

4.

Berichtigung an Herrn Dr. Martin Bernhardt.

Note relative à la déviation conjuguée des yeux et à la rotation de la tête; dans certains cas d'hémiplégie.

Par le Dr. J. L. Prevost,

Médecin en chef de l'Hôpital cantonal de Genève, Professeur à l'Université de Genève.

Dans un mémoire intitulé *Ueber den diagnostischen Werth der Symptome der Deviation conjuguée und der abnormen Kopf- und Rumpfhaltung bei Hirnkrankheiten* que Mr. le Dr. Martin Bernhardt a publié dans le 1. fascicule du Volume LXIX dieses Archivs, cet auteur présente quelques objections au mémoire que j'ai publié en 1868 sur ce sujet. Cet article me suggère les réflexions suivantes que je serais heureux de voir reproduites dans le même journal.

Quand je publiai à Paris en 1868 ma thèse inaugurale intitulée *De la Déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête dans certains cas d'hémiplégie*, je me proposai d'étudier un symptôme presque inconnu que m'avait fait observer mon maître Mr. le Prof. Vulpian.

Je recueillis à cet effet autant d'observations que je pus, je les compulsai, les analysai, et en m'aïdant d'expériences physiologiques je crus pouvoir conclure (comme me l'avait indiqué Mr. Vulpian) que dans le cas de lésion unilatérale siégeant dans l'un des hémisphères cérébraux, la déviation conjuguée des yeux est un symptôme fréquent et se fait du côté du foyer encéphalique. Aucune de mes observations suivies d'autopsie (au nombre de 51, y compris 4 cas de lésions méningées et 4 cas de lésions de la couche corticale) ne faisait exception à cette règle. Une seule observation lui était contraire; je l'avais découverte en fouillant des publications déjà anciennes (voy. p. 3); elle avait été publiée par Mr. Duplay en 1833. L'auteur en signalant une déviation des yeux et une rotation de la tête dans un cas d'hémiplégie la décrivait comme ayant eu lieu du même côté que la paralysie, du côté opposé par conséquent au foyer hémorragique, situé dans l'hémisphère cérébral opposé. Je fus tenté de voir une erreur dans la détermination du sens de la déviation des globes oculaires dans une observation recueillie à un moment où ce symptôme n'avait nullement attiré l'attention des observateurs. Or Mr. Bernhardt se fonde en partie sur cette observation pour attaquer la règle que j'établis pour le sens de la déviation oculaire, dans le cas de lésion unilatérale des hémisphères.

Je suis d'autant plus étonné de cela que Mr. Bernhardt dit p. 19 à propos des objections qu'il m'adresse: „Ich recurrire gar nicht auf die älteren, bei denen das Symptom nicht beachtet worden ist, weil man noch nichts von ihm wusste, sondern meine die neueren, wo man nach ihm suchte und seine Abwesenheit sorgfältig notirte.“

Cette observation recueillie dans le service de Rostan en 1833 aurait donc

dû être laissée de côté dans la critique de Mr. Bernhardt. Quand je publiai mon mémoire, je citai cette observation uniquement pour montrer que le symptôme de déviation oculaire n'avait pas été complètement méconnu, et avait été signalé par des auteurs qui n'en avaient pas saisi la valeur diagnostique.

Mon mémoire neuf en 1868, ne l'est plus actuellement, je le veux bien; mais j'ai eu l'avantage de susciter des recherches nombreuses sur ce point de sémiologie et d'attirer l'attention sur un phénomène presque inconnu, qui est loin d'être rare, et dont la présence ou l'absence est actuellement notée dans toutes les observations un peu complètes.

J'insistai surtout sur les lésions de la substance cérébrale elle-même. Les observations que j'avais pu recueillir d'hémorragies méningées ou de lésions de la surface corticale étaient rares; je pus cependant réunir quatre cas de lésion corticale unilatérale et quatre cas d'hémorragie méningée dans lesquels on avait observé une déviation conjuguée des yeux, compliquée dans quelques-uns de rotation de la tête. Or dans ces huit cas la déviation avait eu lieu du côté du foyer et je signalai ce fait sous toutes réserves dans ma conclusion no. 5 en disant: „On peut observer ce symptôme dans les cas de lésion superficielle d'un hémisphère et même dans des cas de lésion unilatérale des méninges, la déviation a toujours eu lieu alors du côté de la lésion.“ Depuis lors quelques observations rentrant dans ce groupe, et faisant exception à la règle que j'avais formulée ont été publiées. Mais les lésions des méninges sont rarement localisées et il n'est pas rare dans ces cas, que des phénomènes d'excitation réflexe troublent les symptômes habituels, et que des phénomènes de contracture ou de paralysie se montrent du côté de la lésion. Les mêmes causes peuvent expliquer les exceptions que subit quelquefois la direction de la déviation oculaire.

Quant aux lésions centrales, deux des observations de Mr. Eichhorst et non quatre rentrent dans ce groupe, les deux dernières observations de cet auteur que cite Mr. Bernhardt ont trait à des lésions de la convexité ou des méninges, et méritent aussi que je les discute tout à l'heure.

C'est au contraire, par centaines que Mr. Bernhardt eût pu compter les cas qui sont conformes à la manière de voir que j'ai soutenue en disant: „Que dans les cas de lésions siégeant dans l'un des hémisphères cérébraux, la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête se fait du côté opposé à l'hémiparésie, du côté de l'hémisphère malade.“

La lecture attentive des deux observations de Mr. Eichhorst qui font exception à une loi qui paraît si constante, ne m'a pas permis de saisir la cause de ces deux exceptions; mais je crois qu'un plus grand nombre de faits serait nécessaire pour renverser la règle que j'ai posée dans mon mémoire et qui est justifiée par un nombre très considérable d'observations.

Mr. Bernhardt cherche à nier que le symptôme en question ait une valeur diagnostique. Il est cependant certains cas dans lesquels le coma apoplectique peut être confondu avec d'autres états apoplectiformes; tels par exemple la résolution générale produite par l'asphyxie due à un corps étranger du pharynx; j'ai cité dans mon mémoire page 81 des faits de ce genre. Il n'est pas rare en effet que chez des vieillards ou des déments une attaque apoplectique puisse être confondue avec la

résolution générale de l'asphyxie produite par un corps étranger du pharynx; la constatation d'une déviation conjuguée des yeux peut avoir dans une circonstance pareille une grande valeur.

Mr. Bernhardt aurait d'ailleurs pu trouver un exemple de ce que j'avance dans une des observations qu'il cite pour combattre ma manière de voir: Dans ce cas en effet la déviation des yeux était le seul signe qui put être invoqué pour diagnostiquer, chez un individu apporté à l'hôpital dans le coma, l'existence d'une lésion cérébrale. La déviation avait il est vrai lieu du côté opposé au foyer; mais il s'agissait d'une vaste hemorrhagie méningée; et j'ai déjà fait mes réserves plus haut à cet égard.

Cette observation me paraît être assez intéressante relativement à la valeur diagnostique de la déviation des yeux, pour que je la reproduise ici in extenso et non en résumé choisi selon son gré comme le fait Mr. Bernhardt.

Beobachtung IV¹⁾.

In den Sommerferien vorigen Jahres wurde ein dem Arbeiterstande angehöriger Mann in das Krankenhaus gebracht, welchen man auf der Strasse besinnungslos gefunden hatte. Der Kranke lag mit geschlossenen Augen da und reagierte nicht auf Hautreize. Seine Atemzüge waren tief schnarchend und unregelmässig. Der Puls stark gespannt, langsam und regelmässig. Keine Wunden, keine Narben, keine Exantheme.

Gesicht stark geröthet. Auffällig gut entwickeltes Fettpolster. An den inneren Organen liess sich nichts Abnormes nachweisen. Der mit dem Katheter entleerte Urin hatte eine rothgelbe Farbe, war klar, reagierte sauer und enthielt weder Eiweiss noch Zucker. Es liessen sich nicht deutlich Lähmungen nachweisen.

Sehr auffällig war es, dass der soporöse Kranke auf der rechten Seite lag, dass der Kopf nach rechts gerichtet war, und dass die Augen nach rechts hinübersahen.

Diese Lage wurde immer wieder und mit einer bemerkenswerthen Schnelligkeit aufgesucht, so oft man auch den Kranken in eine andere Lage gebracht hatte.

Der Kranke starb wenige Stunden nach seiner Aufnahme. Bei der Section fand man ein sehr grosses Hämatom der Dura mater, in welchem ein umfangreicher frischer Bluterguss zu Stande gekommen war. Dasselbe nahm linkerseits fast die ganze Convexität der linken Grosshirnhemisphäre ein und hatte offenbar auf die unterliegende Hirnrinde einen starken Druck ausüben müssen.

Mr. Bernhardt est tenté d'admettre que je donne à la déviation des yeux et de la tête une plus grande valeur que ce signe n'a en réalité; il n'en est rien, et pas plus que lui je ne me foudrais sur ce signe unique pour baser un diagnostic complet, comme il semble vouloir me le reprocher en terminant son mémoire page 23. Il est d'ailleurs bien peu de signes qui aient une assez grande valeur diagnostique pour engager le médecin à négliger l'analyse des autres symptômes concomitants.

Enfin M. Bernhardt cite page 4 de sa publication un court extrait de l'obs. III de Mr. Eichhorst en disant:

¹⁾ Eichhorst, Neuropathologische Beobachtungen. Charité-Annalen. I. 243.

„Endlich schliesst sich hier eine vierte Beobachtung an, bei welcher sich nach dem Tode ein Erweichungsheerd auf der Convexität des rechten Schläfenlappens fand. Die 49jährige Kranke war linksseitig gelähmt und lag dauernd auf der linken Seite mit nach links gedrehtem Kopf. Die Augen standen permanent nach links hin gerichtet.“

Cette observation me paraît mal choisie pour combattre ma manière de voir. Dans ce cas en effet (obs. III de Mr. Eichhorst) il s'agit d'une hemiplégie flaccide du côté gauche, qui présente plusieurs crises convulsives.

L'autopsie n'a signalé pour rendre compte de ces symptômes complexes qu'un petit foyer superficiel de l'hémisphère opposé à l'hémiplegie (Encephalomalacia corticalis circumscripta hemisphaerae cerebri dextrae). Il me paraît difficile de fonder sur ce cas complexe et exceptionnel à bien d'autres égards que relativement à la position des yeux, une opinion assez nette pour être un argument sérieux.

Le symptôme de la déviation oculaire paraît d'ailleurs avoir été très passager et mal déterminé, car en lisant d'un bout à l'autre et non une seule phrase de cette observation on peut y voir:

Seite 242 (4. September 1874). „Patientin liegt auf der linken Seite und hat den Kopf auffällig stark nach links gedreht. Auch die Augen stehen im höchsten Grade nach links hinüber. Bei passivem Lagewechsel kehrt die Kranke sehr bald wieder in die angegebene Lage zurück. Der Kopf ist übrigens frei beweglich.“

Le même jour 12 lignes plus loin, Seite 239: „Die Augen sind frei beweglich.“

Le 6. Septembre S. 240 attaque convulsive: „Nach wenigen Minuten dehnen sich die Zuckungen auch auf die linksseitigen Brustmuskeln, dann auf die Halsmuskeln aus, so dass der Kopf ununterbrochen nach links hinübergezogen wird“...

S. 241: „Die Kranke beginnt zu deliriren und liegt stöhnen mit halboffenen Augen da. Die Augen rollen nach oben und innen. Sehr bald verbreiten sich die tetanischen Zuckungen zuerst auf die rechte Gesichtshälfte, dann auf den rechten Arm und zum Schluss auch auf das rechte Bein.“

Les phrases que je viens de citer me paraissent suffisantes pour prouver que le sujet de cette observation offre des symptômes trop complexes et trop variés, interprétés par un seul petit foyer d'encéphalomalacie corticale pour qu'elle puisse être prise comme base d'une discussion sérieuse.

Quant aux lésions de l'isthme de l'encéphale, je dois insister sur ce que les cas que je possédais en 1868, étaient peu nombreux; plusieurs faisaient exception à la règle, la déviation oculaire ayant souvent eu lieu du côté opposé à la lésion encéphalique, je rapprochai cette particularité des faits expérimentaux de lésions du l'isthme de l'encéphale. Mr. Bernhardt d'après ses relevés statistiques nous affirme que le plus fréquemment la déviation a lieu du côté opposé à la lésion: je le veux bien, il nous donne ainsi une preuve nouvelle de l'assimilation de la déviation oculaire des hémiplégiques avec les mouvements de rotation observés chez les animaux, à la suite des blessures de l'isthme de l'encéphale.

L'assimilation de la déviation oculaire avec les mouvements de rotation avait déjà été soutenue avant moi par Mr. Vulpian, c'est à ce maître que je dois cette opinion que je n'ai fait que développer et justifier par des expériences (comme je le dis dans ma thèse, avant propos).

Je dois ajouter que depuis lors tous les faits que j'ai pu recueillir et observer, n'ont fait que confirmer pour moi cette opinion.

Je ne veux pas être plus long sur ce sujet. Je tenais simplement à rectifier en quelques points les opinions trop exclusives que m'attribue Mr. Bernhardt, et signaler quelques inexactitudes de son mémoire.

La déviation des yeux et la rotation de la tête dans l'hémiparalysie est un symptôme qui peut, je le crois, avoir sa valeur, et je serai heureux si l'analyse critique à laquelle s'est livré Mr. Bernhardt, engage d'autres observateurs à publier des faits nouveaux favorables ou contraires à la thèse que j'ai soutenue.

5.

Ueber systolische Einziehungen der Intercostalräume.

Vortrag, gehalten in der Sitzung der Gesellschaft galizischer Aerzte in Lemberg vom März 1877.

Von Dr. O. v. Widmann,
Primarius des allgem. Krankenhauses in Lemberg.

Skoda (Abhandlung über Auscultation und Percussion, 6. Auflage S. 315 u. f.) gibt an:

1. dass an dem der Herzspitze entsprechenden Intercostalraume und häufig an einem oder zwei höher gelegenen Intercostalräumen mit jeder Systole Vertiefungen sichtbar werden, wenn außer der Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel auch Verwachsungen der Pericardial- mit der Costalpleura bestehen.

Es geschieht dies nach Skoda dadurch, dass das an die Brustwand fixirte Herz die normale Bewegung nach links nicht ausführen kann, es wird im Gegenteil der links vom Brustbein gelegene Theil des Herzens während der Systole gegen das Brustbein angezogen und indem die Pericardial- mit der Costalpleura verwachsen ist, zerrt das Herz während der Systole an den linkseitigen Intercostalräumen, an welchen deshalb bei jeder Systole Vertiefungen entstehen.

2. Auf Seite 146 desselben Werkes sagt Skoda: Bei horizontaler Lagerung des vergrösserten Herzens bewirkt die Kammersystole in der Regel eine Einziehung im 5., 4. und 3. Intercostalraume.

Im 2., 3. und 4. Intercostalraume neben dem Brustbein wird bei Hypertrophie und Dilatation des rechten Herzens während der Kammersystole zuweilen eine Einziehung bemerkt.

Es soll dies nach ihm darin seinen Grund haben, dass das vergrösserte Herz sich bei seiner systolischen Verkürzung von der Brustwand entfernt, wodurch Einziehungen der Intercostalräume entstehen.

Traube (Ges. Beiträge XVII) erweitert die (1) angegebene Ansicht Skoda's dahin, dass ein einziger Bindegewebsstrang, ja sogar eine regelwidrige Falte zwischen Herz und Herzbeutel ausreiche, um systolische Einziehungen der Intercostalräume zu bewirken.