

12.40

DES
LOCALISATIONS MÉNINGÉES

ET

ENCÉPHALIQUES DES AFFECTIIONS CATARRHALES

PAR LE D' RAYMOND

médecin de l'hospice des Incurables

Les manifestations nerveuses des affections catarrhales ont été signalées par tous les auteurs. Le sentiment de lassitude, d'abattement, de prostration des premiers jours ; l'affaiblissement général ; la céphalalgie, parfois extrêmement violente ; les douleurs vives le long du rachis, au cou, dans l'abdomen ; les perversions de la sensibilité générale ou des sensibilités spéciales : olfaction, goût, audition, etc., tous ces symptômes ont été notés dans le cours des gripes saisonnières, et plus particulièrement dans la grippe épidémique. On a même admis une *grippe encéphalique*, à côté des gripes que l'on appelait, suivant la prédominance des symptômes : grippe thoracique, abdominale, etc. Ces différentes appellations ont surtout été établies cliniquement. L'anatomie pathologique de ces affections, en tant qu'elle concerne les lésions pulmonaires, a été bien étudiée. Mais les lésions encéphaliques, méningées et cérébrales, ont été quelque peu laissées dans l'ombre. On a vu, dans certains cas de gripes, l'état congestif des méninges et de la substance grise ; on a signalé l'existence d'inflammations méningées, d'inflammations cérébrales ; mais il n'a pas été fourni d'autopsies probantes. Ayant eu l'occasion d'observer des affections catarrhales, avec manifestations

Biblioteka Główna WUM

Br.17130



000029025



www.dlibra.wum.edu.pl

encéphaliques, nous croyons devoir attirer l'attention sur ces faits.

Obs. I. — L... (Jacques), soixante-quinze ans, ancien valet de chambre, entré à l'infirmerie des Incurables le 18 octobre 1882.

Renseignements. — Cet homme est entré à l'hospice des Incurables d'Ivry le 27 juillet 1881.

Son grand âge fut seul la cause de son admission à l'hôpital, car jusqu'au 25 août 1882 il n'avait jamais été malade.

Placé dans une salle de valides, on l'a, en raison de son bon état de santé, immédiatement employé à la buanderie.

Le 25 août 1882, premier séjour à l'infirmerie pour une légère bronchite. Il sort guéri trois jours après.

Le 15 octobre, vers dix heures du soir, après avoir eu froid dans la journée, L... fut pris, étant couché, de violents frissons avec claquement de dents. Le lendemain, il n'y avait plus trace de cet orage. Il se leva et alla à ses occupations ordinaires.

Le 16 octobre, exactement à la même heure que la veille, nouveaux frissons. L'interne de garde, appelé dans la salle, constate l'état fébrile; malheureusement, à cette heure de la nuit, il ne prit pas la température. La période de froid dura environ une demi-heure; puis survint une chaleur sèche, suivie, au bout de cinquante minutes, de sueurs abondantes.

Le 17 au matin, léger état gastrique. Le malade étant déjà constipé depuis plusieurs jours, je fais donner 15 grammes d'eau-de-vie allemande. L'après-midi de ce jour, L... se lève, quoique très fatigué, très courbaturé. Il n'a ni fièvre, ni étourdissements, ni maux de tête. Il se plaint seulement de souffrir un peu dans le côté gauche, et il attribue cette douleur à son séjour de quelques heures au lit, séjour qui ne lui était pas habituel. De plus, le malade a du coryza; les conjonctives sont rouges, injectées; toux sèche, quinteuse, assez fréquente. Expectorations presque nulles; quelques crachats aérés, mousseux. En définitive, ce qui domine, c'est l'état de faiblesse, d'anéantissement; une douleur intercostale le gêne également beaucoup. Pour toutes ces raisons, le malade est admis à l'infirmerie.

Etat actuel. — Le 18 octobre, à la visite du matin, sans que le malade se soit plaint, sans qu'on se soit aperçu de rien dans le courant de la nuit, on le trouve dans un état semi-comateux. On peut encore, en l'excitant fortement, le tirer de sa somnolence. Il comprend quand on lui parle fort, et il remue bras et jambes si

on l'en prie. Aucune paralysie des membres. Rien à noter ni du côté de la face, ni du côté des paupières et des yeux. Pupilles normales, se contractant sous l'influence de la lumière. Pas de déviation de la langue, d'ailleurs facilement projetée au dehors. Sensibilité intacte. Réflexes cutanés, réflexes tendineux, normaux.

Point de contractures, ni de trépidation spinale. Pendant l'examen, L... (Jacques) semble impatienté, se retourne de lui-même dans son lit de droite à gauche et de gauche à droite. Tous les mouvements sont exécutés lentement, mais, somme toute, avec précision.

T. A., 37^o,5. — P., 78 pulsations. Pas d'albumine dans les urines. L'examen détaillé de tous les organes ne fait rien découvrir d'anormal, si ce n'est *des râles sous-crépitants abondants aux bases des deux poumons et en arrière* ; mais il n'y a point de matité, à peine une légère submatité.

Le 19, au matin, même état. Le malade meurt à midi.

AUTOPSIE. — *Cavité crânienne.* Lorsque l'encéphale est mis à découvert, la dure-mère étant incisée, on constate que le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et la pie-mère sont baignés par une nappe de matière d'aspect purulent.

A la face inférieure du cerveau, tout l'espace qui s'étend longitudinalement depuis le chiasma des nerfs optiques jusqu'à la face inférieure du bulbe, et latéralement du bord externe du lobe droit au bord externe du lobe gauche, est couvert de cette matière purulente. On verra plus loin pourquoi je me sers de cette expression. La pie-mère est infiltrée, épaissie ; en quelques points, le pus, verdâtre, comme coagulé, donne bien à cette membrane deux centimètres d'épaisseur. Le long de la faux du cerveau, sur toute la face supérieure du corps calleux, même abondance de pus. Les deux scissures sylviennes sont également tapissées par celui-ci. On en trouve également sur la presque totalité des faces latérales du cerveau, comblant ainsi les intervalles laissés par les circonvolutions entre elles.

Il importe de noter que nulle part, dans aucune région, il n'y a trace de fausses membranes ; l'exsudat est verdâtre, semi-liquide ; il boursouffle la pie mère, en l'épaississant.

L'examen histologique montre que l'exsudat est formé de nombreux leucocytes extravasés ; le tissu pie-mérien lui-même ne paraît pas avoir participé à l'inflammation ; ses éléments constituantts sont simplement distendus par le liquide purulent.

La pie-mère se détache partout *très facilement* de la surface

externe des circonvolutions cérébrales. Celles-ci sont saines et au microscope on ne constate pas d'altérations. Cavité arachnoïdienne normale. Liquide séreux dans les ventricules ; il est un peu plus abondant que dans l'état ordinaire. Les coupes méthodiques de l'encéphale montrent que le tissu de ses parties constituantes est sain

Cavité rachidienne. — Rien de particulier à noter.

Cavité thoracique. — Les deux lobes inférieurs de chaque poumon sont congestionnés. Sur la coupe, il s'écoule une assez grande quantité de sang noirâtre. Pas de noyaux de broncho-pneumonie ; pas de tubercules. Léger état emphysémateux des sommets de chacun de ces organes. Plèvres normales.

Le cœur, dans ses diverses parties constituantes, a son aspect physiologique. L'aorte est dilatée ; la dilatation, toutefois, ne dépasse pas celle que l'on observe fréquemment à cet âge. Quelques plaques athéromateuses, somme toute, peu nombreuses.

Cavité abdominale. — Rien de particulier à noter, ni du côté du péritoine et du tube digestif, ni du côté des organes génitaux.

En revanche, le foie est manifestement congestionné. Sur les coupes, les deux colorations de la substance propre, jaune et rouge brunâtre, sont fortement accentuées. Il s'écoule, même par une pression légère, du sang en abondance.

La rate est plus volumineuse que normalement. Elle pèse près de 900 grammes ; son tissu est ramolli, diffus, et se déchire avec la plus grande facilité. Quelques plaques de périsplénite anciennes.

Les deux reins, également augmentés de volume, sont fortement congestionnés.

— Le fait dominant, dans les détails de l'autopsie que nous venons de rapporter, est certainement celui qui concerne les lésions méningées ; celles-ci sont considérables lorsqu'on les compare à celles des autres organes. Des quantités considérables de pus, sans fausses membranes, infiltrèrent les mailles de la pie-mère et entourent tout l'encéphale. La lésion méningée est bien la lésion principale, celle qui a tué le malade. A quelle catégorie appartient la pie-mère ? S'agit-il, dans l'espèce, d'une méningite suppurée idiopathique ? ou bien la méningite est-elle l'expression symptomatique d'une autre affection plus générale ? Telle est, ce me semble, la double question à résoudre.

Au premier abord, on peut penser, lorsque l'on ne prend en considération que la cause occasionnelle apparente, le refroidissement, que la méningite est primitive et qu'elle a été causée d'emblée par le froid. Le froid, dans toute constitution médicale, saisonnière ou autre, n'est et ne peut être, il ne faut pas l'oublier, qu'une cause occasionnelle, mettant en jeu, après son action plus ou moins prolongée sur l'économie, les forces réactionnelles de l'organisme par un procédé dont le mode pathogénique est encore et sera encore longtemps discuté.

Pourtant, en allant au fond des choses, en serrant de près l'analyse des détails de l'observation, on arrive à une conclusion opposée. En effet : 1^o la maladie s'est principalement caractérisée par des *frissons périodiques*, avec une *rémission inusitée* dans la méningite idiopathique. Ces frissons ont été suivis d'une période réactionnelle de chaleur, puis de sueurs.

2^o Déjà, du vivant du malade, il était facile d'établir la multiplicité des symptômes, surtout en notant les phénomènes pulmonaires, les névralgies, etc. Or l'autopsie montre des congestions multiples : pulmonaires, rénales, hépatiques, etc.

3^o Enfin il n'est pas jusqu'à la rapidité de la suppuration qui ne doive entrer en ligne de compte. Le pus a été formé en très grande abondance et sans fausses membranes ; à coup sûr, il a presque complètement été fourni par les vaisseaux, parce que la pie-mère elle-même n'est pour ainsi dire point enflammée. C'est un pus non seulement abondant, mais encore très liquide.

Je crois, pour toutes ces raisons, que, dans l'espèce, il faut considérer la lésion méningée comme la localisation d'une maladie générale.

Or, quelle est cette maladie générale ? Il ne peut être ici question, ni d'une fièvre typhoïde, ni d'une fièvre éruptive quelconque ; l'âge du malade, l'évolution de la maladie le démontrent suffisamment. Faut-il, à cause des frissons périodiques, songer à la fièvre intermittente ? Rien n'y autorise ; l'ensemble symptomatique et le mode de terminaison plaident contre cette supposition. Nous avons montré déjà que l'affection méningée était prédominante ; on ne peut raisonnablement la considérer comme complication de la con-

gestion pulmonaire, mais bien, au contraire, comme simultanée. Donc il existait chez notre malade une autre affection, ou plutôt une maladie générale, en dehors de celles spécifiées plus haut, tenant sous sa dépendance la lésion méningée. Si l'on prend en considération la marche périodique des symptômes, la multiplicité des localisations, en particulier les congestions pulmonaires, rénales, etc., je crois qu'il n'y a pas d'hésitation possible, et l'on est amené à conclure que la maladie générale, dans le cas particulier, était une affection catarrhale.

En même temps, en effet, que nous observions cette maladie chez le nommé L..., nous avions dans les salles d'autres gripes et d'autres affections catarrhales concomittantes. La plupart de ces cas d'influenza, chez mes vieillards, se terminaient par des catarrhes pulmonaires purulents, rapidement mortels. Donc la constitution médicale régnante, quelle que soit l'idée que l'on puisse se faire de ce fait d'observation, était bien celle engendrant de semblables affections.

Les travaux les plus récents sur la grippe tendent à faire rentrer celle-ci dans le cadre des maladies générales infectieuses. Cette idée déjà ancienne, soutenue autrefois, avec talent, par Landouzy, de Reims, semble bien se confirmer par les recherches modernes. Récemment, à la Faculté de Paris, M. le docteur Chauveau, dans sa thèse inaugurale (1884), apportait des arguments sérieux. Il montrait que, dans presque tous les cas de grippe, on trouvait une augmentation manifeste du volume de la rate, comme dans la fièvre typhoïde. Cette augmentation a été constatée, à l'autopsie, chez notre malade. Quoi qu'il en soit, il faut rappeler ici que la doctrine des *affections catarrhales*, telle qu'elle a été établie par mon savant maître, M. le docteur Marrotte, rendait parfaitement compte, au point de vue clinique comme au point de vue pathogénique, de l'évolution des phénomènes, de leur valeur, de leur signification. Les affections catarrhales sont des affections aiguës, à marche périodique, à *localisations multiples, pulmonaires ou autres*, essentiellement *congestives*; elles s'accompagnent ordinairement d'une sécrétion, à cause des déterminations habituelles sur les muqueuses. Mais lors-

qu'elles siègent sur un parenchyme ou sur une membrane séreuse, elles peuvent donner lieu à une exsudation à la place d'une sécrétion, chaque tissu engendrant un produit différent suivant son organisation ; c'est là ce qui explique leurs manières d'être diverses, suivant qu'elles se localisent sur les bronches, les poumons, les plèvres ou les intestins, etc.

Il y a eu pendant longtemps un préjugé, celui de croire que les affections générales et les affections catarrhales en particulier, ne pouvaient atteindre le cerveau. Notre observation vient directement à l'encontre de cette manière de voir. D'ailleurs n'observe-t-on pas des méningites, des encéphalites dans le cours de certaines pneumonies, de la fièvre typhoïde, du rhumatisme articulaire aigu, de l'état puerpéral, etc. ? pourquoi en serait-il autrement dans les affections catarrhales ? Il n'est pas douteux pour nous que souvent les affections catarrhales sont à manifestations encéphaliques. Fréquemment, l'état congestif ne dépasse pas cette limite, et ne va pas jusqu'à l'inflammation et la suppuration, comme chez notre vieillard (il y avait du reste, dans le cas particulier, toutes espèces de raisons pour que la suppuration se produisît : vieillesse ; nourriture insuffisante ; affaiblissement ; humidité, etc.).

Lors de ces poussées congestives cérébrales, deux cas, en dehors de ceux dont nous venons de parler, peuvent se présenter. Ou bien l'état hyperémique se produit sur un cerveau sain, ou bien il se produit sur un cerveau déjà lésé ou par une hémorrhagie ancienne ou par un ramollissement, etc. Dans le premier cas, tout peut rentrer dans l'ordre, surtout si le traitement est appliqué à temps ; mais il peut se faire que la congestion catarrhale soit le point de départ d'une lésion permanente, d'une encéphalite, par exemple. Dans le second cas, la lésion, très généralement, est aggravée ou pour un temps ou définitivement, suivant les conditions de l'hyperémie.

Nous reproduisons ici, en l'abrégéant, l'observation qui a permis à M. le docteur Marrotte d'établir cette doctrine : *la localisation des affections catarrhales sur l'encéphale.*

Obs. II. — Homme de quarante-cinq ans, vigoureux, bien portant d'habitude. Pas d'impaludisme. Ayant été mouillé dans la

journée et exposé au froid, il est pris à cinq heures du soir d'un violent frisson, suivi d'une chaleur très intense.

Au moment de l'examen : fièvre très forte ; pouls plein, vibrant, rapide ; peau sèche, chaude.

Congestion du visage ; injection des yeux, céphalalgie violente. En outre, déviation de la face à gauche ; embarras de la parole ; paralysie assez prononcée du bras droit, moins marquée au membre inférieur. Etat de somnolence dont on tire le malade avec peine ; subdelirium.

Sangsues à la base du crâne ; calomel.

A cinq heures du matin, le lendemain, crise de sueurs très abondantes. Dans la matinée, légère détente de l'état cérébral.

Le soir de ce même jour, nouveaux frissons violents, puis fièvre vive. Pendant ce temps, les phénomènes cérébraux sont plus accentués. Le lendemain matin, vers cinq heures, nouveaux frissons.

On donne un gramme de sulfate de quinine.

Le soir, l'accès fébrile est avorté, et, en outre, on constate une amélioration très sensible des symptômes cérébraux.

On continue le sulfate de quinine.

A partir de ce jour, l'état général redevient très bon ; absence totale de mouvements fébriles.

Parallèlement, l'état local diminue peu à peu.

Pourtant, pendant longtemps et même encore aujourd'hui (plus de vingt ans après), il persiste un léger degré de déviation des traits de la face.

— Dans le cas particulier, le diagnostic porté par M. Marrotte avait été : fièvre catarrhale avec encéphalite aiguë consécutive. Sous l'influence du traitement approprié (emploi du sulfate de quinine), la fièvre catarrhale avait rapidement disparu ; mais elle laissa, de sa manifestation cérébrale, une trace, l'encéphalite qui, vraisemblablement, s'est traduite par une destruction plus ou moins étendue de la substance nerveuse. Il me paraît impossible d'interpréter ce cas autrement que ne l'a fait M. Marrotte. Pour les raisons que j'ai énumérées plus haut, il s'est bien agi d'une fièvre catarrhale à détermination cérébrale ; d'ailleurs le diagnostic a été fait par un médecin qui a admirablement décrit ces affections dans toutes leurs diverses variétés.

De même que, comme nous venons de le voir, les affections

catarrhales peuvent se localiser dans le cerveau, en y déterminant ou non des lésions consécutives à cette localisation ; de même, elles peuvent survenir chez un malade déjà en puissance d'une affection chronique du cerveau. Dans de pareils cas, il est intéressant de rechercher l'influence de la poussée congestive sur la lésion existante. Nous avons observé, avec M. Marrotte, le fait suivant :

Obs. III. — M. X..., 67 ans, est un arthritique atteint depuis plus de trente ans, une ou deux fois chaque année (au printemps et à l'automne), de manifestations fluxionnaires du côté des grandes articulations, manifestations durant de huit jours à deux mois. Depuis un an, ces phénomènes ne se produisent plus.

Il y a trois ans, après un vertige un peu prolongé, légère hémiplégie gauche ; hémiplégie motrice, plus prononcée au bras qu'à la jambe ; hémianesthésie du même côté, bien nette. Ces symptômes, avec le temps, s'amendèrent très sensiblement, et M. X... avait repris sa vie ordinaire.

Au mois de novembre dernier, en revenant de la campagne, M. X. resta exposé dans la gare de Poitiers, en attendant le train, à tous les vents. En arrivant à Paris, à six heures du soir, il est pris d'un violent frisson avec claquement de dents. Ce frisson dura trois quarts d'heure environ. Il fut suivi d'une chaleur sèche, très prononcée. Pouls plein, rapide ; 140 pulsations. Vers les quatre heures du matin, sueurs abondantes.

Ce jour, à 8 heures, nous voyons le malade, M. Marrotte et moi. Il est plongé dans une sorte d'*état comateux*, c'est à peine s'il nous reconnaît. Le visage est très rouge, les yeux congestionnés. Peau chaude, sèche. Pouls, 130. L'auscultation dénote aux deux bases des poumons, dans la moitié inférieure, l'existence de nombreux râles sous-crépitants à moyenne bulbe. Légère submatité dans les mêmes régions ; pas d'expectoration. Rien d'anormal du côté du cœur, à part la rapidité des battements. Urine très rouge, peu abondante, sans albumine.

On donne : lavements purgatifs ; 40 centigrammes de sulfate de quinine, une potion avec 1 gramme d'ergotine ; cataplasmes sinapisés sur la poitrine. Le soir, à six heures, nouveau frisson, aussi intense et aussi prolongé que celui de la veille.

L'état comateux paraît plus accentué encore. La poitrine est remplie de râles. On ne peut tirer aucune parole du malade. En même temps, le bras gauche et la jambe du même côté, autrefois

paralysés, semblent avoir perdu tout mouvement. Il est vrai que l'état comateux rend assez bien compte de cette particularité. Vers huit heures du soir, le malade paraît à toute extrémité : la dyspnée est très forte et la faiblesse est extrême. On donne : 60 centigrammes de sulfate de quinine ; même potion. La détente se fait vers les quatre heures du matin ; elle est marquée par une sueur abondante.

Le lendemain matin, lorsque nous voyons le malade, il est mieux ; il peut répondre un peu aux questions qu'on lui adresse, mais il le fait en bégayant. Pouls, 110. Les râles de la poitrine diminuent. Même traitement.

Le soir de ce jour, il ne survient pas de frissons et la nuit est très bonne.

Les jours suivants, l'amélioration s'accroît et, peu à peu, le malade revient à la santé.

Au bout de quinze jours, la santé générale est bonne ; mais il est facile de voir que l'hémipégie (presque entièrement disparue avant cette dernière maladie) est nettement marquée. De plus, pendant de longs mois, le malade garde un affaissement cérébral des plus complets.

Faut-il ne voir, dans cette observation, qu'une simple congestion pulmonaire double à *frigore* ? Nous ne le croyons pas ; et tel a été l'avis de M. Marrotte, qui avait porté, à cause des frissons et de la marche périodique de l'affection, le diagnostic : *fièvre catarrhale, avec déterminations pulmonaires et cérébrales*.

Du reste, huit mois auparavant, M. X... avait eu une fièvre catarrhale, caractérisée par des frissons périodiques, une fièvre vive, des phénomènes cérébraux congestifs inquiétants. L'administration du sulfate de quinine, à la dose d'un gramme, amena très rapidement une détente des symptômes généraux et des symptômes encéphaliques ; au troisième jour, il se produisit une amygdalite aiguë qui sembla juger la maladie.

Il était intéressant, du moins nous le croyons, d'appeler l'attention, de nouveau, sur ces poussées congestives chez des malades en puissance de lésions cérébrales chroniques et sur leurs conséquences. Il est bon également de faire remarquer la puissance d'action du sulfate de quinine contre les

diverses localisations des affections catarrhales. Peut-être dans bien des circonstances, si le diagnostic était porté à temps, pourrait-on empêcher les conséquences de semblables localisations, surtout quand elles atteignent un organe d'une importance majeure pour la vie, comme le cerveau ?

A propos de ma première observation, je veux répéter, après tous les auteurs qui se sont occupés de la pathologie des vieillards, que chez eux les maladies aiguës revêtent parfois des apparences tout à fait insolites, en dehors de la symptomatologie ordinaire. Il est assez commun, en clinique, de constater le fait suivant : un vieillard entre à l'infirmerie avec un léger état fébrile ; l'examen le plus minutieux ne révèle autre chose que les signes d'un état gastrique. En face de ces symptômes, on porte un pronostic bénin, et le lendemain ou le surlendemain on est tout étonné d'apprendre la mort du malade. A l'autopsie, on trouve soit une péritonite suppurée avec une proportion de pus tout à fait insolite, soit une bronchopneumonie double, soit une pleurésie suppurée, etc. Pruss, Maclagan, Durand-Fardel, etc., ont fourni quelques observations concernant la méningite aiguë des vieillards. Maclagan a parfaitement constaté l'absence de céphalalgie, alors même que la méningite était purulente. Il a insisté également sur la rareté des vomissements ; et, dans ses observations, il n'a pas noté de contractures ni de paralysies. Comme le fait remarquer M. le professeur Jaccoud : « La seule preuve de la phlegmasie méningée, dans ce cas, est tirée de l'injection, de la rougeur et de la suffusion sanguine des conjonctives et de l'augmentation de la température du cuir chevelu qui paraît à la main beaucoup plus chaud que normalement. » Il est juste de faire remarquer que parfois, chez les vieillards, ces signes sont bien trompeurs, et souvent le diagnostic ne peut être établi que par l'autopsie.

En manière de conclusion, nous dirons : le cerveau n'échappe pas, comme on a paru le croire un moment, aux localisations des maladies générales, des affections catarrhales en particulier, affections saisonnières ou épidémiques.

Les conditions étiologiques, les circonstances symptomatologiques, la nature du processus anatomo-pathologique, les

résultats thérapeutiques, nous paraissent justifier notre manière de voir.

S'il en est ainsi, on comprend bien pourquoi le cerveau peut être le siège de lésions méconnues dans leur nature et à propos desquelles on peut commettre une faute thérapeutique funeste au malade.

**Biblioteka Główna
WUM**

Paris. — Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart.

Biblioteka Główna WUM

Br.17130



000029025



www.dlibra.wum.edu.pl