

*Bibliothèque numérique*

medic@

Dictionnaire des maladies  
éponymiques et des observations  
princeps : **Morvan (chorée de)**

**MORVAN, Augustin Marie. - De la  
chorée fibrillaire**

*In : Gazette hebdomadaire de médecine et de  
chirurgie, 1890, Vol. 27, pp. 200-2*

lésions bacillaires concomitantes ne permettaient pas une néphrectomie. Je fis sur le bord convexe une longue incision de six centimètres, et je pénétrai ainsi jusqu'au bassinet. L'hémorragie fut peu marquée, beaucoup moins que dans l'observation précédente. Je ne trouvai aucun foyer purulent ni dans le rein, ni dans le bassinet; mais sur la tranche de section je vis et je fis voir par mes assistants, Delagénier, Albaran, Janet, de gros noyaux jaunes, ou blanc jaunâtre, résistants, sans trace de suppuration, présentant tous les caractères de la tuberculose. Malheureusement ces foyers étaient multiples et disséminés, et on ne pouvait songer à un évidement de l'organe. D'autre part; laisser le rein ouvert était établir une porte à l'infection ou à l'établissement d'une fistule. Je fis la suture des deux valves du rein, je passai cinq points de catgut numéro 4 en pleine substance rénale saine ou tuberculeuse et je fermai exactement l'incision du parenchyme. Je grattai la poche péri-rénale, je la bourrai de gaze iodoformée et tout le reste de la plaie des parties molles fut exactement suturé. Toute la plaie, sauf le point drainé, se réunit par première intention.

Je dirai pour ce qui nous concerne ici que le foyer gratté suppura, mais qu'il ne sortit jamais une goutte d'urine par la plaie; la direction vers le foyer sous-rénal du trajet nous permet d'affirmer que la plaie elle-même du rein ne parut subir aucune influence néfaste de sa structure tuberculeuse.

Ma troisième observation a été publiée à la Société de chirurgie, et mon collègue et excellent ami Brun a fait à ce sujet un remarquable rapport.

Il s'agissait d'un malade atteint d'une fistule rénale urinaire et aseptique consécutive à une néphrotomie (*Sem. méd. Tuffier*). Me basant sur mes expériences, je fis après libération du rein l'avivement intra-rénal de la fistule, avivement qui porta sur le parenchyme de l'organe. Le rein fut suturé et le malade guérit radicalement. Ces trois exemples prouvent que la chirurgie peut bénéficier des résultats que l'expérimentation m'a donnés. L'incision du rein sur son bord convexe est la voie la moins périlleuse pour arriver sur le bassinet dans les cas où le parenchyme est normal. Cette incision doit être faite franchement au bistouri. Elle s'accompagne d'une hémorragie dont la compression et la suture exacte des deux valves de la plaie du rein permettent de se rendre maître. L'asepsie rend facile la réunion par première intention et met ainsi à l'abri des fistules consécutives.

TEFFIER.

## TRAVAUX ORIGINAUX

**De la chorée fibrillaire**, par le Dr MORVAN, de Lannilis.  
(Fin)

### IV

Avant de finir, revenons sur un épiphénomène, l'hyperidrose, que nous avons rencontré chez le sujet de notre première observation.

Tant que le mal s'est arrêté aux membres inférieurs, il n'y a pas eu de sueur anormale. Mais le phénomène s'est produit quand le tronc a été envahi; tout le corps était alors en sueur.

A ce propos, je veux rappeler ce qui se passe également dans la paréso-analgésie. Dans cette affection, l'analgésie, qui d'ordinaire se limite au membre supérieur, peut envahir le cou et la face et même le membre inférieur, pourvu que le tronc soit hors de cause, sans qu'il

y ait exagération dans la transpiration; mais qu'elle s'étende au tronc, et aussitôt l'hyperidrose survient. Nous l'avons constatée deux fois en pareille circonstance, et le fait nous avait assez frappé pour que, dans notre deuxième mémoire sur la paréso-analgésie, nous ayons pris soin de le faire ressortir.

Peu de temps après, le Dr Hanot publiait dans les *Archives de médecine* (1887) un cas de paréso-analgésie qui, sous ce rapport, était le pendant des nôtres. Chez son malade, l'analgésie occupait tout le côté gauche du corps, *tronc compris*. Or « dès qu'il peinait un peu trop, le bras gauche et la moitié correspondante du thorax étaient trempés de sueur, alors que le côté droit restait sec ».

Dans cette même année, le Dr Colleville, de Reims, publiait dans la *Gazette hebdomadaire* un autre cas de paréso-analgésie occupant les deux côtés du corps, mais plus accentuée à droite où l'insensibilité remontait jusqu'au sommet de la tête. « Analgesie complète sur toute l'étendue de la paroi thoracique antérieure et postérieure. »

Ici encore on constate « une tendance aux sueurs spontanées sur la moitié droite de la figure, mais rien de semblable sur les bras et la poitrine ». Il y aurait donc là une exception à ce que nous avons vu, l'hyperidrose se limitant à l'une des régions analgésiées.

Depuis lors, l'hyperidrose a été signalée dans la syringomyélie, cette proche parente à tant d'égards de la paréso-analgésie, mais toujours à la condition que le tronc fut envahi. Elle est notée dans deux observations de Bernard.

Rhot ne paraît pas l'avoir constatée personnellement, du moins il n'en est pas question; mais à l'article qu'il consacre à la symptomatologie on trouve le passage suivant : « Les sueurs sont souvent augmentées dans la sphère de l'anesthésie — et parfois à un degré considérable; elles sont surtout notamment augmentées dans la forme hémianesthésique. »

Donc il y a hyperidrose dans la paréso-analgésie et la syringomyélie, comme dans la chorée fibrillaire, mais avec cette différence toutefois que dans la dernière maladie les sueurs sont généralisées, étendues à tout le corps, et que dans les deux premières elles sont localisées, restreintes aux seules parties analgésiées; avec cette différence encore que dans la chorée fibrillaire la sudation est spontanée, et que dans les deux autres, elle demande à être provoquée par un effort quelconque, comme celui de manger, de marcher.

Ne semble-t-il pas paradoxal de rencontrer le même symptôme — l'hyperidrose — en des affections de nature si opposée, l'une ayant une action excitante, convulsive, et les autres, déprimante, paralysante?

Essayons d'en trouver l'explication.

Nous devons aux récentes données de la physiologie de savoir que l'origine des nerfs sudoraux est placée dans la moelle entre les premières paires dorsales et les 3 et 4 premières lombaires. D'autre part, ne perdons pas de vue que l'hyperidrose n'existe dans la chorée fibrillaire, comme dans la paréso-analgésie et la syringomyélie, que lorsque ces affections, dans leur marche ascendante ou descendante, arrivent à occuper la région dorsale de la moelle.

Ce premier point établi, on s'étonnera moins de voir des affections siégeant toutes dans cette région, au point d'origine des nerfs sudoraux, avoir de l'action sur ces derniers. Mais on se demandera toujours comment il se fait que des affections de nature si opposée aboutissent au même résultat, à l'hyperidrose, et forcément on sera conduit à admettre que chacune agit à sa manière et de façon différente.

On ne voit pas trop comment sortir de la difficulté sans revenir aux idées de Vulpian sur l'existence d'un double

système de nerfs sudoraux. Ce retour en arrière, nous ne sommes pas les seuls à y avoir songé. Nous lisons, en effet, dans l'article *Grand Sympathique* du *Dictionnaire encyclopédique*, de François Franck :

« La section du sympathique cervical est suivie de sudation dans la moitié correspondante de la face et du cou... La sudation est le résultat indirect de l'excès de vascularisation et de l'augmentation de la température de la peau, si toutefois *l'hypothèse des nerfs fréno-sudoraux, émise par Vulpian, doit être abandonnée, comme l'a pensé son auteur.* »

C'est un regret, et on sent que François Franck irait volontiers de l'hypothèse à l'affirmation.

Nous trouvons dans nos observations un nouvel argument en faveur de l'hypothèse. Qu'une affection convulsive comme la chorée fibrillaire ait de l'action sur les excito-sudoraux, qu'elle en exalte les propriétés et détermine de l'hyperidrose, rien de plus naturel. Mais se peut-il qu'il n'en soit pas autrement de la parésio-analgésie, de la syringomyélie, qui ont une action paralysante, et qui, au lieu d'augmenter l'activité des excito-sudoraux, devraient la diminuer ?

Comment, en pareil cas, comprendre la production de la sueur sans admettre l'existence des nerfs fréno-sudoraux ?

Avec cette hypothèse tout s'explique : les nerfs fréno-sudoraux étant parésiés, l'action des excito-sudoraux devient prépondérante.

C'est par suite d'un raisonnement semblable que, dans une expérience toute récente, Arloing conclut aussi à l'existence des nerfs fréno-sécrétoires pour les glandes du mufle chez le bœuf. L'expérience consiste dans la section du cordon cervical du sympathique. Le point essentiel est que 40 jours après la section, si on vient à pratiquer une injection de pilocarpine, on voit se produire les effets ordinaires de cette injonction non seulement du côté où le nerf est intact, mais aussi, quoique un peu plus tard, sur le côté lésé, et même les effets ne tardent pas à être plus marqués de ce dernier côté.

Et Arloing conclut qu'on ne peut expliquer le fait que par la suppression des filets frénateurs.

L'expérience d'Arloing rappelle une autre expérience bien connue, celle de Vulpian, où, le sciatique d'un chat étant coupé, on provoque une sudation abondante sur le membre lésé avec la pilocarpine.

Et bien ! Déjerine, dans le cas de syringomyélie qu'il a communiquée à la Société médicale des hôpitaux (séance du 22 février 1889), a fait une expérience qui est l'analogie de celles d'Arloing et de Vulpian. Une injection de pilocarpine a produit une sudation beaucoup plus abondante sur les parties correspondant aux points analgésiés que sur les autres points du corps. Notons que chez son malade, comme toujours en pareil cas, la syringomyélie occupait le tronc ; l'anesthésie descendait sur le haut de la poitrine jusqu'aux mamelons.

Ici ce n'est pas la section, c'est la paralysie qui a supprimé l'action des nerfs frénateurs.

Nous croyons avoir démontré par la voie clinique l'existence des nerfs fréno-sudoraux. Est-il possible maintenant de fixer leur point d'origine dans la moelle dont ils relèvent ?

La parésio-analgésie, quand elle est complète, comprend deux groupes de symptômes, se localisant différemment, la parésie avec atrophie qui se rattache à la corne antérieure du myélaque et les diverses anesthésies qui se rattachent à la corne postérieure.

L'une des deux observations de parésio-analgésie où nous avons noté de l'hyperidrose, celle de Kerlosquet (Obs. I), est dans ce cas ; il y a à la fois parésie et analgésie, et dès lors on ne sait où placer l'origine des nerfs fréno-

sudoraux, dans la corne antérieure ou dans la corne postérieure de la substance grise.

Mais lorsque la parésie n'existe pas, que tout se borne à l'analgésie, et qu'il y a sudation, il n'y a pas d'hésitation possible, et l'on est conduit forcément à placer les nerfs fréno-sudoraux dans le voisinage des nerfs sensitifs, c'est-à-dire, dans la corne postérieure. Or, c'était le cas de notre Obs. XIII de parésio-analgésie.

L'observation publiée par le professeur Grasset, dans son remarquable travail sur un syndrome bulbo-médullaire constitué par l'hémianesthésie, l'analgésie et les troubles sudoraux ou vaso-moteurs, est aussi un fait des plus probants à l'appui de la thèse que je soutiens.

Dans ce cas, par une exception unique, la parésie et l'analgésie ne se trouvent pas du même côté ; la parésie est à gauche, et l'analgésie à droite ; or, c'est à droite que sont les troubles sudoraux.

Poursuivons. Après avoir démontré l'existence des nerfs fréno-sudoraux et rattaché leur origine à la corne postérieure, il ne nous reste plus qu'à déterminer leur point d'émergence. Les excito-sudoraux sortent de la moelle par les racines antérieures : tous les physiologistes sont d'accord à ce sujet. Mais les fréno-sudoraux ayant une origine différente ne sauraient avoir la même porte de sortie. Emanant des centres logés dans la corne postérieure, ils doivent sortir par les racines postérieures qui sont les ramifications de cette corne.

Je sais que Stricker a aussi essayé de faire passer les vaso-dilatateurs par les racines postérieures et qu'il a été généralement combattu.

Ma conception a-t-elle plus de fondement que la sienne ? Et la clinique qui a déjà beaucoup fait pour la localisation des diverses espèces de sensibilités dans la moelle, est-elle appelée à faire faire un pas de plus à la physiologie en fixant le lieu de passage des fréno-sudoraux dont elle me semble avoir prouvé l'existence ?

Voici deux expériences qui répondent affirmativement à la question.

*1<sup>e</sup> expérience.* — Cheval de vingt et quelques années, très maigre, bien portant d'ailleurs. 40 grammes de chloral en solution dans un litre d'eau sont administrés par la bouche. L'anesthésie n'arrivant pas de la sorte assez vite à notre gré, on a recours, pour en finir, à 75 grammes de chloroforme en inspiration. Le canal vertébral est ouvert par la gouge et le maillet depuis l'avant-dernière vertèbre dorsale jusqu'à la 4<sup>e</sup> lombaire, de manière à découvrir la moelle dans toute cette étendue. La dure-mère étant fendue du haut en bas, on voit à nu les radicules qui composent les racines supérieures et on les coupe. Puis une injection de 0,05 de chlorhydrate de pilocarpine est faite, moitié à l'épaule et moitié à la tête (côté gauche).

La nuit était venue dans l'intervalle (car nous avions perdu plus de temps que nous n'avions prévu à insensibiliser l'animal, à lui ouvrir le rachis), et avec la nuit la fraîcheur ; nous étions au 14 décembre de l'an passé.

Pour le garantir du froid, nous avions eu soin de le couvrir d'une couche de paille. Deux heures après l'injection de la pilocarpine, toute la crête, les flancs et le haut des cuisses (faces externe et interne) sont en sueur, mouillant la main qui les touche, tandis que les parties du corps situées en avant de la fenêtre vertébrale sont absolument sèches.

Cette expérience est pour les nerfs sudoraux ce que l'expérience d'Arloing est pour les nerfs sécrétaires des glandes du mufle chez le bœuf. La dose de pilocarpine, par la température abaissée que nous avions, était insuffisante pour déterminer la sudation sur les points dont les nerfs étaient intacts, tandis que les nerfs frénateurs étant détruits et par suite l'équilibre rompu au profit des excito-sudoraux, elle suffisait à provoquer une sueur abondante dans le train de derrière.

Elle prouvait donc l'existence des nerfs fréno-sudoraux. Elle aurait prouvé aussi le passage de ces filets dans les racines supérieures, si malheureusement, surpris par un commencement d'obscurité, nous n'avions pas également plus ou moins intéressé les racines inférieures.

C'était, à cause de cela, une expérience défectueuse, une expérience à reprendre; c'est ce que nous fîmes le 31 décembre dernier.

*2<sup>e</sup> expérience.* — Cheval vieux de plus de vingt ans, taille moyenne, maigre, bien portant d'ailleurs. 40 grammes de chloral en solution dans un litre d'eau, administrés par la bouche.

La résolution anesthésique se faisant attendre, on donne en inspiration 75 grammes de chloroforme. Le canal vertébral est ouvert dans la même étendue que la première fois, mais du côté gauche seulement. La dure-mère mise à nu est fendue dans toute sa longueur, et nous voyons très distinctement les radicules qui émergent de la moelle et qui viennent se réunir pour constituer les racines supérieures. Un jour clair nous permet cette fois de couper sur la sonde cannelée les radicules du dernier nerf dorsal et des 3 premiers lombaires et de n'intéresser qu'elles. Les origines des racines inférieures de ces nerfs sont respectées à coup sûr.

Une injection de 0,05 de pilocarpine est faite à l'épaule gauche. Comme la soirée s'avancait et qu'il glaçait, tout le corps de la bête fut couvert d'une épaisse couche de paille. Deux heures ensuite, le flanc gauche et le haut de la cuisse correspondent, à sa face externe, sont en sueur.

Les poils longs, touffus, sont mouillés très manifestement et mouillent la main qui les touche et qui en reste gluante.

L'entre-deux des cuisses et leur face interne dans la partie dépourvue de poil sont également moites de sueur. La face interne de la cuisse droite est aussi humide que celle de la cuisse gauche. Cela tient évidemment à la situation des membres qui sont superposés et se touchent, l'animal étant abattu sur le flanc droit.

Tout le reste du corps est sec. Rien en avant de la fenêtre vertébrale, rien ni sur la face externe de la cuisse droite ni sur le flanc correspondant.

Ici plus de doute possible, le passage des nerfs fréno-sudoraux a lieu par les racines supérieures.

La sudation moins copieuse que la première fois devait tenir à la température. Nous opérions en plein air et nous avons déjà dit qu'il glaçait dur. Or on sait que la chaleur vient puissamment en aide aux moyens propres à déterminer la sueur.

Nous nous demandions cependant si, le dernier cheval étant plus grand que le premier, la dose de pilocarpine était en rapport avec sa taille, et à 7 heures, c'est-à-dire trois heures après, nous nous décidions à faire une nouvelle injection de 0,05 à la tête, dans le masséter. Les sueurs ne furent pas sensiblement augmentées, mais il survint de la salivation, le cheval rendait une bave spumeuse.

Je ne terminerai pas sans remercier mon ami Bergot, vétérinaire distingué, du concours qu'il a bien voulu me prêter dans ces deux expériences.

## REVUE DES JOURNAUX

### NEUROPATHOLOGIE

**Névrile malarique et neuro-retinite** (Malarial neuritis and neuro-retinitis), par N. C. MACNAMARA (*British Medical Journal*, 8 mars 1890, p. 540). — Dans 4 observations de fièvre intermittente, les auteurs ont noté des troubles de la vision, et constaté à l'ophthalmoscope un engorgement des vaisseaux de la rétine. Il ne s'agissait, du reste, ni de syphilis, ni d'albuminurie; aussi pensent ils que cette névrile qui céda au traitement quinique est sous la dépendance de la malaria. Les hématozoaires palustres engendreraient des ptomatites, qui irriteraient les tissus, engorgeraient les vaisseaux, et provoqueraient dans la papille et la rétine les troubles qu'ils ont observés.

**Note sur un cas de méningite cérébro-spinales avec diminution remarquable du nombre des respirations**, par J. F. ERDMANN (*The New York Medical Journal*, 25 janvier 1890, p. 98). — Malade âgé de 25 ans, présentant des douleurs céphaliques et cervicales avec rigidité des muscles de la nuque. La température était de 39°.

Spasmes cloniques des membres inférieurs. Le nombre de respirations, qui était de 17 au début, tomba successivement à 9, 7, 4 et même 5. Ultérieurement le malade guérit.

**Histoire d'une hystérique hypnotisable traitée et guérie par la métallothérapie**, par P. DUCLOUX (*Montpellier médical*, 1<sup>er</sup> avril 1890, p. 293). — Histoire minutieusement décrite d'une hystérique qui, malgré l'avis contraire de l'auteur, rentre très normalement dans le cadre des formes décrites à la Salpêtrière. Nous avons, du reste, publié ici même l'exposé des attaques à forme somnambulique, dont le travail de M. Ducloux offre un nouvel exemple. Un fait intéressant de cette observation consiste en ce que la muqueuse stomacale jouait chez la malade le rôle d'une zone hystérogène. Il est à noter aussi que les manœuvres d'hypnotisme provoquaient des crises et non du sommeil; aussi la suggestion thérapeutique ou autre était-elle sans effet. L'auteur pense que son sujet fait exception encore à ce point de vue à la règle de Charcot, car il n'a pu obtenir les trois états de la Salpêtrière par l'hypnotisation: il n'y a là rien que de normal cependant, car ce n'est pas l'hypnose, mais bien des crises à forme léthargique, qui ont été provoquées. En réalité, il s'est agi d'un cas d'hystérie tout à fait analogue à ceux que nous avons cités dans le travail auquel nous faisons allusion, cas qui, loin d'être « une exception à la règle de la Salpêtrière », confirme de tous points la description et l'interprétation de M. Charcot. (Voir *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1890, n° 12, p. 134.)

**Embolie cérébrale avec sclérose secondaire du cordon gauche de la moelle**, par JANIX (*Archives médicales belges*, mars 1890, p. 152). — Un soldat de 32 ans est pris d'une perte de connaissance de peu de durée, à la suite de laquelle il garde une paralysie du côté gauche, sauf la face, « animée par moments de secousses convulsives », et une anesthésie complète (avec perte du sens musculaire) sensitive et sensorielle du même côté. Ultérieurement la motilité revient en partie, mais l'hémianesthésie persiste: puis il survient du tremblement des membres, et de la contracture à l'occasion des mouvements volontaires. Le diagnostic clinique (il n'y a pas eu d'autopsie) est discuté avec soin; toutefois l'auteur n'a pas songé à l'hystérie. Or, il nous semble bien que cette hémiparésie avec spasm de la face et hémianesthésie complète, est un exemple typique d'hystérie mûre.

### CHIRURGIE

**Fracture des deux fémurs chez un enfant né en présentation du siège**, par S. RÉMY (*Revue méd. de l'Est*, 15 mars 1890, t. XXII, p. 171). — Les fractures traumatiques du nouveau-né sont presque toujours le résultat des manœuvres de l'accouchement artificiel. Mais dans le cas actuel elles ont été produites par les seules forces de la nature, dans des conditions spéciales, il est vrai, car il s'agit d'une présentation du siège (mode des fesses) chez un fœtus à terme dont les membres inférieurs (atteints de pied-bot) étaient en position vicieuse assez fixe par suite d'une raideur anormale des hanches et des genoux. Cette pseudo-ankylose a évidemment empêché les membres de s'accommoder pour le passage et doit être invoquée dans l'étiologie des fractures, qui se sont d'ailleurs bien consolidées. Des raideurs analogues sont signalées par Horwitz, Lefour, Ollivier.

**Ostéotomie pour cal vicieux du fémur** (Operation for badly united fracture of femur fifteen months previously), par COLLINS and OXON (*Lancet*, 5 avril 1890, t. I, p. 745). — La fracture, vieille de 15 mois, siégeait à peu près à la jonction du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen; elle fut assez mal traitée, et le malade se présente infirme, avec un cal à angle droit. L'ostéotomie, suivie d'extension continue, a donné un bon résultat.

**Traitemen chirurgical de la péritonite** (The surgical treatment of local and general peritonitis), par W. GILL WYLIE (*Med. Record*, New-York, 15 février 1890, t. XXXVII, n° 7, p. 170). — Wylie est partisan convaincu de l'incision franche toutes les fois qu'il y a dans le péritoine du pus, collecté ou non. Il rapporte cinq observations heureuses, toutes cinq pour des perforations du cæcum ou de l'appareil. Trois fois il y avait simple péritonite péri-caecale, ouverte par incision latérale. Deux fois (dont une par rupture d'une poche