origine traumatique et résultent de l'érosion ou de la rupture de l'artère méningée moyenne avec ou sans fracture du crâne. Elles peuvent aussi coïncider avec d'autres épanchements.

— Enfin elles peuvent se produire au moment de la naissance. Les autres causes sont obscures. —

— Les deux malades que j'ai observés ont été apportés dans un état comateux et ils n'ont pas tardé à succomber. Chez le premier abaissement considérable de la température : 29 à 30° deux heures avant la mort.

— 2° Hémorrhagie intra ou sus-arachnoïdienne

Elle est très-rare, sauf chez les nouveau-nés.

— A. Chez ces derniers, apoplexie des nouveau-nés. asphyxie, mort apparente, faiblesse congénitale, état apoplectique, sont des termes ~~qui se rapportent souvent à cette hémorrhagie~~. Cruveilhier regarde cette lésion comme la cause de la mort de plus d'un tiers des enfants qui succombent peu de temps avant ou pendant le travail de l'accouchement. Contrairement à ce qu'on rencontre chez l'adulte, hyperémie cérébrale concomitante et coïncidence de foyers apoplectiques dans le cerveau ne sont pas très-rares.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

On attribue cette hémorrhagie à la déchirure des vaisseaux intra-craniens, par les manœuvres qq. dans les accouchements difficiles. Ils peuvent exister dans les accouch. ord. et on les attribue alors soit au chevauchement forcé des os du crâne pendant l'évolution de la tête, soit à l'obstacle à la circulation veineuse produit par ~~l'écrasement~~ du cordon ombilical autour du cou, soit à la lésion décrite par Parrot sous le nom de steatose interstitielle diffuse de l'encéphale du nouveau-né.

Enfants mort-nés ou qui meurent peu de temps après la naissance. S'ils survivent qqs. jours: état de mort apparente, ou somnolence et prostration et au bout de qqs. jours vomissements, convulsions, dyspnée, coma, mort.

Il n'est pas certain qu'il soit avantageux de faire saigner le cordon, car on n'est jamais certain du diagnostic ~~et en~~ supposant que cette saignée ne soit pas nuisible dans le cas, elle peut l'être dans d'autres qui présentent une grande analogie au point de vue symptomatologique.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7

— B. H. ~~intra ou sus~~-arch. chez l'adulte. Elle est produite par des H. d'origine dyscrasique ou par la rupture des sinus. Plus rarement elle succède à la rupture des vaisseaux artériels ou capillaires.

— Dans certaines fièvres graves (variole, typhus etc) dans le scorbut. (Lépine, Magnan; observations)

— ~~L'épanchement sanguin~~ peut être consécutif à la rupture des anévrysmes des artères extra-encephalique (obs. de Gangneuheim, de Charcot); ou bien

— à la rupture des capillaires dégénérés sous l'influence d'une dyscrasie hémorrhagique. Cette dernière cause est encore plus rare que la précédente. C'est

— l'alcoolisme qui détermine ces lésions. La rupture de vaisseaux plus volumineux, artères ou sinus est ord. d'origine traumatique. L'irruption du sang est en général si violente qu'elle détermine souvent une H. mixte même parfois ventriculaire.

— Sang complètement ou incomplètement coagulé, accumulé d'ordinaire à la base du crâne, sous la tente du cervelet, et aussi sur la convexité des hémisphères.

— Dans les points correspondant au coagulum, aplatissement des circonvolutions qui sont exsangues lorsque l'hémorrhagie est considérable.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Le sang épanché encore fluide et noirâtre en en partie coagulé est en quantité très-variable depuis qqs grammes jusqu'à 300 gr. et plus. Ord. les caillots sont mous sans adhérences aux parties voisines sans traces d'organisation. Qqf. le sang est étalé en nappe, de sorte qu'il prend l'aspect d'une membrane. Ces caillots peuvent s'enkyster d'après les obs. et les expériences de qqs. auteurs.

— Obs. des aliénistes et de qqs. médecins — obs. et exp. de Laborde.

— Vulpian a aussi vu dans ses exp. l'organisation d'une membrane aux limites du caillot, avec adhérence seulement à la dure-mère et non au feuillet arachnoïdien.

— Plus récemment Luneau (Th. de Paris) après avoir poursuivi ses premières exp. entreprises avec Laborde arrive aux conclusions suivantes: 1° existence des H. sus-arachn.; 2° le sang primitivement épanché peut s'enkyster; 3° la fausse membrane qui enkyste le caillot et tapisse sa face inf. est bientôt remplacée par une membrane organisée.

— Toutefois, il est bien entendu que l'H. est le plus souvent secondaire et qu'elle provient des vaisseaux de la neo-membrane.

— Les symptômes varient beaucoup suivant le siège de l'épanchement et son abondance. Ils sont

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

identiques à ceux de la pachyméningite hémorrhagique sauf que les accidents débutent par l'ictus apoplectique la contracture, les convulsions et les phénomènes de paralysie, surtout de la motilité, et que la terminaison est promptement mortelle lorsque l'épanchement est abondant. Le phénomène le plus constant serait le collapsus.

3° Hémorrhagie sous arachnoïdienne

C'est presque la seule H.M. qu'on rencontre chez l'adulte. L'épanchement se trouve entre l'arachn. et la pie-mère; exceptionnellement le sang peut faire irruption dans l'arachnoïde et on a alors une des variétés de l'H. mixte. Parfois il fait irruption dans les ventricules par la fente de Bichat ce qui constitue une autre variété de l'H. mixte.

Anatomie pathologique. Le sang est répandu non seulement entre l'arachn. et la pie-mère mais souvent aussi dans l'épaisseur de la pie-mère et entre cette membrane et la substance cérébrale. taches disséminées ou couche uniformément répandue sur la surface du cerveau, surtout au niveau de la base. Lorsque l'H. est très abondante elle peut fuser dans le canal rachidien sous l'arachn. spinale. Quoique mêlé au liquide céphalo-rachidien, le sang se coagule mais ne s'entryste pas; ce qui permet de distinguer cette H. des H. intra ou sus-arachn. primitives et secondaires.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— L'épanchement occupe ord. les deux côtés de l'encéphale, cependant il peut être limité à une des moitiés latérales.
— Qqf. la pie-mère est infiltrée de sang sur toute la périphérie de l'encéphale. — Parfois léger aplatissement des circonvolutions au niveau de l'épanchement. La
— substance cérébrale peut être ramollie sur quelques points, mais ainsi que MM. Lépine et Hoagen ont eu l'occasion de le constater, il s'agit d'un ramolli par attrition ou par imbibition; car le tissu cérébral ramolli ne présente pas de corps granuleux.
— Quand il y a des phénomènes inff. ils reconnaissent ord. pour cause un traumatisme.
— Presque toujours on trouve des lésions vasculaires ~~[illegible]~~ ou spontanées ce qui nous amène à parler de l'étiologie.
— Étiologie. De toutes les altérations des vaisseaux la plus fréquente est la dilatation anévrysmatique des artères des méninges décrite pour la première fois par Virchow et dont les rapports avec la maladie qui nous occupe ~~ont~~ été signalés par M. Lépine et depuis par un gd nombre d'observateurs. C'est par la rupture de ces anévrysmes que l'H. se produit. Nous avons vu qu'on pouvait avoir de la même manière une H. intra-arachn. mais c'est l'H. sous-arachn. qui l'on rencontre ord.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Les anévrysmes sont appendus à la pie-mère au niveau du foyer sous forme de petits caillots arrondis dont le volume varie entre celui d'une grosse tête d'épingle et celui d'une lentille. À l'examen microscopique avec un faible grossissement, on reconnaît les caractères des anévrysmes. Ces tumeurs sont dues à l'artériosclérose et peuvent coïncider avec des altérations analogues des artérioles cérébrales ou des artères des autres parties du corps. (Liouville, obs. pers.) Les ruptures sont fréquentes. Lebert, sur 86 cas note 48 ruptures et Durand sur 115 cas, 64.

Exceptionnellement l'H. M. proviendrait de la rupture d'un sinus ou d'une veine.

Mais les ruptures vasculaires artérielles pourraient encore survenir par suite de l'altération athéromateuse des vaisseaux et toutes les causes capables de favoriser cet état pourraient être invoquées en faveur de la production de ces H. (Sénilité, alcoolisme, etc.)

Et comme cause adjuvante, sinon directe, l'hypertrophie du cœur dans les conditions que nous avons passé en revue à propos de l'étiologie de l'H. C. — On a aussi signalé les épanchements sous-arachn. dans les maladies dyscrasiques. Enfin le traumatisme peut jouer parfois un rôle important mais le plus souvent foyers H. des hémisphères cérébraux avec H. ventriculaire.

Comme causes prédisposantes : Homme. Chez les enfants c'est de 1 à 2 ans qu'on rencontre cette affection.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

M. Parrot a obs. 34 cas d'Hémorrhagies encéphaliques chez les nouveau-nés. Épanchement sur les régions déclives le plus souvent bilatéral, occupant généralement la surface de circonvolution de la région sous-arachnoïdienne ou sous-épendymaire des ventricules latéraux, sans qu'aucun symptôme permît de le diagnostiquer. Cette affection toujours secondaire ~~[illegible]~~ généralement ~~[illegible]~~ avec l'athrepsie et assez souvent avec l'œdème des nouveau-nés. Le sang altéré ne coagulerait d'où congestion des vaisseaux de l'encéphale qui seraient éliminés par les surfaces dures du crâne par suite de la diminution de liquide céphalo-rachidien. — Le fait certain c'est la coexistence de ces H. avec l'athrepsie.

Symptômes. Ils varient suivant l'étendue et le siège de l'épanchement, à la base, sur la convexité du cerveau ou sur le mécocéphale. Ainsi la mort peut être foudroyante précédée ou non de prodromes ou bien la maladie peut durer un certain nombre de jours en présentant une série d'exacerbations.

Les prodromes peuvent faire défaut, toutefois ils seraient en général plus fréquents que dans l'H. C. D'après Durand-Fardel dans le tiers des cas. Ces symptômes prodromiques se rapportent à la lésion vasculaire qui détermine l'H. ou à l'affection cérébrale dans le cours de laquelle elle [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3

— Le plus souvent ils sont le résultat de la compression exercée par les tumeurs anévrysmales sur les nerfs crâniens ou sur les centres nerveux ~~eux~~-mêmes.
— Mais il est évident que certains anévrysmes et notamment ceux de la sylvienne (Lépine) peuvent rester latents jusqu'au moment de leur rupture.
— Ainsi les malades peuvent présenter avant leur attaque apoplectiforme une céphalgie fixe persistante plus ou moins circonscrite et des paralysies musculaires provenant de la compression d'un des nerfs de la base et en particulier des nerfs moteurs de l'œil; d'autres
— fois ils accusent des troubles respiratoires; ils ont un hoquet persistant, des accès de suffocation plus rarement des palpitations. On a encore cité comme
— phénomènes prodromiques, l'engourdissement, les vertiges,
— la rougeur et la chaleur de la face, la fièvre, les
— vaniments et les évacuations involontaires des fèces
— et des urines. Que ces prodromes aient existé ou non,
— l'H. M. s'annonce par un début brusque et
— apoplectique. Toutefois la perte de connaissance n'est pas ord. aussi rapide et aussi complète que dans l'H. C.: elle est lente, graduelle, correspondant ~~[illegible]~~ à la compression progressive.
— D'autres fois, perte de connaissance incomplète état de somnolence semi-comateuse dont on peut [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Les sens n'entrent en action que sous l'influence d'impressions vives et réitérées : mémoire à peu près nulle, réponses vagues, tardives, incomplètes. Bientôt, il survient de la somnolence, de l'assoupissement, le coma et la mort.

Qqf. à la suite d'un traumatisme les symptômes de l'H. M. peuvent ne survenir que plusieurs heures après l'accident et même plusieurs jours après.

Le coma est le symptôme dominant : les malades peuvent tomber brusquement dans un état comateux où ils restent jusqu'à la mort ; ou bien cet état se montre d'une façon intermittente. Les autres symptômes peuvent aussi présenter cette intermittence qui constitue alors un signe de la plus grande valeur.

L'abolition du sentiment rend souvent difficile à apprécier les troubles de la sensibilité et du mouvement. Le plus souvent résolution musculaire complète et sensibilité cutanée émoussée plutôt qu'éteinte. Lorsque l'épanchement est peu abondant c'est moins une paralysie qu'une sorte d'inertie des membres. Prus a noté l'hémiplégie 3 fois sur 12 cas. la plupart des auteurs signalent sa rareté. toutefois dans les 2 obs. de M. Lépine il y a avait hémiplégie de la face et des membres. D'après Boudet jamais de paralysie limitée à un membre [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9

La contracture se remarque plutôt dans l'H. intra-arachn. ou lorsque celle-ci complique l'H. sous-arachn. ou encore lorsque cette dernière est compliquée d'H. ventriculaire. Les convulsions seraient également très rares dans l'H. sous-arach.

M. Lépine a encore noté dans ses obs. l'abaissement subit de la température centrale, l'élévation de la temp. des membres paralysés, la rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux.

Marche. L'H. M. est brusque dans ses effets et tue le malade le plus souvent en qqs. heures, alors même qu'au début, la perte de connaissance a été incomplète. Qqf. survie plus ou moins longue, dépassant rarement le second septénaire.

Diagnostic. La rareté des H. intra-arachn. rend le diagnostic de l'H. sous-arachn. avec cette maladie peu important. Toutefois dans la première il y aurait prédominance de la paralysie, de la contracture et des convulsions, tandis que dans la seconde on trouverait surtout le coma et la résolution des membres. Le diagnostic avec l'hématome de la dure-mère consécutif à la pachyméningite est plus important. C'est la brusquerie du début avec apoplexie et absence de paralysie ainsi que la marche rapide qui permettent de distinguer l'H. sous-arachnoïdienne, mais nous reviendrons sur ce diagnostic.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

6

L'H. sous-arachnoïdienne ne sera pas confondue avec l'H. C. ou le R. C. lorsqu'il existera des phénomènes comateux ou demi-comateux parfois intermittents sans paralysie véritable. Mais lorsque celle-ci existera le diagnostic sera impossible.

Traitement. Mêmes considérations que pour l'H. C. — ne saigner que sur l'indication fournie par l'état général.

4° Hémorrhagies ventriculaires. Elles sont le plus souvent associées à l'une des formes précédentes et surtout à l'H. C. Cependant le sang peut être fourni par la paroi même du ventricule et notamment par la rupture d'un vaisseau des plexus choroïdes. La lésion du septum lucidum peut encore donner lieu à cette H. — Le sang peut se trouver dans un des ventricules latéraux, dans les 2 V. et le plus souvent alors dans les 3 et le 4e Ventricules. Les caillots existent surtout dans le ventricule qui a été le point de départ de l'H. tandis que le sang est ord. fluide dans les autres ventricules. Le sang épanché peut se résorber et ne laisser que qqs traces. Obs. de Biobé, Gœlis, Bosse, Charcot et Vulpian. Pathogénie des autres Hémorrhagies. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

17.

Les symptômes sont très-obscurs et se confondent avec ceux de la lésion primitive. Toutefois on a particulièrement insisté sur les phénomènes de contracture qui cependant ne sont pas constants. On peut obs. les mêmes phénomènes avec des H. qui ne s'accompagnent pas d'inondation ventriculaire. Toutefois d'une manière générale on peut considérer l'H. ventriculaire comme probable, lorsque le malade atteint d'H. C. reste dans un état comateux ou demi-comateux avec persistance des phénomènes paralytiques accompagnés de contracture prononcée.

Dans le cas où l'H. V. proviendrait de la rupture d'un vaisseau des plexus chroïdes, il y aurait dit-on hémiplégie ou paralysie des 4 membres suivant que l'épanchement n'existerait que dans un des ventricules latéraux ou dans les 2. C'est cependant peu probable si l'on en juge par ce qui se passe ord. à la suite des inondations ventriculaires qui ne déterminent pas de paralysie des membres du côté opposé à l'hémiplégie. Il y a seulement résolution plus ou moins prononcée.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

18.

— Les H. V. sont fréquentes. Depuis 3 mois sur cinq cas d'H. C. 4 fois inondation ventriculaire et dans le 5e cas cette complication était imminente.

— La mort peut être très-rapide ou ne survenir qu'au bout d'un, deux et même trois septénaires.

— Les malades peuvent même guérir. Toutefois c'est la mort qui résulte ord. de cette complication et on peut dire que lorsque les malades atteints d'H. C. succombent dans le laps de temps indiqué plus haut, c'est ord. à la suite de cette complication, à moins que le foyer soit situé dans le mésocéphale ou que le malade ne meurt d'une affection intercurrente.

— Les causes d'une manière générale se confondent avec celles de l'H. C.. ~~En outre~~ ce sont les foyers les plus considérables et les plus voisins des V. qui donnent lieu le plus souvent à ces H. Les petits foyers près de la paroi y disposent également.

— Enfin depuis les recherches de M. Parrot sur l'atrophie on sait que dans cette maladie les H. sont souvent obscures.

— 5e Hémorrhagies mixtes. ~~Nous~~ Nous avons fait mention précédemment et nous n'en parlerons pas davantage, car c'est à peine si ces formes peuvent être soupçonnées pendant la vie et on ne peut que les constater après la mort.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

22e Leçon

13 juillet

Dans la leçon précédente nous avons commencé l'étude des H. M. et nous avons vu que les H. pouvaient être primitives ou secondaires. Nous avons parlé en détail des H. primitives qui peuvent être méningées, intra ou sous-arachnoïdiennes, sous-arachnoïdo-ventriculaires ou mixtes. Nous avons vu quelles plus fréquentes étaient les H. sous-arachn. et les H. ventriculaires, les dernières survenant le plus souvent à la suite d'H. c. J'ai insisté plus particulièrement sur les H. sous-arachn. qui constituent à proprement parler les H. M. primitives, en signalant les difficultés très grandes que présente parfois le diagnostic la gravité du pronostic et le peu d'influence que le traitement a généralement.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

2 Hémorrhagie méningée secondaire ou Pachyméningite

- Externe et interne.
- Pachyméningite externe. Elle reconnaît ord. pour cause un traumatisme ou diverses altérations osseuses (ostéite, carie, nécrose, syph.) surtout du rocher et de l'ethmoïde. Mais l'inflammation de la dure-mère s'étend bientôt aux méninges et même à la substance cérébrale. La P. Externe ne correspond pas à une forme clinique et les symptômes sont ceux qui se rapportent
- à la pachyméningite interne, à la méningite
- ou aux ~~tumeurs~~ cérébrales.
- Pachyméningite interne. Pachyméningite de Virchow
- Hématome de la dure-mère du même auteur.
- Néo-membranes de la cavité de l'arachnoïde (Robin et Brun)
- Néo-membranes de la dure-mère (Charcot et Vulpian)
- Méningite H. (Queneau de Mussy), Kystes hématiques,
- Hémorrhagie méningée intra-arachnoïdienne (Baillarger, Prus, Boudet, Legendre, Rilliet et Barthez, etc.)
- Pachyméningite H. (Lancereaux, Hasse, etc.) –
- ~~Les dénominations~~ différentes montrent les divergences d'opinion des auteurs au sujet de la maladie qui nous occupe.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3

— nous avons vu que la théorie de Baillarger qui avait d'abord été généralement adoptée n'avait pas tardé à être battue en brèche et que même depuis les travaux de Virchow on était arrivé à mettre en doute les H. primitives intra-arachnoïdiennes avec production de pseudo-ond néo-membranes : mais que les recherches de Laborde et de Luneau, de Vulpian, de Magnan, etc paraissaient prouver la possibilité de cette interprétation.

— Toutefois c'est la théorie de Virchow dont on trouve déjà l'indication dans Cruveilhier qui a rallié la majorité des observateurs, parce qu'elle concorde avec la majorité des faits observés.

— Virchow donne le nom de pachyméningite au processus infl. de la dure-mère qui s'accompagne de la production de néo-membrane dans l'épaisseur desquelles on trouve ord. un ou plusieurs épanchements sanguins auxquels il donne le nom d'hématomes.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Les néo-membranes peuvent se présenter sur la face interne de la dure-mère sous forme de lames minces et polies, tellement fines qu'on les a comparées à des toiles d'araignées et qu'elles passent très-facilement inaperçues. Il faut alors passer le doigt sur la dure-mère, pour voir la membrane se rider ou un des bords se soulever. Ce qui les fait ordinairement reconnaître, c'est qu'elles ont le plus souvent une teinte rouge. D'autres fois la membrane a l'aspect d'une lamelle jaunâtre plus ou moins opaque. Lorsque les néo-membranes résultent de poussées infl. successives, on les trouve constituées par des lamelles superposées en nombre variable (Virchow en a compté 20) plus ou moins intimement unies et parcourues par des nombreux vaisseaux qui se ramifient dans leur épaisseur. Ces vaisseaux de nouvelle formation sont ténus, fragiles, disposés à se rompre comme tous les vaisseaux formés récemment. Toutefois ils peuvent rester intacts et la néo-membrane peut ne présenter aucun épanchement; mais c'est exceptionnel.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Dans l'immense majorité des cas, les nouveaux vaisseaux se rompent et il se produit une ou plusieurs hémorrhagies. L'épanchement peut se former en une seule fois ou par ruptures successives, en écartant les couches lamelleuses qui lui servent alors d'enveloppe, de manière à constituer un ou plusieurs Kystes hématiques. Cependant le sang peut aussi se répandre dans la cavité arachnoïdienne (parties déclives) et on peut alors ne trouver que des débris très minces de la néo-membrane dont les vaisseaux se sont rompus ~~et ont~~ donné lieu à un épanchement considérable de sang qu'elle ne pouvait pas contenir. On trouve ainsi la véritable interprétation de faits qui au premier abord auraient pu être considérés comme des H. primitives. Ces faits, je dois le dire, sont rares (obs. pers.) et le sang est généralement en kysté.

Les parois du Kyste sont plus ou moins épaisses, plus ou moins résistantes suivant qu'elles sont plus ou moins anciennes. Elles adhèrent

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

à la dure-mère et sont seulement en rapport de contiguïté avec l'arachnoïde. Leurs parois se continuent au delà du point occupé par l'épanchement, sur la surface de la dure-mère, dans une étendue variable, sous la forme d'une lame, qui n'est autre chose que la néo-membrane sans épanchement à le niveau. Dans les cas très anciens la néo-membrane peut prendre l'aspect fibreux et même s'incrustre de plaques calcaires.

~~Cet~~ paroi interne du Kyste a été prise pour le feuillet pariétal de l'arachnoïde détaché de la dure-mère par l'épanchement et ensuite pour une membrane formée aux dépens de la fibrine du caillot sanguin. Nous avons vu que ces hypothèses ne sont plus admissibles.

Le sang contenu dans les Kystes peut être rouge homogène fluide et même coagulé si l'épanchement est récent; dans le cas contraire, il est d'autant plus altéré que l'hémorrhagie est plus ancienne. On peut ainsi trouver des caillots noirâtres surtout sur les parois des Kystes dont le liquide est brunâtre. Plus tard la matière colorante se précipite et on ne trouve plus qu'un liquide jaunâtre ou une bouse ocreuse.

La cavité de l'hématome est simple ou cloisonnée et parfois le contenu des différents Kystes indique qu'ils ont eu lieu à des époques différentes. Quant

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

aux cloisonnements des foyers, ils s'expliquent par des productions hémorrhagiques simultanées ou successives faites en des points plus ou moins rapprochés.
Le cloisonnement n'est autre chose qu'une portion de la néo-membrane qui a résisté à la distension produite par le sang épanché sur les parties voisines.
Le volume des kystes est très variable.
L'épanchement peut affecter la forme lamellaire et être composé de plusieurs couches superposées et séparées les unes des autres par les feuillets écartés de la néo-membrane. Quelquefois plusieurs petits foyers placés les uns à côté des autres. Dans ces cas leur saillie peut être insignifiante. S'ils sont anciens, on n'en retrouve la trace que par le dépôt de pigment sanguin dans l'épaisseur de la néo-membrane. Enfin le plus souvent le sang distend suffisamment les feuillets de la néo-membrane pour former de véritables kystes qui contiennent ord. 30 à 60 gr. de sang mais qui peuvent en contenir jusqu'à 500 grammes.
Leur forme est celle d'un ovoïde aplati à grand diamètre antéro-postérieur.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Ils siègent ord. au niveau de la voûte crânienne près de la ligne médiane, sur le plafond de la dure-mère (Bath). D'après Lancereaux au niveau des branches de l'artère méningée moyenne. Par rapport au cerveau ils se trouvent en rapport avec la convexité des lobes ~~frontaux~~ pariétaux. Sur 49 cas réunis par Brunet, 22 fois la lésion était double; 20 fois le Kyste était unique à gauche, 9 fois à droite. 10 fois les Kystes doubles étaient égaux. Enfin on peut trouver d'un côté du crâne un Kyste et de l'autre une simple néo-membrane.

Parmi les lésions concomitantes on a surtout noté la congestion de tout le système vasculaire encéphalique. Toutefois si les Kystes sont volumineux la pie-mère peut paraître sèche et anémiée. On a aussi observé l'atrophie, le ramollissement et de petites hémorrhagies ou seulement une dépression de la substance nerveuse correspondant au point comprimé. On a même trouvé de l'encéphalite.

Chez les enfants des Kystes volumineux peuvent distendre, dilater les parois de la boîte osseuse et s'opposer à l'ossification des sutures et des fontanelles, de sorte que le pariétal et le frontal peuvent être bombés comme dans l'hydrocéphalie chronique (Hydrocéphalie) tandis que chez les vieillards et les adultes les phénomènes de compression du cerveau prédominent. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9

— Etiologie. C'est chez les enfants et les vieillards qu'on rencontre surtout la pachyméningite ainsi que les H. méningées d'une manière générale, toutefois on peut l'observer à tous les âges et les hommes y sont plus prédisposés que les femmes.

— Il est rare que la pachyméningite ne puisse pas être rapportée à une des causes que nous allons passer en revue.

— 1° Aliénation mentale. Les aliénés sont très fréquemment atteints de pach. et notamment les paralytiques généraux. Baillarger 1 fois sur 8. Christian 28 fois sur 55. Griesinger, même opinion.

— Cet auteur fait remarquer que l'hémotome n'est pas la cause de l'aliénation, mais qu'il peut néanmoins avoir une influence sur les fonctions cérébrales, et déterminer des troubles intellectuels et moteurs qui s'ajoutent aux troubles précédents.

— Du reste la pach. se présente chez les aliénés de deux manières, soit comme accident ultime sous forme de néo-membranes minces, accompagnés ou non d'épanchements sanguins récents, soit dans le cours de la maladie mentale avec les caractères que comportent son degré d'ancienneté, la quantité de sang épanché, etc; et avec un appareil symptomatique en rapport avec les lésions.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

2° Alcoolisme. Brunet et Calmeil ont signalé des antécédents alcooliques chez leurs malades. Lancereaux a particulièrement insisté sur l'influence de l'alcoolisme dans la production des néo-membranes de la dure-mère. Lirédey, Voisin, Christian, Tardieu ont également indiqué cette cause. Wagner a insisté sur la coexistence fréquente de la cirrhose hépatique.

Théorie de Lancereaux : irritation de la séreuse par l'alcool. En outre dyscrasie hémorrhagique.

Production expérimentale de la Pach. chez les chiens en leur faisant absorber pendant 4 semaines des doses considérables d'alcool. (Krémiansky – Neumann) ce dernier a eu cependant des résultats négatifs.

3° Rhumatisme. Les faits de Pach. qu'on peut rattacher au rhumatisme sont encore peu nombreux. Cependant on sait que les méninges peuvent être enflammées sous l'influence du rhumatisme. Dans ces cas l'infl. de la face séreuse de la dure-mère est de tous points comparable aux pleurésies et péricardites rhumatismales et les cas de Pach. observés avec des pneumonies, des pleurésies et des péricardites pourraient bien être de nature rhumatismale. analogie des synovioles articulaires et des séreuses cérébrales. Gobs. de Gorry.

4° Pyrexies. Causes douteuses : typhus, fièvres éruptives, érysipèle de la face et du cuir chevelu.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5° Traumatisme. Le plus souvent le traumatisme n'est que la cause occasionnelle de l'éclosion des accidents; il produit la rupture des vaisseaux sanguins dans les néo-membranes développées sous une toute autre influence et notamment sous l'influence de l'alcoolisme (Lancereaux). D'après cet auteur, les chutes mêmes ne seraient que les effets de la présence de ces néo-membranes. obs. de Bouillon-Lagrange et de Landouzy. Enfin le traumatisme peut être tout à fait indépendant: obs. de Behier. — Cependant les obs. de Blondin, Rochoux, Lélut, Cruveilhier, Quintrac et Guido-Weber ne permettent pas de révoquer en doute la valeur du traumatisme dans la production de la pachyméningite hémorrhagique.

D'une manière générale les causes occasionnelles de la rupture des vaisseaux des néo-membranes sont assez obscures. Nous avons parlé du traumatisme et on a encore indiqué un accès de colère, une émotion morale vive, des excès alcooliques.

6° Hémorrhagie cérébrale — Plusieurs obs. personnelles.

Symptômes. On peut considérer à cette maladie deux périodes qui se succèdent sans interruption ou sont séparées par un intervalle plus ou moins long. La première caractérisée par des phénomènes d'excitation correspond à la formation de la néo-membrane et la seconde marquée par des phénomènes de dépression indique la compression de cerveau par l'hématome.

Le plus souvent le début de la 2e période est révélé par une attaque d'apoplexie due à la formation et à l'accroissement subit de l'hématome.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

2

Première période. La formation de la néo-membrane peut passer inaperçue. faits nombreux.

Tant chez les enfants, apyrexie ; céphalalgie violente opiniâtre qui peut être le seul symptôme pendant plusieurs mois. phénomène important sur lequel Gendrin a surtout insisté.

En même temps vertiges, bruits dans les oreilles, notamment bruit d'un corps oscillant, bruit de flot (Lancereaux), faiblesse ou incertitude des mouvements sans paralysie pyramidale démarche chancelante, la main porte à côté des objets et les laisse échapper.

Agitation, insomnie ou sommeil troublé par des cauchemars, du subdélirium. Enfin rétrécissement notable des pupilles sur lequel Griesinger a surtout insisté. Il a également noté un état de torpeur coexistant avec des phénomènes d'excitation.

Ord. diminution des facultés intellectuelles, mémoire paresseuse, parole lente, embarrassée. Il y a à la fois gêne dans la conception des idées et dans l'articulation des mots.

Chez les enfants cette période est surtout caractérisée par de la contracture, des convulsions, et de la sténose pupillaire, de la céphalgie de la fièvre, des vomissements, de la constipation.

Elle dépasse rarement qqs jours chez les enfants tandis qu'elle dure des semaines et des mois chez l'adulte.

Deuxième période. Cette deuxième période peut manquer soit parce qu'il n'y a pas d'hématome, soit parce que celui-ci est peu volumineux et se forme très lentement.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3

Elle peut succéder à la période précédente graduellement sans attaque ou bien en être séparée par un intervalle et dans ce cas l'apoplexie manque rarement.

L'apoplexie n'est ord. pas très-brusque; la perte de connaissance et le coma viennent progressivement par suite du mode de production de l'hématome. Il peut y avoir plusieurs attaques correspondant à des H. différents.

Avec ou sans apoplexie on peut considérer à la période de dépression (période de l'hématome) deux groupes de symptômes: symptômes diffus et symptômes circonscrits avec prédominance des premiers.

Symptômes diffus, caractérisés par la céphalgie pointante, la stérilité pupillaire, surtout du côté de la lésion, de l'engourdissement et une somnolence quasi paroxystique (comment durant 24 ou 30 heures consécutives, puis réveil avec idées confuses, nouveau sommeil, etc.) irrégularité ou régularité et lenteur ou accélération du pouls, et dans les derniers jours de la vie émission involontaire des urines et des fèces.

Symptômes circonscrits. Ils peuvent faire défaut et le malade peut succomber avec les symptômes diffus seuls non seulement lorsque l'hématome est double, mais aussi lorsqu'il est unique. Les symptômes circonscrits ou de foyer sont des paralysies motrices de forme hémiplégique. Elles ne sont ord. pas complètes et peuvent varier d'intensité. La paralysie a ord. lieu du côté opposé à la lésion. Cependant elle a été rencontrée plusieurs fois du même côté (obs. pers.) Quand la paralysie porte sur les deux côtés, c'est qu'il y a en général un double hématome; cependant un hématome considérable aurait pu déterminer une paralysie double. Quand les 2 côtés sont atteints c'est à un degré différent. Possibilité de la paralysie faciale seule.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Les contractures sont exceptionnelles et les convulsions n'apparaissent que s'il existe des lésions capables de les produire.

La sensibilité est moins fréquemment abolie que la motilité. Bondet a constaté la diminution de la sensibilité 15 fois sur 41 cas.

Après chaque attaque abaissement de la température qui remonte peu à peu pour se maintenir en général un degré au dessus de la normale.

Symptômes variables en rapport avec les lésions cérébrales qui peuvent exister [illegible]

Terminaisons. Il existe quelques cas de guérison, mais la mort est la terminaison habituelle. Le coma précède ord. la mort, après une série d'oscillations, d'exacerbations et de rémissions, ou par suite d'aggravations successives. — Chez les enfants, mort à peu près certaine pendant la première ou la deuxième période ou encore plus tard à la suite d'une hydrocéphalie chronique (Legendre)

Diagnostic. Chez les enfants la pach. pourrait être confondue avec la méningite tuberculeuse. L'hématome se montre surtout de 1 à 3 ans, tandis que la méningite a son maximum de fréquence de 6 à 8 ans (Guéneau). Dans l'hématome, fièvre intense et continue, pas de constipation, pas ou peu de vomissements, prédominance des accidents convulsifs s'il y a de la paralysie, elle ne porte pas seulement sur un petit groupe de muscles comme dans la méningite. absence d'antécédents héréditaires. Dans les cas d'hydrocéphalie chronique, diagnostic toujours très difficile.

Chez les adultes et chez les vieillards diagnostic en général difficile. Aucun symptôme pris isolément ne permet d'y arriver mais en groupant les symptômes on parvient à établir des probabilités.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Il faut considérer que la pachyméningite avec hématome consécutif constitue une maladie lente à symptômes diffus très-marqués, à symptômes circonscrits, seuls ou tardifs. C'est ainsi qu'on trouve ord. de la céphalgie, de la sténose pupillaire, des phénomènes d'agitation ou torpeur intellectuelle, sans fièvre, sans vomissements, sans convulsions, sans paralysie des nerfs crâniens. La marche de la maladie est coupée par une ou plusieurs attaques apoplectiformes, à début progressif ou par des phases de sommeil et de coma d'une longue durée. Enfin l'âge avancé des malades, la paralysie générale, le rhumatisme complètent les données qui peuvent permettre d'établir le diagnostic.

La céphalalgie du début pourrait être confondue avec une céphalée syphilitique. exacerbations nocturnes et signes de paralysies par compression des nerfs de la base. La plupart des céphalées ne sont pas aussi tenaces.

Les vertiges, les étourdissements, l'état de somnolence avec affaiblissement intellectuel que présentent les vieillards atteints d'athérome artériel diffèrent des premiers troubles dus à la pachyméningite par l'absence de la céphalalgie et de la sténose pupillaire persistantes.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Les tumeurs de la base seront facilement distinguées par l'absence de troubles de la vue, de strabisme et de paralysies localisées et les tumeurs de la convexité par l'absence de vomissements répétés et de convulsions.

Dans l'H. sous-arachn. lorsque il y a de prédominance nous avons vu que c'était ord. des paralysies limitées des yeux et de la face qui éloignent toute idée de pachyméningite : mais l'absence de paralysies limitées et la prédominance des symptômes diffus pourraient faire songer à la pachyméningite. Les phénomènes apoplectiformes ~~ainsi que les~~ arrivent plus lentement dans l'H. sous-arachn. et l'évolution de la maladie a lieu dans l'espace de quelques jours.

C'est aussi le début lorsque sans prodromes, tout d'un coup, il y a ~~avec~~ paralysies nettement caractérisées qui permettra de distinguer l'H. de la R. C. de la pachyméningite.

Enfin diagnostic difficile aussi chez les aliénés. D'après Christian le délire de la pachyméningite a une sorte d'égarement tout particulier qui tranche avec le délire ou cardiaque de l'aliéné. De plus phénomènes apoplectiformes avec paralysies incomplètes.

Pronostic. Très grave bien que la guérison soit possible.

Traitement.

SCD Lyon 1

Meningites

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

18 juin 1881

De la Méningite

On désigne sous le nom de méningite l'inflammation simultanée de l'arachnoïde du tissu cellulaire sous-arachnoïdien et de la pie-mère. On comprend ainsi l'arachnoïdite ou arachnitis et la leptomingite.

Si l'inflammation des méninges est caractérisée seulement par une exsudation séro-fibrineuse, par la production de pus ou par une néoplasie conjonctive, la méningite est dite simple. Si avec ces productions inflammatoires, il existe de granulations tuberculeuses, la méningite est dite tuberculeuse ou granuleuse.

Méningite simple { aiguë / chronique / épidémique.

cette dernière est la typhus cérébro-spinal.

D'après l'étiologie:

Méningite { rhumatismale / alcoolique / syphilitique / traumatique / métastatique / etc. etc.

D'après la différence d'étendue et de siège on pourrait

admettre avec Guitrac :

méningite
- cérébrale générale
- de la convexité } du cerveau
- de la base } du cerveau
- ventriculaire
- cérébelleuse
- cérébro-spinale
- rachidienne

La méningite peut être aussi primitive ou secondaire.

C'est là un lieu de divisions qu'on ne peut pas utiliser pour une description sans risque de se perdre dans des différences de conventions plutôt que réelles. Toutefois elles servent à faciliter l'étude de la maladie en indiquant le sens dans lequel les investigations doivent être faites.

Comme la plupart des auteurs nous rangeons la méningite épidémique dans la catégorie des typhus ; mais nous ne décrirons pas séparément comme ils le font la méningite aiguë, la M. chronique et la M. tuberculeuse. Cette division qui peut convenir à une description didactique a l'inconvénient d'être peu pratique. La clinique démontre, en effet, que la M. chronique n'existe pas en dehors de la méningo-méphalite diffuse qui rentre dans l'étude de l'aliénation mentale,

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

et de l'épaississement des méninges sous l'influence de l'alcoolisme et de l'athérome ne donnant lieu à aucun symptôme particulier. — Elle fait voir aussi que si dans certains cas la m. aiguë diffère de la m. tuberculeuse, elle n'en diffère pas toujours autant que certaines variétés de m. aiguës ou de m. tuberculeuses diffèrent entre elles; et que dans le plus grand nombre des cas, ce sont les circonstances étiologiques ou concomitantes qui permettent de faire la différence, la symptomatologie offrant presque constamment la plus grande similitude.

Nous décrirons donc la méningite en indiquant les particularités importantes qui se rattachent à ses localisations, à ses causes à ses symptômes, à sa marche, etc. — en indiquant surtout les différences que présentent les formes simples et tuberculeuses.

La méningite rachidienne sera laissée de côté pour être décrite avec les autres affections de la moelle.

Historique — Meibomius, Willis et Morgagni séparèrent les premiers l'infl. des méninges de celle de l'encéphale. Hespère au commencement de ce siècle introduisit l'expression de méningites ou de méningite qui remplaça bientôt les dénominations de phrénitis, paraphrénitis, phrénésie, céphalite, arachnitis, arachnoïdite, pitis (Bouillon).

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Il est à remarquer que Lallemand avait essayé de montrer la différence que présente la symptomatologie dans la méningite et l'encéphalite; tandis que pour Calmeil la M. n'était qu'une méningo-encéphalite, la lésion principale étant celle de la substance nerveuse. Or, bien qu'on distingue aujourd'hui l'inf. des méninges de celle de la subs. cérébrale, on sait très-bien que cette dernière altération joue un rôle important dans l'anatomie pathologique et la symptomatologie. — Ce n'est aussi que depuis peu de temps que la M. tuberculeuse est parfaitement connue.

Étiologie — Âge. La méningite qui atteint les enfants avant un an serait ad. une inf. simple; tandis que la méningite que l'on observe de 1 à 15 ans est presque toujours de nature tuberculeuse. La méningite simple devient plus fréquente au delà de cet âge, tout en restant beaucoup moins fréquente que la M. tuberculeuse. Celle-ci a son maximum de fréquence chez les enfants de 2 à 7 ans et chez l'adulte de 20 à 30 ans.

Sexe. La M. tuberculeuse s'observe à peu près également dans les deux sexes, tandis que la M. simple est plus fréquente chez l'homme.

La M. simple primitive est excessivement rare. On lui a attribué comme causes: l'insolation

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

les refroidissements, les fatigues intellectuelles, les veilles prolongées, les excès alcooliques. La première de ces causes peut certainement déterminer une M. simple aiguë, et la dernière une M. subaiguë ou chronique. Mais les autres causes me paraissent douteuses. Il est probable que beaucoup de méningites considérées comme des M. simples étaient des M. tuberculeuses. Nous verrons, en effet, que parfois la confusion est possible.

La ~~[illegible]~~ majorité des M. est tuberculeuse et les autres sont secondaires.

La M. tuberculeuse reconnaît surtout pour cause l'hérédité. celle-ci est descendante ascendante ou collatérale. La scrofule chez les parents dispose les enfants à ~~la [illegible]~~ Du reste on peut en dire presque autant mais à un moindre degré de ~~beaucoup~~ de maladies chroniques qui débilitent profondément l'économie : cancer, syphilis, chlorose, anémie, dyspepsie, affections du système nerveux, etc.

Il est rare que les enfants présentent ou aient présenté des lésions tuberculeuses, mais ils peuvent ~~[illegible]~~ avoir eu ou avoir des manifestations scrofuleuses

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

mais des bruits de ce genre anciens ou récents ne sont pas rares chez l'adulte. Chez ce dernier comme chez l'enfant on peut seulement trouver une constitution débile, avec un développement intellectuel précoce chez les enfants. D'autres fois les uns et les autres ont toutes les apparences d'une santé parfaite. Quelques uns même paraissent avoir une santé exceptionnelle.

Le séjour dans les grandes villes est aussi une cause prédisposante de la M. tuberculeuse. On l'observerait aussi plutôt au printemps et en hiver. Comme causes occasionnelles on a noté: le sevrage prématuré, les mauvaises conditions hygiéniques, certaines maladies telles que la rougeole, la f. typhoïde, la coqueluche et toutes les affections débilitantes de longue durée, enfin la dentition difficile. Les travaux intellectuels prolongés et précoces surtout chez l'enfant pourraient jouer un rôle important? C'est douteux, parce qu'il est difficile de dire si les enfants ne sont pas précoces précisément parce qu'ils sont déjà prédisposés à la M. onanisme – Excès vénériens – contusions, chutes, insolations –

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

ces dernières causes sont également douteuses. Il faut tenir compte des coïncidences. De même pour la suppression des exanthèmes qui peut aussi n'être que l'effet de la M.

Dans les cas où la M. n'est pas tuberculeuse, on peut ord. la rattacher à une des causes suivantes: 1° à un traumatisme céphalique (contusion, fracture, commotion); 2° à la carie des os du crâne et surtout du rocher qui succède à l'otorrhée purulente. Tantôt propagation directe par envahissement de dehors en dedans, tantôt en laissant à peu près intactes la dure-mère et l'os. Une otite, une otorrhée ou une carie osseuse ont souvent duré longtemps sans compromettre la vie du sujet et par l'effet d'un refroidissement, de la suppression de l'écoulement auriculaire, on voit apparaître les symptômes de la M. Toutefois ces lésions peuvent aussi engendrer des affections dont les symptômes devront être distingués de ceux de la M.; ce sont: la phlébite des sinus de la dure-mère, la pachyméningite et l'abcès cérébral. Enfin la M. peut encore survenir dans l'otorrhée sans carie du rocher. Il est probable que dans ces cas l'inff. se propage le long du nerf auditif ou du nerf facial

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3° à l'erysipèle de la face ou du cuir chevelu, dans ces cas on a déjà 5 ou 6 ans
deux cas de ce genre. Il ne faut pas prendre pour signe
d'une M. le délire que détermine parfois cette maladie.
4° au rhumatisme. Ce serait la M. rhumatismale
qui serait la plus fréquente des formes de l'encéphalopathie
rhumatismale, d'après Ball. Toutefois les faits
de ce genre sont rares. Il ne faut pas les confondre
avec les manifestations du rhumatisme cérébral
proprement dit, qui d'après ce que j'ai observé
serait plus fréquent.
4° à des causes beaucoup moins fréquentes, ou douteuses, telles que
la goutte, le mal de Bright, la f. typhoïde, la scarlatine
5° à des causes plus certaines, telles que l'infection
purulente (méningite métastatique) avec foyer
purulent dans un point du corps, notamment
pendant l'état puerpéral; la syphilis, la pneumonie.

Anatomie pathologique.

Voici d'abord ce que l'on trouve lorsque la M. est simple.
Les lésions peuvent être générales ou plus ou moins limitées
dans une région du sommet ou de la base, mais elles
siègent de préférence sur la convexité de l'hémisphère,
au point qu'on a considéré (à tort, il est vrai) ce siège
comme caractéristique de la M. simple.

Teinte rougeâtre de la surface du cerveau avec dilatation des
veines et hypérémie des petits vaisseaux artériels. Parfois les
vaisseaux sont entourés d'une gaine sero-fibreuse semi-liquide de coloration
avec la teinte violacée ou rouge de la pie-mère. —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

L'arachnoïde est le plus souvent intacte ou bien présente un réchauffement particulier avec aspect poisseux. Elle est alors dépolie, friable, inégale et un peu épaissie. La lésion caractéristique occupe le tissu cellulaire sous-arachnoïdien : sérosité lactescente, dépôts membraneux composés de fibrine finement granulée et du pus. Ce dernier ord. concret, forme avec la fibrine à laquelle il est mélangé, des plaques verdâtres, homogènes plus ou moins épaisses disséminées par points ou par flocons ou étendues en membranes continues. Ces produits sont souvent accumulés autour des origines apparentes des nerfs crâniens et même autour du bulbe.

L'infl. est ord. bilatérale – La pie-mère du cervelet est le plus souvent intacte sauf chez les enfants.

L'infl. de la pie-mère se continue habituellement dans la substance cérébrale sous-jacente. Le cerveau peut cependant être intact si l'affection n'a duré que peu de jours. Encore trouve-t-on presque toujours un peu d'injection de la substance cérébrale. Mais le plus souvent la substance grise est bleuâtre et la substance blanche présente un fin pointillé rouge. Le plus souvent aussi adhérences anormales des couches corticales avec les méninges enflammées. Il peut même exister une infiltration fibrineuse et purulente de la couche corticale. Il y a alors une véritable méningo-encéphalite, encore plus constante et plus prononcée dans la M. tuberculeuse.

Ventricules cérébraux contiennent en général peu de liquide. Parfois sérosité floconneuse et louche, et même pus dans les M. rhumatismale ou pyrémique. – Possibilité du ramollissement consécutif de l'épendyme et de la substance neurale sous-épendymaire.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

On peut trouver dans le liquide ventriculaire des cellules épithéliales à forme globuleuse ~~[illegible]~~ gonflées par endommagement en dégénérescence graisseuse ou granuleuse.
Plexus choroïdes congestionnés.
La M. cérébrale coïncide fréquemment avec M. spinale.
Au microscope, on trouve les globules blancs accumulés dans la gaine lymphatique des vaisseaux et les entourant comme d'un manchon. Ces mêmes éléments se trouvent aussi dans les mailles de la pie-mère.
Dans ces cas l'examen des méninges confirme la théorie de Cohnheim sur l'exsudation inflammatoire. On a aimé la reproduction très-fidèle de la figure qui donne cet auteur de l'infl. du péritoine de la grenouille.
Voici maintenant ce que l'on trouve dans la M. tuberculeuse.
Au premier abord les lésions paraissent tout à fait semblables à celles de la M. simple.
Le plus souvent la convexité des hémisphères cérébraux paraît intacte. La pie-mère présente une injection vasculaire plus ou moins prononcée ou de l'œdème.
D'autres fois si les ventricules sont remplis de sérosité les circonvolutions cérébrales sont aplaties et comprimées. Les lésions n'apparaissent le plus souvent bien manifestement que dans le point où elles prédominent c'est-à-dire à la base.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

L'espace sous-arachnoïdien compris entre le chiasma des nerfs optiques et le pont de Varole aussi bien que la pie-mère de la base sont infiltrés d'un liquide séro-fibrineux, trouble et jaunâtre, le plus souvent d'un exsudat fibrino-purulent dense, résistant, qui se présente au maximum au niveau du chiasma, dans les scissures de Sylvius et sur les origines des nerfs crâniens. Ce n'est qu'exceptionnellement que ces lésions sont très-apparentes sur la convexité des hémisphères, mais en écartant les circonvolutions et en exerçant de légères tractions sur les vaisseaux, on voit que les méninges sont aussi le siège de lésions plus ou moins marquées sur leur trajet. — L'exsudat est qqf. très abondant autour des vaisseaux surtout vers la base qu'il les entoure en formant comme une gaine. Et même j'ai pu constater très-nettement dans un cas que le calibre de la cérébrale moyenne était notablement diminué par la compression exercée par l'exsudat.

C'est dans l'exsudat que se trouvent les granulations tuberculeuses

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Elles apparaissent à première vue si elles sont très-nombreuses, ou au contraire elles sont difficiles à trouver et il faut savoir les chercher.

Ces granulations sont grises, demi-transparentes, d'une grosseur variant d'un grain de mil jusqu'à celle d'un pois. Toutefois ce sont ord. des granulations miliaires; elles sont situées le long des vaisseaux. Elles occupent la gaîne lymphatique et paraissent avoir pour point de départ la prolifération de la gaîne et de la tunique adventice. Le vaisseau passe au centre des granulations ou elles se sont situées dans les points de bifurcation. En deçà et au delà les vaisseaux sont remplis de globules rouges. Au centre même de l'îlot opaque on ne peut pas distinguer la couleur du sang. Avec un plus fort grossissement on voit des cellules jeunes embryo-plastiques en très-grand nombre dans le tissu conjonctif de la mésinge, dans la gaîne lymphatique et dans la membrane adventice des vaisseaux; puis la coagulation de la fibrine dans ces derniers. Ces mêmes éléments peuvent se retrouver disséminés en formant comme un manchon autour des vaisseaux gros ou petits entre la gaîne lymphatique et la tunique musculaire.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

cette néoformation est peu vasculaire d'où les opacités jaunâtres situées le long des vaisseaux. Il résulte de ces lésions que la circulation de la pie-mère est ord. plus ou moins troublée par le fait de la coagulation du sang dans les petits vaisseaux qui sont oblitérés, les grosses artères restant le plus souvent libres. Cependant 2 obs. d'oblitération des artères cerebelleuses ant. et sup. – Extension doit être augmentée dans les autres artères et diminuée dans les veines d'où le retour plus difficile du sang veineux; d'où aussi l'œdème des méninges qu'on observe opoff..

Ainsi dans la M. tuberculeuse: néoplasie tuberculeuse ou granuleuse et néoplasie purulente.

Lésions encéphaliques. Les méninges sont adhérentes aux couches corticales et celles-ci présentent des altérations inflammatoires surtout manifestes chez les enfants. D'après M. Hayem c'est de l'encéphalite hyperplastique subaiguë. Parfois on y trouve de véritables granulations tuberculeuses.

La substance blanche peut offrir une coloration rosée; mais c'est surtout la couche corticale qui présente des piquetés hémorrhagiques correspondant généralement aux points adhérents avec la pie-mère.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

~~ggf.~~ des points de ramollissement rouge avec des hémorrhagies capillaires tout autour. Ces lésions sont du reste plus fréquentes au niveau du corps strié, ainsi que l'a établi M. Rendu et sont souvent la cause des phénomènes de paralysie, quand ceux-ci ne proviennent pas des lésions des couches corticales, ainsi qu'il résulte des travaux récents de M. Sandoz. Ces lésions sont 1° des foyers de ramollissement 2° des îlots d'hémorrhagie capillaire, isolés ou réunis. Ces lésions ne diffèrent pas de celles qu'on observe dans les autres ramollissements. Du reste ils sont aussi la conséquence de l'oblitération des vaisseaux artériels par des exsudats fibrineux.

À côté de ces lésions, il en existe parfois d'autres dont il est difficile d'établir la pathogénie. Ainsi le corps calleux, la voûte à trois piliers, le septum lucidum sont ~~ggf~~ le siège d'un ramoll. qui va jusqu'à la diffluence. Est-ce une simple imbibition?

La fréquence d'un épanchement ventriculaire est telle que la maladie a été longtemps dénommée hydrocéphalie aiguë.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

La quantité et la qualité du liquide varient.
État variable de la paroi ventriculaire.
Quel est la condition pathogénique de l'épanchement?
Gêne de la circulation veineuse ou exsudation
active de la membrane enflammée?

Les altérations que nous venons de décrire dans les méninges et la substance cérébrale peuvent se retrouver dans le cervelet, la protubérance, le bulbe et jusque dans la moelle et dans leurs enveloppes.

Tuberculose des méninges sans méningite: mêmes granulations, mais pas d'exsudat fibrineux ni de pus. Qqf. tubercules jaunes et opaques, mais plus rares que les tubercules gris. — Ord. ces granulations existent avec d'autres produits analogues dans divers organes (granulie d'Empis) —

Lésions concomitantes. On les rencontre presque toujours dans les poumons (loi de Louis) mais il y a des exceptions publiées par les auteurs et obs. personnelles.

Sur les séreuses, les granulations s'observent par ordre de fréquence et d'intensité dans le péritoine, les plèvres et le péricarde —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1 juillet 1881 Méningite (suite) 1

— Symptômes. Quelle que soit la nature et la cause de la méningite, on observe toujours deux ordres de phénomènes symptomatiques qui correspondent au début à l'exaltation de l'activité fonctionnelle des centres nerveux par irritation, et ensuite à l'affaiblissement ou à l'anéantissement des mêmes fonctions de ces centres. On a ainsi des symptômes d'excitation, puis des symptômes de dépression, constituant deux périodes qui sont ou non précédées d'une période prodromique.

— Période prodromique. C'est surtout dans la m. simple que cette période peut faire défaut ou être de très-courte durée; tandis que ~~on la rencontre ord.~~ dans la m. tuberculeuse on la rencontre ord. ~~et que c'est~~ c'est dans cette maladie qu'elle est parfois de longue durée.

— Elle est caractérisée par la perte de l'appétit et un amaigrissement plus ou moins prononcé avec pâleur de la face, abattement général, changement dans le caractère, céphalalgie, parfois agitation vers le soir, nausées ou vomissements.

Durée de qqs. heures, qqs. jours à 3 mois.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Elle est plus accusée et plus longue lorsque les individus sont en bonne santé, soit que la méningite tuberculeuse soit la première manifestation de la diathèse, soit que la tuberculisation existant déjà dans d'autres viscères ait été latente jusqu'à l'invasion de la méningite. Quand il existe déjà une tuberculisation pulmonaire ou abdominale, la période prodromique est courte peu marquée ou nulle. C'est ce qui a lieu lorsque les méninges deviennent le siège de granulations sans méningite.

Période d'excitation. Qu'il y ait eu ou non des prodromes, le début est marqué par des phénomènes d'excitation cérébrale et par de la fièvre.

La céphalalgie, les vomissements et la constipation sont les premiers symptômes qui caractérisent la maladie.

La douleur de tête est gravative ou lancinante, continue avec de fréquentes exacerbations. Elle est augmentée par le bruit, la lumière et les mouvements. Aussi les malades restent-ils immobiles, les yeux fermés et la tête dans le traversin, la face tournée contre le mur. Ils répondent peu aux questions et manifestent facilement leur mauvaise humeur. Parfois le malade s'agite et se plaint de sa douleur de tête.

On ne tarde pas à voir survenir des phénomènes de contracture dont on se rend compte par la raideur

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

qu'on trouve aux mouvements communiqués aux membres. On remarque aussi de la raideur du tronc et des muscles de la nuque lorsqu'on fait asseoir le malade sur son lit (opisthotonos). Enfin du trismus et de la dysphagie.

C'est à ce moment aussi que se manifestent des mouvements convulsifs et des convulsions générales. Celles-ci peuvent même marquer le début de l'affection, surtout chez les enfants; de telle sorte qu'appelé au moment d'une première convulsion, on doit toujours faire des réserves relatives à la possibilité d'une méningite, lorsqu'on ne trouve pas une autre cause bien évidente.

Les paroxysmes douloureux et convulsifs alternent avec des accès de somnolence pendant lesquels les malades, surtout les enfants, poussent des cris presque automatiques connus sous le nom de cris hydrencéphaliques.

Si le malade peut encore se lever, l'équilibre est plus ou moins instable et la démarche est chancellante. Le malade, du reste, ne tarde pas à ne plus pouvoir sortir du lit.

L'intelligence est affectée plus profondément. À certains

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

moments et surtout dans les moments de torpeur le malade ne répond pas aux questions et reste indifférent à tout ce qui l'entoure; mais à d'autres moments il est moins affaissé; il reconnaît les personnes qui l'entourent et répond aux questions simples. Parfois il s'embrouille vite, la parole est hésitante, il ne prononce que des mots inintelligibles ou seulement quelques monosyllabes. Enfin il peut délirer et ce symptôme se remarque surtout chez les adultes et chez les enfants adolescents.

Les troubles oculaires peuvent apparaître plus tôt; mais c'est surtout à ce moment qu'on les rencontre: pupilles inégales, souvent contractées, strabisme, diplopie ou bien fixité étrange que ne modifie pas l'approche d'une lumière.

La face qui présentait déjà des alternatives de rougeur et de pâleur, perd toute son expression. On y remarque seulement parfois des tressaillements convulsifs.

La fièvre a marqué aussi le début de cette période. température 38,5 à 39 dans la m. tuberculeuse; oscillant autour de 40° dans la m. franche; avec peu de rémission le matin; tandis que dans la première maladie cette rémission est assez marquée non seulement le matin, mais souvent plusieurs fois dans les 24h. Pouls [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Cette première période peut se présenter sous un aspect identique dans la m. tuberculeuse et dans la m. franche. Toutefois dans cette dernière les symptômes d'excitation peuvent être plus marqués, la maladie peut débuter par un frisson et avoir une marche plus rapide.

Période de dépression. Elle ne débute pas en général d'une manière brusque. Tantôt les phénomènes d'excitation présentent peu à peu une sédation qui peut faire croire à une amélioration alors que les phénomènes d'excitation ne tardent pas à reparaître avec violence ou plus ou moins atténués; tantôt les phénomènes de dépression alternent d'abord avec ceux d'excitation. Ainsi les contractures, les spasmes, le délire cessent puis reparaissent. Cette alternance des phénomènes d'excitation et de ceux d'inertie est presque constante au moment de la transition d'une période à l'autre.

On peut voir peu à peu s'établir une résolution générale en même temps qu'un état comateux avec dilatation des pupilles, paralysie des sphincters ralentissement du pouls, accélération et irrégularité de la respiration et persistance de l'élévation de la temp. jusqu'au moment de la mort.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Toutefois on remarque encore dans cette période des paralysies limitées, de la motilité et de la sensibilité, excessivement variées des membres et de la face. On peut remarquer encore l'alternance des paralysies avec les convulsions et celles-ci peuvent terminer brusquement la maladie, de même qu'elles en peuvent marquer le début.

Rapport existant entre la localisation de la méningite et les phénomènes de paralysie, de contracture, de convulsions, de délire, etc. — mort par paralysie bulbaire.

En dehors de la période prodromique la maladie peut durer de 1 à 5 semaines. C'est dans la m. tuberculeuse que la maladie dure ord. le plus, tandis qu'elle est plus courte et peut ne durer que quelques jours dans la m. franche.

Non seulement la maladie présente une durée variable, mais elle offre aussi une modalité qui varie beaucoup soit dans la m. tuberculeuse, soit dans la m. simple.

Ainsi dans la m. tuberculeuse il faut considérer la m. débutant chez un sujet sain ou ayant eu autrement une autre affection de même nature mais guérie, et la m. survenant dans le cours d'une tuberculisation pulm. ou abdominale ou en même temps qu'une tuberculose aiguë (granulie)

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Il existe aussi des variations suivant que la maladie débute dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, d'une pneumonie, d'une fièvre typhoïde. On a vu aussi la maladie survenir chez un malade affecté de délirium tremens, chez une femme hystérique.

— Enfin il faut aussi tenir compte des particularités que présente la m. chez les très-jeunes enfants et chez les vieillards.

— Diagnostic. Lorsqu'un malade qui a de la fièvre présente en même temps après qqs. prodromes ou même sans prodromes, de la céphalalgie, des vomissements, de la constipation, de la photophobie, du strabisme, de la contraction puis de la dilatation des pupilles, ~~des~~ troubles de la motilité de la sensibilité et de l'intelligence, on arrive assez facilement à diagnostiquer la méningite. — Il faut alors différencier la m. simple ou franche de la m. tuberculeuse. ~~Cette~~ distinction est souvent très-difficile à faire. Toutefois on se souviendra que la première maladie est caractérisée principalement par la brusquerie du début, ~~par la~~ continuité et l'intensité des phénomènes cérébraux, notamment du délire, par l'élévation considérable de la temp., par la succession franche des périodes d'excitation et de dépression,

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

enfin par la rapidité de la marche. La considération de l'âge et des antécédents individuels ou héréditaires et aussi des circonstances étiologiques peut fournir d'utiles indications.

J'ajouterai que dans l'immense majorité des cas où l'affection ne survient pas dans le cours d'une maladie déterminée, c'est à la M. tuberculeuse qu'on a affaire ; de sorte qu'on arrive le plus souvent à diagnostiquer la nature de la M. mais ce qu'il y a de difficile c'est de diagnostiquer la M. au début et même dans le cours de la maladie alors qu'elle ne présente que quelques uns des symptômes qui lui sont attribués et qui peuvent aussi se rapporter à une quantité très-grande d'affections morbides. Et les faits de ce genre ne sont pas rares. Les médecins les plus expérimentés ont commis des erreurs de ce genre dans tous les temps, sans en excepter le présent. Il faut songer à la possibilité de la M.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

toutes les fois qu'on trouve quelques uns de ses symptômes ne se rapportant pas nettement à une affection déterminée. Ce n'est pas cependant un motif suffisant pour conclure immédiatement à une M., mais une fois l'attention éveillée, on a beaucoup de chances pour ~~ne laisser~~ échapper aucun indice capable de mettre sur la voie du diagnostic.

D. chez l'adulte, chez l'enfant et chez le nouveau-né

D. différentiel chez l'adulte. –

avec les accidents cérébraux du rhumatisme, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de la [illegible], de l'érysipèle, de l'amygdalite, fièvre intermittente pernicieuse. –

Quand les signes de la M. n'existent pas d'une façon manifeste, et c'est parfois le cas, le diagnostic est presque impossible.

– avec névropathies, alcoolisme aigu, intoxication saturnine, urémie, coma épileptique, éclampsie, narcotiques.

– avec tumeurs cérébrales, pachyméningite –

D. différentiel chez l'enfant. (Rilliet et Barthez)

avec embarras gastrique, congestion hépatique, helminthiase –

avec éclampsie, hydrocéphalie simple aiguë consécutive à la scarlatine, pachyméningite hémorrhagique. Toutes affections fébriles précédemment indiquées.

D. différentiel chez les nouveau-nés. – avec dentition laborieuse, troubles gastriques, pannie. (pseudo-méningites disparaissent en bout de 3 à 6 jours) –

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Pronostic. Excessivement grave. La mort est la règle ; mais avec qqs. exceptions notamment chez l'enfant. Il y a des cas de guérison indéniables à côté des pseudo-méningites ; mais ils sont rares surtout à la deuxième période. On a aussi observé des guérisons temporaires ou des terminaisons par hydrocéphalie chronique.

Traitement. Les indications varient suivant la période de la maladie et suivant l'âge du sujet.

Dans la période prodromique donner toujours un anthelmintique.

indications tirées de la nature de la lésion et des différents symptômes qui se présentent.

— Traitement prophylactique —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1re leçon

Objet du cours

Maladies du système nerveux.

Seulement la séparation d'avec [illegible] une conséquence pratique importante de l'enseignement clinique.

Mais pour prendre des observations, nécessité des connaissances en pathologie médicale.

Le malade est à fixer ces connaissances qui le complètent à mesure que les observations deviennent plus nombreuses et plus variées.

Le cours de path. doit donc s'adresser à ceux qui commencent à ceux qui ont déjà observé.

Idéal d'un cours de pathologie

Pour rendre ces leçons pratiques.

L'étude de la pathologie suppose la connaissance préalable de l'anatomie de la physiologie des organes malades.

Le système nerveux ou appareil de l'innervation se compose d'un centre vers lequel convergent tout sentiment et d'où part tout mouvement, et d'une portion ramifiée qui le met en communication avec tous les organes.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

axe cérébro-spinal et système nerveux périphérique
Bichat S. de la vie animale et S. de la vie organique
Ce dernier gd sympathique relié au premier.

Vaste appareil dont les diverses parties peuvent être le siège de troubles morbides isolément ou en plus moins gd. nombre.

Divisions pour faciliter l'étude des maladies comme pour l'étude de l'anatomie et de la physiologie

Avant d'entreprendre la description des maladies de l'encéphale, indispensable d'étudier les localisations cérébrales.

Les recherches physiol. et pathol. entreprises depuis quelques années ont été singulièrement favorisées par une connaissance plus exacte de la topographie de l'encéphale
Burdach Lenret Gratiolet Huxley Bischoff
Luys Turner, Meynert, Ecker, Duret Hemburn.
nous devrons nous inspirer de leurs travaux.
Les exp. des physiologistes qui ~~[illegible]~~

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

[redacted] se sont plus particulièrement occupés du système nerveux avant la découverte de G. et H. avaient contribué comme nous le verrons dans un instant à faire rejeter la théorie de localisation surtout après l'examen de la Doctrine de Gall qui ne reposait sur aucune base scientifique.

Néanmoins qqs. pathologistes avaient cherché à localiser les affections cérébrales Bouillaud, Dax [illegible] Broca Jackson [illegible] isolés lorsque la découverte de l'excitabilité de l'écorce cérébrale est venue provoquer la production des nombreuses recherches pathol. de la part des méd. de tous les pays, mais surtout de ceux de l'école de Paris. Chercher [illegible]

J'ai l'intention de consacrer cette première leçon à vous exposer très-sommairement les fonctions des hémisphères cérébraux qui ont été mises en évidence par les expériences ayant trait à leur excitation et à leur ablation totale ou partielle. Ces recherches physiologiques ont en effet une grande importance au point de vue de l'étude que nous allons entreprendre et ce sont elles qui ont fait entrer la question des affections cérébrales dans une phase nullement féconde depuis qqs. années.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4

Lorry, Flourens, Longet et tous les physiologistes avaient établi que les H. C. étaient inexcitables : Longet Magendie et Schiff et d'autres soutenaient que le cerveau était également insensible à l'excitation électrique.

Les expériences de H. et L. 1870 eurent pour point de départ la remarque faite sur l'homme avec courant galvanique. Ils excitèrent alors les circonvolutions frontales du Chien et ils virent des mouvements se produire dans les membres ant. et post. dans la face et dans le tronc. Ils établirent aussi ce fait important que des contractions musculaires définies étaient associées à l'irritation de certaines zones circonscrites.

1873. Hitzig puis Ferrier nouveaux auteurs. Pour Ferrier pas raison de supposer que l'un partie du cerveau est excitable et l'autre non. Il s'agit de savoir comment se manifeste l'excitation, mesure de l'intensité du courant et de degré de localisation uniformément obtenu.

exp. Dans la série animale.

Analogie anat. des circonvolutions, rapport des centres moteurs avec les habitudes de l'animal.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Production de l'attaque épileptique artificielle que Hughlings-Jackson avait décrite cliniquement en l'attribuant à des lésions de décharge des divers centres des H. C.

Je passe sous silence les particularités relatives à la détermination précise des centres dans la série animale — et même chez le singe nous reviendrons sur ces dernières au fur et à mesure de l'étude des différentes parties du cerveau.

Hitzig a expérimenté sur un singe et Ferrier sur un grand nombre. Les résultats concordent. Le physiologiste anglais a en outre décrit des centres sensitifs et sensoriels.

Les exp. sur le singe sont intéressantes pour le médecin en raison des rapports qui existent entre le cerveau du singe et celui de l'homme.

On a trouvé chez l'homme des lésions qui déterminent des symptômes en rapport avec les données expérimentales et on peut espérer d'étendre le champ des investigations de la même manière.

Les exp. de F. H. et Ferrier ont engendré d'autres exp. non moins utiles dans lesquelles ont a cherché la contre-épreuve de l'excitation en détruisant les divers centres

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

auparavant coup d'œil sur les tentatives
dans lesquelles
faites par les physiologistes qui les ont précédés.

Flourens qui avait particulièrement étudié le cerveau au point de vue des localisations avait conclu 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 conclu que l'ablation des lobes cerebraux abolit sans retour tous les mouvements spontanés ou volontaires.

pigeon - grenouille - -

Vulpian, Onimus ont bien décrit les phénomènes produits par l'ablation des H. et parfaitement différencié les mouvements persistants des mouvements volontaires abolis.

Cependant M. Vulpian dit que l'influence du cerveau sur les mouvements volontaires est d'autant plus grande que les animaux opérés appartiennent à une classe plus élevée. loi importante d'après Carville et Duret et cependant en contradiction avec l'opinion de Vulpian lui-même. En effet, si Vulpian suppose que le cerveau peut avoir une influence sur les mouvements volontaires suivant la classe des animaux c'est qu'apparemment il y a des animaux dont les mouvements volont. sont plus ou moins sous la dépendance du cerveau. Or, exp. de Vulp. dans la série animale - - mouvements volontaires toujours abolis, mais persistance d'autres mouvements en s'abaissant dans la série animale. Donc la loi en question est en contradiction —

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 H. C. dans le mécanisme de la motilité n'entrent en jeu que lorsqu'il s'agit de mouvements volontaires.

Exemple de la carpe choisi par Vulpian.

L'ablation des hémisphères a privé le poisson des mouvements volontaires mais n'a-t-elle eu 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? c'est probable en considérant ce qui se passe chez un mammifère dans une exp. analogue ex. du chien ... de l'homme. Tous les mouvements subsistants c'est que contrairement à l'opinion de Vulpian l'action du cerveau dans le mécanisme de la motilité ne paraît pas limitée aux mouvements volontaires.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

19

M. Ferrier expose de la manière suivante les variations que nous venons de signaler relativement l'influence que les hémisphères possèdent sur les mouvements dans l'échelle animale. Plus on remonte l'échelle, plus les mouvements sont indépendants, complexes et variés, moins ils sont automatiques, plus longue aussi est la période de l'enfance pendant laquelle l'animal acquiert peu à peu le contrôle volontaire de ses membres. Plus on descend l'échelle, plus on voit dominer l'organisation indépendante ou automatique des centres inférieurs, moins les mouvements sont complexes et variés, moins longue est la période de l'organisation des mouvements à partir de leur naissance. Plus les mouvements sont sous le contrôle de la volonté, plus est marquée et durable la paralysie résultant de la destruction des centres corticaux ou des centres des mouvements volontaires. Plus les mouvements sont mécaniques ou automatiques dès la naissance, plus les troubles provoqués par la destruction des centres d'acquisition volontaire seront insignifiants.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Ferrier pense même que cette loi régit la répartition de la paralysie dans les différentes parties du corps. Nous insisterons sur ces particularités intéressantes lorsque nous étudierons l'hémiplégie.

Toutefois l'éminent physiologiste anglais admet que ~~[illegible]~~ les animaux qui ne possèdent pas des mouvements automatiques dès la naissance, les acquièrent par la répétition des mouvements qui primitivement nécessitaient un effort de la volonté et que ces mouvements automatiques sont organisés dans les corps striés. Il en résulte que chez ces animaux l'ablation des hémisphères produira l'abolition de tous les mouvements volontaires et ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ automatiques. ~~[illegible]~~

Il ne faut donc pas dire avec M. Vulpian que les hémisphères cérébraux n'entrent en jeu que lorsqu'il s'agit des mouvements volontaires

SCD Lyon 1

21

que l'influence du cerveau sur les mouvements volontaires peut varier suivant la classe des animaux opérés, mais que les effets de l'ablation des hémisphères varient suivant que le cerveau a plus ou moins d'influence sur les mouvements automatiques.

nous savons d'autre part qu'il en a d'autant moins qu'on s'abaisse dans l'échelle animale et que les activités motrices résident dans les centres mésencéphaliques et inférieurs, et d'autant plus qu'on s'élève dans l'échelle puisqu'en même temps les activités motrices sont plus localisées dans les hémisphères cérébraux.

Au point de vue de la sensibilité et des organes des sens l'effet de l'ablation des hémisphères est interprété bien différemment suivant les auteurs.

La poule sans lobes dit Flourens

SCD Lyon 1

a perdu tous ses sens ; car elle ne voit, ni n'entend, ni n'odore, ni ne goutte, ni ne touche absolument rien.

Longet et M. Vulpian trouvent cette conclusion trop absolue et M. Vulpian en modifie les termes de la manière suivante : un animal qui a perdu ses lobes cérébraux ne regarde plus, n'écoute plus, ne flaire plus, ne goute plus, ne touche plus ; mais il voit, il entend encore, il sent les odeurs et les saveurs, il a encore des sensations tactiles.

Goltz et Gergens ~~ont~~ constaté aussi des troubles [illegible] de la sensibilité de la vision.

Toutefois les appréciations des troubles ~~[illegible]~~ ~~et~~ sensoriels sont très-difficiles chez les animaux puisqu'~~chez eux on ne peut juger des impressions~~ produites que par les réactions, et que les mêmes phénomènes ~~[illegible]~~ peuvent avoir lieu sans que l'animal en ait conscience. Et puis il existe dans ces cas des troubles psychiques de sorte que même chez l'homme les recherches de ce genre sont très-délicates et présentent les plus grandes difficultés.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

nous arrivons aux destructions partielles faites dans ces dernières années.

injections interstitielles : Fournié, Nothnagel.
ablations partielles. — Hitzig, Schiff, Carville & Duret, Ferrier, Goltz & beaucoup d'autres physiologistes.

ablation d'une portion du gyrus sigmoïde chez le chien paralysie intermittente & passagère.
dans la série animale. oiseaux. singes. — résultats différents expliqués par Ferrier de la même manière que pour les cas d'ablation des H.

Je passe sous silence les effets particuliers produits par la destruction des diverses parties sur lesquels nous reviendrons en étudiant les localisations.

En nous en tenant au fait général qui ressort des exp. d'excitation électrique et d'ablation localisée des H. nous voyons d'une part : .... d'autre part ...

Fritz & Hitzig ainsi que Ferrier ont admis qu'il existe dans la substance grise des H. des centres de mouvement en nombre d'autant plus grand que l'animal occupe un rang plus élevé.

Les obs. cliniques & d'anatomie pathol. ont pour confirmer leur théorie.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Il s'en faut cependant qu'elle ait rallié tous les physiologistes. objections sérieuses - opinions des physiologistes utiles à connaître, elles peuvent nous ~~donner des indications~~ dans l'étude des localisations.

Je vais les passer en revue et chercher à dégager ce qui me paraît acquis des faits encore incertains.

M. Dupuy : diffusion des courants excitations de la base

La diffusion a lieu mais pour cela on ne doit pas admettre les conclusions de Dupuy. - objections de Ferrier, mouvements d'ensemble du corps strié opposés aux mouvements localisés, anesthésie. - certaines régions ne répondent pas à l'excitation, régions ant. et post. et même une région très-proche du corps strié : circonvolutions de l'insula. - exp. de Carville et Duret sur un chien présentant une tumeur liquide du centre ovale. - exp. des mêmes qui enlèvent le corps strié et trouvent la persistance des mouvements par l'excitation des gyrus.

ainsi pas d'excitation du corps strié par diffusion le courant agit bien localement.

excitation de la substance blanche. Sanderson.

Ferrier admet que des mouvements identiques sont différemment représentés dans les différents centres. plusieurs muscles, dit-il, qui sont intéressés dans la respiration et coordonnés réflexement dans la moelle allongée sont aussi sous le contrôle de l'arbre

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Des objections plus importantes ont été faites à Hitzig et à Ferrier par les 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 reflexe. M. Schiff soutient cette théorie à laquelle se sont ralliés MM. Brown-Sequard, Vulpian, Bochefontaine.

Voici les objections principales:

analogie de l'action du chloroforme dans ces cas et dans ceux où il s'agit de mouvements reflexes. —

Dans l'apnée tous les 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, tandis que c'est le contraire pour l'irritation électrique du cerveau.

Le temps nécessaire pour l'excitation des H. donne lieu au mouvement est 7 à 11 fois plus long qu'il devrait être, si tout le trajet parcouru eut été de même nature et eut 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 reflexe.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Le savant prof. de Genève croit voir dans les mouvements des animaux après l'extirpation de 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.

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.

Schiff se fonde pour établir ces faits sur les troubles de la locomotion dans les mouvements lents et qui exigent peu de force, sur les attitudes bizarres et sur le défaut de sensibilité probable du côté de la face opposé à la lésion.

Goltz et Gergens. troubles de la sensibilité.

J'ai aussi trouvé une diminution de la sensibilité. Elle augmente lorsque le lobe ant. est détruit dans une plus grande étendue. mais elle seule ne saurait rendre compte des troubles de la motilité (exp. de Cl. Bernard). —

D'autre part je crois que la parésie est manifeste à un léger degré, mais qu'on peut toujours la mettre en évidence.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

En général lorsque les chiens ont été opérés depuis quelque temps leur démarche est tellement naturelle que la plupart des physiologistes ont pu les considérer comme guéris et qu'ils ont même édifié des théories sur cette prétendue guérison.

D'autre part les membres du côté opposé à la lésion sont le siège de mouvements considérés comme ataxiques notamment par Schiff. (distinction) On les observe dans les circonstances, le lendemain et le surlendemain de l'opération et surtout plus tard après la guérison apparente à une époque déjà. Dans ce dernier cas on peut les voir devenir plus manifestes après une injection de morphine ou après une crise d'épilepsie.

L'ataxie est caractérisée par la raideur des membres dont certains mouvements déposent le tact. mais il est évident que l'ataxie n'a pas les caractères qu'on lui trouve chez

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

17 bis

Quant à la cause de l'ataxie, elle me paraît résider dans ces deux termes : troubles de la sensibilité et parésie légère, paralysie transitoire. Nous savons en effet depuis les recherches de M. Pierret que ce sont ces mêmes conditions qui donnent lieu à l'ataxie locomotrice. On peut expliquer de la même manière l'ataxie qu'on rencontre parfois chez les paralytiques généraux dont les lésions ont un certain rapport avec celles dont nous nous occupons.

Explication de M. Pierret relative à l'ataxie : Dans tout mouvement musculaire le vier mis en mouvement par 2 forces antagonistes : l'une produit le mouvement l'autre le modère. Si le mouvement devient irrégulier exagéré c'est que l'un des deux antagonistes agit trop ou trop peu. Mais si l'action de l'antagonisme est tout à fait supprimée, il ne peut pas y avoir des mouvements en sens opposé et dès lors il y a paralysie. Dans ce cas nous sommes parfaitement dans les conditions indiquées par M. Pierret.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Les H. Cerebraux ont encore une action sur le gd sympathique. Mm. Lépine, Bochefontaine action sur le cœur, les vaisseaux, les glandes, l'intestin, la vessie, la rate etc. comme dans les cas où ces mouvements sont produits par action reflexe sous 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 gd sympathique cervical du côté correspondant à l'excitation.

En conséquence Mm. Brown-Séquard, Vulpian, Bochefontaine considèrent les phénomènes produits par l'excitation des H. comme étant de nature reflexe et nullement comme étant en rapport avec la volonté ainsi que le voudraient Carville et Duret.

Je crois que nous ne possédons pas encore tous les éléments nécessaires pour résoudre cette question.

Quant aux ablations partielles, ce qui me paraît démontré c'est

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

qu'une lésion persistante même très-légère des parties excitables par les courants galvaniques ou faradiques détermine chez le chien des troubles persistants de la motilité et même de la sensibilité mais à un faible degré, que parfois il en résulte des mouvements ataxiques dont les faits indiqués par M. Pierret peuvent rendre compte que le plus souvent l'animal paraît guéri. Cette guérison je crois l'avoir démontré n'est qu'apparente et il est probable que chez l'homme il en est souvent ainsi de certaines paralysies dites transitoires. On ne les trouve pas parce qu'on ne les cherche pas ou parce qu'on ne sait pas les trouver. J'aurai du reste l'occasion d'insister plus tard tout particulièrement sur ce point.

Quoiqu'il en soit, ce qui est certain c'est qu'on voit des paralysies s'améliorer au point de paraître guéries, bien qu'elles reconnaissent pour cause des lésions persistantes

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Quelle est la cause de ce rétablissement ?
Ce n'est pas l'H. du côté opposé qui supplée celui qui est lésé. exp. de Carville et Durel.
Ces auteurs admettent que la suppléance a lieu dans un point voisin de la lésion.
Lépine trouble fonctionnel. –
mais lorsque tout le centre est détruit il faut croire qu'il y a aussi rétablissement d'une partie des mouvements et cela probablement par ~~l'action~~ les muscles dont l'action est complémentaire de ceux qui sont atteints de parésie.

Ce qui a de positif c'est que la paralysie existe toujours à un certain degré et qu'on la rend facilement plus marquée par la morphine, l'épilepsie et même la saignée.
J'ignore encore si l'~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ tient à une action sur le cerveau ou sur les muscles complémentaires, mais je ne désespère pas d'arriver à la solution de cette question.

Toujours est-il ~~c'est~~ que des phénomènes du même genre se présentent chez l'homme et que leur étude offre un véritable intérêt comme nous le verrons plus tard.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Cherée

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

8 mai
10e Leçon

Chorée

de Χορεια danse, maladie caractérisée par des mouvements irréguliers, désordonnés, involontaires, augmentés par les mouvements volontaires, presque toujours continus et exacerbants, partiels ou généraux, de durée assez longue surviennent surtout dans l'enfance et ne reconnaissant jusqu'à présent pour cause aucune lésion déterminée.

— Maladie autrefois confondue avec la danse de St Guy, la chorée giratoire, rotatoire, vibratoire, procursive, et certainement avec la paralysie agitante, la sclérose en plaque, les spasmes, les crampes, etc..

— Willis, Sydenham furent les premiers qui séparèrent la chorée vulgaire, la petite chorée des états pathologiques précédemment indiqués. Elle a surtout été parfaitement décrite par Bouteille (1810). Monographies nombreuses sur la question de la part des auteurs étrangers et Français surtout de ceux qui se sont occupés des maladies des enfants. Mémoire de M. Germain Sée (1850) bien connu en raison du plaidoyer, pour admettre la nature rhumatismale de la chorée déjà soutenue par Watson.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Symptômes. - Dans l'immense majorité des cas début est graduel.

Les enfants sont moins gais, plus impressionnables, plus capricieux, etc. [illegible] changement de caractère, diminution de la mémoire des facultés intellectuelles. En même temps troubles de la motilité caractérisés par des inquiétudes dans les membres qui les portent à se déplacer constamment, et par l'apparition de mouvements saccadés involontaires.

Dans des cas exceptionnels (10 sur 194 statistique de Lily) le symptôme initial est une vertige, une attaque épileptiforme, une crise d'hystérie les signes de la méningite (fièvre, délire, vomissements avec ou sans convulsions), des phénomènes comateux, ataxiques, apoplectiformes qu'on observe aussi fréq. dans le cours de la maladie.

Ces variations du début sont importantes à connaître, d'autant plus qu'on peut aussi observer d'autres phénomènes plus ou moins bizarres, mais ces faits constituent bien évidemment des exceptions.

Une fois la chaîne confirmée on constate les troubles suivants

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Motilité. C'est le bras qui se prend ord. le premier. La claudication indiquée par Lydenham et par Bouteille comme le premier phénomène ne précède que très-rarement l'agitation du m. sup. (5 fois sur 158 statut de Ile.)

Il est plus rare encore que la chorée se généralise d'emblée en atteignant tous les muscles à la fois. Dans la grande majorité des cas, elle commence d'un seul côté pour de là s'étendre au visage, au tronc, aux extrémités inférieures et en général à tous les muscles qui reçoivent leurs filets nerveux du système cérébro-spinal.

Dans la période initiale la chorée est presque toujours limitée à un seul côté, ou même à un seul membre; elle ne se généralise que par la suite. Et alors il y a prédominance d'un côté ou de l'autre. 2 fois sur 3 elle se généralise, et 1 fois elle est hémiplégique ou partielle. Prédominance à gauche pour les chorées généralisées dans le rapport de 50 à 24. Pour les hémichorées la proportion est de 37 à 27 et pour les chorées partielles de 10 à 6. — En résumé sur 154 cas on trouve 97 chorées qui sont localisées ou plus marquées à gauche. M. Lée fait remarquer l'analogie de ce fait avec la localisation des troubles dans l'hystérie.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

De même que dans l'hystérie les troubles nerveux se trouvent souvent circonscrits d'une manière exacte. La plupart des chorées partielles sont la conséquence ou la reliquat d'une hémi-chorée ou d'une chorée double qui finit par se fixer sur l'un des deux côtés. (obs. pers.)

Les chorées partielles d'emblée sont plus rares, elles affectent ord. à la fois les muscles de tout un membre. (Le plus grand nombre des maladies auxquelles on a appliqué le nom de chorées partielles et choréiques ne sont que des tics, des tremblements ou des spasmes convulsifs.) Les [illegible]

Le désordre des mouvements joint à l'état de repos et augmenté par le fait des mouvements volontaires, qui sont troublés par les peines au point de changer la direction du mouvement. Les mouvements involontaires sont irréguliers, analogues à des mouvements volontaires brusques, à des secousses, des soubresauts, plus souvent à des chocs, des scintillations, des frémissements, succédant avec rapidité. De là des attitudes extrêmement variables des différentes parties du corps.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

La physionomie de Choréiques est extrêmement variée. Le visage peut exprimer tour à tour la colère, la joie, la tristesse, l'angoisse, les passions les plus diverses et les plus opposées. Quelquefois l'expression est grotesque, plus ou moins grimaçante.

En examinant les divers parties du visage isolément on voit le front se plisser ou se déplisser alternativement en s'unissant à la calotte crânienne des mouvements d'avant en arrière ou d'arrière en avant. Les sourcils se rapprochent ou s'écartent, se relèvent ou s'abaissent. Les mouvements des paupières sont plus ou moins rapides par moments. Les lèvres sont tirées en dehors d'un côté et de l'autre alternativement ou simultanément comme dans rire ou bien les lèvres sont contractées comme pour faire la moue ou déguster. — Les yeux sont portés en tous sens avec rapidité, au moyen des mouvements de rotation. — La langue est parfois tirée brusquement en dehors et retirée tout aussitôt, ou bien elle donne lieu dans la bouche à des mouvements de claquement.

La parole est aussi modifiée. À certains moments les malades se répondent par onomatopées et se bornent à faire une grimace

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

ou bien ils disent qqs. mots entrecoupés à voix basse ; ou bien le trouble de la parole se traduit par de l'hésitation, un certain degré de bégayement ou de bredouillement : les linguales et les labiales sont surtout prononcées difficilement. Enfin les mots sont parfois saccadés et peuvent donner lieu à des cris étouffés ou aigus.

- Les mouvements du cou inclinent tour à tour la tête dans tous les sens, la faisant tourner d'un côté et de l'autre.
- Le tronc est incliné en avant ou en arrière ou de côté, soulevé irrégulièrement.
- Mais ce sont les membres qui sont le siège des mouvements les plus variés et les plus désordonnés.
- Membre sup. : mouvements incessants des divers segments occasionnant une grande gêne pour les mouvements volontaires et les rendant parfois impossibles. Ce qui caractérise alors les mouvements c'est que la direction première est parfois complètement changée. D'autrefois le but est dépassé, ou bien il est atteint après des oscillations irrégulières des mouvements angulaires plus ou moins étranges.
- Il arrive souvent que les malades ne peuvent même [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

– Les membres inférieurs peuvent être atteints au point de rendre la marche et même la station impossibles. Le plus souvent on a seulement une démarche plus ou moins bizarre. Parfois le sol semble s'affaisser sous le malade qui s'abaisse et se relève rapidement. D'autrefois ce phénomène ne se produit que d'un côté et le corps s'incline alors de ce côté. Le malade marche à pas inégaux, en fauchant, en glissant ou en sautillant, ce qui l'expose qqf. à tomber.

– Ces divers troubles du mouvement se présentent avec une intensité très variable dans les différentes régions, et les mouvements ~~offrent~~ à chaque instant des modifications si variées, si inattendues de tous les côtés à la fois, qu'ils ne sont jamais associés de la même manière au même instant. Il y a donc au contraire des combinaisons de mouvements à l'infini, d'où la difficulté d'en donner une bonne description. Il suffit de voir quelques malades ~~par~~ même un seul malade pour bien se rendre compte de ces troubles du mouvement.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Ces mouvements ne causent aucune fatigue bien qu'ils puissent être assez intenses et assez répétés pour user les cheveux et excorier la peau des parties saillantes du corps.

— Sydenham a indiqué la persistance de l'énergie des muscles avec cette particularité que les contractions ont lieu par saccades intermittentes et irrégulières. D'après M. Lee, « si l'on donne au malade un doigt à presser, il exerce la pression avec la même force qu'à l'état naturel, mais il lui sera impossible de la continuer pendant qqs. secondes sans qu'on y distingue nettement une série d'efforts inégaux... Il semble donc que le malade soit impuissant à maintenir les muscles dans un état d'équilibre permanent, et que pour remplacer la stabilité qui leur manque, il y supplée par le nombre, la rapidité ou la force des contractions. ».

— Et d'abord la force est notablement diminuée du côté où les mouvements sont le plus accusés ord. du côté gauche. Elle est partout moindre qu'à l'état normal, et il est si facile de s'en convaincre au moyen du dynamomètre qu'on ne comprend pas que les auteurs aient répété cette assertion de la conservation de la f

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

- Donc la stabilité n'est pas remplacée par la force des contractions, pas plus que par le nombre et la rapidité des contractions, ces phénomènes se produisant indépendamment de la volonté, alors qu'au lieu de se faire serrer la main, on serre celle du malade.
- La chorée peut augmenter ou diminuer sous l'influence des divers causes.
- Le sommeil fait cesser les mouvements, surtout lorsqu'il est profond. Parfois le sommeil est agité, de courte durée, interrompu par des rêves pénibles ou même par une véritable agitation choréique, mais ce n'est que passagèrement, au début et au plus fort de la maladie.
- Tout ce qui peut émouvoir les malades tend à augmenter l'intensité des phénomènes. mêmes effets des vicissitudes atmosphériques, surtout sous l'influence du froid.
Les efforts musculaires les augmentent aussi.
- Les mouvements choréiques sont ord. continus avec des exacerbations, mais ils peuvent s'amender au point que certains auteurs ont cru à des intermittences. Dans ces moments de répit on peut observer encore de légers mouvements qui se produisent d'une manière plus ou moins légère et plus ou moins rapide.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Cependant les mouvements peuvent cesser et on constate seulement une parésie variable des membres affectés qui guérit facilement.

Sensibilité. Les troubles de la sensibilité sont rares. On note qqf. des douleurs articulaires ou des douleurs vagues, des picotements, des engourdissements, une douleur spontanée ou provoquée sur la colonne vertébrale. Il est très rare qu'il y ait une diminution de la sensibilité. On trouve plutôt de l'hypéresthésie, de la céphalalgie.

Facultés psychiques. Les troubles de ces facultés ont été bien étudiés par Marcé. Ils sont très communs puisque cet auteur les a ~~[illegible]~~ dans les 2/3 des cas au moins. D'autre part il n'a pu rattacher à aucune circonstance particulière l'immunité de l'autre tiers.

Marcé décrit quatre éléments morbides qqf. isolés, le plus souvent associés dans l'état mental des Choréiques.

1° trouble de la sensibilité morale consistant dans un changement de caractère qui devient bizarre, irritable, avec tendance à la gaieté et surtout à la tristesse.

2° troubles de l'intelligence caractérisés par la diminution de la mémoire, une gde mobilité dans les idées et l'impossibilité de fixer l'attention.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

- 3° hallucinations surtout dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, surtout fréquentes dans la chorée associée à des symptômes hystériques.
- 4° Délire maniaque qui peut devenir très-grave.
- Phénomènes de la vie organique. Pas de fièvre à moins de complications.
- Les malades se plaignent d'étouffements, de palpitations, d'oppression, etc. qu'on peut mettre sur le compte de l'état du cœur.
- Dans certains cas cet organe présente des irrégularités qu'on peut attribuer à un désordre dans sa contraction. Cette assertion exige de nouvelles observations. Il faudrait notamment examiner si ce trouble du cœur se produit de préférence lorsque le côté gauche est plus atteint ou seul atteint.
- Les palpitations peuvent se rattacher aussi à un état chloro-anémique avec bruits de souffle anémiques ou bien à une lésion organique du cœur.
- Marche, durée, terminaison.

La maladie débute par des changements de caractère, puis viennent les mouvements insolites des bras, qqf. en même temps des grimaces, de la claudication, de la difficulté de la parole et plus tard

SCD Lyon 1

une chorée générale, prédominant d'un côté, hémiplégique, qqf. précédée, le plus souvent accompagnée ou suivie de douleurs des membres, des troubles du côté du tube digestif, d'amenorrhée, d'amaigrissement et d'anémie. La marche de la maladie est continue et au bout de 2 mois ½ à 3 mois on voit la maladie décroître (durée moyenne 69 jours - statist. de Lée). On voit disparaître ~~[illegible]~~ peu à peu les mouvements de la jambe, du membre sup. du tronc, de la tête, mais non d'une manière complète. Ils se reproduisent de temps en temps spontanément sous l'influence d'une émotion, d'un effort musculaire avant de cesser absolument. ~~[illegible]~~ affaiblissement des membres. Les autres fonctions se rétablissent progressivement ~~[illegible]~~ forme intermittente seulement dans les cas de complication ~~[illegible]~~ d'une fièvre intermittente, encore les troubles du mouvement deviennent-ils ~~la maladie~~ bientôt continus avec exacerbation.

Lorsque la chorée cesse brusquement au bout de dix jours à trois semaines, la récidive est la règle. Sur 158 cas 37 récidives, dont 17 se sont arrêtées à la 2e attaque, 13 à la 3e, 6 à une 4e et 1 à la 7e attaque. Entre les attaques intervalle de qqs. semaines à qqs. années. Le plus souvent elles se reproduisent annuellement et de préférence pendant l'automne. La durée des attaques est de moins en moins grande.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Parfois la chorée laisse un certain degré d'hébétude ou d'aliénation mentale, ou une impressionnabilité particulière, particulièrement lorsque le malade est sous le coup d'une recherche.

Le passage de la maladie à l'état chronique est très-rare chez les enfants, on l'observe plutôt chez les adultes et surtout chez les vieillards. Les mouvements sont généralement plus intenses, plus saccadés, se calment plus complètement par le sommeil et parfois par la volonté. Il est rare que la maladie prédomine d'un côté plutôt que de l'autre et surtout qu'elle prend la forme hémiplégique. Il est rare aussi de voir l'intelligence se perdre complètement.

Lée dit qu'à la longue les muscles affectés peuvent diminuer de volume et s'atrophier. Il faut plutôt considérer cette diminution de volume comme un simple amaigrissement dû aux conditions ~~[illegible]~~ lesquelles se trouvent le malade par le fait ~~[illegible]~~ du séjour à la chambre et de la difficulté de l'alimentation.

Terminaison fâcheuse rare, ord. par suite d'une maladie intercurrente.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

11 mai – 15 – 18 – 22 mai
dispositions vacances

1re Leçon Hemichorée – forme intéressante à étudier au point de vue des symptômes qui la caractérisent, de ses analogies et de ses différences avec l'hémichorée pré ou post-hémiplégique, et enfin de l'intérêt qu'elle présente relativement à l'étude de la pathogénie de la maladie.

– Nous avons vu que l'hémichorée était le plus souvent un reliquat de la chorée généralisée et que l'on retrouvait de côté sain des traces de l'affection. Mais on peut aussi observer des chorées absolument limitées à un côté du corps. J'ai observé l'année dernière un cas de ce genre qui peut être considéré comme un cas type.

– Observation d'Elisa Rey – Hemichorée primitive –

– Réflexions : dans les hémichorées c'est le côté gauche qui est le plus souvent affecté. Les troubles de la motilité sont exactement limités aux parties atteintes de paralysie dans les hémiplégies avec prédominance sur les mêmes points ; c'est-à-dire, au membre sup. et à l'extrémité de ce membre, à l'extrémité du membre inf. et à la partie inf. de la face.

Comme dans les hémiplégies les muscles

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

situés sur la partie médiane de la face et qui se contractent ordinairement en même temps des deux côtés à la fois, sont aussi un peu atteints du côté sain. On observe en effet de légers mouvements des lèvres de l'aile du nez, ~~des paupières et des yeux~~ du côté sain ~~[illegible]~~ en même temps que les mouvements désordonnés du côté affecté. De même aussi on voit des mouvements anormaux des paupières et des yeux des deux côtés. Tandis que dans l'hémiplégie droite les yeux sont dirigés à gauche et plutôt en haut, on voit chez notre malade les mouvements se produire de temps en temps de telle sorte que les yeux sont portés à droite et en bas. Dans ce cas la déviation à droite est semblable à celle que produisent des convulsions.

La langue est bien déviée à droite comme dans les paralysies; mais cela tient à ce que tous ses muscles du côté droit étaient le siège de mouvements choréiques.

Il existait un certain embarras de la parole, probablement parce que le côté droit était affecté et que la malade était droitière. Il faudrait à l'avenir examiner

SCD Lyon 1

ce qui a passé du côté de la parole lorsque c'est le côté gauche qui est le siège des mouvements choréiques. C'est peut-être aussi pour la même raison qu'en écrivant la malade saute des mots ou les répète; tandis qu'avant sa maladie cela ne lui arrivait pas et qu'après cela ne lui arrivait plus.

On sait que chez les choréiques d'une manière générale les émotions, la contrainte augmentent les mouvements spontanés. Il en était ainsi chez notre malade; mais nous avons observé en outre quelques particularités intéressantes. En fixant la main droite sur le lit, on percevait toujours des contractions musculaires au niveau de cette main; et de plus on voyait augmenter les mouvements de l'avant-bras et du bras. — En fixant tout ce membre les mouvements choréiques augmentaient dans le membre inf. où ils se généralisaient au lieu de rester localisés au pied. Ils augmentaient aussi au niveau de la face et même au niveau tronc. — En fixant autant que possible (car on sent toujours des contractions) les deux membres droits, on voyait d'abord quelques

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

mouvements anormaux dans la main et l'avant-bras gauche, puis la généralisation des mouvements aux deux membres à la face et au tronc du côté gauche de la même manière que du côté droit; mais on percevait toujours dans les membres fixés des contractions musculaires incessantes. Le phénomène que je viens d'indiquer se produisait avec facilité à tous les moments; mais plus rapidement et d'une manière plus manifeste dans les moments d'exacerbation des mouvements. Il ne s'agissait pas d'un transfert véritable en raison de la persistance des contractions dans les membres fixés. Du reste aussitôt que ceux-ci étaient lâchés les mouvements choréiques reparaissaient dans ces membres en cessant de se produire du côté gauche.

Au moment des exacerbations du côté droit résistance des membres gauches.

La force de la malade constatée au dynamomètre pour chaque membre donnait 30 à droite et 50 à 60 à gauche. Mais lorsque sous l'influence de la fixation des membres droits, on voyait les membres gauches devenir le

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

siège de mouvements choréiques, la main gauche ne donnait plus au dynamomètre que 30 à 40. La diminution de la force ~~se produisait~~ ainsi en même temps que les mouvements anormaux récemment déterminés. La malade du reste en avait parfaitement conscience.

Il n'existait aucun trouble de la sensibilité comme cela a lieu dans la généralité des cas; en raison peut-être du développement lent, gradué de la maladie; et il serait intéressant de rechercher si ~~[illegible]~~ les cas rares où il existe de l'anesthésie ne se rapportent pas aux cas également exceptionnels dont le début est brusque.

En dehors des phénomènes relatifs à l'écriture signalés précédemment, et d'un peu de diminution de la mémoire indiquée par la malade, on ne découvrait pas de troubles intellectuels. Ceux-ci doivent toujours être peu prononcés dans l'hémi-chorée. Ils sont aussi plus accusés au début de la maladie dans la chorée ~~généralisée~~, comme dans les cas d'hémiplégie simple et double.

Parésie longtemps persistante (autre obs. chez les Hommes)
analogies et différences avec l'hémichorée pré ou post hémiplégique

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Les mouvements dans les deux cas ont lieu d'un ~~seul~~ côté avec prédominance sur les mêmes parties, et empiétant du côté sain sur les parties de la face qui agissent simultanément avec celles du côté opposé. Les mouvements anormaux ~~[illegible]~~ ont aussi lieu spontanément à l'état de repos et ils sont augmentés sous l'influence des mêmes causes. Si les troubles existent du côté droit, la parole est encore plus ou moins entravée. Enfin on trouve toujours un certain degré de paralysie ou de parésie des parties qui sont le siège des mouvements choréiques. Dans l'hémichorée pré ou post hémiplégique on constate après ou avant les désordres du mouvement une paralysie plus ou moins prononcée et parfois complète, souvent avec de l'anesthésie. Rarement on observe le désordre du mouvement caractéristique de la chorée vulgaire. Ce sont des mouvements d'aspect très variable, mais ayant plutôt le caractère rhythmique. C'est ainsi qu'on observe depuis un simple tremblement jusqu'aux mouvements de l'athétose. Ces derniers ont du reste la plus gde analogie avec ceux de la chorée ainsi qu'ont démontré les auteurs qui ont étudié cette question.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

- Enfin dans tous ces cas il existe une lésion cérébrale qui a fait défaut ~~jusqu'ici~~ au moins dans l'hémichorée simple.
- S'il existait des doutes au point de vue du diagnostic nous croyons qu'ils seraient levés par le résultat produit en fixant les membres atteints de mouvements anormaux. Tandis que dans l'hémichorée simple les mouvements augmentent d'abord dans les parties non fixées et se propagent ensuite au côté sain si la fixation a lieu sur une grande étendue des parties affectées, on ne voit rien de semblable dans les hémichorées symptomatiques de lésions cérébrales. Il ressort en effet des examens que j'ai faits à ce sujet que dans ces derniers cas, la fixation d'une partie d'un membre affecté de mouvements anormaux n'empêche pas la contraction musculaire de se produire, mais n'augmente pas les mouvements dans les autres parties et notamment ni les détermine jamais dans les parties ~~restées~~ saines. ~~[illegible]~~

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

nous ferons ressortir à propos de la pathogénie de la chorée, l'intérêt que présente l'hémichorée à ce point de vue.

Chorées partielles. Passagères ou persistantes. — Étiologie —

Âge. maximum entre six et onze ans surtout dans la dixième année. Avant six ans jusqu'à la naissance maladie de plus en plus rare. On observe encore très fréquemment la chorée entre onze et quinze ans, beaucoup moins souvent de 15 à 25 ans. La décroissance devient ensuite beaucoup plus rapide pour augmenter un peu au commencement de la vieillesse. Ainsi la proportion la plus élevée (environ le tiers des cas) appartient à la période comprise entre la 2e dentition et la puberté. Après 20 ans chorée rare, cas isolés seulement et de même avant 6 ans. Il est probable que des observations concernant les nouveaux nés et les vieillards doivent être rapportés à d'autres maladies.

Sexe a une grande influence puisque d'après la statistique de Sée les trois quarts des choréiques sont des petites filles.

Les mauvaises conditions hygiéniques, l'anémie, la chlorose, les troubles de la menstruation, les affections psychiques, la grossesse, l'allaitement peuvent favoriser l'apparition de la chorée.

Rapports de la chorée avec le rhumatisme — Signalés dès le commencement de ce siècle par Stoll, Bright, Bouillaud, etc. Bruits pathologiques du cœur indiqués par Addison, par Todd, et les contemporains.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

- Romberg et Grisolle considéraient le rhumatisme et les affections cardiaques comme des complications accidentelles de la chorée.

- Watson le premier a nettement indiqué les rapports de ces affections, en montrant d'après les observations de Hughes et de Kirkes que sur 12 cas de mort le cœur avait été trouvé 10 fois malade et 2 fois sain, et que sur 104 cas observés avec soin, 15 seulement étaient exempts de bruits cardiaques ou de rhumatisme.

- M. Sée a trouvé sur 128 enfants atteints de chorée 61 cas de rhumatisme articulaire aigu (c.à.d. 2 au moins sur 5). Pour cet auteur la chorée est une manifestation de la diathèse rhumatismale au même titre que l'endocardite et la péricardite.

- Kirkes, Heslop et Roger ayant la même manière de voir ont cherché les rapports de la chorée avec le rhumatisme, le péricardite et l'endocardite. D'après Roger, c'est au déclin du rhumatisme articulaire, tandis que Steiner de Prague n'aurait observé que très rarement le développement de la chorée dans ces conditions.

Hughes et Trousseau ont observé assez fréquemment la chorée à la suite de la scarlatine.

on a aussi vu la maladie se développer à la suite d'autres maladies aiguës.

- Les climats et les saisons ~~dans~~ lesquels on remarque l'abaissement de la température joint à l'humidité la plus intense offrent les conditions les plus favorables au rhumatisme et à la chorée. - influence du froid humide dans toutes les entozoaires.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5 mai
1re Leçon

Hérédité. D'après Lée les maladies qui figurent au nombre des antécédents héréditaires sont : 1° les affections nerveuses, 2° le rhumatisme, 3° la diathèse tuberculeuse.

Anatomie et physiologie pathologiques.

Dans la plupart des autopsies qui ont été faites, surtout avant ces dernières années, on n'a constaté aucune lésion. Cependant dans les obs. anciennes de Cruveilhier de Rambert il est question de foyer de ramollissement dans différentes parties de l'encéphale. En 1834 Gendron a trouvé chez deux jeunes filles choréiques (hôpital des enfants) la moelle épinière ramollie au niveau de la région cervicale. Brown Séquard a également constaté une fois un ramoll. de la moelle. Guersant a rencontré la même lésion chez deux enfants. Serres a constaté des lésions ~~[illegible]~~ des tubercules quadrijumeaux, ~~et~~ d'autres médecins ont trouvé des lésions diverses de la moelle et du cerveau. Richard a signalé l'augmentation du liquide céphalo-rachidien, etc. Lée sur 84 obs. de chorées terminées par la mort a trouvé 32 fois ou un ramollissement de la pulpe nerveuse ou un épanchement arachnoïdien, lésions qu'il considère comme fortuites et comme n'ayant aucune relation de cause à effet avec les troubles fonctionnels. — Sur 34 sujets d'une autre catégorie Lée a trouvé diverses phlegmasies isolées ou réunies du tissu séreux qu'il considère comme étant de nature rhumatismale, et qui d'après Grisolle seraient le résultat de complications ou de lésions ultimes.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Jenkins Kirkes a publié un certain nombre de cas où il existait une affection des valvules du cœur gauche avec des végétations sur les mêmes valvules et il est arrivé à conclure que les lésions accompagnent invariablement la chorée dans quelques circonstances que celle-ci se soit développée. Plusieurs médecins ont signalé des faits analogues mais il est incontestable que ces lésions font souvent défaut.

En 1862 Duckworth dans un cas de végétations des valvules du cœur a noté des foyers de ramollissement embolique dans les hémisphères cérébraux dans la substance corticale, ainsi que dans les cordons postérieurs de la moelle aux régions cervicale et dorsale. En 1868 Charcot a observé des exsudations granuleuses dans le corps strié avec un ramollissement de la moelle. Des embolies capillaires du corps strié et de la couche optique avec production de petits foyers de ramollissement ont été signalés par Broadbent, Ogle, Russel, Hughlings, Jackson. Maynert a trouvé dans un cas un gonflement hydropique et une dégénération moléculaire du protoplasma d'un grand nombre de cellules de l'écorce cérébrale, une sclérose partielle de celles dans l'écorce de l'uncus, ainsi que dans les ganglions cérébraux

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

avec multiplication considérable des noyaux des cellules nerveuses; une forte prolifération des noyaux du tissu conjonctif dans la substance médullaire comprise entre les ganglions; enfin un gonflement des cellules du réticulum dans la moelle.

Dans ces dernières années (1874) Elischer a obtenu les résultats suivants, dans un cas de chorée chez une femme enceinte: dans le corps strié, prolifération nucléaire, épaississement du tissu conjonctif, développement de la tunique adventice des vaisseaux; même altération pour la tunique interne dans le noyau lenticulaire; division des noyaux des cellules nerveuses dans l'avant-mur; de même dans la moelle, épaississement et prolifération nucléaire dans les vaisseaux, altération inflammatoire de l'épithélium du canal central, prolifération nucléaire dans le tissu conjonctif autour des cellules nerveuses grises qui sont d'un aspect terreux, dépourvues de noyau et remplies de pigment; la substance blanche hyperémiée; dans les cordons latéraux et postérieurs, un tissu fibrillaire parsemé de noyaux; dans les nerfs périphériques, diminution des faisceaux, avec interposition d'un tissu conjonctif abondant; dans les interstices de ce tissu, de petites hémorrhagies.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Dickinson plus récemment a trouvé dans quelques cas une altération du corps strié et de la substance médullaire consistant en érosions et hémorrhagies visibles à l'œil nu, et qqf. dénotant leur ancienneté par l'atrophie du tissu et la présence de cristaux d'hématoïdine. Ces altérations se rencontraient en même temps qu'une dilatation des petits vaisseaux de la substance médullaire.

Il est incontestable que l'hémichorée peut être produite par des hémorrhagies ou des ramollissements cérébraux, ainsi que des observations récentes et déjà nombreuses en font foi; et qu'elle peut survenir à la suite d'embolies ayant pour point de départ ~~l'altération~~ une endocardite rhumatismale. Peut-être un certain nombre d'observations de chorée avec lésions des hémisphères rentrent-elles dans cette catégorie, mais c'est peu probable, car la plupart de ces observations sont déjà anciennes et laissent à désirer pour la précision des faits; et quant aux nouvelles observations elles nous inspirent le même

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

doute en raison de la multiplicité des lésions qui en outre ne paraissent pas avoir un caractère. Il est bon de connaître ces observations pour faire des recherches dans ce sens lorsque l'occasion se présentera ; mais il est évident qu'on ne peut pas encore en tenir compte dans l'interprétation des troubles fonctionnels.

La physiologie pathologique est surtout éclairée par les faits d'hémichorée post-hémiplégiques qui indiquent qu'une lésion hémisphérique peut donner lieu à la fois à la paralysie et des mouvements choréiformes dans les mêmes parties qui sont ou ont été le siège de l'hémiplégie de cause cérébrale. Et lorsqu'on a vu survenir ce phénomène à la suite d'embolies, on devait naturellement porté à admettre que chez les choréiques ordinaires les choses se passaient de la même manière, puisqu'on trouvait si fréquemment chez eux du rhumatisme ou de l'endocardite. C'est la théorie soutenue pour la première fois

SCD Lyon 1

par Lenhouse Kirkes (1850-1863). Pour ce médecin le mode de production de la chorée devait être presque constant, quelles que fussent les circonstances dans lesquelles celle-ci s'était développée.

Cette opinion est également celle de H. Jackson de Bastian qui rattachent la chorée à l'obstruction embolique des vaisseaux du corps strié. Cette variété adoptée par un certain nombre de médecins anglais, d'où le nom qu'elle porte en France de théorie anglaise.

Cependant elle n'est pas unanimement adoptée dans ce pays, car Ogle la combat en raison de la difficulté d'expliquer 1° que l'embolie (cause purement mécanique) puisse cesser de produire ces effets pendant le sommeil 2° qu'il y ait une fréquence plus grande relative à l'âge et au sexe. Nous verrons que les raisons ne sont pas suffisantes pour faire rejeter la théorie, puisque les mêmes phénomènes se produisent dans des cas d'hémichorée de cause cérébrale, et qu'il y a de meilleures raisons à invoquer.

Ogle admet encore que les dépôts fibrineux valvulaires sont dus à une hyperinose tenant à l'anémie ou au rhumatisme d'une part et d'autre part à la présence dans le sang de quelque élément étranger (résultant lui-même de la métamorphose incomplète des tissus)

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

produit par l'action musculaire excessive et d'autres troubles fonctionnels qui existent dans la chorée, de manière à changer le degré de solubilité de la fibrine. De sorte que ces conditions ne se rattacheraient pas à la chorée comme cause, mais plutôt comme effet.

On a aussi supposé que l'endocardite pouvait être produite par la chorée du cœur. mais cette hypothèse ne serait pas applicable aux cas où la lésion du cœur précède la chorée parfois de plusieurs mois.

Samuel Wilks pense que le rhumatisme et la chorée sont intimement liés sans être en relation de cause à effet, la chorée pouvant précéder le rhumatisme et l'affection cardiaque ou survenir à la suite d'une frayeur. (Il y a peut-être, dit-il, une condition qui donne lieu à toutes ces manifestations, mais il est difficile de décider si ces troubles sont sous la dépendance d'une altération du sang ou du système nerveux)

M. Lee regarde la chorée comme une manifestation rhumatismale du système nerveux mais sans indiquer autrement la pathogénie de la maladie.

Au point de vue de la localisation des lésions, observations des auteurs contestables soit pour la moelle soit pour l'encéphale les deux en paraissent pas plus probantes — expériences de M. Chauveau. Sur un chien atteint de chorée généralisée section de la moelle près du crâne, respiration artificielle, et persistance des mouvements choréiques pendant plusieurs heures jusqu'à la mort sans affaiblissement ni modification.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

D'où la conclusion que chez cet animal les mouvements choréiques n'étaient sous la dépendance ni du cervelet, ni du cerveau. M. Charcot tire aussi la conclusion que le processus morbide de la petite chorée réside dans la moelle. Même résultat des recherches entreprises par Langlet, Bert et Clarville. D'après les exp. de Legros et Onimus sur des chiens choréiques la lésion de la chorée doit être dans les cellules nerveuses des cornes postérieures, ou dans les fibres qui relient ces cellules aux cellules motrices.

Les conclusions des expérimentateurs que nous venons de citer ne sont certainement applicables qu'aux chiens, car il est incontestable que chez l'homme il existe des lésions non douteuses d'une affection cérébrale, ainsi que l'admettent, dans la plupart de nos cas, en se fondant sur l'existence de troubles psychiques et de troubles sensoriels sous la dépendance des nerfs crâniens, ainsi que sur l'existence de lésions hémisphériques dans l'hémichorée post hémiplégique.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

nous ajouterons qu'il est fort possible que la chorée du chien et celle de l'homme soient deux maladies différentes. Cela est même probable si l'on veut bien tenir compte de ces expériences et de la symptomatologie. Dans la maladie du chien, ce sont plutôt des mouvements rhythmiques qu'on observe et qui prédominent soit sur les deux membres antérieurs, soit sur les deux membres postérieurs (ou sur les 4 membres;) mais jamais la maladie n'affecte la forme hémiplégique. Tandis que chez l'homme cette forme est caractéristique même dans la chorée généralisée, car on trouve toujours la prédominance d'un côté. L'examen surtout des malades atteints d'hémichorée ne laisse aucun doute. ~~[illegible]~~

Pour ce qui concerne l'hémichorée post-hémiplégique, il n'y a pas à discuter, puisque la lésion est indiscutable. Mais dans les cas d'hémichorée sans paralysie vraie comme celle que nous avons observée et qui était sous la dépendance de vers intestinaux, il n'y a pas de doute non plus ~~puisque~~ qu'on peut s'en assurer en passant en revue les symptômes de la maladie, comme nous avons eu soin de les mettre en relief.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

- au lieu d'avoir une hémiplégie on a un mélange d'hémiparésie et de mouvements désordonnés, dus à des phénomènes d'excitation, atteignant toujours les mêmes parties avec prédominance sur les mêmes points. C'est à tort que qqs. auteurs blâment le rapprochement qui peut être fait entre ces deux états qui sont au contraire très-voisins l'un de l'autre.

[illegible] avec la supposition d'une lésion embolique, il faut également supposer une chose pour dans les autres phénomènes emboliques, c'est une lésion des deux hémisphères [illegible]

- Si dans les cas où il existe une lésion du cœur, on peut être tenté d'admettre des lésions emboliques capillaires, il n'en est pas de même pour le cas où la maladie paraît ~~[illegible]~~ soit par des vers intestinaux soit par une frayeur. On est bien obligé d'admettre dans ces cas une action à distance sur le cerveau et de considérer les troubles de la motilité comme de nature réflexe. Quelques médecins ont même pensé que dans les cas d'affection du cœur, celle-ci pouvait agir comme étant le point de départ du réflexe. Cette hypothèse est peu probable en raison de la fréquence des affections cardiaques sans phénomènes chorétiques.

- ~~[illegible]~~ Il est assez difficile de dire pourquoi

SCD Lyon 1

dans notre observation où l'excitation avait pour point de départ l'intestin, les troubles du mouvement étaient exactement limités à un côté du corps. Il faut admettre d'une façon absolument hypothétique qu'un hémisphère cérébral était plus impressionnable que l'autre. Toutefois le phénomène d'extension des troubles du mouvement au côté sain sous l'influence de la fixation des membres affectés, semble prouver que l'autre hémisphère est également apte à subir les mêmes modifications sous l'influence d'une excitation ~~générale~~ (car on ne peut guère regarder l'effet produit par la fixation des membres agités que comme une ~~excitation générale~~). Or le phénomène en question ne se produisant pas dans les cas de lésions arrivées, il est permis d'en conclure que dans notre observation et dans celles analogues, il n'y a pas de lésions destructives appréciables.

Dans la chorée généralisée ~~dont les~~ symptômes sont également en rapport avec des troubles cérébraux, puisqu'il s'agit d'une hémi-chorée double, on observe aussi l'augmentation des mouvements d'un côté, lorsque l'autre côté est fixé plus ou moins complètement

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

La remarque concernant ce phénomène jointe à celle-ci, qu'on ne rencontre jamais de chorée double post-hémiplégique, permet de ne pas admettre dans ces cas des lésions appréciables du cerveau.

La cessation de la chorée n'a pas lieu par paralysie comme dans l'hémiplégie [illegible] argument tiré de la guérison — et surtout de la guérison après l'expulsion de ses intestins. Il est aussi nous admettons un trouble des hémisphères cérébraux mais sans lésion appréciable.

La maladie a-t-elle toujours pour point de départ une excitation périphérique ? C'est probable, mais difficile à prouver. Pourquoi une excitation de cette nature donne-t-elle lieu tantôt à la chorée, tantôt à l'hystérie ou à l'épilepsie ? C'est ce qu'il est impossible de dire actuellement. C'est ici qu'on peut invoquer l'action des causes prédisposantes, etc.

Quand j'ai étudié, il y a deux ans, les différents mouvements pathologiques qui peuvent survenir à la suite des lésions cérébrales et au nombre desquels se trouve l'hémi-chorée post-hémiplégique, j'ai cherché à démontrer qu'il existait dans tous les cas un affaiblissement de la motilité, un état parétique joint à des phénomènes d'excitation et que les troubles étaient en général produits par des lésions peu étendues et souvent par des lésions disséminées dans les hémisphères. En se basant sur les exp. de M. Brown-Séquard on peut évidemment admettre les mêmes troubles sous l'influence d'une excitation produite à distance.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

La guérison qui a lieu dans la généralité des cas est encore un argument contre l'hypothèse de lésions emboliques, etc.

Je terminerai par une remarque relative aux facultés psychiques qui doivent être beaucoup moins troublées dans l'hémichorée et surtout dans celle du côté gauche. ~~C'est qu'il~~ ~~[illegible]~~ Cependant au début de la période d'état qu'on peut les constater et ils atteignent leur maximum dans les cas de chorée généralisée, c'est-à-dire où les deux hémisphères sont troublés et particulièrement au début de la période d'état. C'est une analogie de plus avec les troubles intellectuels qu'on observe chez les hémiplégiques suivant qu'il existe une lésion d'un seul hémisphère ou des deux hémisphères et que l'examen a lieu plus ou moins près du début.

Relativement à l'influence du rhumatisme on ne peut que constater sa coïncidence fréquente avec la chorée, sans qu'il soit possible d'établir entre les deux affections une relation de cause à effet. On ne peut pas non plus les considérer comme des manifestations d'une même maladie en raison des autres causes productrices de la chorée : frayeur, vers intestinaux. Nous ferons seulement remarquer que Mitchel, Addison, etc attribuent le rhumatisme à une altération des centres nerveux.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9 mai
3e Leçon

Diagnostic. Caractères qui permettent en général de reconnaître la maladie.

Toutefois il y a 90 p. 0/0 des cas où le diagnostic est difficile, et nous devons passer en revue les maladies avec lesquelles la chorée peut être confondue.

Grande Chorée ou grande danse de saint Guy.

Elle se montre sous forme d'accès plus ou moins réguliers se reproduisant à plusieurs jours d'intervalle pendant lesquels les malades jouissent de toutes leurs facultés. Parfois des prodromes mal troubles de la motilité de la sensibilité et des facultés psychiques.

« Le paroxysme se compose de séries de mouvements très-différents de nature et d'intensité suivant les groupes musculaires qui sont le siège de ces actes involontaires. On voit les malades courir, sauter, s'élancer, danser, grimper, tournoyer, frapper ou piétiner avec leurs membres, crier comme des animaux, se donner en spectacle comme des acrobates, déclamer avec emphase comme des acteurs, débiter des chansons et des poésies, même en langue étrangère, etc... Le paroxysme conserve souvent le même caractère pendant toute sa durée, ou bien il présente des phases et des alternatives diverses ». (~~[illegible]~~)

Dans les états graves accompagnés d'extase, il peut y avoir de l'anesthésie et de l'analgésie, des tremblements, des contractures, des parésies ou des paralysies, des accidents cataleptiques ou tétaniques avec abolition de l'excitabilité réflexe. Troubles des sens et des facultés psychiques. Maladie qui confine à l'hystérie ou à l'aliénation mentale — Jamais la chorée et la gde chorée ne se transforment l'une dans l'autre (on se pose)

à côté de la gde chorée il faut placer les chorées solutoires, vibratoires, propulsives —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Chorée systématique ou rhythmique.

Les troubles de mouvement qu'on désigne sous ce nom doivent en général être rapportés à l'hystérie de l'avis de la plupart des auteurs. Ce sont des mouvements rhythmiques, souvent angulaires, exécutés dans le sens des mouvements articulaires habituels. Ce sont plutôt des mouvements simples qui se reproduisent en général d'une façon irrégulière, n'ayant pas la durée de la chorée; et qui s'accompagnent des signes de l'hystérie. On lui a aussi donné le nom de Chorée hystérique.

Cependant il est probable qu'on peut observer la chorée rhythmique en dehors de l'hystérie; et nous en avons observé un cas dans des conditions absolument identiques à celles de la chorée ordinaire, sauf qu'au lieu d'avoir des mouvements désordonnés, nous avions de petits mouvements rhythmiques. (Obs. de Fr. Potignon âgée de 15 ans) —

Chorée rotatoire — Les mouvements consistent dans un balancement latéral ou dans une rotation plus ou moins complète, soit de la tête, soit du tronc, soit d'un membre, et se manifestent sous forme d'accès périodiques ou d'attaques irrégulières, pendant lesquels ils se répètent de 20 à 80 fois par minute et presque toujours d'une manière uniforme et rhythmique — maladie ord. chronique ggf. mortelle (Obs. pers.) —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Chorée vibratoire. Accès d'oscillations irrégulières ou cadencées, générales ou partielles de la tête du tronc ou des membres.

Chorée propulsive. Entraînement irrésistible à reculer ou à courir en avant.

Ce qui caractérise toutes ces chorées c'est qu'elles ne se modifient pas sous l'influence des causes qui ont ordinairement un effet plus ou moins marqué sur la chorée ordinaire, et surtout qu'elles s'arrêtent presque toujours lorsqu'on vient à changer la position des parties affectées, ou à leur fournir un point d'appui solide et résistant, ce qui ne s'observe nullement dans la chorée.

Ces chorées ne présentent aucune différence d'un côté à l'autre, soit qu'elles affectent tous les muscles du corps, soit qu'elles se limitent à la tête, au tronc ou à un membre. Les mouvements se montrent à l'état tout-à-fait aigu ou tout à fait chronique et sous forme d'accès de qqs. secondes ou de qqs. heures en se répétant ainsi un nombre de fois indéterminé dans la journée.

Enfin on trouve aussi de la loquacité avec ou sans incohérence des idées ainsi qu'une tendance irrésistible à répéter toujours le même mot ou la même exclamation. Il peut exister aussi d'autres troubles musculaires, une perturbation profonde de la sensibilité et de l'intelligence.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Chorée électrique décrite par Dubiné de Milan, puis par Hœrtel de Birkenfeld. –
Mouvements rhythmiques se produisant sous forme de secousses rapides se succédant à des intervalles déterminés pendant le sommeil aussi bien que pendant l'état de veille, pouvant laisser après elles une paralysie des membres. L'affection occupe le plus ord. une partie isolée, un seul côté du corps. L'apoplexie survient souvent après les paroxysmes. La maladie se termine ord. par la mort.

Paralysie agitante –

Sclérose en plaques –

Tremblements –

Epilepsie –

Hystérie –

Crampe des écrivains. Contractions toniques ou cloniques localisées sous l'influence d'effets puissants répétés – cessant par crêpes.

Tics musculaires. Localisation de l'affection et marche chronique.

Pronostic – Durée 1 à 2 mois. Elle peut passer à l'état chronique. Récidives. –

Dans des cas rares terminaison par la mort.

Il faut tenir compte de l'état du cœur.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Traitement. — On a préconisé contre la chorée une infinité de médicaments : les sels de fer, de zinc, de cuivre, d'arsenic, les antispasmodiques, les narcotiques, etc. On emploie tous les jours des médicaments dont l'action paraît être tout-à-fait contraire comme la strychnine et le bromure de potassium. Certains médecins vantent les douches d'éther sur la colonne vertébrale, d'autres, l'hydrothérapie ou l'électricité.

Ce qu'il y a de positif c'est que la maladie guérit presque toujours quelle que soit les moyens employés, tantôt rapidement, tantôt lentement.

Il faut en tout cas chercher à remplir les indications.

1° indications tirées de l'état général. — Séjour à la campagne, gymnastique, hydrothérapie, préparations arsénicales, ferrugineuses, etc. — bonne alimentation.

2° indications tirées des désordres du mouvement et de l'état probable des centres nerveux — vermifuges, douches d'éther sur la colonne vertébrale, hydrothérapie, électricité et surtout courants continus, narcotiques, Chloroforme, bromure de potassium, émissions sanguines, [illegible], strychnine —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Névroses

H- 25

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

[illegible] avril -
[illegible] Leçon

1880

1

Névroses

Pendant les deux dernières années nous avons étudié les maladies de l'encéphale et de la moëlle caractérisées par une lésion constante d'une partie de ces organes; nous devons maintenant nous occuper de quelques maladies dont l'appareil symptomatique dénote un trouble fonctionnel prédominant des mêmes organes sans qu'on puisse le rapporter à une lésion constante et souvent même sans qu'il ~~existe~~ aucune lésion appréciable.

Ces maladies sont généralement connues sous le nom de Névroses.

Je ne peux pas prononcer ce mot sans vous donner quelques explications sur sa signification.

Cullen a décrit en 1769 pour la première fois sous le nom de Névroses tous les états contre nature du sentiment et du mouvement, où la pyrexie ne constitue pas une partie de

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

la maladie primitive et tous ceux qui ne dépendent pas d'une affection topique des organes, mais qui procèdent d'une affection plus générale du système nerveux.
4 ordres : 1° apoplexie, paralysie ; 2° syncope dyspepsie, hypochondrie ; 3° tétanos, épilepsie, danse de St Veit, palpitation, dyspnée, asthme, coqueluche, colique, diarrhée, diabète, hystérie, hydrophobie ; 4° vésanies, manie, mélancolie.
Depuis cette époque réduction considérable des maladies comprises sous le nom de nevroses et tendance d'une localisation physiologique c'est ainsi qu'on admet actuellement 1° des névroses de l'intelligence comprenant tous les délires chroniques avec exactation, diminution ou perversion de l'intelligence ; 2° des névroses de la sensibilité ; 3° des névroses de la motilité 4° des névroses générales et complexes ; ou bien encore avec Rosenthal, Jaccoud, 1° des névroses cérébrales. 2° des névroses cérébro-spinales 3° des névroses spino-bulbaires 4° des névroses des nerfs périphériques.
On a aussi admis des névroses vaso-motrices des névroses localisées à un organe ; des névroses toxiques, des névroses des maladies fébriles et infectieuses, etc...

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

En admettant ainsi ces différentes espèces de névroses, on arrive ~~ainsi~~ à faire rentrer dans une même classe toutes les maladies caractérisées par un trouble intéressant spécialement les fonctions nerveuses et qui sont plus ou moins disparates.

Sans nier les troubles fonctionnels des divers parties du système nerveux sans lésion appréciable et sous l'influence de causes variées, il est incontestable qu'il n'y a aucun avantage à les réunir pour en former une classe à part. C'est ainsi qu'à côté de l'épilepsie de l'hystérie de la chorée, nous ne pouvons pas ~~placer les troubles~~ nerveux sous la dépendance de la syphilis, de l'anémie ou d'une intoxication par l'opium, la belladone, le plomb, etc. ~~[illegible]~~

~~Du reste~~ Il est très-difficile de préciser les caractères à assigner aux névroses pour ne pas s'égarer dans la description de maladies qui doivent bien mieux être considérées au point de vue de l'étiologie ou d'autres phénomènes plus importants.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— On voit donc que le mot névrose ne peut pas représenter une classe de maladies parfaitement déterminées. Du reste, on ne trouverait pas deux auteurs faisant rentrer dans cette classe exactement les mêmes maladies; et si l'on examine ce qui s'est passé depuis quelques années au point de vue de certaines maladies considérées d'abord comme des névroses et qui sont rentrées dans la classification basée sur l'anatomie pathologique, il devient évident que ce mot ne peut servir qu'à désigner provisoirement ~~quelques~~ les maladies dont l'anatomie pathologique est à faire. ~~et dont~~ dont les symptômes prédominants se rapportent à un trouble fonctionnel du système nerveux. (ataxie locom., paralysie essentielle, paralysie générale, etc. autrefois névroses —)

— Nous laisserons de côté les troubles cérébraux qui se rattachent à l'aliénation mentale, ainsi que les troubles se rattachant à une autre maladie bien déterminée ou à une circonstance étiologique dont le rôle est prédominant. Nous étudierons seulement l'épilepsie, l'hystérie et la chorée. Nous décrirons ensuite les maladies des nerfs périphériques.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Epilepsie

Comme cette maladie n'a pas de caractère anatomique déterminé, on ne peut la définir que par l'énoncé de ses principaux symptômes dans ses différentes formes. Dès lors toute définition est plus ou moins incomplète; C'est le reproche qu'on peut adresser ~~aux définitions~~ que nous trouvons dans les auteurs. une définition ne peut pas remplacer une description. Nous dirons donc provisoirement que l'épilepsie est caractérisée par un ensemble de symptômes au nombre desquels on remarque ~~surtout~~ des attaques convulsives avec perte de connaissance qui constituent le grand mal ou bien surtout des vertiges, des absences et quelques autres troubles connus sous le nom de petit mal; ces deux formes pouvant se présenter isolément ou successivement chez le même sujet, sous l'influence ~~[illegible]~~ d'une excitation rapprochée ~~ou éloignée de ces [illegible] sans cause~~ ou éloignée des centres nerveux et même sans ~~appréciable~~ cause appréciable.

L'Epilepsie est dite symptomatique, sympathique ou idiopathique.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Symptômes – Les différentes formes de l'épilepsie peuvent être précédées de prodromes variables : tristesse, impatience irascibilité ou au contraire bien-être, enjouement ou fatigue générale, pesanteur de tête, palpitations, etc. Ces prodromes peuvent précéder les accès de qqs. jours ou de qqs. instants ou bien faire défaut complètement.

– L'aura est plus constante surtout actuellement qd. mal. C'est une sensation variable éprouvée par le malade immédiatement avant l'attaque et qui ~~atteint~~ l'intelligence, les sens, la sensibilité générale ou le mouvement isolément ou simultanément.

La sensation part ord. d'un point du corps ou de l'extrémité du membre supérieur pour remonter jusqu'à la tête, elle est ascendante, mais elle peut exceptionnellement être descendante, allant de la racine d'un membre à l'extrémité. Sensation très-variable d'engourdissement, de fourmillement, de frôlement, de chaleur, de froid, de vapeur, ~~de~~ de douleur, de tremblement, de secousses, et dans ce dernier cas on peut voir de véritables contractions sous forme de spasme envahir d'abord l'extrémité du membre puis sa racine et la face, alors que le malade a encore toute sa connaissance. L'aura motrice

SCD Lyon 1

peut être plus accusée au point de produire une impulsion irrésistible qui précipite l'épileptique en avant ou en arrière en lui imprimant un mouvement gyratoire.

L'aura viscérale abdominale ou thoracique paraît avoir son siège dans l'estomac, les intestins et les organes pelviens. Sensation de spasme, de crampe, de constriction, de resserrement, de pression, de torsion, de chaleur et fréquemment avec borborygmes, éructations, nausées, régurgitations, vomissements, ténesme du rectum et de la vessie. Dans l'aura pharyngée chatouillement, picotement avec sentiment d'obstruction. Dans l'aura laryngée, spasme du larynx, resserrement du cou, étranglement, étouffement, suffocation, oppression brusque, palpitations de cœur.

Il peut exister qqf. une modification appréciable à la vue de la partie qui est le point de départ de l'aura, c'est ainsi qu'on a observé une tuméfaction subite d'un ou de plusieurs doigts avec coloration rouge violacée ou au contraire avec pâleur. Aura des sens et surtout de la vue : flammes, rouges, odeur extraordinaire, bourdonnements d'oreilles et sommes habillés de rouge avec un bâton dont un coup marquait le début de l'attaque. Enfin troubles intellectuels. — Durée de l'aura une seconde à une minute. L'aura présente toujours les mêmes caractères chez le même malade.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— Avec ou sans aura le gd mal est caractérisé par les symptômes suivants : pâleur de la face rarement rougeur, cri qui manque rarement, perte de connaissance et de la sensibilité générale et spéciale, chute ord. en avant si le malade est debout. Enfin contraction tonique des muscles avec prédominance d'un côté du corps ou avec localisation à un seul côté du corps. C'est la première période. La torsion et la pronation des membres peut être assez énergique pour déterminer des lésions traumatiques telles qu'une luxation de l'épaule. Ces accidents peuvent même survenir pendant la nuit. Flexion de la tête du côté où prédominent les convulsions des membres avec direction de la face du côté opposé. Rigidité tétanique des muscles du thorax et de l'abdomen. Suspension des mouvements respiratoires. Tiraillement des muscles péribuccaux. Dents fortement serrées ou bouche entr'ouverte avec langue portée en avant et parfois serrée par les dents. Les yeux sont portés en haut et les cornées portées derrière les paupières sup. pupilles immobiles ord. dilatées. La face commence à se colorer. — Durée de la première période de 10 à 40 secondes au plus à laquelle succède la deuxième période caractérisée par des convulsions cloniques.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Les muscles sont alors le siège de secousses fortes rapides, de courte durée, séparées par des intervalles calmes, puis mouvements alternatifs de flexion et d'extension.

La face est le siège de tiraillements ~~par suite~~ grimaçante; les yeux sont portés en tous sens et roulent dans leurs orbites. En même temps tuméfaction des lèvres et du nez qui ont une teinte livide ~~et~~ ~~[illegible]~~ et écume à la bouche. ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ avec force et souvent mêlée de sang soit par les morsures de la langue produites ~~[illegible]~~ par les mouvements des mâchoires, soit par suite d'une exhalation faite à la surface de la muqueuse des premières voies respiratoires. Respiration râlante produite par l'air inspiré et expiré qui bat l'écume bréccoïde pharyngée. Convulsions ~~[illegible]~~ du même côté que les convulsions toniques. Convulsions de plus en plus larges jusqu'à une grande détente, profond soupir et terminaison de l'attaque convulsive. La deuxième période dure ½ minute à 2 minutes, ce qui porte la durée ~~totale~~ de l'attaque convulsive à 2 ou 3 minutes.

L'attaque convulsive est terminée, mais il y a une troisième période qu'on peut appeler apoplectiforme ou comateuse. Le malade dit Trousseau ressemble à un animal qu'on vient d'assommer, à un individu frappé d'hémorrhagie cérébrale avec un énorme épanchement ou plongé dans l'abrutissement de l'ivresse. La respiration est stertoreuse et les lèvres entr'ouvertes laissent écouler une bave écumeuse, ensanglantée

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Le malade reste ainsi pendant qqs. minutes ou une demi-heure dans la stupeur la plus profonde, avec abolition complète des facultés intellectuelles et de la sensibilité. Le malade est pris ensuite d'un sommeil qui peut durer plusieurs heures. Au réveil physionomie hébétée. Le malade n'a pas conscience de ce qui s'est passé. Il est seulement fatigué courbaturé et se plaint de céphalalgie.

On remarque fréquemment une évacuation de l'urine et parfois des matières fécales qui a lieu au ~~début~~ de la période convulsive, et plus rarement une éjaculation de sperme, taches hémorrhagiques ponctiformes sur le front et sur le cou assez fréquemment.

On a signalé pendant l'attaque une élévation de la température centrale, avec accélération du pouls et de la respiration. M. Voisin a pris des tracés du pouls qui paraissent indiquer une augmentation de la tension artérielle puis une diminution.

(~~Il est pas rare~~ d'observer après les attaques de l'aphasie, de l'hémiplégie le plus souvent transitoires, mais aussi définitives, de l'anesthésie partielle unilatérale ou même bilatérale).

Nous avons observé constamment une diminution de la sensibilité avec prédominance d'un côté, et dans les cas de paralysie persistante, une anesthésie également persistante, avec abolition ou diminution des réflexes.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

attaques ord. isolées avec des intervalles très variables: qqs. heures, plusieurs jours, plusieurs mois & même plusieurs années, et dans l'intervalle santé en apparence parfaite. qqf. les attaques peuvent se succéder sans interruption pendant plusieurs heures et pendant tout un jour de manière à constituer un paroxysme. C'est ce qu'on a appelé l'état de mal (attaques imbriquées de Trousseau).

La seconde forme sous laquelle l'épilepsie se manifeste est connue sous le nom de petit mal qui comprend plusieurs variétés.

Ce sont d'abord des accès incomplets (décrits aussi sous le nom d'épilepsie partielle) caractérisés toujours par la pâleur de la face, la perte de connaissance, la chute à terre, la fixité des pupilles les convulsions des yeux, mais aussi par des convulsions limitées à un membre ou à la face, ~~vive~~ même par une simple secousse dans un membre ou par un tic de la face.

Le malade peut n'éprouver qu'un vertige avec perte de connaissance et affaissement au lieu de chute brusque. Il y a toujours de la pâleur de la face et de la fixité du regard.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Le vertige peut se produire avec syp. convulsifs isolés ou bien sans convulsions. Il peut aussi s'accompagner d'un mouvement de propulsion de retropulsion ou d'un mouvement gyratoire ou enfin de divers mouvements bizarres très variables, sommambuliques. En général ces accès sont de très courte durée.

À un degré encore plus léger on peut observer l'absence caractérisée seulement par la perte de connaissance avec pâleur de la face, sans chute, sans convulsions. Dans ce cas l'œil est toujours fixe, les traits étonnés la tête est souvent tournée d'un côté. Si l'on parle au malade il ne répond pas, ou bien s'il dit quelques mots il n'en souvient pas lorsque l'accès revient à lui, on peut aussi observer dans ces cas un sommeil nocturne ou diurne. Syn. Le malade présente seulement un peu de pâleur avec fixité du regard, il interrompt ses occupations pendant quelques secondes pour les continuer ensuite comme s'il ne lui était rien arrivé. Cependant les malades présentent ad. après ces accidents une obtusion des facultés intellectuelles et un peu de somnolence. L'accès même peut être tellement passager que cette somnolence constitue le symptôme principal. Il n'est pas rare de rencontrer encore dans ces formes l'incontinence urinaire et les troubles cérébraux.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Le petit mal peut se présenter sous les formes les plus variables dont Herpin et Trousseau ont donné des observations nombreuses, mais qui varient en effet à l'infini.

Il peut précéder le grand mal ou alterner plus ou moins avec lui ou exister seul.

On a aussi admis depuis les leçons de Trousseau des formes larvées caractérisées suivant cet auteur par la névralgie de la 5e paire, le tic convulsif et l'angine de poitrine, et suivant Morel par des troubles intellectuels.

Enfin Griesinger désigne sous le nom d'épileptoïde des phénomènes nerveux tels que des migraines, des vertiges, des troubles de digestion, des syncopes, des sensations anormales, etc. qui auraient pour caractère de revenir avec une certaine périodicité, de présenter des exacerbations subites et des antécédents pathologiques ou héréditaires se rapportant à une affection du système nerveux.

Il est très-important de ne pas méconnaître les formes légères ou frustes de l'épilepsie, mais il ne faut pas tomber dans l'excès contraire, et pour que les diverses manifestations nerveuses puissent être rapportées à l'épilepsie, il faut qu'à un moment quelconque, on observe des symptômes qui ne laissent pas de doute.

SCD Lyon 1

Avril
Lyon

— Les diverses manifestations de l'épilepsie se produisent à peu près également le jour et la nuit; mais elles peuvent avoir lieu seulement le jour ou la nuit. Cette dernière circonstance est importante à connaître pour ne pas laisser passer les crises inaperçues. Signes qui peuvent mettre sur la voie: — — ?

— Le plus souvent les crises reviennent irrégulières; mais elles peuvent survenir toujours à des moments et dans des circonstances déterminées, parfois sous l'influence de causes occasionnelles dont nous parlerons plus loin, mais souvent sans causes. Elles peuvent avoir le caractère intermittent périodique (obs. pers.) —

— Fréquence des crises très-variable. En général au début elles ~~peuvent être~~ séparées par un intervalle de plusieurs mois, d'une année et plus; mais elles deviennent plus fréquentes à mesure que la maladie devient plus ancienne. On peut voir le gd mal succéder au petit mal et ensuite les attaques se rapprocher au point de donner lieu à l'état de mal. Cet état est produit dans les cas de gde fréquence des attaques; mais lorsqu'il s'agit d'accès incomplets on peut en compter un gd nombre jusqu'à plus de 100 en 24 heures (obs. pers.)

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

En général suivant la remarque d'Axenfeld les attaques se reproduisent avec une certaine uniformité au point de vue des aurores et de la forme de la crise pendant un temps plus ou moins long. Cependant les crises augmentant d'intensité et de fréquence peuvent déterminer la mort du malade rarement à la suite d'une crise isolée mais plutôt par le fait de l'état de mal. (obs. pers.). Cette terminaison peut être assez rapide. D'autrefois la maladie se complique de troubles intellectuels qui peuvent se présenter sous différentes formes.

Nous avons vu que l'aura pouvait être caractérisée par des vertiges, des hallucinations et des troubles intellectuels divers; mais c'est surtout après les attaques qu'on observe les manifestations de l'aliénation mentale qui peut se présenter avec les caractères d'une manie aiguë tranquille ou furieuse dans laquelle prédominent les hallucinations qui rendent les malades excessivement dangereux pour les personnes qui les entourent. Ce qu'il y a de particulier dans ces troubles c'est qu'en général ils se reproduisent sous la même forme chez le même individu.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Nous avons vu que des troubles mentaux pouvaient survenir à la place des attaques et nous n'insistons pas.

Enfin on observe fréquemment des troubles intellectuels définitifs qui sont à un léger degré une obnubilation générale avec diminution de la mémoire notamment et altération du caractère. On voit des malades qui deviennent irascibles et d'autres qui perdent toute pudeur, Enfin ils peuvent devenir tout à fait déments.

Chez l'enfant on rencontre fréquemment l'idiotie associée à l'épilepsie.

Accidents causés par l'épilepsie :

lésions traumatiques en tombant contusions, plaies sur les points les plus saillants et luxations par le fait des contractions (épaule, coude, machoire inf.) —

Brûlures principalement sur la face mais pouvant occuper des surfaces plus étendues et déterminer la mort.

Celle-ci peut encore survenir par le fait des traumatismes produits en tombant

SCD Lyon 1

Étiologie. Causes prédisposantes et occasionnelles.

1° Causes prédisposantes – Hérédité admise par tous les auteurs. Esquirol : sur 321 épil. trouve 105 cas d'hérédité, à peu près 1/3 – Reynolds indique la même proportion. Echeverria sur 306 épil. trouve l'hérédité chez 80, soit dans un peu plus du 1/4. Herpin sur 243 épil. a constaté l'hérédité dans 1/4 et Hammond sur 171 cas a trouvé l'hérédité dans près du 1/4 –

Mais ces statistiques s'appliquent aux maladies nerveuses en général comme cause héréditaire. – L'hérédité directe est de 12 pour 100 dans la statistique de Reynolds, de 14 % dans celle de Herpin, de 15 % dans celle de Delasiauve (mais elle ne porte que sur 33 cas bien observés, les renseignements ayant fait défaut dans le plus gd nombre des cas, car il s'agit de 300 malades); de 11 % dans celle de Sieveking, de 12 % dans celle de Hammond.

En résumé on trouve l'hérédité dans 25 à 30 % en tenant compte de toutes les affections nerveuses dont les ascendants peuvent être atteints ~~[illegible]~~ dans 12 % lorsqu'il s'agit de l'influence directe.

L'épilepsie a-t-on dit, pourrait sauter une génération – L'hérédité pourrait provenir de collatérales

D'autre part « Petit (gaz. de Paris 1860) cite des exemples de conjoints ayant eu des enfants et des petits enfants bien portants, quoique les parents fussent déjà épileptiques quand ils avaient eu leurs enfants »

Rosenthal –

Influence égale du père et de la mère – Alcoolisme chez les parents – consanguinité –

M. Séville fils dit que les parents épileptiques perdent une gde proportion de leurs enfants en bas âge, que parmi les survivants 1/4 sont épileptiques, que plusieurs maladies que l'épilepsie se reproduisent plutôt chez les descendants du même sexe que l'ascendant malade

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Epilepsie congénitale, à la suite d'accidents survenus à la mère pendant la vie intra-utérine.
Exp. de Brown-Séquard sur la transmission héréditaire de l'épilepsie provoquée expérimentalement.
Sexe Hammond trouve une prédominance légère chez les hommes, tandis qu'à Paris cette prédominance existe chez les femmes.
Âge - aucun âge ne met à l'abri de la maladie.
fréquence plus grande de l'enfance à 30 ans. C'est ord. avant 20 ans que l'épilepsie héréditaire se déclare (Echeverria, Nothnagel). (qqs. statistiques indiquent le maximum de 10 à 20 et qqs. autres moins nombreux de 20 à 30) La nôtre qui porte sur 50 cas est dans cette dernière catégorie; mais il y a beaucoup d'obs. sans autopsie et qui se rapportent à des lésions déterminées des centres nerveux et d'autre part on ne reçoit pas à l'Hôtel-Dieu les enfants au dessous de 14 ans.
On considère généralement que si l'adulte et le vieillard sont moins exposés à la maladie qu'est dans le jeune âge, cela doit tenir à l'affaiblissement des fonctions des centres nerveux et à la diminution de l'excitabilité. C'est par la même raison que l'homme serait moins fréquemment atteint que la femme.
Prédisposition chez les individus présentant une gde exaltation de la sensibilité ou affaiblis par les maladies, la misère, etc.
Absinthisme (magnan) alcoolisme - onanisme
Excès de coït -
Par contre on a dit que la continence et un sang trop riche pouvaient prédisposer à l'épilepsie.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

2° Causes occasionnelles. Impressions morales se manifestant subitement comme la frayeur la colère, la surprise ou lentement comme les chagrins sous l'influence de causes diverses.

Affections de l'encéphale et de ses enveloppes. Lésions du crâne traumatiques (expériences) ou spontanées comme les exostoses et l'hypertrophie de certaines apophyses, pachyméningite, tumeurs des méninges et de l'encéphale de nature diverse, principalement les tumeurs situées à la convexité et près des ganglions moteurs dit Rosenthal, toutefois on peut voir survenir des crises d'épilepsie lorsque les tumeurs sont situées dans un point quelconque, en remarquant seulement que celles qui touchent aux couches corticales des hémisphères les produisent plus fréquemment. De même, les lésions déterminées par l'Hémorrhagie et le ramoll. donnent lieu à des crises d'épilepsie lorsqu'elles sont corticales et principalement lorsqu'elles siègent dans la zone dite motrice. La Syphilis ne provoque l'épilepsie que par la production de tumeurs sur les différentes parties de l'encéphale ou par des lésions artérielles aboutissant à l'obstruction des vaisseaux et par suite au ramoll. cérébral.

Les altérations des méninges s'accompagnent fréquemment de crises d'épilepsie surtout lorsqu'elles siègent au niveau de la zone dite motrice.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

affections de la moelle et de ses enveloppes
Compression diverses de la moelle non seulement
au niveau de la région cervicale mais même
à la partie inférieure.

L'épilepsie peut aussi avoir pour point
de départ une affection des nerfs périphériques.
C'est ainsi que des cicatrices, des corps étrangers
des névromes ou tout autre cause d'irritation
des nerfs peut provoquer les crises.

Le trijumeau est un des nerfs dont
l'irritation produit le plus souvent l'épilepsie.
Plaies du cuir chevelu (nombreuses obs. et obs. pers.) (dans ce cas on peut se demander
s'il ne s'agit pas d'une lésion directe sur le
cerveau (comme dans les exp. de Westphal)
insectes introduits dans les sinus frontaux.
Dentition qui cause des crises passagères
et qqf. persistantes. Névralgie faciale,
tic douloureux, vertiges, absences, etc.
affections des oreilles peuvent être le point
de départ des crises.

Cas d'épilepsie consécutive à une lésion
du nerf sciatique par Billroth et Schäffer
C'est en agissant sur le nerf sciatique
chez des cobayes que M. Brown Séquard a
montré le premier en 1850 l'influence de l'irritation
des nerfs périphériques sur la production de
l'épilepsie (incision d'une portion de la moelle ou du nerf sciatique
et production de la zone épileptogène (parties latérales du cou et de la face)
au niveau de laquelle les excitations déterminent des crises pendant un certain
temps. Les crises peuvent même se produire ensuite spontanément)
M. Bochefontaine a observé un homme dans les mêmes [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Les exp. de M. Brown-Séquard ont eu pour conséquence de faire rechercher les causes d'irritation des nerfs périphériques qui peuvent être très nombreuses.
Obs. de Rosenthal concernant une femme de 24 ans bien portante antérieurement qui est prise après 4 mois de mariage, de douleurs vives dans le ventre après chaque rapprochement sexuel, douleurs auxquelles s'ajoutent ensuite des crampes avec perte de connaissance. Cessation des crises par abstention du coït. Après de nouveaux rapprochements, retour des crises qui finissent par se produire spontanément d'abord à l'époque des règles seulement, puis à tout autre moment. Elle se sépare de son mari et consulte un médecin qui constate à la partie ant. et inf. du vagin un point très-sensible tellement qu'une pression même très-légère à ce niveau suffit pour déterminer une attaque d'épilepsie. Utérus normal et pas d'hystérie. Les attaques d'épilepsie ne disparurent qu'après l'excision des parties sensibles. Actuellement, dit Rosenthal, elles ont cessé depuis deux ans et la femme songe à se marier de nouveau.

Les organes qui reçoivent des nerfs du gd sympathique sont souvent le point de départ des crises d'épilepsie. Il en est ainsi pour l'estomac et l'intestin de la vessie surtout chez les enfants (indigestion, oxyures, tænia, calcul vésical) pour les organes génitaux internes. Aussi la menstruation, la copulation et l'onanisme exercent-ils une fâcheuse influence sur l'épilepsie. La maladie débute souvent avec la menstruation ou si elle existait elle est aggravée par elle. Même remarque pour la copulation. Les attaques reviennent souvent qqs. heures après le coït. La continence a été accusée à tort de produire l'épilepsie.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

C'est en prenant pour point de départ les causes que nous venons de passer en revue qu'on a divisé l'épilepsie en E. idiopathique, E. symptomatique et E. sympathique.

La première se rapportant aux cas où l'on ne trouve aucune cause occasionnelle appréciable ou seulement une émotion morale.

La deuxième se rapportant aux cas où la maladie est produite par des lésions de l'encéphale ou de ses enveloppes.

La troisième se rapportant aux cas où il s'agit de lésions de la moelle, des nerfs périphériques ou grand sympathique.

Sans un certain nombre d'auteurs l'épilepsie vraie ne comprend que l'E. idiopathique et ils considèrent les crises produites sous l'influence des autres causes comme des attaques épileptiformes, parceque la marche de la maladie serait différente indépendamment de la différence au point de vue de l'étiologie.

Et d'abord si l'on voit que la maladie développée sous l'influence d'une lésion cérébrale par ex. n'a pas la même symptomatologie la même marche que l'E. idiopathique il est des cas où une lésion chronique de l'encéphale donne lieu à une maladie qui a tout à fait l'aspect de l'E. idiopathique et réciproquement

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Il en est de même de l'épilepsie causée par l'irritation des nerfs périphériques qui prend souvent ensuite tous les caractères de l'épilepsie idiopathique. (cicatrices, vers intestinaux, dentition)

Dans tous les cas on peut observer les différentes formes de l'épilepsie ; les spasmes localisés dans l'épilepsie dite idiopathique, aussi bien que les vertiges et les absences ; de même que les grandes attaques peuvent se montrer sous l'influence de l'irritation des diverses parties du système nerveux. Et étant donnée une attaque on ne peut pas déterminer à quelle classe elle appartient.

Au point de vue de l'étiologie la différence peut qqf. ne pas être faite ; c'est ainsi qu'on a pris pour de l'E. idiopathique, une affection reconnaissant pour cause une tumeur de l'encéphale.

En outre telle maladie considérée autrefois comme idiopathique serait ~~regardée~~ aujourd'hui comme secondaire depuis que les travaux de Brown Séquard ont mis sur la voie de la recherche des causes de l'épilepsie.

Le mot idiopathique ne sert donc qu'à masquer notre ignorance dans un certain nombre de cas et il n'est pas seulement inutile ;

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

il est mauvais, car nous devons tendre à rechercher toujours la cause de la maladie pour arriver plus sûrement à la guérir ou à la prévenir. Il est des cas où nous ne la trouvons pas, c'est vrai; mais au moins il faut les rendre de plus en plus rares; et nous ne devons jamais, dans aucune forme, renoncer à trouver la cause du mal.

Du reste, il y a un gd nombre de cas considérés comme de l'E. idiopathique où la maladie a été provoquée par une violente impression morale et qui ~~se~~ peuvent parfaitement être assimilés ~~[illegible]~~ à ceux produits par l'irritation des nerfs périphériques, des organes des sens. Il s'agit, en effet, dans ces cas d'une excitation violente de ces organes dont l'action sur les centres nerveux est tout à fait semblable à celle produite par toute autre cause physique.

Pour le même motif nous croyons qu'il n'y a pas lieu de maintenir la division des Epilepsies en symptomatique et sympathique. Il y a d'abord des cas douteux comme dans les coups portés sur la tête qui produisent la maladie. Est-ce par action directe ou par irritation des nerfs périphériques?

Nous avons vu qu'une lésion des parties où se distribue le trigémaux pouvait occasionner l'épilepsie; mais

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

un coup sur la tête peut amener indépendamment des fractures et des gds épanchements intra-craniens, de petites hémorrhagies et des phénomènes inflammatoires du côté des méninges et des couches corticales. Nous savons que de petites lésions de ces parties suffisent à produire l'épilepsie, on comprend donc que la maladie puisse être déterminée de la sorte. Comme la maladie ne se développe ordinairement qu'après un temps plus ou moins éloigné de l'époque où le coup a eu lieu, il peut même se faire que la cause première ne soit pas invoquée et que la maladie soit considérée comme idiopathique. Ce cas n'est probablement pas rare.

Nous croyons du reste que dans les cas où l'épilepsie est produite par une lésion des centres nerveux le mécanisme suivant lequel la maladie se développe est le même que dans les cas de lésions irritatives des nerfs périphériques. Il s'agit toujours de l'irritation de parties sensibles. Pour les méninges c'est bien une action sur des nerfs périphériques puisqu'aujourd'hui il est démontré que ces nerfs existent. On sait de plus que les membranes enflammées deviennent de plus en plus sensibles; et c'est ainsi peut-être qu'on peut expliquer le retard dans la production de l'épilepsie à la suite des lésions de ces parties.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Quant aux lésions des couches corticales des hémisphères, elles atteignent certainement des parties sensibles. Il résulte, en effet, des exp. de Schiff que chez les animaux en parties se comportant comme des parties sensibles sous l'influence des courants électriques, bien qu'elles persistent en même temps anesthésiques à la piqûre. Nous avons cherché à démontrer que chez l'homme la zône correspondante devait aussi être considérée comme une zone sensitivo-motrice. Dès lors on comprend comment les lésions de ces parties peuvent déterminer l'épilepsie par une irritation qui se propage vers les parties centrales, [illegible]. Tantôt la lésion produit de suite les cris, tantôt ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long. Il est probable aussi que dans ce cas l'irritabilité augmente par le fait des phénomènes inflammatoires que la lésion détermine et qu'il faut un degré plus ou moins considérable d'irritation suivant la prédisposition de l'individu.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Nous conclurons donc en considérant toutes les causes productrices de l'épilepsie comme agissant de la même manière, c'est à dire comme produisant une irritation des ~~régions~~ plus ou moins sensibles périphériques, ~~médullaires~~ générales et spéciales ou encephaliques pour donner bien secondairement aux différentes formes de l'épilepsie.

Nous croyons enfin qu'on doit aussi compter au nombre des causes de l'épilepsie l'intoxication par l'alcool, l'absinthe, le plomb, etc. Car bien que les premiers accidents puissent avoir une marche particulière qui doit être étudiée avec les autres symptômes qui caractérisent l'alcoolisme, l'absinthisme, le saturnisme, il n'est pas moins vrai qu'après la cessation des substances toxiques, on peut voir persister l'épilepsie avec les allures de l'épilepsie dite idiopathique. Il est probable que ces agents toxiques augmentent l'excitabilité des centres nerveux, peut être en déterminant des lésions inflammatoires comme dans l'alcoolisme et qu'alors la moindre cause déterminante suffit à produire les crises.

Les fièvres éruptives ou autres qui surviennent dans l'enfance et qui sont accompagnées de troubles cérébraux peuvent aussi être le point de départ de l'épilepsie

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

soit par le fait des premières crises qui ont augmenté l'excitabilité des centres nerveux, soit en produisant des lésions cérébrales qui à la longue finissent par déterminer des crises pouvant encore dans ce cas passer pour idiopathiques. Il n'y a aucun avantage à classer à part l'éclampsie urémique; car si les crises ne persistent pas ensuite à l'état chronique, il est certain qu'elles ressemblent absolument aux crises d'épilepsie. Il faut donc au contraire ne pas oublier d'examiner l'urine des épileptiques pour savoir d'abord si elle contient de l'albumine, d'autant que dans ce dernier cas le traitement peut sauver des malades dont la mort aurait été causée par l'oubli de ce précepte. Après cet examen, il faut passer en revue toutes les causes que nous avons énumérées en s'attachant d'abord à la recherche des causes physiques et en leur absence à celle des causes morales. Il est impossible de désigner toutes les causes capables de donner lieu à l'épilepsie, mais après avoir passé en revue les plus habituelles, il ne faut pas oublier que toute excitation de la sensibilité générale et des sens, ainsi que des organes internes est capable de produire la maladie.

Les phases lunaires, l'état hygrométrique ou électrique de l'atmosphère sont sans effet. — On ne sait pas pourquoi les attaques ont lieu la nuit ou le jour — Épilepsie par anémie et par le passage brusque de l'abstinence à une nourriture forte (Reynolds)?

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3 avril
4e Leçon

Anatomie pathologique -

On peut rencontrer toutes les lésions énumérées à propos de l'étiologie ; mais aucune n'est constante.

Il en est de même de lésions considérées par quelques auteurs comme caractéristiques.

Asymétrie du crâne (Müller) - (Lasègue)

Hypertrophie de la glande pituitaire (Wenzel)

Rétrécissement des anastomoses du cercle artériel de Willis -

Rétrécissement du canal rachidien par hypertrophie de l'apophyse jugulaire de l'occipital ainsi que des arcs postérieurs de l'atlas et de l'axis avec atrophie consécutive de la moelle allongée (Solbrig) -

Sclérose de la corne d'Ammon (Zelut et Delasiaux) cette lésion serait consécutive d'après Meynert.

Russmaul enlève la corne d'Ammon sans que cela change rien aux convulsions qu'on détermine chez les animaux -

Nothnagel irrite la même région sans produire aucune convulsion.

Non seulement toutes ces lésions ne sont pas constantes, mais elles peuvent exister sans épilepsie et l'épilepsie peut se produire sans aucune de ces lésions.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

mais n'existe-t-il pas une altération identique dans tous les cas et à laquelle se rapporterait la production de la crise? non évidemment, car il n'est pas très rare de ne rencontrer absolument aucune lésion, surtout lorsque la maladie a été de courte durée. (obs. pers.).

Toutefois on rencontre ord. chez les malades qui succombent à une attaque des phénomènes de congestion plus ou moins accusés. Schröder van der Kolk a constaté dans l'épilepsie une dilatation considérable des vaisseaux, surtout dans la moitié postérieure de la moelle allongée (1859).

Dans les cas où la mort a lieu après une série d'attaques et un état de mal prolongé, ces phénomènes sont ord. plus marqués.

Enfin, s'il s'agit d'une affection ancienne, on peut trouver non seulement de la congestion sur les différentes parties de l'encéphale, mais encore un épaissement des méninges, qqs. adhérences à la substance grise corticale et même quelques traces d'hémorrhagies punctiformes et d'inflammation dans cette substance.

Il faut ajouter que les mêmes altérations peuvent se rencontrer sans épilepsie et ord. chez les alcooliques [illegible] de [illegible].

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Pathogénie. Fabret divise les théories en 3 catégories principales reposant sur la circulation cérébrale, les altérations du sang et sur le pouvoir réflexe ou excito-moteur de la moelle épinière et principalement de la moelle allongée.

Théories reposant sur la circulation cérébrale

1° théorie de la congestion [illegible] sur l'angt. path. et sur les exp. de Landois, Hermann

2° théorie de la [illegible] — Astley Cooper a démontré sur les lapins que la ligature des deux carotides et la compression des vertébrales donnent lieu à la perte de connaissance, à la suspension des mouvements respiratoires et à des attaques convulsives (1836). En cessant la compression l'animal se rétablissait en qqs. minutes, et quand la compression était reprise (environ 6 fois en 48 heures), toujours les mêmes symptômes se reproduisaient.

Travers et Marshall-Hall avaient remarqué la similitude des convulsions qui surviennent rapidement chez l'homme et les animaux à sang chaud, à la suite d'hémorrhagies excessives, avec les convulsions de l'épilepsie et de l'éclampsie, le dernier de ces auteurs plaçant l'origine de ces crampes dans la moelle.

Vingt ans plus tard (1857) Bussmaul et Tenner ont repris les mêmes expériences, et ont vu que les hémorrhagies abondantes comme la compression des carotides et des vertébrales provoquent des crampes épileptiformes. D'autres recherches de ces auteurs et de Wachsmuth sur la compression des 2 carotides, ainsi qu'un certain nombre de cas de ligature de la carotide chez l'homme ont montré qu'en pareille circonstance on voit qqf. éclater tous les symptômes d'une attaque d'épilepsie.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Russmaul et Tenner ont démontré par une série d'expériences en plaçant dans le crâne trépané un verre de montre sans pénétration de l'air (procédé de Donders), que la compression des carotides entraîne une anémie capillaire et une oligémie veineuse de l'encéphale et de ses méninges; quand on rend au sang son libre parcours à travers les vaisseaux du cou, le cerveau prend une coloration rose rouge, il survient une hyperémie cérébrale momentanée, très-considérable, sans qu'on voit apparaître de convulsions. L'enlèvement de la voûte du crâne ou l'écoulement du liquide céphalo-rachidien étaient sans influence sur la production des crampes. (Rosenthal) Axenfeld a opposé à cette théorie trop généralisée les excellents effets de la saignée dans l'éclampsie, la suspension d'accès épileptiques pendant la compression des carotides; nous ajouterons aussi le traitement préventif des accès par la saignée qui réussit très-bien dans quelques cas.

Henle explique l'épilepsie par des troubles circulatoires, par pléthore ou par anémie. Hammond pense aussi que c'est tantôt la congestion et tantôt l'anémie qui est la cause de l'attaque d'épilepsie —

2° Théorie de l'altération du sang par un agent toxique né dans l'organisme. L'idée de cette théorie provient de celle de l'urémie dans laquelle on attribue à la présence de principes ammoniacaux dans le sang, les crises de la maladie de Bright et l'éclampsie des femmes en couches.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

d'après Todd l'accès épileptique serait précédé de l'accumulation graduelle dans le sang d'un poison morbide qui arrive à produire dans le cerveau ou dans quelques unes de ses parties un haut degré d'excitation. Poulet rapporte à l'appui de cette opinion qu'il a constaté dans plusieurs cas pendant plusieurs heures avant l'attaque un excès de carbonate d'ammoniaque dans l'urine. Beaucoup d'épileptiques ont après les fortes attaques une odeur et une haleine ammoniacales, mais d'après M. Voisin ces phénomènes feraient défaut avant l'attaque et seraient par conséquent consécutifs à celle-ci. De même l'urine ne contenait pas de carbonate d'ammoniaque avant les attaques et n'en présentait qu'après. Il est incontestable du reste qu'une crise déterminée par une excitation périphérique ne reconnaît pas pour cause la présence du carbonate d'ammoniaque dans le sang. — Toutefois si la théorie de l'intoxication du sang n'est pas admissible dans la généralité des cas, il ne faut pas oublier que l'épilepsie peut être produite par certaines modifications du sang, diverses intoxications du sang (alcool, absinthe, plomb, etc). —

SCD Lyon 1

8: Théorie de l'excitation du pouvoir excito-moteur du bulbe.

« Marshall-Hall, le premier, émit l'opinion que l'épilepsie est due à une excitation morbide du bulbe rachidien, siège pour lui des actes réflexes. Le bulbe rachidien, dit-il, est le centre où aboutissent toutes les causes périphériques excitatrices de l'épilepsie. Les causes cérébrales agissent directement, les causes périphériques par l'intermédiaire des nerfs sensitifs. Toutes ces causes portent dans le bulbe une excitation qui se réfléchit aux muscles des membres tronc par les nerfs moteurs » (Voisin).

Les convulsions déterminées par l'excitation ou retrait des nerfs moteurs débutent en particulier l'état tétanique des muscles du cou (trachélisme) et du larynx (laryngisme). Le trachélisme empêche le retour du sang veineux cérébral, amène un commencement d'asphyxie de la tête, les modifications de couleur de la face. La perte de connaissance (petit mal), tandis que le laryngisme provoque l'occlusion plus ou moins complète de la glotte et comme conséquence de l'asphyxie cérébrale complète les convulsions générales et portentes (grand mal).

Les auteurs qui ont cherché à déterminer expérimentalement le siège des phénomènes qui caractérisent l'attaque d'épilepsie ont également admis qu'il se trouvait dans le bulbe. La protubérance

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

mais la théorie de Marshall Hall sur l'enchaînement des symptômes qui constituent l'attaque n'est guère plus admise aujourd'hui. Il n'est pas prouvé, en effet, qu'il survienne une contraction limitée tantôt aux muscles du cou, tantôt au larynx. Ces contractions sont aussi hypothétiquement séparées des contractions générales, qui suivent naturellement bien avant les phénomènes d'asphyxie. Si du reste cela était la cause des contractions on ne voit pas pourquoi elles prédominent d'un côté comme cela a lieu ordinairement et surtout comment elles pourraient être parfois unilatérales.

La théorie de Brown-Séquard est celle qui jusqu'à présent a paru rendre le mieux compte des phénomènes observés.

Sous l'éminent physiologiste l'irritation des nerfs périphériques amènerait l'excitation du bulbe qui se propagerait aux filets vaso-moteurs cérébraux d'où résulterait le resserrement des vaisseaux artériels

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

et par suite l'anémie cérébrale et faciale, ainsi que la perte de connaissance. Il explique les convulsions par la propagation de l'excitation aux nerfs moteurs.

Cette théorie n'est évidemment pas à l'abri de tout reproche, et notamment il y est question de beaucoup de propagations qui sont bien hypothétiques.

Ce qu'il y a de certain c'est que l'irritation des nerfs périphériques produit l'épilepsie expérimentalement et d'après l'obs. des malades. En outre, Brown-Séquard a noté chez ses animaux épileptiques un rétrécissement des vaisseaux de la pie-mère cérébrale. Il résulte aussi des recherches de plusieurs physiologistes que l'irritation des nerfs périphériques agit de la même façon sur les vaisseaux cérébraux.

Si l'on rapproche ces faits de ceux relatifs aux convulsions produites par la soustraction d'une grande quantité de sang : on peut conclure logiquement que sous l'influence d'une excitation périphérique il survient une anémie des centres nerveux qui donne lieu à l'épilepsie. Mais cela n'a pas lieu forcément et ce qu'il est très-difficile de dire d'une manière positive

~~[illegible]~~

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

c'est la perte qui revient aux diverses parties des centres nerveux dans les manifestations symptomatiques. Il n'est pas nécessaire de faire d'abord contracter les vaisseaux des hémisphères cérébraux pour expliquer la perte de connaissance, car il suffit que les vaisseaux de l'isthme soient atteints pour rendre compte de la perte du sensorium commune. Ce même trouble dans la circulation de l'isthme suffirait aussi à expliquer des convulsions générales sans qu'il soit nécessaire de supposer une propagation de l'excitation à la moelle. D'autre part il faut pourtant bien tenir compte de l'état des hémisphères au moins pour expliquer les convulsions localisées.

Pour Hughlings Jackson « une attaque épileptique est une décharge subite, excessive, rapide, immédiate de la substance grise d'une partie quelconque du cerveau. Au lieu de déployer la force graduellement et régulièrement, elle fait pour ainsi dire explosion » (Hammond).

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Ce n'est pas une explication, et après l'énoncé de cette théorie on est aussi embarrassé qu'avant, pour se rendre compte des faits observés.

Ce qu'il y a encore de positif c'est qu'une irritation d'un point limité des couches corticales suffit pour déterminer des convulsions localisées du côté opposé ou généralisées. exp. sur les animaux et chez l'homme (troubles de la sensibilité et spasmes (1874) Bartholow en Amérique Hôpital du bon Samaritain à Cincinnati) (Hammond).

Ainsi que le fait remarquer Hammond cela ne suffit pas pour dire que le siège de l'épilepsie est dans les couches corticales, de même que l'excitation du sciatique déterminant l'épilepsie ne fait pas dire qu'elle siège dans le nerf.

On ne peut pas dire cependant que le point d'irritation est indifférent ~~relativement~~ à la localisation des convulsions. Nous savons au contraire qu'avec une lésion des couches corticales on peut observer des contractures localisées précisément dans les parties paralysées avec prédominance de la paralysie et des contractures sur les mêmes points.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

mais si la lésion de la couche corticale ne suffit pas à expliquer le phénomène, il est impossible de dire quels sont les autres parties mises en jeu. Il faut nécessairement supposer l'excitation d'un certain nombre de fibres parfaitement distinctes en rapport avec le point excité; mais il faut alors renoncer à la production de l'anémie qui ne pourrait pas être ainsi localisée. Et il n'y a pas à dire qu'il y a deux explications l'une pour les convulsions localisées et l'autre pour celles qui sont généralisées puisque ces dernières ne sont souvent produites que par l'extension des premières. (obs. pers.)

On pourrait seulement se demander si dans les cas où les convulsions sont partielles ou unilatérales, on n'a pas toujours affaire à une lésion de l'hémisphère opposé. On l'admet généralement; mais il est des cas cependant où l'on n'a rien trouvé dans les hémisphères.

Il résulte de cette discussion qu'aucune théorie ne paraît satisfaisante.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Il me paraît plus rationnel d'admettre que dans tous les cas il y a une irritation d'un nerf sensitif ou d'un nerf spécial ou d'un filet du sympathique ou d'une portion de l'encéphale notamment de l'écorce et de la zone sensitivo-motrice et que cette irritation donne lieu à des mouvements ~~exagérés~~ localisés ou généralisés suivant l'ordre physiologique, mais que ces mouvements sont exagérés ~~par~~ le fait d'un état particulier des organes où s'opère la réflexion et aussi par la nature et l'intensité de l'irritation. — Il est impossible de dire par quel mécanisme précis ces phénomènes s'opèrent à l'état pathologique puisque nous l'ignorons dans l'état physiologique. Il semble seulement rationnel de rapporter à des troubles de l'isthme de l'encéphale les phénomènes qui caractérisent les grandes attaques par ce que nous savons des fonctions de cet organe et par la localisation ~~les altérations~~ indiquées par Schröder van der Kolk, ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ Il peut se faire que quelques filets seulement soient excités ou bien que l'excitation soit générale.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Quant à la circonstance qui fait que l'excitation est générale, elle est également difficile à indiquer. Nous savons expérimentalement que l'augmentation de l'excitation peut amener ce résultat, mais la prédisposition dont les conditions anatomiques nous sont encore inconnues doit également jouer un rôle important, peut-être même plus important. Il est absolument impossible de dire s'il s'agit d'anémie, de congestion, d'un trouble de nutrition ou d'tout autre trouble.

Physiologie pathologique des symptômes de l'épilepsie. —

Aura — Quelques auteurs l'ont considérée comme une sensation périphérique, mais la plupart cependant la regardent comme de cause centrale, qu'il s'agisse d'une simple sensation ou d'un spasme, d'une cause sensorielle ou psychique analogue avec celle qui se passe dans les cas de lésion diverses des centres nerveux.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

M. Voisin pense que il faut faire une exception pour l'épilepsie vaso-motrice, mais c'est une erreur, car nous savons que l'excitation des couches corticales du hémisphère et par conséquent les lésions donnent lieu à des troubles vaso-moteurs du côté opposé.

La paleur de la face et la perte de connaissance sont déterminés d'après Brown-Séquard par l'irritation des nerfs vaso-moteurs qui amène brusquement la constriction artérielle et consécutivement une anémie subite de la face et des lobes cérébraux.

Nous pensons que les nerfs vaso-moteurs sont excités comme les autres nerfs, de même que les uns et les autres sont souvent paralysés en même temps dans d'autres circonstances. C'est la même cause qui doit agir sur les uns et les autres, et il ne paraît pas rationnel d'admettre que soit l'excitation des premiers qui détermine des troubles circulatoires cérébraux auxquels se rapporteraient les autres symptômes.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

quant à la perte de connaissance, il est probable que les troubles du côté de l'isthme suffisent à l'expliquer, sans être obligé de faire intervenir les hémisphères cérébraux.

Cri. frayeur et suspirer (Beau), douleur (Herpin) secousse convulsive des muscles du larynx suivie d'un brusque mouvement d'expiration (Billod et Axenfeld).

Chute - tétanos temporaire des muscles (Billod) perte du sentiment et de la connaissance (Voisin).

Convulsions générales. Excitation des régions bulbaires et de la moelle qui se propage aux nerfs moteurs (Marshall-Hall, Foville, Schröder van der Kolk), congestion asphyxique de l'encéphale (Kussmaul, Tenner, Radcliffe). En même temps rôle important du cervelet (Luys, Voisin) en raison des lésions congestives trouvées sur le cervelet des épileptiques.

Convulsions toniques des membres et du tronc lorsque l'excitation bulbaire a gagné les faisceaux antéro latéraux.

Les convulsions des muscles respiratoires en immobilisant le thorax amènent un état asphyxique et des phénomènes secondaires par suite de l'impossibilité que rencontre le sang pour revenir au cœur (aspect de la face, taches ecchymotiques?).

SCD Lyon 1

Convulsions cloniques. Sont des contractions intermittentes par suite de la diminution de l'excitabilité des régions convulsivantes par épuisement nerveux et surtout par accumulation du sang noir les centres nerveux. La cessation d'une attaque est donc la conséquence de l'asphyxie qu'elle a elle-même amenée.

Dilatation de la pupille produite par la contraction des fibres radiées de l'iris dont le point de départ est l'excitation des fibres du gd sympathique cervical.

Morsure de la langue - produite d'après Schroder van der Kolk par l'excitation bulbaire dans le voisinage des racines de l'hypoglosse. explication contestable. Il suffit qu'il existe en même temps des contractions des muscles projetant la langue au dehors et élevant la machoire inf.

Coma. Etat congestif. épuisement nerveux. Le bon sommeil en surviendrait qu'après la disparition de l'état congestif. (exemple)

Emission de l'urine et éjaculation du sperme dépendent d'une excitation anormale des portions lombaire et sacrée du gd sympathique -

Pouls - Voisin: petitesse puis développement du pouls par excitation puis relachement des vaso-moteurs. exp. de Magnan et St-Franc. Cas de ralentissement du pouls probablement produit par [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Ecume buccale. hypersécrétion glandulaire et rétention par contraction musculaire de la face.
Sang mélangé à l'écume. ordre produit par la morsure de la langue, des lèvres, des joues et parfois par exhalation sanguine de la muqueuse des premières voies. Epistaxis.
Parésie et anesthésie.
Troubles intellectuels.
intermittence des attaques. Schröder van der Kolk compare les cellules de la moelle à des bouteilles de Leyde chargées d'électricité, ou bien à l'organe électrique des gymnotes et de la torpille. après la première décharge il leur faut un certain temps pour accumuler de nouveau la quantité d'électricité suffisante pour la seconde. Ce n'est pas une explication. Du reste rien de plus variable que la fréquence des attaques. Il reste encore beaucoup de choses à découvrir, bien que la maladie ait été surtout dans ces dernières années l'objet de travaux très-importants et qui ont mis sur la voie de découvertes sérieuses dont on peut déjà tirer parti dans la pratique.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

avril
Leçon

Diagnostic. - présente souvent de gdes difficultés, d'autant que le malade n'a parfois été observé que par des personnes étrangères à la médecine.

Hystérie - nous en parlerons prochainement

Apoplexie. - État comateux - Renseignements si faire se peut. En outre on remarque ord. des signes d'hémiplégie ou tout au moins une résolution plus marquée d'un côté du corps et les signes de la paralysie de la force en provoquant des mouvements de la force par des piqûres. La sensibilité peut être diminuée d'un côté d'une manière très notable, et surtout on trouve une différence très appréciable pour les réflexes plantaires. Ce n'est que dans les cas où la résolution est considérable et que le malade est sur le point de succomber que le Diagnostic peut être impossible.

Congestion cérébrale apoplectiforme. opinion de Trousseau relativement à la rareté de cette affection. C'est ord. de l'épilepsie.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Syncope. circonstances dans lesquelles l'accident survient (à jeun ou loin des repas, dans la position de haut ou sous l'influence d'une émotion ou par le fait de douleurs surtout abdominales). Répétition de l'accident sous l'influence des mêmes causes, signes caractéristiques de la syncope : pâleur de la face, perte de connaissance, chute en s'affaissant, ~~exceptionnelle~~ qqs. convulsions cloniques. Pouls imperceptible ou très petit. La connaissance ne tarde pas à revenir avec persistance d'un certain degré de pâleur, non suivi de congestion, ni de somnolence pouls de plus en plus sensible. Souvenir du début de la crise.

On ne confondra pas la syncope avec le grand mal, mais il peut être très difficile de ~~faire le~~ diagnostic avec le petit mal surtout lorsqu'on n'a pas assisté à la crise. Dans ce cas on ne doit pas se hâter de se prononcer. (obs.² pers.).

C'est, en effet, le petit mal qui donne le plus souvent lieu à l'erreur.

D'abord il peut passer inaperçu lorsqu'il se produit la nuit ; et lorsqu'on a qqs. indices, il ne faut pas manquer de rechercher avec soin tous les signes possibles de la maladie. (somnambulisme - ronflement - agitation - incontinence d'urine) Importance au point de vue du traitement — Mariage —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Vertige ab aure laeso ou maladie de Ménière.
peut d'autant plus être confondu qu'une lésion de l'oreille peut donner lieu à l'épilepsie.
Les malades éprouvent du vertige, la sensation de balancement ont des nausées, des vomissements et tombent à terre la face pâle, la tête couverte de sueurs. Mais pas de perte complète de la connaissance, bruits dans les oreilles, diminution de l'ouïe, douleurs auriculaires et lésions diverses. On peut parfois provoquer ces vertiges par une secousse. Ils coïncident aussi avec une recrudescence de l'affection auriculaire. Souvent soulagement obtenu par le sulfate de quinine.

Vertige a stomacho est caractérisé par une sensation qui ne s'accompagne pas de perte de connaissance et par la coïncidence de troubles du côté de l'estomac. C'est ordinairement pendant les digestions laborieuses que le phénomène se produit (indigestion et surtout dyspepsie habituelle)

Agoraphobie. Le vertige ne se produit que dans des circonstances bien déterminées.

Névralgie épileptiforme de Trousseau (5e paire).
Névralgie simple + accompagnée de tic convulsif
Ces phénomènes peuvent être placés sur la limite des symptômes caractérisant l'épilepsie puisqu'ils peuvent parfois être rattachés à cette maladie; mais pour cela il faut qu'il y ait d'autres crises parfaitement déterminées.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Angine de poitrine. Douleur précordiale constrictive avec angoisse et propagation de la douleur dans le membre sup. gauche. ad. pas de perte de connaissance ou tout au moins souvenir du début de la crise – Palpitations. Souvent on constate les signes d'une lésion du cœur ou des gros vaisseaux. ne s'observe pas chez les jeunes gens et se rencontre le plus souvent chez des personnes âgées. absence de tous les signes caractéristiques de l'épilepsie.

La coïncidence de phénomènes douteux d'épilepsie avec une cause bien avérée de la maladie peut éclairer le diagnostic. (exemples)

Le plus souvent la maladie est bien reconnue et il faut en rechercher la cause.

Chez les enfants : dentition, vers intestinaux troubles digestifs, une cause d'irritation périphérique telle qu'une piqûre d'épingle. une éruption cutanée, le début d'une fièvre éruptive, la néphrite albuminurique primitive ou consécutive de la scarlatine, la méningite, etc.

Les crises chez les enfants sont ord. désignées sous le nom de convulsions.

Chez les adolescents : encore les vers intestinaux, les lésions cérébrales surtout les tubercules cérébraux et assez fréquemment la néphrite albuminurique. – Les crises peuvent déjà dater de l'enfance et alors il y a bien des chances pour qu'elles persistent au delà de l'adolescence. Il en est de même de

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

celles qui se produisent à le moment sans cause appréciable ou en raison de l'hérédité. C'est du reste à le moment que se montrent le plus souvent les attaques qui sont héréditaires. Ces crises deviennent alors persistantes dans la généralité des cas. C'est de 10 à 20 ans et ensuite de 20 à 30 que l'épilepsie apparaît le plus communément. Chez l'adulte, il faut encore songer à la possibilité de vers intestinaux s'il n'y a aucune autre cause manifeste. Il faut tenir compte de la puerpéralité ~~toujours~~ de l'urémie ~~et de l'intoxication~~ saturnine. Les crises dues à ces trois dernières causes ~~[illegible]~~ portent le nom d'éclampsie. La plupart des auteurs ne les décrivent pas à propos de l'épilepsie et même ont toujours le soin de faire le diagnostic de l'épilepsie et de l'éclampsie, tout en reconnaissant que les crises sont identiques dans les deux cas. La cause seule diffère et la marche de la maladie est différente (mais non toujours). Je suis porté à croire qu'dans les trois cas c'est toujours la néphrite albumineuse qui est en cause d'épilepsie. Éclampsie par intoxication mercurielle –

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Épilepsie par l'abus des boissons alcooliques et de l'absinthe (forme chronique, forme aiguë) — Épilepsie par lésions cérébrales. Il faut d'abord s'informer si le malade a eu la syphilis ou s'il a actuellement des manifestations de cette maladie. C'est ainsi que dans la syphilis ~~tertiaire~~ précoce les ~~lésions~~ cérébrales ~~se produisent~~ fréquemment; ce sont des gommes cérébrales surtout qui sont la cause des crises. On les voit aussi survenir à la suite de lésions artérielles qui peuvent ~~[illegible]~~ avoir lieu à ce moment ou à une époque plus éloignée. Les lésions syphilitiques et notamment les gommes, les périostoses occasionnent d'abord de la céphalée nocturne, parfois de la somnolence et un malaise général mal déterminé. Ces symptômes prémonitoires doivent faire souvent défaut dans le cas d'obstruction artérielle et j'ai pu observer, il y a 2 ans, un cas de ce genre où les accidents n'avaient été précédés d'aucun malaise.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Les tumeurs ~~encéphaliques~~ peuvent être caractérisées par des symptômes très-variables et qu'il serait trop long de rappeler. Je vous dirai seulement qu'on observe alors fréquemment de la céphalgie, des vomissements, de la vacillation, de la titubation, l'impossibilité de la station debout, des paralysies ~~et~~ surtout des parésies du côté des membres, du côté de la face et des muscles de l'œil. — Dans ces cas l'examen du fond de l'œil serait toujours caractéristique : étranglement de la papille par un œdème péripapillaire. De toutes les tumeurs de l'encéphale ce sont les tubercules qu'on rencontre le plus fréquemment ; en conséquence toutes les circonstances passées ou présentes qui pourraient ressortir à cette affection devront être passées en revue pour éclairer le diagnostic. On devra toujours examiner avec beaucoup de soin s'il n'existe pas des signes de méningite. Toutefois il ne faut pas oublier que l'épilepsie peut dépendre de tumeurs qui ne se manifestent par aucun autre symptôme et qu'elle peut affecter la marche de celle qui ne dépend d'aucune cause appréciable.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Il faut savoir que l'épilepsie peut se manifester sous l'influence du ramoll. et de l'hémorrhagie des hémisphères cérébraux. La maladie peut débuter par de l'épilepsie même, et si l'on observe les malades au moment de l'attaque, il faut reserver le diagnostic jusqu'à ce qu'on ait pu s'assurer qu'il n'y a pas d'aphasie ou de paralysie persistante. (obs. pers.) Les crises peuvent se répéter à des intervalles plus ou moins rapprochés en affectant ord. la forme partielle. Mais elles peuvent se généraliser et déterminer la mort du malade (obs. pers). Dans cette on avait cru un instant à une chorée post hémiplégique, alors qu'il s'agissait bien d'un spasme convulsif auquel succédèrent bientôt de grandes attaques qui entraînèrent la mort du malade. Toutefois, dès le deuxième jour nous vîmes bien qu'il s'agissait de convulsions en raison de la brusquerie des mouvements qui étaient aussi d'une intensité exceptionnelle à la face. Enfin nous savions que le malade avait présenté à plusieurs reprises une raideur générale avec obnubilation intellectuelle plus grande.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Quant au diagnostic de l'hémorragie ou du ramollissement cérébral il est fondé sur les signes de ces maladies qui les rendent parfois difficiles à distinguer entre elles, mais très faciles à distinguer des tumeurs cérébrales.

Enfin ces maladies étant données, il n'est pas rare de voir survenir de temps en temps des attaques d'épilepsie, mais elles n'apparaissent alors qu'au bout de plusieurs mois après l'attaque de paralysie. J'ai observé cinq ou six malades de cette catégorie, et les attaques ont toujours été séparées par des intervalles de plusieurs mois. Je n'ai pas eu l'occasion de faire l'autopsie de ces malades, mais il me semble que ces cas sont analogues à ceux qui sont produits expérimentalement par des lésions cérébrales. En jugeant par l'analogie des faits expérimentaux et de ces cliniques débutant par l'épilepsie, il est probable qu'il s'agit ici d'une lésion corticale.

L'épilepsie reconnaissant pour cause l'H. ou la R. cérébrale s'observe non seulement chez l'adulte mais peut être encore plus fréquemment chez le vieillard.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Quant aux lésions médullaires qui peuvent donner lieu à l'épilepsie, elles sont bien caractérisées dans les cas de compression et dans la sclérose, notamment dans la sclérose en plaques qu'on a signalé récemment. Il faudra donc s'assurer s'il existe une de ces maladies ainsi que quelques lésions des nerfs périphériques ou quelque affection viscérale. C'est ainsi que les organes génitaux devront toujours être examinés avec soin.

Enfin après avoir constaté l'épilepsie et trouvé une de causes précédemment énumérées, il faudra enfin arriver au diagnostic en éliminant toutes les autres.

Ce n'est qu'en l'absence de toute affection pouvant causer la maladie, qu'on cherchera si elle peut être rattachée à une [illegible] morale. En tout cas on n'oubliera pas d'avoir des renseignements aussi précis que possible sur les antécédents héréditaires. On se souviendra que l'épilepsie produite dans les circonstances citées ont avant 20 ans.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

En dernier lieu on pourra avoir affaire à l'épilepsie sans cause appréciable dont les cas devront être de plus en plus rares.

Epilepsie simulée. assez fréquemment pour exciter la pitié des passants et pour échapper au service militaire.

Epilepsie alléguée – Ep. simulée –

L'épileptique tombe partout indistinctement et le plus souvent en avant ; face pale ; convulsions prédominantes d'un côté ou bornées à un côté ; pupilles le plus souvent dilatées et presque toujours insensibles à la lumière ; sensibilité abolie. Enfin après l'attaque obnubilation intellectuelle, assoupissement, hébétude, et souvent taches ecchymotiques sur la face. Pouls donne suivant M. Voisin un tracé caractéristique.

Nous ne nous occuperons pas de ce qui concerne la médecine légale.

Pronostic. guérison spontanée dépend des causes. Elle ne s'observe guère que dans les cas où la maladie n'existe pas depuis longtemps. C'est aussi dans ces cas que la thérapeutique a le plus d'influence et qu'elle peut opérer la guérison qui est exceptionnelle dans les cas chroniques. mais si l'on ne guérit pas complètement les malades, on peut par un traitement persistant empêcher le retour des crises et surtout on peut les éloigner considérablement et les rendre moins fortes.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

avril
Leçon

Le pronostic dans les meilleures conditions de traitement dépendra donc de la cause de la maladie, de sa durée et de l'intensité des crises.

Traitement — de l'attaque: quand l'attaque est simple, éviter que le malade se blesse et débarrasser le cou de ce qui pourrait le serrer. — Dans qqs. cas on a employé avec succès la compression des carotides ou la flexion aussi énergique que possible de l'un des deux gros orteils ou la ligature des membres à leur racine.

au moment de l'aura: compression, friction, inspiration d'odeurs, injection des aliments dans l'aura épigastrique

Lorsque les crises se répètent on doit avoir recours aux inhalations de chloroforme ou à la saignée, ou à ces deux moyens simultanément. C'est surtout dans l'eclampsie que ce traitement doit être mis en usage; tandis que le chloroforme réussit surtout dans les convulsions de l'enfance. (obs. pers.) Il ne convient alors d'appliquer des sangsues que s'il existe une congestion interne persistante. On doit se souvenir qu'il ne faut user des émissions sanguines chez les enfants qu'avec la plus grande circonspection.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

nous venons de supposer que le médecin est appelé au moment de l'attaque ou de l'état de mal. Ce n'est pas le cas le plus fréquent. Le plus souvent on a le temps d'examiner le malade et de rechercher la cause de la maladie.

traitement causal. Souvent très-difficile à déterminer; mais au moins faire les recherches les plus attentives dans ce sens et surtout pour combattre les causes les plus fréquentes et dont la disparition amène la cessation de la maladie.

Chez les enfants: dentition, vers intestinaux, troubles digestifs, irritation périphérique, fièvre, néphrite.

Chez les adolescents et les adultes, il faut en premier lieu faire l'examen des urines, même en dehors des 3 causes [illegible] et ensuite rechercher s'il existe des vers intestinaux. En troisième lieu, il faut songer à la possibilité de la syphilis; et même dans les cas douteux il convient de faire un traitement antisyphilitique. Ce n'est pas que les malades guérissent toujours dans ces cas; mais au moins ils ont des grandes chances d'obtenir la guérison. Il ne faut renoncer à ce traitement que lorsqu'on est bien convaincu de son inefficacité.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Quant au traitement de l'épilepsie causée par les tumeurs encéphaliques, il est en rapport avec la nature et le siège de ces tumeurs. À moins qu'il ne s'agisse encore de la syphilis, il n'y a ~~à peu près rien~~ à espérer du traitement causal. On a généralement peu d'influence sur le ramoll. ou l'hémorrhagie du cerveau. Mais dans certains cas traumatiques on pourrait peut-être intervenir utilement par une opération chirurgicale comme dans l'obs. de M. Broca. Depuis longtemps déjà la trépanation a été employée contre l'épilepsie avec plus ou moins d'à propos. Mais plus récemment on a obtenu qqs. succès par la trépanation. C'est ainsi que Mason-Waren a trépané 10 épileptiques et 3 ont guéri, 2 ont été améliorés, 5 sont morts. Dans les accidents traumatiques, il faut distinguer entre les cas récents et les cas anciens. Ces derniers offrant peu de chances de succès, ~~et ne~~ faisant courir au malade surtout des chances de mort. Il ne faut surtout pas comme Tissot trépaner dans le but de remédier à un prétendu rétrécissement du crâne ~~qu'il~~ considérait comme cause d'épilepsie

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Dans des cas où l'épilepsie avait pour point de départ un névrome, l'ablation de la tumeur a pu guérir complètement le malade. De même la section des nerfs dans des cas de névralgie (Trousseau et d'autres); mais récidives fréquentes. Avulsion de dents douloureuses.

On cite aussi qqs. cas de guérison à la suite de la ligature et de la section des nerfs dans les membres qui étaient le siège de l'aura. Toutefois ces faits sont anciens et il est probable que dans les auras véritables c.a.d. de cause centrale l'intervention chirurgicale doit être inutile. On ne peut espérer un résultat favorable que lorsqu'il existe une lésion périphérique primitive.

Excision d'un point hyperesthésié comme chez la malade de Rosenthal d'une cicatrice point de départ de l'épilepsie.

On peut aussi agir favorablement sur les nerfs périphériques douloureux considérés comme produisant l'épilepsie par les courants centrifuges. Tout au moins doit-on toujours essayer d'en faire usage avant d'intervenir chirurgicalement. Chez 2 malades de Levinstein qui après avoir porté des fardeaux avaient éprouvé des secousses

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

dans les membres supérieurs, puis de véritables convulsions épileptiques, la guérison fut obtenue par l'application des courants continus. D'autres fois on a obtenu une amélioration ou rien. Les courants virent surtout l'indication qui consistent à calmer l'hyperesthésie cutanée et musculaire.

Dans un cas de calcul vésical chez un enfant l'épilepsie fut guérie par l'extraction du calcul.

Quelques cas d'épilepsie guéris par la castration surtout préconisée en Amérique; mais lorsque les attaques ont pour point de départ les organes génitaux.

Il ne faudrait pas tenter cette opération dans toute autre circonstance. Il faut également rejeter l'opération de la trachéotomie préconisée par Marshall Hall sous l'influence d'idées théoriques.

~~Lamaux~~ Malade cité par Trousseau. Coloré en bleu par le nitrate d'argent fut castré et trachéotomisé sans succès.

Révulsifs employés par Récamier sur les points où les auras étaient perçues, mais d'une façon générale il vaut mieux ne pas les employer [illegible]

Longuet — Elle a encore ses indications —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Traitement médicamenteux.

Je me contenterai de citer pour mémoire qqs. médicaments qui ont eu un certain crédit il y a quelques vingt ans.

Sels de zinc (oxyde, valérianate, lactate) –
Préparations de cuivre, de bismuth, d'antimoine.
nitrate d'argent.
Préparations arsenicales – ferrugineuses –
Belladone – Trouman – Valériane
Sulfate de quinine – Dumas – Rien –
Curare – ~~[illegible]~~ employé mais résultats à peu près nuls, autre qu'il n'est pas sans danger –
narcotiques – aliénation mentale –

Aujourd'hui on possède contre l'épilepsie un médicament qui comparé aux substances indiquées précédemment peut être considéré comme héroïque c'est le Bromure de potassium qui agit en diminuant l'excitabilité des autres nerveux –
Il faut prescrire de fortes doses et continuer pendant longtemps son emploi –

Suppression de la nausée réflexe signe d'après voisin de la dose de bromure nécessaire pour le traitement.

Nous croyons qu'il faut donner la dose nécessaire pour arrêter les crises, en augmentant jusqu'à leur cessation. –
Le Bromure peut être employé dans toutes les formes d'épilepsie et concurremment avec d'autres moyens – ~~[illegible]~~ toniques etc. – Evitez les cas d'[illegible] empêcher le mariage –

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Hystérie.

— Quelques mots d'historique — Depuis Hérodote, Hippocrate. —

— De même que l'Epilepsie, l'Hystérie ne peut pas être définie par une lésion anatomique; et il est encore plus difficile de comprendre dans une définition toutes les manifestations symptomatiques qu'elle peut présenter. Non seulement les diverses parties du système nerveux peuvent être troublées simultanément ou isolément et par des associations extrêmement variables; mais encore on peut observer tantôt des phénomènes d'excitation, tantôt des phénomènes de paralysie tantôt enfin des perversions plus ou moins bizarres. Et pour ajouter encore à son caractère protéiforme nous ferons remarquer avec Sydenham que l'hystérie peut simuler toute autre maladie.

Toutefois on sait qu'elle se présente sous forme d'attaque dans plus de la 1/2 des cas d'après Briquet, et sous des aspects variés dans l'autre moitié

Cette proportion dans les deux grdes divisions de l'hystérie n'est pas très juste; mais il faut néanmoins décrire les attaques qui caractérisent le mal. Nous examinerons ensuite les troubles qui peuvent survenir dans les divers [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Symptomatologie. L'hystérie peut donc se présenter avec des attaques ou bien sans elles, tout en offrant des caractères qui permettent d'affirmer son existence.

1° Hystérie avec attaques ou forme convulsive. C'est elle que les médecins de l'antiquité ont eu presque seule en vue dans leurs descriptions.

La maladie peut débuter par une attaque; mais le plus souvent il existe des prodromes dont la durée est très-variable depuis qqs. instants jusqu'à un ou deux ans. Tantôt: céphalgie, étouffements, palpitations, refroidissement des extrémités, angoisse et oppression à la région épigastrique avec inappétence; ensuite avec sentiment de boule qui monte de l'épigastre à la base du cou ou au larynx (globe hystérique) et produit la sensation de constriction ou de strangulation. Ces phénomènes marquent ord. le début de l'attaque.

Tantôt: mobilité extrême du caractère, idées tristes, pleurs et rires sans motifs, insomnie, cauchemars, inquiétudes, fourmillements dans les membres, agitation et parfois qqs. spasmes, troubles digestifs, tympanisme de la région épigastrique, éructations, baillements, soupirs, dyspnée, palpitations, troubles de la calorification, globe hystérique — ces phénomènes

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

peuvent survenir lentement progressivement avec des exacerbations et des améliorations, parfois aussi avec des signes d'anémie et de dépérissement. Puis ordinairement sous l'influence d'une cause occasionnelle survient l'attaque qui a presque toujours lieu dans la journée ou dans la soirée.

Les malades éprouvent un sentiment de constriction ou de chaleur brûlante qui a pour point de départ une des fosses iliaques et se porte à l'épigastre ou bien part de l'épigastre pour ~~monter~~ à la gorge, ou enfin se fait primitivement sentir à la gorge. Plus rarement il existe une sorte d'aura partant d'un ou de plusieurs membres pour gagner la région épigastrique et le cou. Ces sensations peuvent durer assez longtemps à la région épigastrique (qqs. minutes à 1/4 d'heure) et ord. moins de temps, parfois qqs. secondes pour atteindre la gorge. En même temps palpitations et angoisse extrême. Au moment de la strangulation, un ou plusieurs cris aigus qui peuvent se reproduire pendant l'attaque, c'est

SCD Lyon 1

aussi à ce moment que se produit la perte de connaissance dans les 2/3 des cas d'après ~~qqs.~~ statistiques. Il nous semble qu'elle a lieu moins souvent et que si les malades ne répondent pas aux questions, elles ont le plus souvent conscience de ce qui se passe autour d'elles. Cet état peut être aussi précédé d'une perte de connaissance très-passagère.

En même temps aussi spasme tonique général avec raidissement qqf. tétanique de tout le corps. La malade paraît en proie à une suffocation complète et la figure est colorée, vultueuse; les veines du cou sont distendues, le cou est tuméfié et les carotides battent violemment. Toutefois la figure conserve une expression naturelle.

Ces phénomènes se produisent dans un temps très-court et on voit survenir des convulsions plus ou moins généralisées, dont le désordre les rend difficiles à décrire. Ces mouvements se rapprochent plus des mouvements physiologiques que des contractions rythmiques. C'est ainsi que les malades portent automatiquement les mains à la poitrine ou au cou comme pour se débarrasser de la cause de strangulation

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

La figure ne présente pas de phénomènes convulsifs sauf un clignotement rapide des paupières et des nystagmes. Le tronc est souvent déplacé par des mouvements tétaniques et on observe fréquemment des mouvements de propulsion du bassin.

Au bout de 15 à 30 minutes environ les mouvements perdent de leur énergie et cessent peu à peu le visage est moins turgide, la respiration moins embarrassée et la crise peut se terminer ainsi. Il peut aussi à ce moment survenir une nouvelle crise à laquelle peuvent ensuite s'en ajouter d'autres.

On voit aussi des malades qui à la fin de la crise cessent d'avoir la figure atone pour prendre un facies exprimant la terreur, la colère, la volupté, etc., en un mot diverses expressions passionnelles. Puis les yeux deviennent humides et les larmes s'écoulent qqf. accompagnées de sanglots, ou bien c'est un rire irrésistible ou des alternatives de pleurs et de rire ou du subdelirium, ou un sommeil plus ou moins prolongé.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Avril
Leçon

La crise passée qqs. malades éprouvent comme un soulagement. D'autres fois on observe une partie des symptômes qui existaient avant la crise.

Ce sont les mêmes phénomènes qu'on peut observer dans l'intervalle des attaques. Celles-ci peuvent présenter les variations les plus grandes non seulement chez différentes malades mais encore chez la même malade.

C'est ainsi que certains symptômes que nous avons indiqués peuvent faire défaut ou être plus ou moins marqués ce qui peut constituer une gde variété de crises.

Elles peuvent encore se présenter sous des aspects tellement différents de celle que nous avons prise pour type que dans ces cas elles ont été considérées comme des formes anormales.

à côté de la forme commune, on peut admettre forme syncopale prendre ou non de convulsions.

Forme délirante : délire de parole, délire d'action.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Forme extatique précédée ou non de convulsions
Forme cataleptique - - id. —
Forme soporeuse - - - id. —
Forme lethargique - id. —
Forme Hystéro-épileptique —

Nous ne pouvons qu'indiquer ces formes à grands traits sans entrer dans une description qui nous prendroit trop de temps.

Nous ne pouvons pas décrire non plus toutes les variétés d'aspect que l'hystérie présente soit sous forme d'attaque soit en l'absence des attaques. Leur nombre est illimité et de toute manière nous risquerions de rester bien au dessous de notre tache -

Nous pensons qu'après avoir indiqué les principales formes nous ferons mieux connaître la maladie en passant en revue les symptômes se rattachant aux troubles des divers parties du système nerveux qui peuvent se présenter en [illegible] mille manières. ~~[illegible]~~

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Troubles de la sensibilité.

Anesthésie. Complète ou incomplète, sur tout le corps, rarement, sur la moitié et ord. du côté gauche, seulement sur qqs. points. Ces troubles, ainsi que l'a indiqué Gendrin constituent un des principaux symptômes de la maladie. Ils n'ont pas toujours été considérés ainsi, et pendant le moyen âge les femmes qui en étaient atteintes étaient considérées comme possédées du démon et par suite brulées vives, peut-être au nombre de cent mille. La perte de la sensibilité aurait pu être considérée comme providentielle pour ces malades si elle eut été toujours généralisée.

Le plus souvent anesthésie limitée à certaines portions de la peau ou des muqueuses notamment à la muqueuse oculaire gauche. Souvent hémianesthésie parfaitement déterminée et portant aussi sur les organes des sens, forme que Briquet croyait caractéristique de l'hystérie. (Elle n'est cependant pas identique à l'Hémianesthésie de cause cérébrale). Siège de l'anesthésie pas prédominance — anesthésie de la muqueuse de l'isthme du gosier (Chatrou) ou absence de mouvements réflexes. Léger degré — haut degré — Dans qqs. cas intenses la vue est indispensable pour les mouvements (probablement toutes pareilles), tandis qu'ordinairement c'est le contraire.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

on a dit que l'anesthésie donnait lieu à des parésies, ce qui n'est pas juste, car on peut voir une perte absolue de la sensibilité sans paralysie musculaire. Lorsque celle-ci existe c'est une autre manifestation de la maladie, mais qui ne dépend pas de la première.

analgésie, au contact et à la douleur (Beau), à la température, etc. C'est chez les hystériques qu'on a pu voir la perte de la sensibilité à la douleur avec conservation de la sensibilité au contact (probablement troubles psychiques).

L'anesthésie se produit tantôt après l'attaque, après une émotion, tantôt graduée avec ou sans production de la sensation de fourmillement. Aussi ordinairement les malades qui n'ont pas été examinés par un médecin ignorent-elles ces troubles de la sensibilité. C'est un symptôme qu'il faut chercher (Lasègue).

anesthésie passagère ou persistante.

Coexistence de l'anesthésie avec l'hyperesthésie, les spasmes, les crises, les paralysies, les contractures, les troubles psychiques etc...

Hyperesthésie – Elle peut avoir pour siège: la peau, les muscles, les articulations, les nerfs, les organes des sens, et les différents organes. –
se manifeste sous les mêmes influences que l'anesthésie.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Hyperesthésie cutanée - intensité variable - généralisée ou localisée, occupant parfois un côté tandis que l'autre est atteint d'anesthésie et par conséquent plutôt le côté droit.

Parmi les localisations plus restreintes de l'hyperesthésie il faut citer 1° l'hyp. des grandes lèvres et de la vulve donnant lieu à un vaginisme qui est augmenté par la dilatation; 2° l'hyp. de la peau de la mamelle (irritable mamelle d'Arthy Cooper) (obs. pers) -

~~Hyperesthésie des organes des sens~~

Hypéresthésie musculaire. siège sur les muscles du rachis, des parois thoraciques et abdominales, des membres, etc. - Douleurs spontanées mais surtout à la pression et dans les mouvements ainsi que sous l'influence de l'excitation faradique. Douleurs d'intensité variable, mais parfois assez fortes pour obliger les malades à rester immobiles, au point de simuler une affection rhumatismale.

Hypéresthésie articulaire signalée par Brodie. Elle n'est jamais primitive, mais survient aussi bien dans l'hystérie sans attaque. L'arthralgie hystérique est ordinairement monoarticulaire, affectant le plus souvent la hanche ou le genou, mais pouvant occuper les autres articulations, surtout celles des membres inférieurs. - Développement lent, progressif ou brusque, sans cause appréciable ou après un effort, un coup - Douleur continue ou intermittente d'intensité variable. Elle a pu être assez intense pour que des malades aient réclamé l'amputation du membre.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Elle peut être superficielle ou profonde, plus ou moins limitée, mais elle ne siège pas au niveau de la synoviale. Les mouvements passifs et la pression des surfaces articulaires n'augmentent pas les douleurs (caractère important) tandis que les impressions morales peuvent les rendre plus vives. variations aux époques menstruelles; L'attitude des parties est normale à moins qu'il y ait des contractures. Diagnostic souvent très-difficile avec la coxalgie ~~par~~ lésions articulaires. Elle peut disparaître brusquement.

Hyperesthésie des nerfs. Névralgies intercostales, faciale (odontalgie) - lombo-abdominale, sciatique etc.

Céphalalgie - Migraines - Excessivement fréquente, généralisée; hémicranie; clou hystérique (Sydenham), surtout au niveau des régions temporales et sincipitale. Douleurs lancinantes ou sensations de froid, de chaud parfois d'une grande intensité; s'accompagne fréquemment de vomissements et de troubles digestifs. Elle peut être soulagée par la pression.

Rachialgie et coccygodynie (Simpson, Scanzoni etc)

Hyperesthésie des sens coïncidant avec d'autres hyperesthésies

Hyperesthésie de la muqueuse laryngo-bronchique

Sensation de chatouillement intéressant surtout en raison des spasmes auxquels elle donne lieu et dont nous nous occuperons bientôt.

Hyperesthésie des muqueuses du pharynx de l'œsophage de l'estomac et des intestins, des reins et de la vessie. Aussi plus intéressante au point de vue des spasmes.

Hystéralgie - Suivant l'opinion qu'on se fait

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

sur son mode de production c'est une ovaralgie, une névralgie ileo-lombaire, une dermalgie, une myalgie -

Douleurs spontanées ou sous l'influence de la menstruation ~~et~~ surtout par la pression. Il est existe des deux côtés, mais surtout du côté gauche. Schutzenberger en 1846 a remarqué le premier que la compression sur le point douloureux pouvait susciter des attaques d'hystérie. Ce fait a été vérifié par de nombreux observateurs. Toutefois la compression ne produit ce résultat que chez les malades ayant déjà eu des attaques. Chez les autres c'est une douleur plus ou moins vive, mais aussi souvent un malaise qu'il est difficile de définir avec influence sur les fonctions cérébrales ainsi que l'a remarqué M. Charcot.

Il y a d'autres points hystérogènes notamment la région épigastrique et les points douloureux du crâne et ~~du rachis~~, ~~et~~ mais il est incontestable que dans l'hystérie convulsive l'ovaralgie est constante.

La cessation de la crise par la compression de la région ovarienne a été comparée par M. Charcot aux procédés employés pour faire cesser les crises chez les convulsionnaires de St Médard -

La pression au niveau de l'os hyoïde aurait ~~qq~~ produit le même résultat.

Ces phénomènes ne se présentent ~~de même~~ chez toutes les malades surtout lorsqu'elles ne sont pas dressées comme celles de M. Charcot

SCD Lyon 1

avril
Leçon

Troubles de la motilité.

Spasmes, convulsions, paralysies, contractures.

Spasmes. Muscles de la face, des yeux, surtout avant les attaques, du sterno-mastoïdien, du trapèze, du diaphragme.

Les spasmes du diaphragme sont souvent associés à ceux des appareils respiratoire et digestif.

spasmes des voies respiratoires
spasmes des voies digestives

Spasmes du pharynx et de l'œsophage (suffocation de matrice des anciens auteurs). Se rencontre fréquemment et consiste dans la contraction brusque et violente des muscles du pharynx et de la partie sup. de l'œsophage, principalement sous l'influence de la déglutition qui est de la sorte plus ou moins entravée. L'alimentation peut ainsi être rendue très-difficile. mais c'est surtout lorsqu'il existe en même temps de l'hyperesthésie: l'ingestion d'un aliment solide ou liquide déterminant alors des contractions douloureuses avec menace de suffocation.

En général spasme léger n'entraînant aucune conséquence grave.

L'obstacle peut être au dessous du pharynx de telle sorte que les malades avalent bien les aliments; mais ne tardent pas à les rendre, comme dans les cas de rétrécissement du cardia avec lesquels il ne faut pas les confondre. — impossibilité de passer la sonde — le spasme de la paralysie.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Il ne faut pas confondre ce spasme avec la boule hystérique qui existe ordinairement sans spasme.

Enfin les malades peuvent avoir horreur des liquides, une véritable hydrophobie qu'il ne faut pas confondre avec celle qui est symptomatique de la rage.

Spasmes de l'estomac, des intestins.

Vomissements, éructations bruyantes, borborygmes, pseudo-tumeurs constituées par des bosselures intestinales, d'où la croyance des médecins anciens aux pérégrinations de la matrice. La pneumatose intestinale peut s'accompagner de douleurs, de coliques, le ballonnement du ventre peut alors gêner plus ou moins la respiration et donner lieu à des palpitations. En même temps, constipation et souvent rétention d'urine, aménorrhée, douleurs sourdes ou plus ou moins vives, de sorte que s'il y a eu de la toux, des hémoptysies, si l'état général n'est pas très bon, on peut croire à une tuberculose. On peut aussi avoir parfois des doutes au point de vue d'une grossesse.

Il est souvent difficile de distinguer certaines gastralgies avec spasmes de cause hystérique des troubles occasionnés par des bleus de l'estomac. (obs. Jurs.) de certaines nausées (obs. Jurs.)

Spasmes de la vessie, des reins — ~~Accompagnés~~

~~Dysphéralgies douloureuses~~ prennent les noms de cystalgie et néphralgie. Assez rares sous cette forme; mais on observe fréquemment la rétention d'urine peut être aussi bien due au spasme du col qu'à la paralysie de la vessie.

Spasmes du vagin — vaginisme, vagichant [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Spasmes des voies respiratoires.

Toux hystérique décrite par Sydenham — Elle succède ord. à un peu de laryngite ou de trachéo-bronchite ou survient sans cause appréciable. Elle est continue, incessante sauf la nuit (Lasègue) ou bien se montre par quintes irrégulièrement ou à la suite d'émotions. ord. d'un timbre aigu, qui ne change pas chez la même malade, sans expectoration. Elle peut être très-fatigante surtout pour les personnes qui entourent la malade. — Opinion de Beau.

Le spasme des muscles de la glotte peut rendre la respiration plus ou moins difficile, au point de provoquer la suffocation. Celle-ci a pu être assez intense pour nécessiter la trachéotomie.

Le spasme des muscles du larynx peut être tel que la voix soit plus ou moins modifiée ou éteinte (dans ces cas il y aurait pour qqs. auteurs des paralysies ou de l'ataxie des muscles). La toux peut ressembler à un cris; et même par le fait de l'extension du spasme aux muscles de la poitrine, des parois abdominales et du diaphragme on peut voir des rires ou pleurs convulsifs avec sanglots, des hurlements, des aboiements et toutes sortes de cris d'animaux.

Ces troubles ont été surtout notés dans des épidémies et sont facilement propagés par imitation. Possibilité de la contagion dans les pensionnats de jeunes filles.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Convulsions permanentes en dehors des attaques.

S'observent assez rarement. Elles peuvent être limitées aux muscles des paupières et donner lieu à un clignotement interrompu seulement par le sommeil, ou bien à quelques muscles du visage d'où différents tics ord. passagers. Les muscles du cou ou des épaules peuvent être atteints d'où d'autres tics qui font tourner la tête, abaisser les épaules, etc. Enfin les mouvements peuvent être généralisés aux membres et donner lieu à des mouvements alternatifs de flexion et d'extension. C'est la chorée rhythmique observée dans qqs. épidémies, qui d'après M. Lée se distinguerait de la chorée vulgaire dans laquelle les mouvements volontaires sont surtout désordonnés.

Toutefois ~~on peut encore~~ observer ~~des~~ chorées rotatoire, saltatoire (danse de St-Guy) dans des épidémies du moyen âge; et il est probable qu'on avait affaire à une maladie de nature hystérique. On peut encore dans quelques cas rapporter à cette maladie la chorée à forme vulgaire; mais il faut pour la considérer ainsi qu'il y ait des manifestations hystériques bien caractérisées.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Paralysies. En général grande diminution de la force musculaire chez les Hystériques. Indépendant de ce trouble Briquet a trouvé des parésies ou paralysies 120 fois sur 430 cas, et Landouzy 40 fois sur 370. Ce sont les muscles des membres qui sont le plus souvent atteints et surtout ceux du côté gauche.

Les paralysies coexistent ord. avec un certain degré d'anesthésie et souvent aussi avec de la contracture.

Du côté de la face, en fait de paralysies isolées on n'a signalé que le ptosis et des paralysies alternantes des muscles de l'œil. Elles sont rares.

Paralysies des constricteurs du pharynx et de l'œsophage qui rendent la déglutition impossible, mais permettent le cathétérisme.

Les paralysies du larynx sont plus fréquentes et mieux connues depuis les recherches de Turck 1866. Différentes formes suivant les muscles atteints aphonie plus ou moins prononcée. Il y a des hystériques qui sont prises en parlant d'abord d'enrouement puis d'aphonie ou bien sous l'influence d'une émotion.

La paralysie du Diaphragme étudiée par Duchenne est très-rare. L'affection ord. opiniâtre est caractérisée par l'intervision du rhythme respiratoire et l'extinction de la voix.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

quant à la paralysie des membres, il est excessivement rare qu'elle soit générale ou localisée absolument à un membre ou à un segment d'un membre. On observe ordinairement la forme hémiplégique ou la forme paraplégique. La forme hémiplégique constatée par Briquet 1/6 est prédominante au membre inf. ce qui explique pourquoi dans ces cas la face paraît peu atteinte. Elle peut survenir lentement ou brusquement et dans ce cas, ce qui la distingue d'une paralysie par lésion en foyer c'est l'intégrité de l'intelligence ou tout au moins c'est l'absence de l'obnubilation qu'on trouve dans les lésions en foyer lorsque la paralysie est très-prononcée. En outre dans l'hémiplégie hystérique phénomènes persistants au même degré ou améliorations et récidives sans cause ou à la suite d'une émotion et surtout d'une crise. Enfin coexistence habituelle de l'anesthésie qui lorsqu'elle persiste à un degré très-prononcé est un signe caractéristique de l'hystérie, car les choses ne se passent pas ainsi dans les cas de lésions en foyer même lorsqu'elles existent au niveau de la partie postérieure [illegible] (obs. pers.) —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

La paraplégie est plus rare. Elle est incomplète ou complète, ord. accompagnée d'anesthésie.

On dit que les différentes paralysies s'accompagnent ord. de paralysies de la vessie et même parfois du rectum? parce qu'il y a de la rétention d'urine et de la constipation; mais il n'est pas facile de prouver que la paralysie seule soit en cause. On voit en effet les mêmes phénomènes chez des malades qui ne présentent aucune autre paralysie et chez lesquelles on ne peut dire s'il s'agit d'une spasme du col ou d'une parésie de la vessie. Du reste je crois qu'on n'observe jamais l'incontinence urinaire -

Duchenne a cru caractériser absolument les paralysies hystériques en disant qu'il y avait toujours intégrité de la contractilité électro-musculaire, avec diminution notable ou abolition complète de la sensibilité électro-musculaire et électro-cutanée. Il y a cependant des exceptions et on peut observer des phénomènes analogues dans des cas de lésions en foyer.

Enfin les paralysies peuvent être flasques? ou accompagnées de contractures.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

La contracture hystérique, d'après M. Bourneville, rappelle la convulsion tonique éphémère du début de l'attaque. Cette convulsion peut être de durée plus ou moins longue (qqs heures à qqs jours) dans des variétés anomales. Elle est ~~appelée~~ alors contracture aiguë passagère, tandis qu'elle est dite permanente lorsqu'elle dure des mois et des années.

Elle ~~indique~~ toujours une hystérie grave. Les muscles contracturés sont aussi le plus ordinairement atteints de paralysie ou de parésie. Elle peut être plus ou moins limitée aux muscles du cou (torticolis hystérique), aux muscles d'un côté de la face, aux muscles de la langue, aux muscles d'un segment d'un membre et particulièrement à ceux de la partie supérieure de la cuisse et du bassin.

Dans ce dernier cas, coxalgie hystérique, la moitié correspondante du bassin est ou semble relevée, les muscles de la fesse sont tendus, forment des reliefs plus ou moins sensibles donnant au toucher la sensation d'un corps dur, qui fait que la fesse, au lieu d'être plate, est saillante du côté malade. Adduction de la cuisse et flexion d'où raccourcissement du membre. Pression superficielle parfois douloureuse et pression profonde (sur le gd trochanter) à peu près indolente. Enfin, en endormant la malade on peut imprimer à l'articulation tous les mouvements physiologiques sans craquements, sauf une crépitation particulière indiquée par Bourneville

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

quand le membre inf. est pris en entier, il est dans l'extension et dans l'adduction avec pied bot varus équin.

Le membre sup. peut aussi être contracturé dans la flexion ou dans l'extension, mais la première forme est beaucoup plus fréquente.

Plus souvent la contracture atteint à la fois le m. sup. et le m. inf. d'un côté, surtout du côté gauche, avec prédominance dans le m. inf. et à la racine du m. sup. On voit ainsi que la paralysie de la motilité et de la sensibilité et la contracture siègent sur les mêmes parties où elles présentent une intensité proportionnelle sur les mêmes points.

La contracture peut affecter les deux membres inférieurs qui présentent chacun la disposition indiquée pour un seul très-rarement on l'a vue occuper les quatre membres.

Les membres contracturés peuvent n'être le siège d'aucune sensation spéciale ou bien de fourmillements, de tremblements. Il n'y a des douleurs que dans les mouvements commandés pour vaincre la contracture.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

trépidation plus ou moins marquée. membres froids, parfois violacés, saignant peu par les piqûres.

La contracture peut envahir les membres successivement pour aboutir aux différentes formes de paralysie ou se présenter d'emblée sous l'une de ces formes. Enfin elle peut changer de forme et surtout se généraliser momentanément pour revenir à la forme première.

Ces phénomènes peuvent disparaître brusquement pour toujours ou revenir. Ils peuvent même cesser tout à coup après avoir résisté pendant plusieurs années à tout traitement. C'est dans ces cas que les influences morales ont paru jouer un grand rôle et ont pu paraître produire des miracles. D'autres fois ils persistent indéfiniment. L'obs. de M. Charcot qui se serait terminée par une sclérose des cordons postérieurs ne suffit pas pour prouver qu'il en soit ainsi ordinairement, surtout en remarquant qu'on obtient parfois des guérisons complètes au bout d'un temps très-long.

Ces contractures ne s'observent en général que dans les formes graves de l'hystérie c'a-d. avec des attaques nombreuses [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Troubles de la vie végétative.

Respiration parfois d'une fréquence anormale avec ou sans dyspnée. (apnée utérine). Même dans les cas de gêne plus ou moins grande de la respiration, on ne découvre aucune altération physique par l'exploration des organes thoraciques.

Palpitations de cœur sans autre bruit anormal qu'un souffle anémique et des bruits veineux tenant à la même cause. inappétence parfois complète de telle sorte que les malades peuvent refuser tout aliment. D'autres fois au contraire elles ont de la boulimie.

Menstruation ord. irrégulière et le plus souvent supprimée pendant un temps plus ou moins long.

hémoptysies - } ne sont pas toujours
hématémèses - }

supplémentaires de la menstruation, car elles peuvent survenir chez des femmes parfaitement réglées. - Difficulté de dire si le sang provient des voies respiratoires ou des voies digestives. aspect que présente ordinairement ce sang.

Possibilité de confondre ces cas avec ceux qui proviennent de lésions des voies respiratoires ou des voies digestives. Diagnostic et surtout pas d'aggravation notable de l'état général chez les hystériques

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

L'ischurie hystérique n'est pas rare. Elle peut être complète et dure 24 à 36 heures à la suite d'excitation ou pendant les règles.
Oligurie et anurie avec vomissements contenant de l'urée. Cas de Charcot-Gréhant et de Fernet.

Troubles vaso-moteurs.

Fièvre ou mieux pseudo-fièvre caractérisée par des frissons, de la chaleur surtout à la face, tendance au délire, langue sèche avec perte d'appétit. Mais avec une accélération parfois assez notable du pouls 100 à 120, la temp. centrale reste normale, à moins qu'il survienne quelque complication inflammatoire.
Bouffées de chaleur, alternatives de chaud et de froid, rougeur et pâleur de la peau.
Ptyalisme — } obs. isolées.
Galactorrhée — }
Sueurs profuses et même sueurs sanguinolentes, sur les pommettes, à l'épigastre, dans les mains.
Ces phénomènes sont présentés rarement.

Troubles psychiques. légers ou graves.
Sensibilité anormale - passage subit d'une gaîté exagérée à la tristesse, entêtement, apathie. « C'est assez souvent un désir d'attirer l'attention ». tendance à tromper.
Troubles graves aigus ou chroniques.
Délire avec agitation mais ayant pour caractère de porter sur une même idée ou au contraire phénomènes de dépression.
Formes délirantes, roporneuses, extatiques catalepticiques —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Étiologie —
Causes prédisposantes et déterminantes —

1° Causes prédisposantes.
Hérédité (page 84) —
« L'hystérie a été observée dans tous les temps, dans tous les pays, sous toutes les latitudes, dans toutes les positions sociales, chez les femmes des villes et de la campagne ». Toutefois elle est plus commune à la ville —

Sexe — Les médecins de l'antiquité et de beaucoup de médecins encore croient que l'hystérie ne s'observe que chez la femme (Landouzy, Mommsen, etc.) Bien qu'un certain nombre de faits d'hystérie chez l'homme doivent être rejetés comme douteux suivant la remarque de Landouzy, il faut cependant d'après M. Bernet en retenir une douzaine qui paraissent incontestables. (Forget 1 et Briquet 7). Depuis cette époque plusieurs faits ont été également publiés. Statistique de Briquet 1 h. sur 20 f. est certainement exagérée. Cela montre combien les statistiques peuvent conduire à des résultats erronés. Landouzy supposait que dans les cas exceptionnels observés chez l'homme on pouvait mettre en cause une affection des organes génitaux.
D'autres fois on ne trouve rien de particulier chez ces sujets, si ce n'est peut-être une faible constitution. Hérédité dans un cas.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Hérédité. cause prédisposante incontestable presque toujours lorsque la maladie survient dans le jeune âge.

Une mère hystérique ne transmet pas la maladie à toutes ses filles, mais seulement à 1, 2, 3 au plus. L'épilepsie est aussi une cause prédisposante de l'hystérie, surtout lorsque le père est épileptique. Dans un cas hystéro-épilepsie. ord. les renseignements certains font défaut.

On peut encore noter parmi les causes, l'aliénation mentale, mais non la plupart des affections cérébrales comme l'a fait Georget.

À plus forte raison ne doit-on pas considérer la phthisie comme une cause prédisposante ainsi que le voulait Chéron.

Âge. L'hystérie s'observe le plus fréquemment pendant la période de la vie où la femme est réglée. Toutefois on en observe qqs. cas avant 10 ans, la fréquence augmente de 10 à 15 pour atteindre le maximum de 15 à 20, diminue de 20 à 25, puis de plus en plus jusqu'à 45 ans pour augmenter un peu de 45 à 50 ans et ne se présenter ensuite que dans qqs. cas tout à fait rares (statistiques de Georget, Beau, Landouzy, Briquet) fréquence puis amendement ou guérison. Influence de la ménopause. Les cas développés après cette époque sont contestables.

général qui [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Continence – opinion des médecins de l'antiquité et des qqs. modernes qui croyaient cette cause nécessaire, adoptant l'opinion d'Hippocrate de la non-satisfaction du vœu de la nature. Willis a démontré qu'il s'agissait plutôt de causes morales.

Ainsi on a observé plutôt la maladie dans les communautés religieuses dont la vie est contemplative (exaltation religieuse), que dans celles qui ~~desservent les écoles et les~~ hôpitaux, bien que les unes et les autres fussent vouées au célibat.

Dans les hôpitaux la maladie se rencontre plus souvent chez des femmes ayant eu des rapports conjugaux légitimes ou non que chez des vierges.

Le nombre des veuves atteintes d'hystérie est assez restreint dans les statistiques de Landouzy, Briquet.

Enfin l'hystérie est plus commune dans les hôpitaux spéciaux (maladies vénériennes) – un peu moins fréquente chez les prostituées du plus bas étage.

Ainsi non seulement la continence n'est pas une cause prédisposante, mais les excès vénériens paraissent engendrer la maladie. Mais il faut tenir compte des passions désordonnées de ces personnes, des préoccupations et notamment de la préoccupation de la misère qui les poursuivent presque toujours, du désœuvrement qui engendre des troubles psychiques et une impressionnabilité vive.

général que prédispose [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Influences morales. Elles ont une grande ~~[illegible]~~ dans la production de l'hystérie mais avec la coexistence d'une disposition héréditaire ou de cause de débilitation, de mauvaise éducation, etc.

Ce sont les influences morales tristes (chagrin, crainte, jalousie, envie, etc.) qui ont le plus d'action; tandis que les influences morales opposées tendent à l'atténuer ou à la faire disparaître.

Il résulte des observations que l'hystérie s'observe surtout:

1° Chez les femmes dont l'éducation a été mal dirigée, faiblesse, partialité, mauvais traitements de la part des parents, revers de fortune, etc.

2° Chez les femmes malheureuses en mariage ....

3° Chez les femmes légères par suite des préoccupations qu'entraîne ou [illegible]

4° Chez les femmes qui ont des peines de cœur (étiologie classique)

Affections des organes génitaux. ~~[illegible]~~ de ces affections n'est indispensable pour que l'hystérie se développe, celle-ci pouvant exister avec des organes génitaux parfaitement sains. Toutefois elles coïncident souvent avec l'hystérie plus souvent qu'avec aucune autre affection; d'où les connexités admises depuis longtemps.

Indépendamment de l'action directe des certaines affections utérines comme cause de l'hystérie, on doit admettre l'influence de l'affection utérine sur l'état général qui prédispose alors la femme à l'hystérie.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

D'un autre côté l'hystérie peut amener de l'anémie, de la leucorrhée et une affection utérine qui est alors secondaire.

La coïncidence peut dans qqs. cas être tout à fait insignifiante et résulter seulement de la fréquence de l'hystérie. Ainsi les tumeurs fibreuses et les cancers de l'utérus ainsi que les kystes de l'ovaire ne paraissent pas avoir d'influence sur la production de l'hystérie. En général dans ces cas l'hystérie est plus ancienne. Il en est de même de la tuberculisation des organes génitaux.

« Les affections inflammatoires aiguës graves des organes génitaux : hématocèles, phlegmons des ligaments larges, enfin pelvi-péritonites purulentes ou séro-adhésives intenses ne sont de même que très-rarement cause déterminante de l'hystérie, du moins dans leur période d'acuité, pendant lesquelles existe un mouvement fébrile marqué ». (Bernutz) -

C'est dans la pelvi-péritonite chronique à répétition qu'on voit surtout survenir l'hystérie ou son aggravation. Et cela 1° par l'anémie ; 2° par les peines morales ; 3° par les troubles menstruels et notamment par les métrorrhagies fréquentes dans cette affection.

Ce sont principalement les troubles menstruels qui paraissent donner lieu à l'hystérie.

On peut voir l'hystérie se développer dans la convalescence des maladies aiguës des organes génitaux et aussi de toute autre maladie aiguë (pneumonie, fièvre, rhumatisme)

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Dans ces derniers cas on peut accuser l'anémie spéciale qui caractérise la chlorose, les troubles menstruels ou les troubles gastriques invoqués par Cullen.

Bien souvent les causes prédisposantes que nous venons de passer en revue jouent le rôle de causes déterminantes.

Causes déterminantes. Toute impression pénible vive, physique ou morale chez les femmes prédisposées par les influences que nous venons de passer en revue et surtout chez celles qui sont très-impressionnables. (Douleurs, frayeur, émotion) — Imitation — cette cause a été signalée par Boerhaave, et par les auteurs qui ont décrit les épidémies d'hystérie fréquentes autrefois, qu'on a pu encore observer de nos jours à Morsène.

Anatomie et physiologie pathologiques

L'opinion ancienne sur la cause présumée de l'hystérie a porté l'attention des médecins plus particulièrement du côté des organes génitaux. C'est ainsi qu'on voit mentionnés : les déplacements de l'utérus, les engorgements chroniques, les ulcérations du col, plus rarement les lésions dites organiques et les affections des ovaires et des trompes, l'anémorrhée et les vices de développement.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Leanzoni a trouvé l'une de ces affections dans 77 cas sur 100, proportion analogue à celle trouvée par Londonzy et plus récemment par Ormann; tandis que Briquet, Bennett n'ont pas rencontré d'affection des organes génitaux dans plus de la moitié des cas.

Grisolle et Cashman ont vu dans deux cas d'hystérie indéniable une atrésie congénitale du vagin et de l'utérus.

Le système nerveux central examiné à l'œil nu et à la loupe ne décèle aucune lésion. Dans trois cas complets une examen microscopique fut encore défaut, sauf dans le cas de M. Charcot où l'on trouva une sclérose des cordons latéraux depuis la moelle jusqu'au renflement lombaire, avec atrophie partielle des racines antérieures.

Les données anatomiques ~~pathologiques~~ ne permettent pas de se rendre compte du mode de production des nombreuses manifestations de l'hystérie.

La théorie Hippocratique ne peut pas être soutenue

SCD Lyon 1

en raison des cas d'hystérie observés dans l'enfance, du gd nombre de ceux observés à un âge où les rapports sexuels ont lieu le plus fréquemment et du petit nombre qu'on rencontre à un âge plus avancé où les rapports sont moins fréquents ou cessent même d'exister.

Peut-on avec Pujol et beaucoup d'autres médecins rapporter l'hystérie à une lésion des organes génitaux? On peut d'après Bernutz opposer à cette opinion 1° que l'hystérie se rencontre chez l'homme sans lésion des organes génitaux et encore assez souvent chez les filles dans l'enfance au moment où les affections de l'utérus et des ovaires sont absolument exceptionnelles. 2° on ne voit pas l'hystérie se manifester chez les petites filles atteintes de tuberculisation des organes génitaux. 3° l'hystérie s'observe chez des femmes mariées sans lésion apparente des organes génitaux. 4° l'hystérie ne se rencontre qu'exceptionnellement chez les femmes affectées des maladies des organes génitaux. Enfin dans les autopsies on n'a souvent rencontré aucune lésion des organes génitaux.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Cependant M. Bernutz admet que l'hystérie reconnaît elle-même comme une perturbation de la fonction menstruelle et que dès lors on pourrait dire qu'elle est d'origine génitale. Seulement il fait remarquer que la menstruation est non seulement à la nutrition de l'ovule, mais encore à toute l'économie et que lorsque celle-ci est troublée, il en résulte un trouble de l'hématopoïèse et par suite de toute l'économie, qui joue le principal rôle dans le développement et entretien de l'hystérie.

« Les conditions de l'état physiologique peuvent être altérés sans doute, mais non modifiés profondément comme dans les maladies graves » qui ne donnent pas lieu ordinairement à l'hystérie.

Cette distinction paraît difficile à établir. En vain on peut objecter que la chlorose, l'anémie surviennent fréquemment chez les jeunes filles sans

SCD Lyon 1

donner lieu à l'hystérie. Il est également commun de rencontrer chez elles des troubles menstruels avec des modifications générales de l'économie toujours sous hystérie.

Nous pouvons donc conclure que les troubles généraux de l'économie de cause diverses même sous l'influence de lésions des organes génitaux et qu'à plus forte raison ces lésions seules ne suffisent pas pour déterminer l'hystérie.

Nous devons maintenant rechercher si l'on peut rapporter la maladie à une affection du système nerveux. Or on n'a trouvé aucune lésion sauf dans le cas de M. Charcot qui se rapporte à des contractures pouvant même ne pas être de nature hystérique.

On s'est dès lors basé sur les troubles fonctionnels et sur l'analogie qu'ils présentent avec ceux qui se rapportent à des lésions des centres nerveux pour supposer un trouble de telle ou telle partie.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Rosenthal se basant sur les phénomènes d'anesthésie qui se rencontrent fréquemment et sur les expériences de Schiff, combat l'hypothèse de Valentine qui admet une altération des nerfs périphériques et suppose que la lésion de l'hystérie existe non à la périphérie, mais au centre et en première ligne dans le centre spinal.

En admettant la moelle comme le siège et l'origine des accidents on s'explique alors l'augmentation de la sensibilité réflexe par l'excitabilité augmentée de la substance grise; les troubles de la sensibilité divers par des obstacles momentanés dans les fonctions conductrices de la substance grise de la moelle; l'insuccès de l'amputation de Mayo dans un cas d'hyperesthésie; le retour de la sensibilité électrique du centre à la périphérie. — Il existe aussi des troubles des centres vaso-moteurs qui se traduisent par le spasme ou la dilatation des vaisseaux. De sorte que suivant Rosenthal, c'est à une infériorité congénitale ou acquise dans la force de résistance du système nerveux vaso-moteur, qu'il faut attribuer une gde partie des symptômes de l'hystérie.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Il y aurait de l'hypérémie au début et ensuite des modifications inflammatoires comme le fait de M. Charcot tend à le prouver.

À l'appui de son opinion le prof. de Vienne fait remarquer que les causes de l'hystérie, onanisme, abus des plaisirs vénériens, irritations locales des organes génitaux ont pour conséquence une excitation du système spinal. «Le cerveau, ajoute-t-il, constitue le second point faible de l'hystérie». Excitations psychiques violentes partant des hémisphères cérébraux, se transmettant d'après Budge, aux conducteurs vaso-moteurs, excitant leur centre par voie réflexe et provoquant des alternatives de rougeur et de pâleur, d'hyperesthésie ou d'anesthésie unilatérale, et excitant les nerfs cardiaques abdominaux et sécuteurs.

Ainsi l'hystérie consisterait dans une irritation avec troubles consécutifs du système cérébro-spinal. Cette irritation et ces perversions peuvent partir de la sphère médullaire pour s'étendre à la moelle allongée et d'autres fois au cerveau.

– Objections à cette théorie.

– Théorie qui paraît plus rationnelle quoique avec beaucoup de desiderata.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Diagnostic. Lorsque la maladie se présente soit avec des cinq soit moins avec cinq avec la plupart des symptômes qui caractérisent cet état, elle est facile à reconnaître.

Il n'est pas même nécessaire que le tableau de la maladie soit complet, quelques traits isolés suffisent souvent pour révéler sa nature.

D'autres fois il est plus ou moins difficile d'arriver au diagnostic.

La forme convulsive peut être confondue avec l'épilepsie (surtout l'adulte) avec l'asphyxie.

Les paralysies hystériques doivent être distinguées de celles qui reconnaissent pour cause une lésion au foyer de la moelle ou de l'encéphale.

Les convulsions en dehors des cinq telles que celles connues sous le nom de chorée rhythmique ne doivent pas être confondues avec la chorée ordinaire ni avec la sclérose en plaques ou la paralysie agitante.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Les spasmes tenant à l'hystérie pourraient aussi être confondus avec ceux de la chorée tels qu'on les rencontre qqf. longtemps après la disparition de cette maladie. ~~On peut observer aussi des spasmes~~

Les contractures hystériques localisées peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic (coxalgie, contractures rhumatismales ou sans cause appréciable).

Les symptômes que présente l'hystérie en dehors des attaques peuvent être confondus avec l'hypochondrie (opinion Lydenham) avec le nervosisme auquel on donne aussi le nom de nevropathie, d'irritation spinale.

En passant en revue les symptômes de l'hystérie nous avons mentionné les erreurs que l'on peut commettre nous n'y reviendrons pas.
(D'après Lydenham l'hystérie se retrouverait dans la moitié des maladies de la femme)

Enfin il faut se souvenir que chez la femme quels que soient les symptômes qu'elle présente, on doit toujours songer à la possibilité de troubles hystériques ; tout comme

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

dans les affections abdominales, on doit toujours songer à la possibilité d'une grossesse. Toutefois, on ne devra conclure pour l'hystérie qu'après s'être bien assuré qu'on n'a pas affaire à une autre maladie. (erreurs produites par les symptômes que peuvent présenter des hystériques au début d'une légère affection aiguë) (Et de même des symptômes de syphilis cérébrale de tumeurs de méningite ou de fièvre grave pourraient être pris pour des manifestations hystériques) –

C'est surtout chez les enfants qu'il ne faut admettre l'hystérie qu'après avoir éliminé toutes les autres causes capables de donner lieu aux troubles observés. – La même réflexion est applicable à l'hystérie chez l'homme qui est du reste excessivement rare.

Pronostic – L'hystérie n'est pas considérée comme une maladie grave parce qu'elle ne met pas les jours des malades en danger. C'est un préjugé fort répandu dans le public que les hystériques font les malades mais ne le sont pas.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

cette idée est ~~gaff~~ partagée par le médecin qui ennuyé par les ~~plaintes~~ de l'hystérique se laisse aller à lui dire qu'elle n'est pas malade. Or, c'est l'injure la plus grave qu'on puisse lui dire; aussi en est-elle profondément blessée et il en résulte souvent que le médecin perd sa confiance. Il ne faut jamais dire à une hystérique qu'elle n'est pas malade; car elle l'est véritablement et elle souffre parfois beaucoup.

L'hystérie peut être considérée comme grave dans les formes paralytiques, hystéro-épileptiques, extatiques, ~~cataleptiques~~ lethargiques; car les malades peuvent rester malades pendant de longues années.

Elle peut être encore considérée comme une maladie ~~sinon~~ grave, au moins très pénible, en raison des inconvénients de toutes sortes qui résultent de ses manifestations multiples à répétition et parfois incessantes soit pour la malade, soit pour les personnes qui l'entourent.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

La plupart des fonctions peuvent être entravées pendant la plus grande partie de la vie et souvent au point de priver les malades de toute relation et de leur faire garder la chambre souvent pendant un temps très-long.

En outre l'hystérie est une cause de stérilité (Hippocrate), d'avortement (Briquet). D'après cet auteur la viabilité des enfants issus d'hystériques ~~est~~ moindre et le plus grand nombre d'entre eux meurt avant l'âge de 20 ans.

Traitement -

Prophylaxie. Soins et éducation à donner aux enfants issus de femmes hystériques, surtout à l'époque de la puberté. Veiller à ce que la menstruation s'accomplisse bien surtout au moyen de soins hygiéniques et d'un traitement général en prohibant les emménagogues.

Parfois les jeunes filles devront être séparées de leurs mères lorsque celles-ci sont hystériques. Pour les filles du peuple éviter un travail trop pénible et les mauvais traitements.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

La vie des jeunes filles doit toujours être occupée et on doit proscrire absolument la lecture des romans.

Question du mariage — Hippocrate dit «oui» et beaucoup de médecins disent «non».

L'aphorisme : «toute femme hystérique, mariée, guérit» est contrôlé depuis longtemps ; mais il n'est pas moins vrai que certaines hystériques ont bénéficié du mariage.

Il faut distinguer entre les malades qui sont gravement affectées, qui le sont légèrement, ou ont seulement des dispositions à le devenir et aussi entre une union antipathique et une union désirée. — Le résultat produit par le mariage dépend aussi des conditions dans lesquelles il se fait au point de vue de la concordance des caractères et de la vie matérielle, etc. — Le mari est souvent la cause de la maladie, qui guérit par sa maison par son éloignement. En tout cas le célibat étant un état anormal, on ne peut y condamner quelqu'un que pour des raisons d'une gravité incontestable.

Dans le mariage d'une jeune fille disposée à l'hystérie, c'est le mari qui court les chances les plus fâcheuses ; car rien n'est plus triste à voir que le mari d'une hystérique. C'est un argument à ajouter en faveur du divorce.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Traitement curatif.

Indications tirées de l'état général et de l'état des organes génitaux, ainsi que des divers troubles fonctionnels entravant l'alimentation.

Indications tirées des diverses manifestations symptomatiques. [redacted]

Traitement de la crise. Placer les malades dans des conditions telles qu'elles ne se blessent pas; mais sans les contraindre. Eau froide projetée sur la figure. inhalations d'éther, de chloroforme. ~~Opp.~~ gouttes d'éther à l'intérieur, mais parfois contre-indication; opium (injection de chl. de morphine) surtout lorsque les malades éprouvent des douleurs ~~de~~ de l'hystéralgie. Rarement on réussira à arrêter l'attaque par la compression de la région ovarienne.

Dans le but de prévenir le retour des crises et pour combattre les différentes manifestations de l'hystérie qui existent dans l'intervalle des attaques, il faut chercher à produire un effet sédatif sur le système nerveux sans affaiblir les malades.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

On n'aura pas souvent l'occasion de recourir à l'emploi de la saignée autrefois en honneur.

Le bromure de potassium n'a que peu ou pas d'effet.

C'est incontestablement l'hydrothérapie qui donne les meilleurs résultats.

Pomme a vanté les grands bains tièdes de 2, 4, 6, 8 heures de durée, dont l'indication paraît rare, les bains prolongés étant très-débilitants.

L'eau froide est le meilleur et le premier moyen à employer : lotions, draps mouillés, douches, bains de piscine — Parfois les malades craignent l'eau froide et il faut débuter par l'emploi de l'eau tiède et passer par les demi-bains les douches écossaises avant d'arriver à l'eau froide. C'est dans des cas exceptionnels qu'on ~~fait~~ ~~[illegible]~~ malades ayant une intolérance absolue pour l'eau froide, auquel cas il faut bien grenouiller.

Il pourrait y avoir aussi d'autres indications tirées de l'état du [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

L'eau froide a en outre l'avantage d'agir comme tonique général, comme apéritif, etc. de sorte qu'il ne faut y renoncer qu'après avoir fait plusieurs essais quand il ne s'agit que d'une intolérance tenant à l'impressionnabilité de la malade.

Quant aux médicaments dits antispasmodiques, on ne peut pas du tout compter sur leur action; c'est tout ce qu'il y a d'important à dire sur leur compte.

Indications tirées de quelques manifestations symptomatiques.

Anesthésie. effets des applications de métaux (métallothérapie), des métaux à l'intérieur (effet moral), des courants continus et interrompus, des aimants, des vésicatoires, des excitations quelconques.

Hyperesthésie. Courants galvaniques et morphine. Eau froide?

Spasmes. Contractures, id.

Paralysie. Courants faradiques, Eau froide.

Dans les formes délirantes, extatiques, cataleptiques. Eau froide et morphine. Dans les formes soporiques et léthargiques. Eau froide. Traitement moral. Le médecin doit conserver son in[illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Des Signes stéthoscopiques des cavernes pulmonaires –

Leçon du 22 février 1880 –

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1

Diagnostic des cavernes pulmonaires.

Messieurs.-

Je vous ai cité quelques observations de malades tuberculeux et offrant des cavernes pulmonaires - Je vous ai déjà fait entrevoir les difficultés que l'on a de diagnostiquer de ces lésions - Je tiens à vous parler aujourd'hui des signes qu'on leur a attribués et je m'occuperai exclusivement de ceux qu'on a prétendu être caractéristiques -

- Si nous consultons le traité même de l'auscultation (Laennec) nous voyons qu'il attribuait, dans l'espèce, une importance extrême à la pectoriloquie, désignant ainsi la résonnance de la voix dans une excavation formée accidentellement au milieu du tissu pulmonaire : en sorte que par définition même il devait y avoir une corrélation constante entre la lésion et son symptôme - Laennec lui-même admettait cependant des exceptions nombreuses à cette règle, et pour d'après la théorie aux faits il établissait un certain nombre de divisions - La pectoriloquie est parfaite - imparfaite ou douteuse -

- La pectoriloquie parfaite ne peut avoir lieu que dans certaines conditions indiquées par Laennec -

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

- La vacuité complète de l'excavation - la sténitié augmentée du tissu pulmonaire qui forme ses parois - la communication facile avec un ou plusieurs rameaux bronchiques non peu considérables - son rapprochement des parois de la poitrine - telles sont les circonstances favorables à la production du phénomène - - Le volume de la cavité n'est pas sans exercer une certaine influence : mais pour l'apprécier avec justesse, il ne faut pas le considérer en dehors des autres faits : en effet, rien de plus variable que les résultats tirés de l'analyse comparative de la pectoriloquie et du volume de la caverne - La pectoriloquie est en général plus élevée dans une excavation un peu vaste, mais on la rencontre souvent dans de petites cavernes - et elle peut manquer dans des excavations énormes, dans celles surtout dont la capacité dépasse le volume du poing, particulièrement si elle ne communique avec les bronches que par des rameaux d'un petit diamètre - L'auteur cherche à interpréter ces faits contradictoires - L'élargissement de la caverne tend à diminuer la hauteur du son produit - et bientôt conduit à une diminution d'intensité car en comparant l'appareil pathologique de l'homme aux instruments à vent, il remarque que plus

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

le diapason d'une flûte, par exemple, est grave et moins on peut en tirer de son -

- Il poursuit sa comparaison en l'appliquant à l'orifice de communication de la caverne avec les bronches : il montre combien on tire difficilement des sons des basses de flûte traversière et en déduit que la colonne d'air poussée par une ouverture étroite est trop faible pour faire résonner une capacité un peu vaste -

- Enfin l'état de la voix, phénomène primordial - joue un rôle important - La voix éteinte d'un phthisique est souvent impuissante à faire vibrer les parois en partie molles - ou au moins peu fermes d'une très vaste excavation dans laquelle l'air ne pénètre que par un ou deux ouvertures d'une ligne de diamètre -

— Cette dernière raison est tombé depuis qu'on a recherché la pectoriloquie à voix basse laquelle existe toujours en même temps que la pectoriloquie à voix haute -

- D'autre part, celle-ci a fait défaut chez des tuberculeux munis de caverne et jouissant de l'intégrité de leur voix -

- Enfin on a noté l'absence de la pectoriloquie dans des cas d'excavations en communication large avec les bronches - et Laennec dit lui-même en propres

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

termes que lorsque le nombre des ouvertures fistuleuses par lesquelles une vaste excavation communique avec les bronches vient à augmenter, la pectoriloquie devient moins évidente et cesse d'avoir lieu -

- Enfin on a vu des cavernes plus grosses qu'un poing produire la pectoriloquie -

- L'explication de Laennec n'est donc pas satisfaisante - Tous les auteurs postérieurs à lui ont rejeté sa division -

- Et d'abord Skoda rejette la distinction si catégorique faite par Laennec entre la bronchophonie et la pectoriloquie - Celle-ci n'est qu'une variété de la première - Dans les deux le son est produit au moment où se fait le bruit laryngien, par la consonnance de l'air soit dans les bronches - soit dans une cavité plus ou moins irrégulière, mais parfaitement assimilable au tube bronchique -

La transmission parfaite ou imparfaite de la voix à travers le stéthoscope ne permet pas de décider s'il existe ou non une excavation dans les poumons -

- Pour Barth et Roger la pectoriloquie dépend du renforcement qu'éprouvent les ondes sonores dans des espaces beaucoup plus considérables que les cellules pulmonaires et les petites bronches, dans des cavités dont les parois solides vibrent et repercutent le son avec force - C'est le même mécanisme

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

que celui de la voix bronchique - Cette opinion se rapproche donc de celle de Skoda. mais elle en diffère complètement en ce que Skoda attribue une importance exclusive à la consonnance du fluide aérisonore, tandis que Barth et Rogers font intervenir pour une large part, les vibrations des parois -
Les conditions favorables sont la capacité moyenne de la cavité, la densité de ses parois - la vacuité complète, la libre communication avec un ou plusieurs rameaux bronchiques, la proximité de la superficie du poumon

Walshe admet aussi l'analogie de la bronchophonie et de la pectoriloquie et désigne celle-ci sous le nom de bronchophonie pectoriloque - Il cite des faits de pectoriloquie sans caverne et de cavernes sans pectoriloquie - et subordonne la production du phénomène à un certain nombre de conditions qui sont: la dimension moyenne de l'excavation, la densité et le poli de la paroi interne, l'absence de brides traversant la cavité ou la fixant aux parois, la libre communication avec les bronches -

- Vailles admet comme conditions nécessaires à la production de la pectoriloquie - 1° l'existence d'une excavation béante - 2° des bronches aboutissant librement dans l'excavation -

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

En résumé, jusqu'ici les auteurs n'ont recherché que dans l'examen de la caverne elle-même, que dans l'étude de ses diverses particularités, les causes qui pouvaient influer sur la pectoroloquie soit en la favorisant, soit en l'entravant — Parmi les premières nous pouvons signaler la capacité moyenne de la cavité — la densité de ses parois — leur état lisse — sa vacuité — sa libre communication avec les bronches — Tous les auteurs s'accordent à dire que la présence de mucosités dans les bronches est contraire au phénomène —

— La pectoroloquie coexiste habituellement avec d'autres signes qui n'avaient pas échappé à Laennec puisqu'il les indique comme pouvant remplacer la pectoroloquie dans le diagnostic des cavernes. Or ces phénomènes sont intimement liés les uns aux autres — ils coexistent ou manquent ensemble — Leur mécanisme cependant diffère par certains points —

— Laennec attribuait le ~~tintement~~ métallique à la résonnance de l'air agité par la respiration, la toux ou la voix, à la surface d'un liquide qui partage avec lui la capacité d'une cavité contre nature formée dans la poitrine — La condition nécessaire était donc une excavation renfermant une

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4 petite quantité de matière liquide, remplie d'air et en communication avec les bronches —

— Skoda ne pose qu'une condition pour obtenir le phénomène — savoir une excavation renfermant de l'air : peu importe qu'elle renferme ou non du liquide, qu'elle communique avec les bronches ou qu'elle soit fermée de tous côtés — Le tintement métallique n'est qu'un phénomène de consonnance lequel a lieu dans la cavité — Cette consonnance s'applique aux différents bruits respiratoires, la toux, la voix et même les bruits anormaux — Skoda admet que quelques excavations ont des parois tellement solides et tellement dures que tout changement dans leurs dimensions pendant la respiration ne peut être que très-léger — souvent même tout-à-fait impossible — Cependant si elles contiennent de l'air on y entend en général pendant la respiration un bruit qui est encore assez fort et qui est en effet de la consonnance (bruit bronchique — ou écho amphorique — ou tintement métallique —

— Barth et Roger ont une opinion en quelque sorte éclectique sur la production de ce phénomène — cependant ils signalent deux conditions qui leur paraissent constantes — l'existence dans l'appareil respiratoire d'une grande cavité anomale

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

la présence d'un volume plus ou moins considérable de gaz - Souvent aussi il y a une certaine quantité de liquide et une communication avec les bronches - mais ces deux derniers éléments ne sont pas nécessaires en général -

Woillez analysant les caractères du tintement métallique le décompose en deux parties -

1° un son grave fondamental -

2° une résonnance harmonique aigue qui s'ajoute au premier et lui donne le timbre légèrement métallique qu'il présente -

C'est un souffle grave doublé d'une résonnance métallique -

Ce phénomène se produit dans une vaste cavité organique distendue ou béante, contenant ou non un liquide, communiquant le plus souvent avec les bronches, mais parfois cette communication peut manquer -

- Guttmann attribue le tintement métallique à la présence de cavernes du volume du poing ou moins, à parois solides et homogènes, communiquant librement avec une bronche et situées superficiellement -

- Il suit de cet exposé que les conditions indiquées par les auteurs comme favorisant la production des signes stéthoscopiques en question se rapportent uniquement à la configuration de la caverne

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5 - à l'état de sa paroi - à la nature de son contenu, aux rapports qu'elle affecte avec les bronches ou parois thoraciques - L'observation nous a conduits à ajouter aux circonstances précédentes un fait nouveau - l'état du poumon et par conséquent son mode de fonctionnement - A l'appui de cette opinion, voici le résultat d'une nécroptie récente -

Au sommet du poumon gauche existe une vaste caverne pouvant contenir le poing - sa moitié supérieure est constituée par une paroi fibreuse, adhérente au thorax - lisse - en communication large avec les bronches - sa partie inférieure seule est entourée par un tissu pulmonaire, malade - anfractueux - Voilà donc une caverne qui offrait dans sa partie supérieure tous les caractères requis pour donner lieu aux signes métalliques précédemment cités - cependant il n'y avait ni souffle amphorique, ni tintement métallique, ni pectoriloquie à voix haute ou basse dans les mouvements respiratoires ordinaires - malgré la recherche minutieuse de ces signes - Il fallait faire tousser le malade pour obtenir du sifflet amphorique

SCD Lyon 1

avec tintement métallique - Ceci prouve que les conditions physiques de la caverne étaient bien aptes à produire ces phénomènes et en même temps que les mouvements respiratoires ordinaires étaient insuffisants - Déjà pendant la vie nous avions vu que cette insuffisance des mouvements tenait à l'immobilisation du thorax et l'autopsie nous a permis de nous rendre compte des causes de cette immobilisation -

Tout le poumon en effet était induré ce qui nous expliquait l'obscurité respiratoire constatée pendant la vie -

C'est là quelque chose d'analogue à ce qui se produit dans la pneumonie massive où le souffle peut manquer -

Toutes causes immobilisant le thorax doit sans doute agir dans le même sens - des adhérences pleurales - un épanchement l'abaissement du diaphragme dans une position fixe - Laennec déjà signalait l'invasion d'un pneumothorax comme capable de faire disparaître tous les bruits antérieurs - Cela peut tenir au bien à ce que le poumon est refoulé au bien à ce que la poitrine s'immobilise du côté lésé -

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

6 Il faut peut-être tenir compte aussi des lésions du côté opposé - qui amènent toujours un trouble respiratoire général - probablement en immobilisant le diaphragme -

— Il y a une relation étroite entre le souffle et les autres bruits signalés - Ils apparaissent dans les mêmes circonstances - La pectoriloquie chez notre malade existait à un léger degré du côté opposé - mais elle manquait dans la partie où siégeait l'excavation - Cela tient à ce que les mouvements respiratoires nécessités par l'élimination de la voix haute et basse ne produisaient pas de souffle - Celui - s'il s'était obtenu - par la voix qui exige des mouvements respiratoires plus intenses que la parole -

L'observation que nous rapportons ne contredit donc en rien cette opinion -

— Elle est si vraie que nous avons vu tous ces bruits associés dans un rapport constant - Il y a des malades qui offrent ces bruits dans les mouvements respiratoires ordinaires - dans ces cas la lésion est limitée et le reste de l'organe respirateur fonctionne bien - Ces conditions se trouvent réalisées chez un malade que nous observons en ce moment.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Dans d'autres cas, ces bruits n'apparaissent qu'à l'occasion de la toux -

- Parfois ils font complètement défaut -

- Enfin les différents bruits peuvent varier - exister à un moment donné, puis s'affaiblir et disparaître par suite de l'extension morbide aux ~~parties voisines~~ -

Les cavernes passent souvent inaperçues parceque ces signes font défaut et qu'on ne fait pas tousser les malades notamment avec les bronchites généralisées - avec la pleurésie - dans le pneumothorax.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1

22 février 1880.

Messieurs

Je vous ai parlé dans la dernière leçon des phénomènes d'auscultation que présentent les grandes cavernes pulmonaires - J'ai passé en revue les opinions des divers auteurs sur leur mode de formation et les conditions qui les font naître - je vous ai dit que leur origine était commune - leur nature analogue et qu'on les trouvait constamment associés - Je vous ai montré l'importance qu'il fallait attribuer, dans la recherche de leur mécanisme à l'état du tissu pulmonaire voisin et je vous ai cité à ce propos l'observation d'une caverne présentant toutes les conditions requises par les auteurs sans que l'on pût constater ni souffle amphorique - ni tintement métallique - ni pectoriloquie prononcé parceque les lésions s'étaient en dehors de la caverne ne s'y prêtaient pas - J'ai conclu de cette observation je vous ai parlé d'une autre où tous ces signes existaient - ce qui impliquait d'après notre opinion l'intégrité fonctionnelle du champ respiratoire en dehors de la caverne - L'autopsie est venue nous donner raison, ce qui du reste je pouvait le constater pendant la vie -

Voici en quelques mots - cette observation

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

2

J. L. 25 ans - terrassier - entré le 18 janvier 80 - mort le 20 février

Les antécédents héréditaires ou morbides ne relatent rien de particulier -

Depuis deux ans - toux - oppression - inappétence - perte des forces -

Il y a deux mois aggravation - dyspnée perpétuelle - toux fréquente s'accompagnant de vomissements et d'expectoration abondante - perte de la voix - hemoptysies - inappétence - insomnie - pas de diarrhée - sueurs nocturnes -

A l'examen - submatité dans la moitié supérieure du poumon droit -

Sous la clavicule et dans la fosse sus épineuse disparition du murmure vésiculaire -

Souffle intense - grave accompagné d'un bruit harmonique aigu -

Ce souffle est surtout marqué à l'inspiration - il disparaît presque complètement à l'expiration à moins qu'on ne fasse tousser le malade -

- Au même niveau - pectoriloquie aphone peu marquée

Le malade étant aphone - la recherche de la pectoriloquie à voix haute est impossible -

— Dans la partie inférieure du poumon - la respiration est diminuée - mais elle persiste à un certain degré - on trouve quelques craquements

A gauche - la respiration obscure et rude au sommet se fait convenablement dans le reste du poumon -

- Le malade s'affaiblit de plus en plus et meurt au bout d'un mois sans changement des signes physiques -

A l'autopsie on trouve au sommet droit

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

une large caverne, occupant le tiers supérieur du poumon - Elle est plus étendue en avant tant en largeur qu'en hauteur -

- A la partie supérieure sa paroi est constituée par du tissu pulmonaire sclérosé et la plèvre adhérente et épaissie -

A la partie inférieure les parois sont molles - anfractueuses et se cantolent traversées par des brides nombreuses formées soit par les vaisseaux, soit par des bandes de tissu fibreux

— C'est tout-à-fait dans la partie déclive que la caverne communique avec des bronches d'assez gros calibre -

- Au dessous on trouve une caverne beaucoup plus petite et dans le reste du poumon des tubercules disséminés tantôt entre eux des espaces pulmonaires sains & très-larges d'ailleurs -

- La plus grande partie du poumon est adhérente à la plèvre -

Du côté gauche, on trouve en tous les points de petits amas tuberculeux - mais la plus grande partie du poumon est perméable à l'air et saine -

- Diaphragme inclus

— Cette observation est très-démonstrative -

Les phénomènes stéthoscopiques des cavernes se montrent là, dans tout leur éclat - précisément parce que la fonction respiratoire n'était pas troublée qu'au niveau de la caverne - Partout ailleurs le tissu pulmonaire est en quelque sorte inclus - la respiration pouvait s'y faire et en effet c'est ce que nous avons observé pendant la vie - le murmure

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

vésiculaire s'entendait dans la plus grande partie des deux poumons — Et on se rend bien compte de cette influence en réfléchissant au mode de pénétration de l'air dans la caverne, (car nous admettons que les phénomènes stéthoscopiques en question sont des bruits nés sur place dans refuser toute part à la transmission du bruit laryngé —)

Comment expliquer que cette caverne dépourvue de toute élasticité, incapable par elle-même de changer de forme — puisse tour à tour se remplir d'air et se vider en partie, sinon parceque son jeu est associé étroitement, mais d'une manière toute passive, à celui du tissu pulmonaire restant et du diaphragme, si bien qu'en arrêtant ce dernier on supprime par là même tous les bruits cavitaires — L'appel d'air causé par l'abaissement du diaphragme et l'expansion pulmonaire qui en est la conséquence, se fait sentir secondairement au niveau de la caverne, soit parceque celle-ci éprouve des changements de volume — soit plutôt parceque ses bronches de distribution communiquent avec celles du tissu pulmonaire sain et leur empruntent une partie du gaz qu'elles renferment — hypothèse d'autant plus admissible dans le cas particulier que nous envisageons que les bronches, s'ouvrant tout à fait à la partie inférieure de la caverne, sont à proximité du tissu pulmonaire sain et par conséquent de l'air qui s'y [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5. La pénétration parfaite de l'air dans le poumon du côté opposé à la caverne exerce, elle aussi une influence heureuse sur la production des bruits que nous étudions –

Elle implique, en effet, un jeu convenable de la part du diaphragme d'où résulte déjà un avantage pour le poumon voisin –

En second lieu, elle fortifie le son laryngien à qui nous reconnaissons une certaine influence dans la production des bruits cavitaires –

L'intensité de ce son laryngien doit dépendre pour quelque part, de la quantité d'air qui passe par la glotte en un temps donné – et cette quantité doit évidemment diminuer à mesure que la respiration se fait mal –

Notre malade nous a présenté quelques particularités dont je veux à présent vous entretenir en peu de mots –

Le souffle qu'on entendait à l'auscultation était surtout marqué au temps inspiratoire et diminuait au point de disparaître au moment de l'expiration –

L'inspiration, en effet, se faisait d'une façon très complète. puisque le diaphragme, son agent principal, n'offrait ni lésion ni trouble fonctionnel – L'expiration au contraire qui, à l'état habituel, est due à l'élasticité pulmonaire seule, devait être fatalement entravée, car les adhérences pleurales d'une part, les tubercules disséminés de l'autre, devaient empêcher le poumon de revenir à sa forme naturelle –

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

6. Les caractères du souffle expiratoire qui était faible court et bas — en vertu du trouble de l'expiration, devaient retentir sur ceux de la pectoriloquie. Celle-ci en effet était peu marquée et pour la même raison, car elle constitue un acte expiratoire. Quand le souffle a un timbre élevé, comme dans la pneumonie, la pectoriloquie gagne également en intensité et en éclat —

Ainsi donc, non seulement la respiration, prise dans son ensemble, des portions pulmonaires saines, concourt puissamment à la formation des bruits pathologiques, mais encore on peut la décomposer, envisager ses différents temps, rechercher leur durée, leur intensité respectives et on retrouvera dans les phénomènes pathologiques correspondants les mêmes rapports —

Si dans la partie qui respire, c'est l'inspiration qui est prédominante nous trouverons au niveau de la caverne une prédominance marquée des bruits inspiratoires, ~~ou~~, s'ils n'appartiennent exclusivement à aucun temps de la respiration, au moment de l'inspiration —

Si l'expiration se fait mal l'au dehors de la caverne — les bruits anormaux expiratoires seront eux-mêmes peu marqués et il faudra une expiration forcée, comme dans la toux, pour les mettre en évidence —

Cette relation intime des bruits pathologiques avec les bruits respiratoires voisins fait donc ressortir avec beaucoup de netteté la loi que nous avons énoncée. —

~~Elle apporte un argument de plus à la~~

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7 théorie des bruits anormaux nés sur place ;
car en supposant que ces bruits ne soient autre chose
que le son glottique transmis avec phénomènes
de résonnance, de consonnance ou de renforcement
au niveau de la caverne + comment expliquer
que de simples dispositions locales puissent agir
sur eux au point de les supprimer.
Je n'insiste pas sur cette question trop importante
pour la traiter incidemment. et je reviens à notre
sujet - Laennec avait déjà observé cette ~~phénomène~~
dissociation des phénomènes inspiratoires et
expiratoires dans l'auscultation des cavernes -
puisqu'en l'absence de la pectoriloquie, bruit
expiratoire, il proposait d'avoir recours au
souffle amphorique et au tintement métallique,
c'est à a dire à des bruits qui existent aux deux
temps - Seulement il avait ~~mal~~ interprété
ces phénomènes - il n'avait pas ~~compris~~ le rôle
des parties respiratoires situées en dehors de la
caverne - Je vous ai cité, dans la dernière leçon
en parlant des agents qui pouvaient compromettre
leur fonctionnement, les adhérences pleurales.
et je tiens à relever la contradiction apparente
qui ressort de notre observation - Nous avons
en effet trouvé des adhérences pleurales assez
étendues, et les phénomènes stéthoscopiques
n'en étaient pas diminués - c'est qu'ici la
respiration, comme nous l'avons observé pendant
la vie, n'était pas entravée - et les adhérences
ne gênent réellement la production des bruits
que si elles immobilisent le thorax, si elles entourent
le poumon d'une coque rigide - ou si elles ont
fixé le diaphragme dans une situation immobile

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

La pleurésie aigue agit dans le même sens —
L'épanchement pleural restreint le champ respiratoire correspondant — mais il s'établit lentement, et son influence sur les bruits pathologiques est assez délicate à observer —
Il n'en est pas ainsi du pneumothorax qui survenant brusquement, immobilisant tant d'un coup la poitrine, en même temps qu'il comprime le poumon, modifie d'une façon subite les conditions des phénomènes observés. Et par conséquent amène une perturbation profonde dans les signes stéthoscopiques.
A l'appui de cette proposition, j'ai à vous montrer une observation très-concluante —
. Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans qui était déjà depuis quelque temps dans la salle St Bottin où il était entré en février 68, lorsque je pris la direction de cette salle
A ce moment — je ne trouvai que les signes d'une pleurésie étendue avec épanchement considérable — dans le côté gauche de la poitrine —
— On trouvait de la matité dans tout ce côté — de la respiration très-obscure dans les 2/3 inférieurs du poumon — les vibrations thoraciques avaient disparu — Au sommet, on entendait un peu la respiration et on percevait un léger souffle — — les signes cavitaires faisaient complètement défaut — le cétéromondrail paraissait intact
Cependant le médecin qui m'avait précédé avait constaté au moment de l'entrée au sommet gauche — un bruit de pot fêlé sous la clavicule — du souffle amphorique — des ~~la pétales~~ caverneux — de la pectoriloquie « il semble, dit l'observation, que le malade parle dans l'oreille de celui qui examine » et même de la pectoriloquie aphone —

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9.

- On avait trouvé en outre la pleurésie qui semblait par là même être de nature tuberculeuse, opinion corroborée par les antécédents (le malade toussait depuis quelque temps, avait eu des hémoptysies et des sueurs nocturnes) -

- On fit une ponction deux mois après l'entrée du malade et il s'en suivit un pneumothorax qui était guéri au moment où je prenais le service.

- L'absence de tout signe cavitaire - l'intégrité complète du poumon droit pouvaient induire à penser qu'il y avait eu une erreur de diagnostic - qu'il n'avait jamais existé de caverne et qu'il fallait attribuer le pneumothorax à la ponction de la poitrine - C'est à cet avis que se rangea un de mes collègues qui me suppléa pendant quelque temps -

En somme le malade se présentait à nous avec un pneumothorax guéri, une pleurésie et des signes douteux de tubercules -

- Je le gardai deux ans - et puis reconnaître bientôt l'apparition d'un empyème pulsatif - on fit une nouvelle thoracentèse, l'épanchement disparut - mais il y eut un nouveau pneumothorax - puis la suppuration de la plèvre s'établit d'une manière continue - on multiplia les ponctions chaque fois que la dyspnée extrême le commandait et dans un but purement palliatif - on fit des injections de teinture d'iode - on draina la cavité - on fit l'opération de l'empyème - mais tous les essais furent inutiles et le malade mourut dans la cachexie - en juin 70 -

Les signes stéthoscopiques ne s'étaient guère

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

modifiés dans cet intervalle qui dura deux ans -
- cependant 3 semaines avant sa mort nous constations
tout-à-fait au sommet du poumon gauche
des râles muqueux à timbre métallique - ~~[illegible]~~ tous
les faisait encore mieux percevoir et s'accompagnait
d'un tintement métallique avec respiration
amphorique -
- de plus au sommet droit on entendait des râles
muqueux fins pendant l'inspiration, et surtout
pendant et après la toux -
La tuberculose s'affirmait donc dans les derniers
temps de la vie. et semblait donner une apparence
de justesse au premier diagnostic porté -
L'autopsie vint pleinement le confirmer -
Nous trouvâmes en effet une grande cavité
purulente - béante - à parois anfractueuses -
- le poumon, qui avait le volume du poing
était refoulé en arrière et en haut contre la
colonne vertébrale - A l'incision - on le trouvait
composé d'une coque de tissu scléreux renfermant
de la matière caséeuse située au centre -
- Dans le poumon droit, se présentaient des
productions tuberculeuses récentes -
- Ainsi donc le poumon gauche avait présenté
une cavité qui avait disparu sous l'influence
de la pleurésie et du pneumothorax - Dans
ce cas on peut attribuer la disparition
des bruits cavitaires à la compression exercée
sur la caverne qui en somme avait été
annihilée - Ce mécanisme est incontestable
nous ne nous y arrêterons pas - Le seul

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

vous signaler, avant de l'abandonner cette observation, quelques particularités qu'elle présente — Ainsi la ~~coïncidence~~ à peu près constante du pneumothorax succédant à la thoracentèse, ne doit pas, comme on serait tenté de le faire — être mis sur le compte de la maladresse de l'opérateur — La ponction supprimant une grande partie du liquide renfermé dans une cavité rigide — à parois inflexibles — sans tendance à l'affaissement — y détermine un vide que l'air vient combler, mais d'une façon passagère seulement — car à mesure que l'épanchement se reproduit, l'air se résorbe peu à peu —

Cette observation enseigne aussi l'inutilité de toute intervention — La ponction rend l'épanchement purulent, et on a beau le combattre par les moyens les plus énergiques — il se reproduit constamment; ~~[illegible]~~ puisque la cavité où il se forme ne peut pas se combler

— Il faut toucher le moins possible à ces épanchements — car l'intervention augmente leur tendance à devenir purulente, et quand il est pus est formé, favorise la septicémie —

La thoracentèse doit être uniquement palliative et il ne faut pas pratiquer que quand des phénomènes de suffocation la rendent urgente —

Le pneumothorax, nous l'avons vu, peut contribuer à la compression d'une caverne au point d'en produire l'affaissement — C'est quelquefois là un effet très heureux, ainsi qu'il ressort d'une observation

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

12

que je vais vous communiquer brièvement –

– Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, atteint d'une phthisie à marche rapide et laquelle a déterminé en deux ou trois mois la formation d'une caverne au sommet droit – L'état général était très-mauvais – l'inappétence complète – l'expectoration abondante et la température du malade se maintenait entre 39° et 40°

– Je l'envoyai à la campagne et au bout de trois semaines eut lieu un changement – à la suite d'un hydropneumothorax qui se forma subitement – Depuis le malade est oppressé – mais sa température est abaissée – il n'est plus si cachectique et en somme m'a amélioré – Il est parti dans le midi et l'amélioration a augmenté – Les phénomènes cavitaires avaient complètement disparu depuis l'invasion du pneumothorax – Celui-ci en effet par la compression qu'il exerçait sur le poumon malade avait supprimé la respiration de ce côté et produit en quelque sorte l'amputation de la partie affectée –

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Propagation des courants anormaux
du cœur.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1.

7 xbre 79

Messieurs -

Je reprends aujourd'hui la série des conférences interrompues par les vacances - Comme l'année dernière. elles seront essentiellement cliniques et faites au lit du malade. Jusqu'ici je n'ai traité que des questions se rapportant aux maladies du système nerveux - Actuellement je sors du cadre que je m'étais tracé et j'appelle votre attention sur une malade cardiaque qui présente quelques particularités intéressantes au point de vue des maladies du cœur -

M. P - cultivatrice - 68 ans - 3e femme. 148. entrée le 11 nov 79

Cette femme étant sourde, il est difficile d'en obtenir des renseignements - Elle n'a jamais eu de rhumatisme. Depuis six mois elle présente de l'oppression et des palpitations - Elle a œdème des membres inférieurs - Actuellement. - elle est amaigrie - toussa - et a une expectoration muco-purulente.

- A l'examen - on trouve la pointe du cœur dans le 5e espace intercostal. un peu en dehors du mamelon. Au dessous on perçoit encore une légère impulsion - Ce fait n'est pas rare et on voit souvent la pulsation s'étendre au 4e et au 3e espace intercostal -

Cette anomalie peut être due soit à des adhérences - soit à un épanchement pleural gauche qui refoule le cœur à droite et en haut -

- En appliquant sur la région précordiale la paume de la main sans l'appuyer, on perçoit un frémissement systolique.

- La recherche de la matité est peu importante -

- L'auscultation révèle un bruit de souffle systolique intense - rude - rapeux - dont le maximum est à la pointe et qui se propage en diminuant d'intensité sur toute la partie antérieure du thorax - On l'entend également à la partie postérieure du

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

mieux à gauche qu'à droite, au cou, à l'épigastre et faiblement à la partie inférieure de l'abdomen. On l'a entendu jusque sur le grand trochanter. Les battements du cœur sont fréquents. irréguliers petits. On ne trouve pas de second centre d'impulsion.
Les poumons offrent des râles muqueux et sibilants et à la base gauche un souffle qui masqué par les bruits du cœur nous aurait échappé sans la matité concomitante. il y a
La malade présente donc une insuffisance mitrale avec une pleurésie gauche. Et cependant la propagation du bruit a lieu sur toute la poitrine, sur le cou et même sur les parties inférieures du tronc. Les auteurs signalent bien l'irradiation du bruit anormal sur toute la poitrine. Reyer disait qu'il s'entendait mieux à gauche et en arrière qu'en avant et à droite. il ne l'admettait pas à la région épigastrique.
Friedreich indique la possibilité de sa propagation le long de la colonne vertébrale jusqu'au sommet de la tête dans quelques cas.
Est-ce un fait exceptionnel de ce genre. je ne peux nier que cette malade ne rentre dans les cas de l'auteur allemand, mais m'écartant en cela de Friedreich je me leur caractère exceptionnel et j'en tire un intérêt pratique qui lui a échappé.
Voici le résumé de l'histoire d'une malade que je présentai il y a quelques mois à la société des sciences médicales.
C'est une femme de 40 ans, ayant depuis 18 ans des palpitations de cœur qui augmentèrent il y a un an à la suite d'un accouchement. depuis elle a eu plusieurs fois de l'œdème passager et considérable des membres inférieurs. L'état du cœur nous a à plusieurs reprises présenté les mêmes caractères

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

La pointe bat dans le 7e espace intercostal -
L'impulsion est forte avec ébranlement considérable
des parois thoraciques - Frémissement cataire au
niveau de la pointe qui commence avant le tystole
et se termine avec elle -
- Bruit de souffle systolique sur toute la région
précordiale avec maximum d'intensité à la
pointe - A ce niveau, c'est un véritable bruit
de soufflet avec un léger bruit sourd que le
malade simulant le phénomène aspiratif du
bruit de soufflet - Au début ce dernier caractère
m'avait échappé et comme j'avais remarqué
la propagation du bruit de souffle à tout le
thorax, au cou et même sur l'abdomen et l'origine
des fémorales - j'en avais conclu qu'il s'agissait
d'un rétrécissement aortique, le maximum
d'intensité des bruits à la pointe pouvant
s'expliquer soit par une lame pulmonaire au
niveau de la base, soit par une lésion double
- Un examen plus approfondi m'a montré
d'abord que le bruit ne se propageait pas par
les vaisseaux, qu'on l'entendait au moins
aussi bien en arrière des carotides qu'au-dessus des
vaisseaux, qu'il n'existait pas sur les humérales,
ni même sur les fémorales pourvu que le
stéthoscope ne portât pas, dans cette investigation,
sur la paroi abdominale - La propagation
par contre, se faisait très-bien en bas, à la
région, aux parties latérales de la face. Le
malade n'en avait pas conscience - Je
trouvai en outre de la matité à la base du
cœur, ce qui éliminait l'hypothèse de
la lame pulmonaire empêchant d'entendre
le souffle à son origine Le maximum du
bruit de souffle était parfaitement localisé
à la pointe, c'est-à-dire dans les 6e 1/2 7e

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

espaces gauches - ainsi que le frémissement et la présence d'un bruit présystolique acheva de me convaincre que j'avais affaire à une lésion mitrale. - Il était aussi que la marche de la maladie se rapportait plutôt à cette lésion (anasarque à 3 reprises avec disparition complète chaque fois. - Il ressort de cette observation, que les bruits anormaux produits au niveau de la mitrale peuvent se propager au niveau du cœur - Cette conclusion se trouve confirmée par l'examen d'une malade présentant un bruit présystolique non pas très-intense, mais très-bien caractérisé avec propagation au cœur - Je montrai cette malade à la société médicale où la lésion mitrale fut unanimement adoptée - Le lendemain j'observais un cas semblable -

- Il devenait intéressant de rechercher la différence de propagation des bruits dans les lésions mitrales et aortiques. Comme je n'avais pas sous la main de malade atteint de rétrécissement aortique, je remis à une époque ultérieure la recherche de cette comparaison. Malheureusement je n'ai pu observer de ces lésions produisant un bruit intense avec frémissement à la base, mais seulement des rétrécissements avec bruit peu intense, sans frémissement, ainsi que des bruits anémiques et chlorotiques - J'ai consulté aussi mes observations anciennes qui à ce point de vue ne sont pas aussi complètes que je le désirerais, mais qui cependant peuvent être utilisées pour le diagnostic -

D'autre part j'ai recueilli de nouvelles observations de malades atteints de rétrécissement et d'insuffisance de l'orifice mitral avec des souffles moins intenses, plus doux que ne les empêchant pas de se propager très-loin

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

- Cependant si les bruits doux sans frémissement se propagent, il faut ajouter que le frémissement paraît une condition favorable à la propagation et c'est pourquoi les bruits présystoliques qu'il accompagne ordinairement se propagent quoique n'étant pas très-intenses - Je n'insiste pas davantage sur ce point - j'y reviendrai ainsi que sur l'étude des conditions qui favorisent la propagation des bruits -

Revenons aux différences que présentent les bruits de souffle de l'orifice aortique et mitral dans leur propagation - Cette étude est motivée par les causes d'erreur attachées quelquefois à l'auscultation directe du coeur en vue de reconnaître le siège de la lésion - La présence d'une lame pulmonaire, une direction anormale du coeur, un changement de rapport quelconque avec la paroi peuvent modifier le siège maximum d'un bruit anormal - Il faut donc tenir compte des symptômes qui peuvent mettre sur la voie -

. Différences de propagation des bruits aortiques et mitraux.

Lésions aortiques. -	Lésions mitrales.
1° Les bruits ont leur maximum d'intensité au niveau des vaisseaux du cou	1° Les bruits sont faibles ou nuls à ce niveau et plus ou moins prononcés sur les parties latérales et postérieures du cou, mais surtout sur les parties latérales.
2° maximum du bruit anormal à droite -	2° maximum du bruit anormal à gauche -

. La pression du stéthoscope donne lieu dans les deux cas à des phénomènes importants à connaître -

- Dans les lésions aortiques la pression faible permet de percevoir le bruit sur les vaisseaux mais on ne l'entend plus sur les parties latérales

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

6 -- si la lésion aortique est très-marquée, le bruit est parfois très-fort -
La pression moyenne, s'ajoutant des bruits nés sur place au bruit propagé renforce ce dernier -
Enfin la pression forte donne lieu à des bruits intenses.
— Dans les lésions mitrales - la pression faible sur les vaisseaux ne produit pas de bruit et on n'entend de propagation que sur les parties latérales -
- La pression moyenne rend encore ces bruits plus évidents.
Enfin la pression forte fait naître des bruits vasculaires mais d'une tonalité différente de celle des bruits propagé - D'ailleurs les bruits vasculaires se produisent plus difficilement que dans les lésions mitrales -
- Je compléterai ce diagnostic lorsque j'aurai l'occasion d'observer des malades atteints d'un rétrécissement aortique intense et j'aborde l'étude des conditions qui favorisent la propagation des bruits anormaux -
- Ce sont d'abord celles qui favorisent la propagation des bruits normaux - Les bruits normaux ont leur maximum d'intensité à gauche, en avant et en arrière, puis à droite et en avant - enfin à droite et en arrière - Laennec considère comme favorables à leur propagation la minceur et la souplesse de la paroi thoracique : ce qui explique leur propagation plus facile chez les femmes, les enfants et les sujets émaciés —
d'autre part l'hypertrophie du coeur avec amincissement de ses parois -
j'y ajoute de nouveaux caractères - l'intensité des bruits ; - leur tonalité basse - on sait en effet que toutes conditions égales d'ailleurs un instrument vibrant ne produira l'octave grave d'une note que pour une longueur double -

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7.- Enfin le frémissement, le caractère rapeux du bruit favorisent sa propagation.
- Est-ce parceque les qualités des bruits qui donnent lieu aux frémissements sont aussi celles qui sont propres à la propagation ou bien est-ce par le frémissement lui-même que la propagation a lieu - Cette dernière hypothèse est peu probable. Ainsi que nous l'avons vu récemment dans un cas où il y avait un bruit de souffle systolique doux propagé légèrement jusqu'à la base du cou et un bruit diastolique avec frémissement très-manifeste à la palpation et très-peu sensible à l'auscultation - Il semble que une condition essentielle de la propagation des bruits, c'est qu'ils soient très-manifestes à l'auscultation - Il peut se faire aussi que la colonne vertébrale joue un rôle important pour cette propagation - En appuyant la main sur la région précordiale, on arrête à la fois et le frémissement et la propagation par la poitrine - Cependant le bruit persiste encore quoique diminué - Faut-il rapporter cette diminution à l'arrêt du frémissement ou à la suppression de la transmission thoracique - Cette question trouvera sa place dans l'étude du frémissement que je ferai dès que j'aurai l'occasion d'observer un rétrécissement mitral

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Syphilis cérébrale

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

V

24 novembre 1878.

Messieurs.

Je me propose cette année de vous faire des leçons cliniques sur les maladies du système nerveux. Cet enseignement reposera essentiellement sur l'observation des malades. et dans la visite qui précédera l'exposition du cours, je m'attacherai à mettre sous vos yeux les divers cas qui en feront l'objet.

Je commencerai aujourd'hui par l'étude de certaines manifestations cérébrales de la syphilis et j'insisterai en particulier sur un mode de leur production que je n'ai vu signalé nulle part. Vous verrez que nous en tirerons des indications précieuses pour le pronostic et le traitement.

La syphilis est une cause fréquente de maladies nerveuses. Depuis un an, nous en avons observé quatre cas très-nets

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

2/

L'une d'eux est une femme âgée de 45 à 50 ans. qui était couchée au n° 153, salle des 4es femmes

Elle était entrée pour une aphasie accompagnée de parésie légère du côté droit -

On ne s'en occupait pas beaucoup. Lorsqu'elle fut prise subitement d'accès de somnolence dont on la tirait difficilement. Les excitations énergiques parvenaient à la réveiller, mais elle retombait aussitôt dans sa torpeur -

A quelle affection avions nous à faire ?-

- Pour me faire mieux comprendre je vais tout de suite vous dire un mot des différentes formes que peut affecter la syphilis cérébrale. Je me rattache à la division de Heubner qui est la plus simple.

Heubner distingue 3 types.

1° Forme épileptique avec paralysies incomplètes & troubles intellectuels. Pour le dire en passant. l'autopsie révèle dans ces cas des gommes de la pie mère, ~~avec~~ ~~& surtout sur~~ la convexité des hémisphères

SCD Lyon 1

2° Forme apoplectique avec sommeil et paralysies fréquentes des nerfs craniens. C'est la pie mère infiltrée à la base du cerveau qui comprime ces nerfs. - Il y a en outre une ischémie due à une oblitération plus ou moins complète des artères cérébrales

3° Forme ressemblant à la paralysie générale des aliénés, sauf que le délire des grandeurs est rare.

L'exaltation psychique coïncide avec des éruptions syphilitiques, avec des pustules sur les os. la gorge le nez etc.

- Plus tard enfin, il existe des paralysies irrégulières.

- Je reviens à mon malade et je dis qu'elle présentait la 2e forme décrite par Heubner. la forme apoplectique. C'est un état intermédiaire au sommeil à la catalepsie et au somnambulisme

- Nous instituâmes un traitement antisyphilitique consistant dans l'administration de 2 à 3 gr. d'iodure de potassium par jour et en frictions mercurielles - et la malade peut sortir de l'hôpital dans un état satisfaisant.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4.

Le second malade dont j'ai à vous entretenir est un homme de 39 ans. Charpentier couché au N° 5 de la salle Ste Jeanne - Il ne sait à quelle année rapporter le début de ses accidents syphilitiques - Il aurait eu des manifestations en 67. mais il nie la syphilis *

En 71 pense la 1re fois. il eut des vertiges passagers revenant 4 à 5 fois par jour pendant 1 mois - En 76 il eut du trouble de la vue. (diplopie lorsqu'il regardait à gauche et en bas) qui cessèrent au bout de 5 à 6 mois. A la même époque le malade fut affecté d'une surdité du côté droit qui a persisté et s'accompagne de sifflement. En même temps l'intelligence se trouble et le malade prend une paralysie faciale Droite en février 77. il eut une céphalalgie frontale revenant tous les 8 à 10 jours.

- à la fin de la même année une anesthésie incomplète du trijumeau gauche., enfin en février 78 un tremblement presque continu des mains. Il entre à l'Hôtel Dieu aux mois de mai. On constate une diminution de la mémoire - La parole embarrassée comme chez ceux qui ne remuent pas la langue. - de la surdité à droite. du tremblement de la langue. une anesthésie incomplète du trijumeau, du tremblement des mains et de la polyurie, une diminution

SCD Lyon 1

5. une paralysie du grand oblique gauche.
Le 16 mai. le malade prend une lipothymie incomplète, reste alité. va sous lui seulement pour les selles. tombe dans l'assoupissement dont il ne sort que le 23. A cette époque. il se met à marcher. mais présente de la retropulsion et de la lateropulsion à droite
Il sort le 25 amélioré, mais avec persistance des parésies et de la polyurie *
Ce malade comme le précédent nous a présenté les symptômes de la forme apoplectique de Heubner.

– Notre 3e malade est un homme présentant une hémiplégie incomplète du côté droit avec aphasie. crises épileptiformes. accès de somnolence – il est survenu chez lui des phénomènes de paralysie générale, mais avec absence de délire ambitieux.
Il a donc présenté un mélange de la forme apoplectique et pseudo-paralytique générale.
J'ai hâte d'arriver à notre dernier malade qui fera particulièrement l'objet de la leçon. Il est entré le 20 juillet 1877 dans la salle St Maurice. n° 3.
– il a 24 ans. Jacques Dezessert balancier

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

6

- L'éjeune homme avait des antécédents scrofuleux - pas d'alcoolisme. pas de rhumatisme. Il contracta la syphilis à 17 ans.

8 mois avant son entrée il eut une ulcération de la cloison des fosses nasales qui a été détruite dans l'espace d'un mois $\frac{1}{2}$, déterminant la formation d'un cloaque irrégulier -

- 3 semaines avant son entrée. il y eut un abaissement de la paupière supérieure gauche.

- Enfin 5 jours avant son entrée, il fut pris d'un embarras de la parole au point de se faire comprendre difficilement. ~~Cet état~~ Au bout de 3 heures il est pris d'une paralysie du côté gauche sans étourdissement, sans crise d'aucune espèce. Sans céphalalgie. Pendant la nuit suivante. il ressent de la céphalalgie et des douleurs périorbitaires et frontales des deux côtés. -

Le lendemain il y a un peu de gonflement des paupières à gauche et de rougeur de l'oeil.

A partir de ce moment la paralysie diminue et la parole revient -

- A son entrée à l'Hôtel Dieu, on constate :

- une paralysie intense du côté gauche de la face. avec déviation de la langue

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7. et de la cuisse du côté paralysé.
Le membre supérieur est presque inerte, toutefois il y a une flexion de l'avant bras sur le bras
– Les mouvements sont possibles dans le membre inférieur dont la force est diminuée. La marche est impossible à moins de soutenir le malade.
– Il y a de l'hémianesthésie à gauche avec perversion dans la localisation des points piqués – La sensibilité de la langue et de l'oeil à gauche est diminuée – Il est impossible d'examiner la vue et l'odorat.
On le traite par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles.
– Le 21 juillet. on constate une amélioration de l'état de l'oeil gauche, mais c'est à partir de 3 août que la paralysie s'améliore
Le 13 août. le malade est pris de crises épileptiformes qui durent 3 à 4 minutes
Le 22 août. on constate une amélioration générale sensible
– 11 7bre. Depuis une quinzaine de jours le malade se levait. marchait en traînant la jambe. répondait bien aux questions

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

8. On a d'abord remarqué que sa respiration était bruyante et qu'il ne répondait plus aux questions autrement que par oui ou non sans connaissance de ce qui se passait autour de lui. — Quelques heures plus tard le regard est vague sans expression et le malade ne répond plus que par un grognement aux questions qu'on lui pose.
On s'aperçait alors de la paralysie des membres du côté droit avec obnubilation profonde de la sensibilité générale. La paralysie du côté droit est plus marquée que celle du côté gauche dont la force acquise ces jours derniers n'a pas disparu.
Le traitement antisyphilitique suspendu pendant quelques jours est repris — On lui donne 6 gr. d'iodure de potassium par jour avec frictions mercurielles.
Cet état persiste. mais il se produit en plus de la contracture des 4 membres — Si on soulève les membres et qu'on les laisse retomber. on constate une mortue absolue à droite, moins marquée à gauche.
Le 18 7bre le malade est pris de nouvelles convulsions à midi — Le soir la paralysie du mouvement et de la sensibilité

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9. et la contracture prédominent à droite
– il y a en outre une déviation de la tête et
des yeux de ce côté. La conjonctive gauche
est très hyperhémiée. – enfin le malade
est plongé dans un état comateux –
– Le 19. même état. Le malade a pu dire oui
et non. se lever de son lit pour pisser à terre.
il a un rire bête.
Le 20 au matin. il prend de nouvelles convulsions
suivies de paralysie motrice et contracture
très-intenses à droite avec déviation de
la tête et des yeux – Il retombe dans l'état
comateux. sa respiration est stertoreuse
– Le 22 on note une diminution de l'état
comateux, de la contracture et de la
paralysie
Le 24 l'amélioration continue, le malade ne
répond toujours pas.
Le 25. il y a un léger degré de contracture et retour
des mouvements dans les membres droits
La contracture est plus marquée à gauche
où les mouvements sont très-limités –
La paralysie faciale est toujours manifeste
à gauche – Du reste – la face manque
d'expression – Il faut vivement interpeller
le malade pour qu'il réponde oui ou non

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

— A partir de ce moment. sous l'influence de 8 gr. d'iodure par jour il y a amélioration dans le courant d'8bre ; il recouvre l'usage de ses membres droits — mange avec gloutonnerie jusqu'à vomir. va sous lui — l'intelligence est toujours obscure — il dit oui et non.

Le 20 9bre — on cesse l'administration de l'iodure.

Le 27 — le malade est plus éveillé et reprend un peu d'expression — il répond aux questions simples et en général par monosyllabes — il est un peu moins gâteux.

— Mais la paralysie persiste à gauche incomplète il est vrai de même que la contracture. Le malade prend de l'embonpoint.

— même état dans le courant de janvier et février 78. avec persistance de la contracture qui augmente dans les mouvements. Le dynamomètre donne 80 à droite. 20 à gauche.

— Cet état persiste en avril. et le malade passe au dépôt de mendicité d'Albigny Depuis il a toujours été gâteux.

Il y a 3 semaines. il prit une pneumonie droite qui l'enleva en 8 ou 10 jours.

— Voici les résultats de l'autopsie faite avec le concours de M. Henri Rondet médecin de l'infirmerie du dépôt de mendicité.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

11. Les méninges sont épaissies et opalescentes
— présentent un œdème généralisé — il
y a augmentation du liquide céphalo-
rachidien — On remarque une
atrophie générale du cerveau.
En détachant la dure-mère, je trouve un
fait à retenir, une adhérence de la dure mère
en arrière et sur les parties latérales de l'apophyse
crista galli — au niveau de la partie supérieure
du lobe sphénoïdal gauche ; au niveau
de la scissure de Sylvius
— L'épaisseur des méninges est remarquable
à la base du cerveau vers le chiasma et la
protubérance — Elles forment une toile épaisse
qui englobe les vaisseaux et les nerfs de
la base — on peut difficilement imprimer
des mouvements aux vaisseaux
— Les vaisseaux sont très altérés. La
communicante gauche est filiforme — Le tronc
basilaire forme un cordon induré et paraît oblitéré
peut-être passait-il encore un peu de sang.
— La carotide droite présente une oblitération
qui se propage sur la sylvienne et la cérébrale
antérieure jusqu'à la communicante
antérieure. de sorte que la face interne
de l'hémisphère droit était dans sa partie
antérieure irrigée par le sang du côté opposé

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

12. A gauche le système est oblitéré. Toutefois la circulation paraît se faire dans les principales branches.

L'hémisphère droit présente de nombreuses plaques jaunes au niveau desquelles les circonvolutions sont atrophiées et affaissées. Elles siègent - 1° sur la seconde circonvolution frontale qui est altérée sur la plus grande partie de son étendue, de même pour la 3e circonvolution - les 2 circonvolutions sont envahies dans les $\frac{2}{3}$ moyens.

2° la pariétale ascendante à sa partie moyenne ; tout le lobule pariétal inférieur, la circonvolution communiquant avec le lobule pariétal supérieur, le pli courbe, puis la partie supérieure de la 2e circonv. temporale au niveau des plis de passage inférieurs. Toute la partie profonde de la scissure parallèle ainsi que les lèvres de ce sillon sont le siège de ramollissement et aussi l'extrémité antérieure de la première temporale.

Sur la coupe préfrontale le ramollissement envahit très profondément la substance blanche

- sur la coupe pédiculo-frontale presque

SCD Lyon 1

13. Tout le centre ovale est envahi au niveau du faisceau pédiculo-frontal moyen.
Sur la coupe frontale, le ramollissement porte sur les faisceaux fronto-moyens fronto-inférieurs et sur le corps strié.
- La Coupe pariétale donne un ramollissement complet des faisceaux pariétaux moyens - on constate aussi le ramollissement du lobule de Reil en se continuant avec le ramollissement de la 1re temporale
- La coupe pédiculo-pariétale montre un ramollissement complet de tout le faisceau moyen.
La coupe pré-occipitale un ramollissement au niveau de la partie moyenne.
Ce dernier point se poursuit encore au niveau du lobe occipital dans le pli qui sépare les circonvolutions du passage inférieur.

Hémisphère gauche.

On remarque une plaque jaune à 2 cm de la frontale ascendante sur les 2 tiers de la circonvolution frontale. Cette plaque s'étend jusqu'à l'extrémité antérieure et même envahit les 2 circonvolutions du lobule orbitaire, surtout la 3e circonvolution frontale

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

14. La coupe préfrontale indique un ramollissement très profond. il s'écoule même un peu de liquide lactescent.
Sur la coupe pédiculo frontale on trouve encore un peu de ramollissement à la base de la 3e circonvolution
Sur la coupe frontale. ramollissement du noyau extra ventriculaire du corps strié empiétant un peu sur la capsule interne
— Les autres coupes ne donnent rien.
Rien dans le cervelet.
La protubérance présente un affaissement de ses parties latérales avec épaississement et adhérence très marquée des méninges
— Cette disposition existe aussi pour le bulbe
Ces deux parties sont atrophiées.
Le faisceau pyramidal droit serait un peu moins volumineux que le gauche.
— Coeur. il existe une surcharge graisseuse du coeur. du péricarde et surtout du tissu cellulaire du médiastin
— On ne trouve aucune altération de l'aorte - des valvules. des différents orifices. - Les ventricules renferment des caillots récents, mais ni les ventricules ni les oreillettes ne présentent de caillots anciens

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

15. – La base droite présente de la pneumonie
Il n'y a sous cela aucune altération du
poumon pas plus que du foie et des reins

– Le malade dont je viens de vous
parler fut rangé dans la 2e classe de
Heubner – forme apoplectique avec somnolence.
– Le diagnostic se basait sur la jeunesse du
sujet, ses antécédents syphilitiques, l'absence
de lésions cardiaques ou rénales.
L'autopsie a en effet révélé de la
méningite chronique et de l'artérite –
• Heubner a insisté sur cette artérite syphilitique
oblitérante qui détermine soit une oblitération
complète avec ramollissement – soit une
oblitération incomplète. Dans ce dernier
cas. les troubles sont variables et s'expriment
en particulier par la somnolence. Peut-être
pourrait-on attribuer celle-ci à la stase
veineuse et à l'hydropisie ventriculaire

– Quels sont les rapports de la méningite
chronique et de l'artérite syphilitique
oblitérante – quel est l'ordre de succession
de ces 2 lésions.
La barrière a recueilli un certain nombre
de ces faits. mais n'est pas très affirmatif.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Zambaco — p. 510 —

Ob. —

Rhinite

lenon du pouls dessus

Rhumbar ~~[illegible]~~ d'ut [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

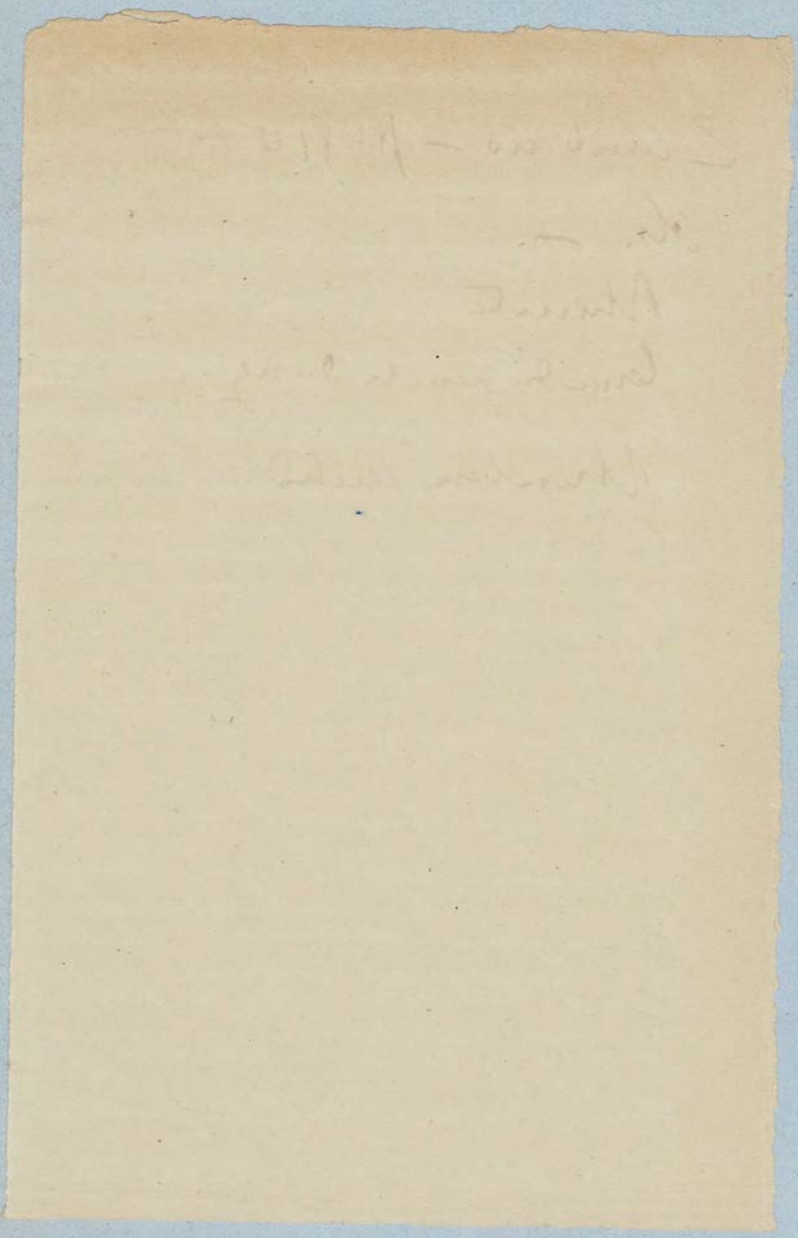
16 - Heubner croit l'artérite primitive et la méningite secondaire. Leudet tout en se rattachant à cette opinion produit des observations contraires dans lesquelles la méningite a été primitive et a déterminé l'oblitération secondaire des vaisseaux.

En tout cas. on ne peut admettre entre ces deux lésions un pur phénomène de coïncidence étant donnés les rapports anatomiques de la première et des vaisseaux.

- En admettant la prédominance des lésions artérielles sur celles des méninges, comment expliquer leur présence - On sait en effet que les vaisseaux sont rarement atteints de periartérite syphilitique. sauf l'carte? et les vaisseaux cérébraux. Pourquoi ce dernier lieu d'élection - on ne peut guère mettre en cause la sénilité puisqu'on les observe souvent chez les jeunes gens.

- D'ailleurs dans le cas de Jacques Dezissert. l'examen des artères n'a révélé que de l'endartérite végétante - sous periartérite ce qui est le cas le plus fréquent, - Keuster admet une lésion de toutes les tuniques - l'inflammation débutant par l'adventice se propageant par la voie des vasa vasorum à toute

SCD Lyon 1



SCD Lyon 1

16 - Heubner croit l'artérite primitive et la méningite secondaire. Leudet tout en se rattachant à cette opinion produit des observations contraires dans lesquelles la méningite a été primitive et a déterminé l'oblitération secondaire des vaisseaux.

En tout cas. on ne peut admettre entre ces deux lésions un pur phénomène de coïncidence étant donnés les rapports anatomiques de la première et des vaisseaux.

- En admettant la prédominance des lésions artérielles sur celles des méninges, comment expliquer leur présence - On sait en effet que les vaisseaux sont rarement atteints de periartérite syphilitique. sauf l'aorte? et les vaisseaux cérébraux. Pourquoi ce dernier lieu d'élection - on ne peut guère mettre en cause la sérilité puisqu'on les observe souvent chez les jeunes gens.

- D'ailleurs dans le cas de Jacques Dezissert. l'examen des artères n'a révélé que de l'endartérite végétante - sous periartérite ce qui est le cas le plus fréquent, Keuster admet une lésion de toutes les tuniques - l'inflammation débutant par l'adventice se propageant par la voie des vasa vasorum à toute

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

17. Les membranes artérielles — Vous savez que la syphilis attaque surtout le tissu conjonctif dans toutes formes. Ce qui expliquerait à la rigueur la possibilité de periartérites.
Mais dans notre cas particulier où il y a de l'endartérite pure, on ne peut se contenter d'une pareille explication.
L'adhérence des méninges au niveau de l'apophyse crista galli m'a mis sur la voie, un peu tard il est vrai puisque je n'y ai songé qu'après l'autopsie et que je n'ai pu vérifier le fait. Même cause toute locale, savoir la propagation par les fosses nasales altérées.
La cloison est détruite. Sa partie postérieure est formée par la lame perpendiculaire de l'ethmoïde dont l'inflammation se propage à travers la lame criblée jusqu'aux méninges et aux vaisseaux.
C'est là un point intéressant.
Il me rappelle un malade que je vis il y a 17 ans. C'était un interne de Lyon qui fut pris d'accidents hémiplégiques comateux, précédés de syphilis maligne où il avait montré ses cornets.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Cette observation nous apporte un enseignement de la plus haute importance. — Elle aggrave considérablement le pronostic des manifestations syphilitiques des fosses nasales, mais d'autre part elle nous permet de prévenir le danger d'une propagation aux méninges par l'institution d'un traitement énergique qui dans ces cas est presque toujours efficace.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

* Ainsi à deux reprises différentes ce malade présente une obnubilation plus ou moins complète de l'intelligence. — de l'incontinence fécale. des vomissements —, en d'autres termes gâteux à deux reprises. puis amélioration de longue durée. avec cela des paralysies localisées. paralysie faciale droite. paralysie du grand oblique gauche. du trijumeau gauche parésie des membres.

Ces phénomènes présentent deux caractères importants — l'intermittence et la diffusion qui sont le propre des méningites syphilitiques

— L'incontinence des matières fécales peut être rapportée soit à l'atrophie cérébrale soit à la sclérose des méninges de la base comme l'atteste une observation de Lépine, mais non au ramollissement cérébral.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

* en 67 il eut des maux de gorge. de la perte des cheveux et une éruption de nature douteuse.
— Pas d'antécédents héréditaires. pas d'alcoolisme pas de convulsions dans l'enfance.

* la force dans les deux membres et une paralysie faciale incomplète du côté droit.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Aphasie

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1

8 Décembre 1878.

Aphasie

Messieurs.

Au N° 13 de la salle St Jeanne est couché un malade âgé de 20 ans qui au premier abord ne semble pas aphasique - Cependant l'observation ne laisse pas de doute à ce sujet.

Ce jeune homme a eu un ictus Hémiplégique le 13 9bre 1878. Il entre à l'Hôtel Dieu le 14 Ses antécédents ne relatent ni alcoolisme, ni syphilis - mais une fièvre typhoïde en 1875.

- Le 14 9bre il présente une paralysie ~~faciale~~ du côté droit avec diminution de la sensibilité et des réflexes. Les mouvements provoqués de l'articulation du genou produisent une légère contracture des fléchisseurs de la jambe - ~~Le~~ biceps brachial présente une contracture plus marquée sans l'influence des mouvements communiqués -

Enfin on provoque facilement la trépidation spinale qui d'abord lente à s'établir se développe bientôt et d'une manière complète.

La paralysie faciale est peu accentuée -

~~Enfin~~ Le malade présente un aspect d'immobilité grave qui frappe à première vue

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

2.

Si on veut le faire parler, on ne peut recueillir que les mots de non, oui et si — Non revient très-souvent. oui par moments et si très-rarement. Oui et si, du reste, sont prononcés avec difficulté. Quelles que soient les questions posées, ce sont là les seuls mots prononcés — Le malade n'a pas d'incontinence urinaire au fécale. Au coeur à la base on entend un souffle systolique se propageant dans les vaisseaux du cou.

L'état aphasique observé précédemment persiste sans changer jusqu'au 19 9bre. A ce moment il y a amélioration — il nomme les objets mais très imparfaitement. Son intelligence est plus nette. L'amélioration se poursuit les jours suivants. Le 20 le malade trouve les mots rapidement, mais l'articulation laisse à désirer. Quand il éprouve de la difficulté à prononcer un mot, il revient facilement au mot non. Il peut faire quelques petites phrases, mais toujours en ne donnant que la moitié des mots. — A ce moment le malade soulève son membre inférieur en détachant le genou du lit, mais le talon ne quitte pas son appui

— Le 21 9bre — Les mots abondent. Leur prononciation est plus nette. Cependant lorsqu'on presse le malade sur une question délicate il est bientôt embarassé, hésite et [illegible]

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3.

Les idées semblent lui faire défaut dès que la question est un peu compliquée et la prononciation également devient moins nette.

– Le 26 on fait lire le malade – il saute des mots ou des syllabes dans les mots un peu longs.

– en outre il prononce mal – Il dit du pour de, sujet pour succès, hôtel de Lyon pour hôtel Dieu. Il répète la dernière consonnance du mot qu'il vient de prononcer. Après avoir dit coude il dit pouda (pouce)

5 xbre. Le malade peut soutenir une conversation. mais son langage n'est pas rapide. il est traînant et hésitant. Le malade s'arrête devant certains mots qu'il ne peut prononcer. Lui-même nous dit qu'il y a des objets dont il ne retrouve pas de suite le nom.

La lecture est toujours difficile – il saute les mots. les transformes. il oublie très vite ce qu'il vient de lire. mais se souvient de nouvelles anciennes.

Ce malade présente aujourd'hui particulièrement des troubles de l'articulation des mots. Il ne peut nettement prononcer les mots rarement – bouillie. étiquette. (âment. (mmoui – equiquette).

La langue s'élève moins bien vers son bord droit que son bord gauche –

Ce malade atteint d'endocardite et un rétrécissement aortique, une embolie

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

de la sylvienne gauche, un ramollissement cérébral probable des pieds des circonvolutions ascendantes et de la portion avoisinante de la 3e circonvolution ou du lobule de l'insula — Ce ramollissement s'explique par une hémiplégie droite et de l'aphasie

L'observation de ce malade est intéressante en ce sens qu'elle permet de saisir une véritable succession de troubles qui portent tous atteinte à la parole — Au début c'est de l'obnubilation intellectuelle, puis l'intelligence revient en partie et cependant l'aphasie persiste s'accompagnant d'amnésie — puis l'aphasie s'accompagne de troubles dans l'articulation des mots. — enfin aujourd'hui on ne constate plus qu'à peu près que les seuls troubles de l'articulation des mots.

Dans quelle variété admise par les auteurs placerons nous ce cas.

M. Jaccoud admet 5 classes d'aphasie

1° par troubles de la motilité de la langue.

2° par défaut de coordination dans les centres moteurs.

3° par interruption des transmissions volontaires.

4° par amnésie verbale.

5° par hébétude.

Si tous ces phénomènes ainsi séparés les uns des autres par une classification

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5 artificielle, notre malade les a présentés sinon réunis du moins se succédant chez un même individu —

— Pourrons-nous lui trouver une place dans une des variétés admises par Mr. Grasset. Cet auteur admet.

1° une aphasie par troubles portant sur l'idéation.

2° aphasie par troubles portant sur le passage d'une idée au mot. —

3° aphasie par troubles dans la conduction et l'exécution du mouvement qui aboutit à l'articulation

Il est évident que notre cas embrasse l'ensemble de ces divisions —

Il est des auteurs qui n'admettent dans l'aphasie ni troubles intellectuels. ni troubles dans l'articulation des mots. L'idée qu'ils se font de l'aphasie est incomplète, et notre observation est concluante à cet égard. D'ailleurs ces troubles ne sont pas exceptionnels — ils sont généralement même plus marqués que dans le cas actuel et la difficulté de les classer est encore plus grande si on se reporte à la définition des auteurs

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

L'aphasie est définie une perte ou une perversion du langage articulé et des autres modes d'expression de la pensée humaine, indépendante des troubles intellectuels et des organes phonateurs

- Cependant depuis Broussais on admet l'existence de troubles intellectuels. mais ils ne jouent pas le rôle important chez l'aphasique souvent ils sont insuffisants à expliquer les troubles de la parole - Cela est vrai surtout dans les aphasies à forme progressive. sans lésions. sans paralysies. dans ces cas l'intelligence est presque intacte

Jusque là on s'entend assez bien - Mais là où les divergences commencent c'est lorsqu'il s'agit d'interpréter l'aphasie pure. indépendamment des troubles intellectuels et des organes phonateurs.

— Pour les uns c'est l'abolition ~~de la pensée~~ l'aphasie réside dans l'impossibilité ou la difficulté de traduire une idée qui existe pour une expression extérieure.

— On a objecté à cette manière de voir qu'on ne peut penser sans mot - on pense dans une langue - Cela est peut être exclusif. Il vaut mieux admettre que la pensée ne peut se faire en dehors

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7. d'une image extérieure qui nous impressionne; quant au mot qui exprime cette image, il peut faire défaut. — En un mot la pensée procède par idées concrètes et non par signes

— Pour beaucoup d'auteurs l'aphasie est de l'amnésie. Celle-ci peut porter sur les idées ou les mots. La première est un trouble de l'idéation. La seconde rentre directement dans l'aphasie mais dans elle est le degré inférieur. L'analogie semble grande entre l'aphasie et l'amnésie verbale. Pourtant ce sont deux états différents - L'aphasique complet ne peut pas répéter ce qu'on lui dit au contraire de l'amnésique. *

— On a dit que l'aphasie consiste dans une interruption de la transmission volontaire - Le malade voit un objet il le connaît mais il ne peut le désigner ni même répéter le mot que vous prononcez devant lui

- D'autres supposent qu'il y a seulement incoordination dans les éléments qui font l'acte de mettre en jeu primo communiqués avec le monde extérieur. Ainsi un malade dira un mot pour un autre, ou le prononcera mal. Quelquefois même il s'aperçoit de cette erreur

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

La plupart des auteurs admettent la possibilité de ces diverses explications suivant les cas.
On peut dire du reste qu'elles s'appliquent ou à des cas particuliers ou à un moment de l'évolution de l'aphasie. C'est qu'en effet une même aphasique peut passer par toutes les variétés. Cette objection est encore plus importante si on l'applique aux variétés dépendant des diverses manifestations de la pensée
- La lecture est souvent impossible - or c'est là du passage du mot à l'idée qui manque - La musique, le dessin, le calcul, l'écriture, le langage mimique seront plus ou moins altérés - Souvent il arrive que plusieurs de ces facultés soient intactes à l'exclusion des autres. Elles peuvent disparaître une à une après avoir existé à un moment donné. Il y a donc une véritable dissociation faite par la maladie dans les facultés et l'expression Pour vous en donner un exemple, j'ai observé un malade qui disait quelques mots, mais qui ne pouvait faire aucun geste - Il disait: je voudrais bien:

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

Cf. et quand on lui demandait de faire un signe pour exprimer sa pensée il ne pouvait pas. La mimique faisait défaut —

Malgré toutes ces restrictions on peut rattacher tous ces troubles de l'expression à l'aphasie. C'est du moins ce que font la plupart des auteurs. —

Mais il n'en est plus de même pour les troubles de l'articulation des mots.

Stilling. Schröder Van der Kolk Romberg et Jaccoud établissent une distinction très nette entre ces troubles et l'aphasie. Ils leur assignent un siège spécial. Le bulbe. Jaccoud les rattache à une lésion des corps olivaires qu'il considère comme le centre de coordination des mouvements nécessaires à l'articulation des mots.

— Bastian a signalé des troubles de l'articulation des mots coïncidant avec des lésions hémisphériques —

Toutefois il prétend que ces troubles sont d'autant plus marqués qu'on se rapproche de l'isthme de l'encéphale.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

10. M. Lépine a décrit une paralysie labio-glosso-laryngée qui tiendrait à une double lésion hémisphérique siégeant près du centre du langage vers le corps strié.

Cependant depuis longtemps Hughlings Jackson et Brown Séquard ont signalé la plus grande fréquence des troubles de l'articulation des mots dans les lésions de l'hémisphère gauche.

Ce qu'il y a d'étonnant c'est que les auteurs ne font pas remarquer tout au moins à ma connaissance, les rapports de l'aphasie proprement dite et des troubles de l'articulation des mots. Or voici le relevé de mes observations

Nous avons en ce moment 13 hémiplégiques dans le service, dont 6 à gauche et 7 à droite. Parmi les premières nous ne notons aucune aphasie pas de bredouillement ni de bégaiement. Quelques uns ont des troubles de la parole, mais leur paralysie est très prononcée et il faut l'attribuer à l'immobilité de la joue et à la déviation de la langue.

Il est à noter qu'aucun de ces hémiplégiques n'est gaucher.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

11.

Parmi les 7 hémiplégiques droits, nous comptons un aphasique avec légers troubles de l'articulation des mots.

1 aphasique avec bredouillement

2 malades avec bredouillement et bégaiement sans aphasie pure.

2 parlent plutôt en immobilisant un côté.

Chez tous, la fatigue augmente les troubles de la parole. Ainsi le malade parle d'abord nettement, puis l'exercice de la parole amène le bredouillement. C'est un phénomène analogue à celui que donne chez un ancien hémiplégique relativement à la force musculaire. La 1re fois il dévie l'aiguille du dynamomètre aussi loin qu'un homme sain, mais l'effort ne peut pas se soutenir.

La statistique des malades sortis du service nous donne 56 hémiplégiques

29 à gauche. 27 à droite.

Sur les 29 hémiplégies gauches, il y en a 26 sans aphasie. 3 avec troubles de la parole. Se décomposant comme il suit

SCD Lyon 1

12). - 1 gaucher manifestement aphasique

1 bredouillement avec aphasie sans savoir si le malade était droitier ou gaucher

1 après être resté 15 jours sans parler eut du bégaiment — on ne sait pas non plus s'il était gaucher ou droitier -

— Sur les 27 hémiplégies droites il y en a 5 sans troubles de la parole - sans savoir s'ils étaient gauchers ou droitiers

On les a observés à une époque où l'attention n'était pas portée du côté de ces questions.

— Il y en a 22 avec aphasie - Sur ces 22 il y en a 9 observés incomplètement.

Il en reste 13 :

1 aphasique pur avec un léger trouble momentané dans la prononciation et du bégaiment

- 4 aphasiques avec bredouillement, zézaiement bégaiment.

- Ces 5 cas offrent des troubles de la parole relativement plus marqués que les phénomènes paralytiques

- Les 8 autres sont remarquables par l'intensité des phénomènes paralytiques qui accompagnent les troubles de la parole.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

13. Nous y remarquons 1 aphasie sans détails précis

7 aphasies avec bredouillement.

Ainsi dans la majorité des cas. on constate des troubles intellectuels. aphasiques proprement dits. avec amnésie et troubles dans l'articulation des mots

— On ne peut pas rejeter ces cas hors du cadre de l'aphasie — autrement. comment caractériser l'aphasie puisqu'on ne s'entend pas sur les troubles intellectuels sur l'amnésie etc.. et d'autre part il est incontestable que beaucoup de malades aphasiques comme celui que je viens de vous présenter présentent en même temps des troubles dans l'articulation des mots. Je vais même plus loin. ces cas sont les plus fréquents. — Je me base sur un grand nombre d'observations, sur la coïncidence des divers troubles, le siège de la lésion à gauche. Enfin cette manière d'envisager la question est plus physiologique. Les troubles de l'articulation se rencontrent en effet chez l'homme sain. L'enfant éprouve

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

14 de la difficulté à prononcer certains
Consonnes. J. J. n'y parvient que
par habitude. Le ch des Allemands,
le th des Anglais exigent, pour être prononcés,
un certain exercice. Il arrive souvent
qu'en faisant une lecture à haute voix
prolongée, le lecteur finit par bredouiller,
enjamber certains mots.

. Je ferai remarquer l'analogie de ces troubles
de l'articulation avec des troubles passagers
de la mémoire qui existent également à
l'état physiologique. Souvent on oublie
un mot, un air de musique — et on
le retrouve facilement au moyen d'une
seule lettre ou d'une seule note.
L'articulation des mots se fait par
l'association de certains mouvements
(langue, pharynx, voile du palais, lèvres,
dents), comme le langage par l'association
de certains signes.

Nous ferons donc rentrer dans le cadre
de l'aphasie les troubles de l'articulation
au même titre que l'amnésie.

Les cas que nous avons observés présentent
ces signes de toutes les variétés d'aphasie,
en même temps ou à un moment de
leur évolution. La description

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1/. des auteurs se rapportent ou à des cas particuliers ou à un moment donné de l'observation de la maladie. Certains symptômes peuvent en effet se dissiper très vite, ou même faire défaut.
C'est ainsi que les troubles intellectuels sont tantôt marqués lorsqu'il y a ictus et principalement ictus prolongé, avec paralysie considérable. — qu'ils sont peu marqués ou font défaut. Lorsque les troubles sont survenus progressivement sans perte de connaissance. Il en est de même pour l'amnésie. Ces variétés sont difficiles à expliquer pour certains symptômes. mais pour d'autres elles paraissent tenir au siège de la lésion que nous examinerons dans la prochaine leçon.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

* Popham et Ogle ont distingué une aphasie amnestique et une aphasie ataxique. Rosenthal rejette cette division « Il est plus rationnel, dit-il, de supposer qu'une fonction aussi complexe que celle du langage a sa source dans l'action combinée de parties superposées du cerveau »

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

1

16 décembre 1878.

Du siège de l'aphasie.

Messieurs.

Nous avons déjà pu vous donner une idée des diverses formes que peut revêtir l'aphasie — aujourd'hui nous chercherons à expliquer les différentes variétés en les rattachant à des lésions distinctes —

Gall, Bouillaud localisaient le langage dans les lobes antérieurs du cerveau — Dax dans l'hémisphère gauche — Broca dans la 3e circonvolution du même côté.

Depuis on a produit un grand nombre d'observations plus ou moins contradictoires, mais en somme favorables à l'opinion de Broca.

Ainsi on a cité un certain nombre d'aphasies sans lésions de la 3e circonvolution frontale gauche — dans ces cas, la lésion occupait presque tout l'hémisphère ou tout le faisceau dans les lobes occipitaux. Il est bien probable qu'il y a eu erreur d'observation et qu'on a laissé échapper d'autres lésions — Ces lésions siégent ou bien autour de la 3e circonvolution frontale gauche, ou bien vers la protubérance — le lobe occipital en effet est irrigué par la cérébrale postérieure venant du tronc basilaire — Les lésions du lobe occipital peuvent donc tenir à des

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

2 altérations de ce trouble, altérations qui retentissent sur le système postérieur et expliquent les troubles de la parole qui s'accompagnent en général dans ces cas de paralysies plus ou moins bizarres.

– J'ai eu vu deux cas –

– On a observé des aphasies avec lésion de la 3e circonvolution frontale droite chez des droitiers. Ces observations sont passibles des mêmes remarques

– Meynert a présenté des lésions du lobule de Lieutaud accompagnant l'aphasie. Le lobule de Lieutaud fait d'ailleurs partie du même système anatomique que la circonvolution de Broca. –

Les Allemands confirment l'opinion de Meynert Mais Lépine en cite une observation. Il se demande s'il y a rupture des fibres commissurales établies entre Lieutaud et la circonvolution de Broca, et alors une aphasie de nature particulière ou bien une action à distance de la lésion sur la 3e circonvolution.

– Il s'étend le territoire du langage, mais le subdivise en départements dont les lésions déterminent par un trouble spécial

– Je pense apporter à la solution de cette question des observations personnelles, prises dans ce sens et avec autopsie

Observation 1 Gabriel Tayon. 46 ans. salle Ste Jeanne. 31. entré le 7 7bre 1877. mort le 1er 9bre 77 –

Ce malade eut en juillet 74 une légère hémiplégie droite, avec perte de connaissance passagère –

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

3 avec perte de la parole pendant 1 heure ou 2 heures.
puis balbutiment.
actuellement, parésie à peine appréciable avec peu
ou pas de troubles de la sensibilité, parole rapide ;
les premiers mots sont prononcés assez lentement
bien articulés. puis les suivants se pressent, enjambent
les uns sur les autres à tel point qu'il faut être très
attentif pour comprendre ce que dit le malade
– A l'autopsie on trouve un ancien noyau
hémorrhagique dans le corps strié gauche –

Observation II.

Hérault. – 67 ans. Ste Jeanne. 8.
entré le 25 mars 1878. – mort le 18 mai 78.
27 mars Hémiplégie droite complète survenue
subitement vers 8 h. du matin avec obnubilation
profonde des facultés intellectuelles, perte
complète de la parole et difficulté de mouvoir
la langue. – Hémianesthésie – Etat demi
comateux consécutif.
28. Le malade est un peu plus éveillé. Il
paraît comprendre ce qu'on lui dit, mais
ne répond pas ou prononce quelques mots
inintelligibles
29 a pu répondre oui. Lorsqu'on lui demande
s'il veut du lait – Il fait comprendre
qu'il a de la peine à tirer la langue
lorsqu'on le lui demande.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

4) Il prononce aussi des mots incompréhensibles (bredouillement) Les jours suivants toujours bredouillement de syllabes qui n'ont aucun sens ou grognement, bien que le malade soit encore plus éveillé

7 avril Il prononce plusieurs mots (oui, soupe distendu) accompagnés de sons inarticulés.

17 Bredouillement persistant - On a de la peine à comprendre quelques mots.
Il pleure lorsqu'on lui parle de l'école vétérinaire, preuve qu'il comprend au moins en partie ce qu'on lui dit

29 Quelques paroles à peine incompréhensibles, bredouillement.

Autopsie Ramollissement occupant à gauche toute l'étendue de la 3e circonvolution frontale et empiétant un peu sur le pied des circonvolutions ascendantes ainsi que sur le lobule de l'insula.

Sur les coupes, le ramollissement a envahi toute la 3e circonvolution frontale, tout le lobule de l'insula, un ou deux centimètres du pied de la pariétale et de la frontale ascendante ainsi que toute la substance blanche sous jacente à ces régions + les noyaux et la capsule interne sont intacts - toutefois le noyau lenticulaire a été en quelque sorte isolé

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

5) de la capsule externe par la destruction de celle-ci dans sa moitié antérieure.

Observation III.

Josephine Perrin – 4es f. 125.
entrée le 23 7bre 1878 –
morte le 23 8bre 1878.

11 7bre Le membre supérieur droit commence à devenir lourd, comme le siège d'une douleur sourde.

12 La parésie augmente. – embarras de la parole qui n'empêchait pas de comprendre le malade. Celle-ci se plaignait vivement d'une pesanteur de tête et d'un trouble intellectuel qui lui faisaient craindre de devenir folle.

13 aphasie complète et hémiplégie droite

23 Hémiplégie complète avec hemianesthésie du côté droit – aphasie absolue. Le malade ne prononce que quelques syllabes incohérentes, sans signification et encore sont-elles très-mal articulées. Lorsqu'on dit à la malade de tirer la langue, elle ouvre la bouche et fait manifestement des efforts dans le sens indiqué, mais la langue reste appliquée derrière l'arcade dentaire inférieure sur la ligne médiane.

La malade ouvre les yeux et paraît suivre attentivement ce qu'on dit. répondant par

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

6) signes aux questions simples — La figure exprime continuellement de l'inquiétude. La sœur prétend qu'elle comprend tout ce qu'on lui dit, mais il est certain que son intelligence présente une obnubilation très-marquée — C'est ainsi qu'au moment de la visite elle voit arriver des parents qui viennent nous donner des renseignements sans qu'elle paraisse se soucier de leur présence. Et cependant lorsqu'on lui demande si elle les connaît, elle fait signe que oui, en bredouillant quelques syllabes ou en poussant un petit cri, comme il lui arrive souvent lorsqu'elle se plaint de souffrir du ventre ou des membres inférieurs

Autopsie. Oblitération de la carotide gauche au niveau de la bifurcation avec prolongement du caillot dans les artères.

— Ramollissement de l'hémisphère gauche formant sur la couche corticale une plaque elliptique dont le grand axe est dans la direction anters. postérieure, son extrémité postérieure commençant à 3 centim de la corne occipitale et son extrémité antérieure s'avançant jusque sur le pied des 2e et 3e frontales — Son extrémité inférieure

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

7) est limitée par la scissure de Sylvius - elle a 2 centimètres de largeur. mais le ramollissement s'étend plus loin. Il présente d'ailleurs une disposition plus marquée au niveau de la frontale ascendante.

Coupe frontale Ramollissement blanc avec perte de substance dans la 3e circonvolution frontale.

Coupe à un centimètre en arrière de la précédente Le ramollissement occupe les 2e et 3e frontales, il atteint le noyau lenticulaire dans son tiers supérieur - perte de substance dans presque toute cette étendue.

Coupe pédiculo-frontale Ramollissement sur toute la coupe sauf un espace triangulaire correspondant à la 3e frontale - Les noyaux sont pris. - La partie supérieure du corps strié est presque toute détruite. Le maximum du ramollissement est dans la substance blanche correspondant à la partie externe du corps strié. L'insula ne paraît pas ramolli à la périphérie -

Coupe pédiculo-pariétale Le ramollissement occupe toute la substance blanche correspondant au tiers moyen de la coupe - Les noyaux du corps strié sont aussi envahis - La couche optique est intacte.

Coupe pariétale Ramollissement moins étendu

Coupe à 2 centimètres en arrière de la précédente

Ramollissement considérable occupant

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

8. presque toute la substance blanche avec perte de substance, comme cela se voit dans les abcès. Le foyer occupe le pli courbe et se continue en arrière jusqu'à 2 centim. en avant de la corne occipitale

Observation IV

Jules Lely. 53 ans. St Maurice. 35.
entré le 2 Xbre 1877. — mort le 24 janvier 1878.

8 Décembre vers 5 heures du matin, étourdissement subit sous perte de connaissance complète, impossibilité de parler au moment de la visite. — ne peut donner des explications, car il ne prononce que des mots incompréhensibles, des mots incohérents. au plusieurs fois le même mot.
— Comprend difficilement ce qu'on lui dit: tire la langue quand on lui dit de fermer les yeux.
Il n'y a que de la parésie des membres droits et de la face du même côté. — sensibilité diminuée partout, un peu plus à droite. — langue molle.

9. même état — Le malade répète 2 ou 3 fois « bien - très-bien. seulement ».

10 L'intelligence est moins obtuse. Le malade dit de petites phrases « comme vous voudrez » — répond par signes et semble comprendre ce qu'on lui demande.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

9)

15. même état – toujours quelques phrases « je n'en sais rien. Comme vous voudrez » signes de la tête – répète 2 ou 3 fois le même mot, répond aux questions simples.

20 Xbre. même état. – ne peut nommer les objets usuels qu'on lui montre, mais dès qu'on prononce le nom, fait un signe de tête affirmatif ne peut pas répéter le mot

26. idem, dit un cotron, un côté pour un couteau.

29. idem

4 janvier amélioration de l'état intellectuel. se plaint en disant « moi pas pouvoir, pas pouvoir parler » – répète quelques phrases ou quelques mots en hésitant « je ne veux pas, oh mon Dieu, mon Dieu – Il ne peut toujours pas prononcer le nom des objets usuels sauf lorsqu'on le lui dit et qu'ils sont communs

21 mêmes troubles de la parole.

Autopsie. Oblitération vasculaire. Ramollissement de la plus grande partie du lobule de l'insule. sauf de son extrémité antérieure, de la 1re circonvolution tempero-sphénoïdale dans sa moitié postérieure, du pli courbe. Le ramollissement atteint encore en bas le fond de la scissure parallèle, en haut le sillon interpariétal et même une faible

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

10.

portion du lobule pariétal supérieur. En arrière, le ramollissement s'épaissit un peu le lobule du pli courbe et en avant la pariétale ascendante est respectée.

— 3e circonvolution saine même sur les coupes.

— Coupe immédiatement en arrière de la circonvolution pariétale

Ramollissement des circonvolutions de l'insula, de l'avant mur et de la capsule externe, respectant le noyau lenticulaire et la capsule interne.

Coupe pédiculo-pariétale Ramollissement de toutes les parties situées au niveau du lobule de l'insula et du noyau lenticulaire.

Coupe un peu plus en arrière Ramollissement de toutes les parties de l'insula — La capsule interne est un peu molle, mais la couche optique et le noyau caudé sont sains.

Coupe à un centimètre en arrière

Ramollissement de tout le centre ovale correspondant au lobule du pli courbe — Le ramollissement cesse au niveau d'une coupe passant au milieu du pli courbe.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

11/

Observation V

Madeleine Berthelot. – 4e f. n° 135. –
58 ans. observée le jour de l'attaque.
intelligence altérée par un état demi-comateux
dit : oui, non. si et quelques mots inintelligibles,
et encore avec beaucoup de difficultés après
qu'on lui a répété souvent les questions.
– semble comprendre vaguement les questions,
mais ne peut pas frapper dans la main
un nombre de fois déterminé – Parfois
fait un signe de tête – paraît surtout très-
affaissée. – mouvements de la langue
très restreints. – impossibilité de faire
tirer la la langue – morte le 20me jour
après l'attaque.
Autopsie. Hémorrhagie occupant une
grande partie de l'hémisphère gauche. y
compris le lobule de l'insula, la partie
inférieure des circonvolutions ascendantes
et la substance blanche sous-jacente à
la 3e circonvolution frontale.

Observation VI

Virginie Goursot. 4e ff. n°. 120.
54 ans. observée 2 jours après l'attaque.
Hémiplégie droite incomplète – Au
début bredouille quelques mots inintelligibles
et intelligence très-altérée. La malade

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

13) pour dire des clefs. elle dit des sècles.
indique que c'est pour ouvrir la serrure
Elle répète ensuite le mot clef
— Affaissement progressif. Morte le 19e jour
après l'attaque.
Autopsie Hemorrhagie, sous arachnoïdienne
disséminée sur les deux hémisphères, notam-
ment sur leur partie antérieure, plus
marquée à gauche surtout au niveau
de la 3e frontale.
Quelques points limités de ramollissement
sur la frontale ascendante au niveau de
la 3e circonvolution frontale, sur la
3e circonvolution frontale à 4 ou 5 centim
de la frontale ascendante et à son
extrémité antérieure, sur la 2e frontale
et la 1re temporale.
Thrombus dans le sinus latéral droit
— En outre un autre point de ramollissement
Cortical au niveau du lobe cérébelleux droit
qui adhère à l'os.

Observation VII

Marie Favier. 4es ff. n° 157.
57 ans. observée le lendemain de l'attaque.
— Hémiplégie droite complète pour
le membre supérieur. incomplète pour
le membre inférieur et la face.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

12. ne comprend pas ce qu'on lui dit -
En insistant pour connaître le début de la maladie, elle finit par dire 5 ans, alors qu'il date de 4 jours
- Si on le lui dit de tirer la langue, elle fait un effort pour cela sans y parvenir, la pointe restant appliquée contre les dents.
Le lendemain lorsqu'on lui demande dans quelle salle elle était soignée antérieurement elle répond, St Sas, St Bruno et finit par dire St Sacerdoce malade. - Si on prononce St. Sacerdos, elle dit oui - Si on lui dit d'autres noms, elle dit non - Elle ne peut pas répéter le nom - et s'impatiente quand elle ne le trouve pas.
Le jour suivant elle cause davantage, mais les mots sont bredouillés, même accompagnés d'un peu de bégaiement. - Elle désigne les objets après hésitation - elle tire la langue très - droite.
Le lendemain véritable délire logique. phrases incohérentes - beaucoup de mots sont bégayés ou bredouillés - répond aux questions simples. tire la langue -
- 3 jours après persistance du délire et des troubles de la parole - on lui montre plusieurs objets qu'elle désigne - cependant

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

14/ Au début hébétude et demi-somnolence assez marquées. Elle répond à toutes les questions par une sorte de balbutiement les jours derniers. Le lendemain de son entrée à l'hôpital la somnolence a disparu. Elle a conservé en grande partie son intelligence. Elle s'impatiente de ne pas pouvoir parler.

— Les jours après l'attaque, l'aphasie persiste au même degré.

Le 7e jour elle commence à dire quelques mots bien nettement.

Le 15e jour, la malade prononce quelques mots bien, intelligibles.

Elle va s'affaiblissant et meurt le 20e jour après l'attaque.

Autopsie Ramollissement central ayant pour siège la circonvolution frontale ascendante gauche, sans lésion de la 3e circonvolution frontale et du lobule de l'insula de Reil

— Pour résumer les 7 observations que je viens de vous donner, je dirai que le plus souvent la lésion a porté à la fois sur la 3e circonv. frontale et sur le lobule de l'insula. — Si la lésion était très étendue l'aphasie est complète — sinon

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

17 ou elle est peu marquée. ou elle ne se révèle que par une de ses formes.

— La lésion peut ne porter que sur le lobule de l'insula et la région postérieure à ce lobule

— elle peut être limitée à la frontale ascendante dans ce cas nous avons constaté de l'aphasie pure, mais peu de troubles de l'articulation —

— nous l'avons vue limitée au noyau caudé

— Les troubles intellectuels sont d'autant plus marqués que les lésions sont plus diffuses sur l'écorce ~~ou le~~ centre ovale.

Les paralysies sont d'autant plus marquées que la lésion siège sur les circonvolutions ascendantes ou dans la substance blanche sous jacente au lobule de l'insula.

— Dans les observations qui relatent une lésion de l'insula, le désordre réside surtout dans l'articulation des mots.

— Celles de la 3e circonv. frontale ou de la frontale ascendante donnent surtout ~~au~~ lieu aux phénomènes d'aphasie pure. S'accompagnant d'impatience du malade qui désire vivement parler. qui a une véritable exubérance d'idées auxquelles il ne peut donner issue.

— La lésion du noyau lenticulaire coïncidant avec de l'aphasie indique ou une

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

16)

action à distance sur le véritable siège du langage, ou de simples troubles de la parole sans aphasie.

Ainsi donc le siège du langage serait d'une part la 3e circ. frontale, d'autre part le lobule de l'insula et ses connexions avec les lobes fronto-pariétaux.

- Les troubles moteurs et intellectuels indiquent une diffusion dans l'écorce et la substance blanche (Rosenthal)

- Donc les troubles moteurs, intellectuels et la nature de l'aphasie peuvent indiquer le siège précis de la lésion. Ainsi ce jeune aphasique du n° 13 de la salle Ste Jeanne dont la paralysie est marquée, qui a présenté une aphasie type et encore aujourd'hui des troubles articulaires a sans doute une lésion du lobule de l'insula (troubles articulaires) et des circonvolutions ascendantes ou de la capsule externe (paralysie). Si le retour du mouvement se fait rapidement, il y a plus de chances pour les lésions de l'écorce que de la capsule externe.

- Les cas d'aphasie sans paralysie notable indiqueraient une lésion limitée de la 3e circonv. Trousseau en cite plusieurs exemples remarquables, entre autres celui de Rostan.

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

17. – Les lésions corticales semblent donner lieu plutôt aux troubles d'idéation, de formation du mot, les lésions profondes aux troubles articulaires –

– L'observation de Jacques Dezessert, qui a fait le sujet de notre première conférence, paraît confirmer cette opinion.

– Vous vous rappelez ce malade syphilitique qui entre à l'Hôtel Dieu le 20 juillet 1877 pour une hémiplégie gauche et qui le 11 7bre est pris d'une hémiplégie droite avec aphasie – A ce moment le malade ne répond que par un grognement – le 19 9bre le malade a pu dire oui, non, mais il faut qu'on l'interpelle vivement. du reste la face manque d'expression.

le 27 9bre le malade est plus éveillé et reprend un peu d'expression. – il répond aux questions simples et en général par monosyllabes.

– Vous vous rappelez les lésions nouvelles à l'autopsie – les adhérences des méninges au niveau de l'ethmoïde et de la base du cerveau. en général, les nombreuses plaques de ramollissement occupant à droite les 2e et les 3e circonv. la pariétale ascendante le lobule pariétal inférieur. le pli courbe. la circonvolution communicante avec le lobule pariétal supérieur, la partie supérieure de la 2e circ. temporale, toute la partie profonde de la scissure parallèle, l'extrémité antérieure de la 1re temporale,

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

18. A gauche il existe une plaque jaune à 2 centimètres des (2e et 3e circonv. frontales la frontale ascendante sur les) cette plaque s'étend jusqu'à l'extrémité antérieure et même envahit la 2e circonv. du lobule orbitaire surtout la 3e circonv. frontale

— En présence d'une part de ces lésions diffuses, d'autre part de cette aphasie sans troubles de l'articulation s'accompagnant d'hébétude, dépourvue de cette impatience de parler signalée par Trousseau chez ses aphasiques, on peut dire que l'aphasie chez ce malade tenait plutôt à des troubles intellectuels. qu'à l'impossibilité d'exprimer des mots — En d'autres termes. il ne parlait pas. parcequ'il ne pensait pas —

— Il faut noter que les quelques mots qu'il prononçait. il le faisait assez bien, ce qui est en rapport avec l'intégrité du lobule de l'insula à gauche.

On a dit que les troubles articulaires ne dépendent pas d'une lésion unilatérale, comme il ressort de l'expérimentation sur les animaux. Hughlings Jackson et Brown Sequard admettent qu'une lésion de l'hémisphère droit peut les produire chez un gaucher. — mais chez un droitier. la lésion du côté droit ne peut engendrer que des troubles de la parole passagers

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1

19. Il reste du reste d'autres observations de lésions doubles avec possibilité de dire quelques mots -

En résumé : nous avons distingué différentes formes d'aphasie, qu'un malade peut présenter simultanément ou successivement -

nous avons insisté sur les troubles de l'articulation des mots. les rattachant d'après l'observation aux autres phénomènes de l'aphasie,

enfin nous avons essayé de localiser les différents troubles de la parole à des lésions distinctes et nous sommes arrivés à un résultat assez précis -

A la 3e circ. frontale correspond l'aphasie pure - au lobule de l'insula correspondent les troubles de l'articulation des mots.

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE
SECTION SANTÉ
LYON 1

SCD 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

4

253264/4

SCD Lyon 1

SCD Lyon 1