

Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 15 (1959)

Artikel: État granulaire systématisé cardiopathique de l'écorce cérébrale (Atrophie granulaire) : étude anatomo-clinique

Autor: Wildi, E.

Kapitel: Méthode d'examen

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-307402>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 08.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Tableau 1

Pression artérielle maximale et état anatomique du cœur dans 22 cas personnels

No	Age	Pression artérielle maximale (mm Hg)	Etat anatomique	Varia	Poids (g)
1	28	175/105	Fibrose, endocardite		280
2	31	160/120	Infarctus, endocardite	Anévrisme de la pointe	590
3	54	180/100	Infarctus, endocardite	Symphyse du péricarde	
4	58	185/140	Infarctus, endocardite		650
5*	66	150/110			
6	68	140/ 90	Infarctus, endocardite	Dilatation	325
7*	69	180/140			
8	70	190/110	Infarctus		290
9	71	260/130	Infarctus	Dilatation	430
10	73	160/110	Fibrose		245
11	74	200/140	Fibrose		440
12	75	160/110	Infarctus	Symphyse du péricarde	470
13	75	210/130	Infarctus, endocardite	Thromboendocardite	300
14*	77	200/110			
15	78	150/100	Endocardite		400
16	78	145/ 95	Infarctus		250
17*	79	180/125			
18	82	160/ 95	Fibrose		325
19	84	200/110		Artériosclérose coronarienne	
20	85	165/ 95		Péricardite adhérente	385
21	88	160/ 70	Infarctus	Dilatation	500
22	90	220/140	Fibrose, endocardite		450

* = autopsie partielle.

Les hypertensions décapitées sont indiquées en caractère gras.

Méthode d'examen

L'autopsie complète a été pratiquée dans 18 cas. Tous les cerveaux ont été examinés selon le même mode:

a) Aspect extérieur, poids, ventriculométrie; section et description de tranches d'un cm d'épaisseur, sur le plan frontal.

b) Prélèvement des leptoméninges de la zone de plus forte intensité de l'état granulaire, soit sur le tiers moyen de F2, puis enrobage en celloïdine (pour obtenir le plus grand nombre possible de sections de vaisseaux méningés sur chaque préparation histologique, les leptoméninges ont été pelotonnées et enrobées en paquets denses).

c) Préparation de grandes coupes histologiques topographiques du lobe frontal sur le plan vertical, passant par le tiers moyen de F2, à gauche dans tous les cas et des deux côtés lorsque des problèmes spéciaux se sont posés.

A. méthode de Schroeder pour la myéline (mise en évidence des plaques fibromyéliniques) avec surcoloration au rouge écarlate pour la recherche des graisses dans certains foyers récents, sur du matériel coupé en congélation (fig. 8),

B. méthode de Nissl, van Gieson, safran selon Masson et Gomori pour la mise en évidence du fer, sur du matériel enrobé en celloïdine et sectionné à 20 μ (fig. 9).



Fig. 8. Cas 5. Hémisphère gauche, lobe frontal. Congélation 30 μ . Coloration de la myéline selon Schröder. Les 8 points à l'encre situent de petites plaques fibro-myéliniques réparties sur une bande très large d'atrophie granulaire. Démyélinisation étendue de foyer sylvien fronto-orbitaire. Dilatation de la corne frontale du ventricule et des sillons.



Fig. 9. Cas 18. Lobe frontal gauche. Celloïdine 20 μ . Coloration de van Gieson. Eclaircissement myélinique de la partie distale de l'axe blanc de F2, au-dessous de foyers confluents d'atrophie granulaire. Dilatation ventriculaire. Elargissement des sillons. Etat de désintégration périvasculaire assez diffus.

D'autre part, l'examen de préparations histologiques de routine des aires FE, FA, PA, OC, OB et OA (*von Economo*), du cervelet et de la corne d'Ammon, est venu compléter l'étude de tous les cas psychiatriques.

Casuistique

Etant donné l'importance accordée dans cette étude à la pathogénie de l'affection, il est essentiel que soient résumées la clinique et l'anatomopathologie cérébrale et générale de tous les 22 cas; ces résumés sont aussi brefs que possible, seuls étant conservés les faits dont la connaissance est indispensable à la discussion.

Cas 1 A. 160/55 (Institut pathologique de Genève). Femme de 28 ans. A 12 ans, épisode d'albuminurie sans œdème. A 25 ans, sinusite maxillaire, appendectomie. Dès lors, *hypertension artérielle*. Dès le 6e mois précédent la mort, succession des symptômes suivants: fourmillements dans les membres, mouches volantes, crampes dans les mollets, céphalées, fatigabilité, pertes fréquentes de mémoire, malaises avec désorientation, aphasic sans pertes de connaissance; récupération partielle de certains de ces troubles. Finalement, céphalées de plus en plus intenses, vomissements, aphasic sensorielle et hémiparésie droite. Fièvre à 38°, pression artérielle de 175/105 mm Hg. Ponction lombaire: 243 éléments par mm³, sucre et chlorures normaux.

Diagnostic clinique: méningite tuberculeuse, malgré l'absence de BK. Un traitement spécifique éclaircit les ponctions lombaires, dont les éléments passent de 339 à 21 par mm³ et l'albumine de 0,80 à 0,40 g/l. Mort lors d'une crise de trismus intense et de cyanose avec arrêt respiratoire (accident épileptoïde?).

Diagnostic anatomique: endocardite valvulaire ancienne, *fibrose du myocarde*, stase pulmonaire chronique, stéatose diffuse du foie. Cerveau de 1220 g. Pas trace d'artéiosclérose cérébrale. Hyperémie passive des fines ramifications vasculaires de la convexité hémisphérique. Cicatrice pigmentée de ramollissement sylvien gauche.

Atrophie granulaire bilatérale, prédominant dans le tiers moyen de F2 des deux côtés, confluant avec la partie postérieure du foyer sylvien. *Vaisseaux méningés*: processus endartériolaire fibreux et assez riche en cellules, de type non inflammatoire, fortement sténosant, obliterant par endroits; fibrose adventicielle. Histologiquement, il s'agit d'une leucoencéphalite lympho-plasmocytaire diffuse, difficilement classifiable d'après Monsieur le Professeur *Ludo van Bogaert* qui a bien voulu examiner des préparations de ce cas, ce dont nous le remercions vivement.

Cas 2 (A. 351/55). Femme de 31 ans. A 25 ans, apparition de nodosités sur les membres inférieurs, évoluant vers l'ulcération. A cette occasion, découverte d'une *hypertension artérielle* oscillant entre 170/100 et 130/85 mm Hg avec albuminurie (séquelles de glomérulonéphrite?). Un an plus tard, épisode de dépression et de nervosité, accompagné de pertes de mémoire et de désorientation. La présence de troubles de la vue et du sommeil, une ébauche d'extension des cutanés plantaires plus forte à gauche qu'à droite et l'apparition de phénomènes hallucinatoires conduisent au diagnostic d'encéphalite. A 27 ans, nouvelle hospitalisation à la suite d'une hémiparésie gauche avec incontinence urinaire et céphalées frontales. Pression artérielle passant de 160/120 à 150/115, puis 175/130 mm Hg. Hallucinations olfactives, adiadococinésie gauche, dysmétrie gauche. Lors du dernier séjour hospitalier, ininterrompu pendant les 18 mois précédant la mort, la malade devient colérique, des phénomènes hallucinatoires réapparaissent en même temps que de la dysarthrie et de la dyspraxie, des céphalées et des vertiges. Douleurs dans les membres supérieur droit et inférieur gauche. Atrophie de l'hémicorps gauche. Hypertension artérielle se maintenant vers 190/130 mm Hg.