

Jean-Charles Chatelin (1884-1948) Un Juste, victime de l'injustice mémorielle

Olivier Walusinski
Médecin de famille, 28160 Brou, France.

suivant la suggestion d'Eelco F.M. Wijdicks
MD, PhD, Division of Critical Care Neurology, Department of Neurology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA.

Résumé

Charles Chatelin (1884-1948) est un élève de Pierre Marie (1853-1940) à La Salpêtrière qui a vu sa carrière profondément affectée par la guerre de 1914-1918. Il est l'auteur d'une thèse remarquable consacrée à la clinique et à la radiographie de la dysostose crânio-faciale héréditaire, alors récemment isolée par Octave Crouzon (1874-1938). Chatelin publie quelques jours après Georges Guillain (1876-1961) et Alexandre Barré (1880-1967) une étude plus aboutie du syndrome éponyme, et élaborée bien avant celle des récipiendaires de la notoriété posthume. Après examen de blessés médullaires, Chatelin et Pierre Marie donnent la première description de ce qui deviendra, en 1924, « *le signe de Lhermitte* », après que Jean Lhermitte (1877-1959) ait ajouté ce symptôme sensitif à la clinique de la sclérose en plaques. Les techniques de calques radiographiques localisant les projectiles intracrâniens couplées à la finesse de l'examen du champ visuel des soldats blessés permettent à Chatelin et Pierre Marie de dresser une cartographie, d'une précision inégalée antérieurement, des voies visuelles intracérébrales, dès 1915. Après son extraordinaire dévouement aux victimes de la première guerre mondiale, Chatelin et son épouse ont témoigné de leur héroïsme, pendant la deuxième guerre mondiale, en sauvant de la mort une famille juive abritée secrètement à leur domicile jusqu'à la libération de Paris.



Chatelin Charles



Chatelin Marie-Louise

Fig. 1. La mémoire glorieuse des époux Chatelin au mémorial des Justes.

Jean-Charles Chatelin est né le 2 mai 1884 à Charleville (Ardennes). Son prénom usuellement reproduit est simplement, Charles. Cet usage a l'inconvénient de créer une fréquente confusion avec des homonymes nombreux. Il n'existe aucun article biographique évoquant cet élève de Pierre Marie (1853-1940) oublié par La Société Française de Neurologie lors de son décès le 30 janvier 1948. Tentons d'évoquer sa mémoire afin de réparer cet oubli regrettable.

Chatelin est reçu 110^e au concours de l'externat en 1906. Ses maîtres, Jean Darier (1856-1938) à l'Hôpital Broca et Albert Mathieu (1855-1917) à l'Hôpital Saint-Antoine, le jugent « *excellent externe, travailleur et intelligent, extrêmement satisfait* ». En 1908, il est nommé 10^e au concours de l'internat dans la promotion d'Henri Mondor (1885-1962). En 1910 il est l'interna de Paul Muselier (1849-1914) et Ernest de Massary (1866-1955) à l'Hôtel-Dieu. En 1911, il s'instruit auprès du pédiatre Gaston Variot (1855-1930) à l'Hôpital des Enfants-Malades où il fait connaissance de son épouse. Enfin, en 1912 et 1913, Pierre Marie (1853-1940) le considère comme « *un excellent interne* » alors que celui-ci dirige « *le service Jacquart* » de La Salpêtrière (figure 2)¹. Après sa thèse soutenue en 1914, Chatelin est mobilisé. Son clinicat, auprès de Pierre Marie, devenu titulaire de la chaire des Maladies du système nerveux en 1917, se prolonge de 1919 jusqu'en 1922.



Sorel
Quercy
Madier
Barat
Thiers
Chatelin
Pascalis

Fig. 2. Internat de l'Hôpital de La Salpêtrière en 1913 (© BIU Santé, Paris).

Chatelin est un héros des deux guerres mondiales : d'abord par son implication à soigner les nombreux blessés neurologiques de la guerre 1914-1918 et nous allons y revenir en détails, ensuite en sauvant des juifs pendant l'occupation allemande lors de la guerre 1939-1945. Chatelin et son épouse Marie-Louise Peltier-Chatelin (1888-1971), reçue à l'internat en 1912 (figure 1), sont parents de cinq enfants qu'ils logent dans un très vaste appartement 30 av Marceau à Paris 16^e. Marie-Louise (figure 3) est pédiatre et exerce dans le dispensaire de « *la goutte de lait* » à Belleville (un quartier populaire de l'est parisien). Le 25 mars 1944, elle reçoit à sa consultation madame Dorothee Morgenstern et son nouveau-né. Cette dernière lui conte l'arrestation et la déportation de son mari en octobre 1943², le placement en famille d'accueil, chez l'épicière de La Chapelle-du-Bois-des-Faulx (Eure), de ses deux fils, Henri et Jacques, grâce au secours du Dr Rita Breton de L'Œuvre de Secours aux Enfants (OSE). Les époux Chatelin recueillent cette jeune mère et son bébé à leur domicile et les cachent jusqu'à la libération, les sauvant, bénévolement, d'une mort probable. Pour cet acte courageux, ils ont reçu le 3 juin 1982, le titre de Juste parmi les Nations.

¹ Service des archives de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 7, rue des Minimes, 75003 Paris. Cote 774FOSS7.

² <https://yadvashem-france.org/les-justes-parmi-les-nations/les-justes-de-france/dossier-2291/?viewall=>



Fig. 3. Madame Marie-Louise Peltier-Chatelin interne en 1919 (© BIU Santé, Paris).

La thèse de doctorat

Chatelin soutient sa thèse en 1914 (figure 4) intitulée : « *La dysostose cranio-faciale héréditaire* », maladie décrite en 1912 par Octave Crouzon (1874-1938)³. Etudiant quatre cas, dont un personnel, et leur généalogie, il conclut à la validité de l'individualisation de « *ce type clinique qui mérite au point de vue nosographique une dénomination spéciale* ». Les symptômes associent une malformation du crâne apparaissant dans les premières années de la vie, non congénitale, une malformation de la face prédominante au front (bosse), au menton (prognathisme) et au nez (élargissement de la racine), une exophtalmie avec strabisme (figure 5). Il insiste sur son caractère familial héréditaire et apporte des critères radiologiques assez spécifiques qui permettent le diagnostic différentiel avec d'autres dysostoses cranio-faciales et l'oxycéphalie ou « *crâne en tour* ». L'intelligence n'est pas affectée mais une épilepsie est possible. Outre la précision détaillée de ses descriptions, la thèse de Chatelin est originale par les radiographies inédites de crânes de malades et leur analyse minutieuse.

Les présentations à la Société Française de Neurologie avant la guerre 1914-1918

Chatelin (figure 6), conjointement avec Ernest de Massary (1866-1955), présente son premier cas clinique à la Société Française de Neurologie le 10 février 1910. Un homme de vingt-six ans meurt d'une myélite transverse. La ponction lombaire initiale permet de l'imputer à un méningocoque. Son autopsie retrouve « *un épanchement purulent dans le tissu épidual et l'arachnoïde* » remontant jusqu'au renflement cervical⁴.

Les interventions de Chatelin aux séances de la Société Française de Neurologie sont fréquentes jusqu'à la fin de la guerre, puis s'espacent, et cessent en 1927. Il aborde tous les champs de la neurologie. Il s'associe pour ces présentations à quelques collègues : les plus connus sont Gustave Roussy (1874-1948), Jean Lhermitte (1877-1959), Crouzon, André Léri (1875-1930) et bien sûr son maître Pierre Marie. Deux noms sont plus fréquemment associés au sien, aussi à cause de la guerre, celui d'Henri Bouttier (1888-1923), interne puis chef de clinique en même temps que lui auprès de Pierre Marie, et celui du chirurgien Thierry de Martel (1875-1940).

³ Crouzon O. Dysostose cranio-faciale héréditaire. Bulletins et mémoires de la Société des Médecins des Hôpitaux de Paris, 1912; série 3(33):545-555.

⁴ de Massary E, Chatelin Ch. Méningomyélite méningococcique à localisation exclusivement dorso-lombaire et simulant une myélite transverse. Revue Neurol (Paris) 1910;19(10):613-618.

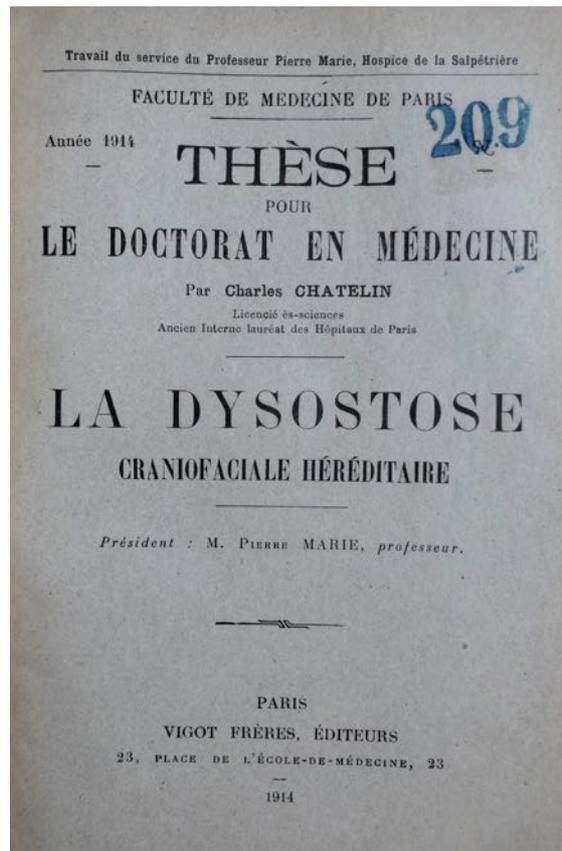


Fig. 4. Couverture de la thèse de Charles Chatelin (© BIU Santé, Paris).



Fig. 5. Montage de deux photos reproduites de la thèse de Charles Chatelin (© BIU Santé, Paris).

Chatelin, Bouttier et de Martel collaborent assidûment dans les soins qu'ils donnent aux blessés regroupés au sein du « *Centre neurologique militarisé de La Salpêtrière* ». Sans oublier les débuts de la neurochirurgie à Paris sous le bistouri d'Antony Chipault (1866-1920) à la fin du XIX^e siècle, de Martel est le véritable premier neurochirurgien parisien, encouragé par Joseph Babiński (1857-1932) qui lui fait pratiquer la première exérèse d'une tumeur cérébrale en 1909⁵. Traiter les blessures du crâne exige des compétences médicales et neuro-chirurgicales qu'ils élaborent en commun. Ils transmettront leurs savoirs et expériences en publiant des articles dans la Revue Neurologique et dans des livres.

Le 5 décembre 1912, de Martel et Chatelin (figure 6) présentent à la Société Française de Neurologie une malade de 46 ans hospitalisée dans le service de Pierre Marie pour des crises d'épilepsie généralisée, une cécité unilatérale avec un œdème papillaire au fond d'œil, une raideur de la nuque, une somnolence et une euphorie paradoxale. Après une première intervention décompressive, la malade bénéficie, cinq mois plus tard, d'une résection d'une tumeur frontale (gliosarcome). L'amélioration initiale est manifeste. Chatelin discute des symptômes présentés notamment de la raideur de la nuque et des troubles neuro-psychologiques témoignant de la localisation frontale⁶.



Fig. 6. Charles Chatelin, et Mlle Marie-Louise Peltier (Chatelin), à La Salpêtrière en 1912 (© BIU Santé, Paris).

Le 8 mai 1913, de Massary et Chatelin entretiennent la Société Française de Neurologie des difficultés à établir le diagnostic différentiel entre abcès et tumeur cérébrale, à propos d'un enfant de 12 ans opéré pour abcès temporal au cours d'une otite chronique mais qui porte, en réalité, une volumineux gliome infiltrant le lobe temporal que l'autopsie révèle⁷.

⁵ Philippon J. Histoire de la neurochirurgie à la Pitié-Salpêtrière. *Histoire des Sciences Médicales* 1997;31(2):173-179.

⁶ De Martel Th, Chatelin Ch. Tumeur du lobe frontal droit. Opération en deux temps, ablation de la tumeur. *Rev Neurol (Paris)* 1913;25(2):139-142.

⁷ De Massary E, Chatelin Ch. Volumineux gliome infiltré du lobe temporal droit chez un enfant atteint d'otite droite. Difficultés du diagnostic entre l'abcès et la tumeur cérébrale. *Rev Neurol (Paris)* 1913;25(10):715-718.

Pierre Marie, Crouzon et Chatelin témoignent de leur surprise d'avoir recueilli six observations en quelques semaines de patients se plaignant de paresthésies variées d'un membre supérieur et présentant, à l'examen, des amyotrophies et des abolitions de réflexes secondaires à la présence d'une côte cervicale. D'après eux, la fréquence réelle de cette anomalie est sous-estimée par défaut d'une recherche attentive. Ils encouragent les médecins à un examen plus attentif des patients aux plaintes subjectives⁸...

A la séance du 10 juillet 1913 de la Société Française de Neurologie, Pierre Marie, Chatelin et de Martel présentent les résultats de « *dix-huit mois de chirurgie nerveuse dans le service de La Salpêtrière* ». Ils ignorent bien évidemment combien cette chirurgie va, dès l'année suivante, se multiplier et se perfectionner. Sur vingt-neuf opérés de la moelle et du cerveau, aux opérations toujours tardives, neuf meurent pendant l'opération. Quatorze tirent un bénéfice, probablement provisoire puisque les volets de décompression traitent l'hypertension intracrânienne mais pas la cause tumorale de celle-ci.

Les questions de clinique sont très présentes, durant cette période, lors des communications à la Société Française de Neurologie. L'intervention de Chatelin le 6 novembre 1913 en est un exemple. A propos de trois cas de sclérose latérale amyotrophique, Chatelin conclut à la persistance d'un réflexe cutané plantaire en flexion lorsque l'atteinte amyotrophique est faible aux membres inférieurs malgré une atteinte sévère des membres supérieurs et une atteinte bulbaire⁹.

Pour conclure l'année 1913, Chatelin et Crouzon décrivent un nouveau cas de dysostose cranio-faciale¹⁰, devenue depuis l'éponyme : « *maladie de Crouzon* »¹¹.

A la séance du 12 février 1914, Chatelin montre une jeune fille de 14 ans qui, depuis l'âge de 6 ans, après une infection, associe une sorte de mutisme (dystonie buccale ?), des mouvements anormaux choréo-athétosiques, un torticolis spasmodique avec un geste antagoniste et des tics. Il est argumenté par Henry Meige (1866-1940) qui confirme l'organicité de la pathologie. Une atteinte des noyaux gris centraux et du bulbe est évoquée. La maladie de Gilles de la Tourette n'est pas même évoquée¹².

Chatelin intervient pratiquement à toutes les séances de la Société Française de Neurologie jusqu'à la déclaration de la guerre le 3 août 1914. Les cas présentés de sclérose en plaques, de sclérose combinée de la moelle d'origine anémique, de migraine ophtalmoplégique, de syringomyélie, de méningite syphilitique, indiquent que Chatelin possède tout l'éventail des connaissances neurologiques.

Le service de Pierre Marie à La Salpêtrière au début de la première guerre mondiale.

Pierre Marie accueille les premiers blessés le 6 novembre 1914 dans les salles « *Grand et Petit Pinel* » de La Salpêtrière, puis fin décembre 1914 dans les salles « *Grand et Petit Barth* ». Au 20 janvier 1915, plus de cent blessés ont déjà été pris en charge. Le chirurgien Antonin Gosset (1872-1944) en a opéré douze. Dès le premier rapport à l'autorité militaire, Pierre Marie se plaint des arrivées trop tardives des blessés dont les diagnostics lésionnels sont restés, jusqu'à lui, approximatifs. Pierre Marie s'inquiète aussi du nombre élevé « *de simulateurs* » sans jamais évoquer le vécu au front de ces soldats. Il se plaint aux mêmes autorités de ne pas disposer des moyens suffisants pour continuer à soigner plus de 1500 hospitalisés, en plus des blessés, alors que de nombreux personnels médicaux de son service sont mobilisés au front : « *l'examen de ces blessés neurologiques est extrêmement long et délicat, j'ajoute qu'il est d'un intérêt scientifique et social passionnant. La tâche est donc considérable, et je regarde comme un grand honneur qu'elle m'ait été confiée, mais je demande aux Autorités Militaires de me rendre cette tâche possible* ».

Au début 1915, Pierre Marie est assisté d'Henry Meige mais n'a plus de chef de clinique. Une seule interne Chiriachitza Athanassio-Benisty (1885-1938) demeure en poste. Celle-ci, née à Braïla en Roumanie, est la première femme roumaine licenciée *es* lettres-philosophie par l'Académie de Paris en 1906¹³. Après avoir été externe en 1913 dans le service de Pierre Marie, elle y est interne du 15 février 1914 au 30 avril 1916, avant de l'être auprès de Jules Dejerine (1849-1917)¹⁴. En juin 1915, cent cinquante-huit lits sont réservés aux blessés. Au cours de l'année 1915,

⁸ Marie P. Crouzon O, Chatelin Ch. Des accidents causés par l'existence de « *Côtes cervicales* » et de leur fréquence. Bull et Mém de la Soc méd. Des Hôpitaux de Paris 1913;29:1040-1052.

⁹ Chatelin Ch. Le réflexe cutané plantaire en flexion dans la sclérose latérale amyotrophique. Rev Neurol (Paris) 1913;26(21):621-623.

¹⁰ Crouzon O, Chatelin Ch. Un nouveau cas de dysostose cranio-faciale héréditaire. Rev Neurol (Paris) 1913;26(24):788-789.

¹¹ http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=207

¹² Chatelin Ch, Meige H. Mouvements choréo-athétosiques ayant débuté par un torticolis convulsif et accompagnés de troubles de la parole. Rev Neurol (Paris) 1914;27(4):295-298.

¹³ Anonyme. Informations. Le Radical (Paris) 1^{er} décembre 1906;26(335):3.

¹⁴ Service des archives de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 7, rue des Minimes, 75003 Paris. Cote 774FOSS3.

le service s'enrichit des compétences de médecins et d'étudiants étrangers comme Jean-S Patrikios¹⁵ et le russe Konstantin Tretiakoff (1892-1958). Mlle Gabrielle Lévy (1886-1934) est externe en premier (07/06/1915 au 01/10/1918), puis fait fonction d'interne de Pierre Marie (02/10/1918-31/10/1919) avant d'être sa chef de laboratoire¹⁶. Chatelin, médecin major de première classe, et Pierre Béhague (1891-1970), médecin auxiliaire, reviennent du front à La Salpêtrière avec le statut d'assistants militaires¹⁷. Pierre Marie succède à Dejerine en 1917, à la tête de la Clinique des Maladies du système nerveux de La Salpêtrière, avec plus de trois cents lits réservés aux blessés. Charles Foix rejoint le service du 30 janvier 1915 jusqu'à son départ pour l'armée d'Orient le 2 septembre 1916 (figure 7). « *Les temps étaient changés, l'ambiance ne permettait plus les travaux méthodiques et lents du laboratoire, les étudiants étaient aux armées. A La Salpêtrière, avec la collaboration d'Henry Meige, de Charles Foix, de Chatelin, de Bouttier, Pierre Marie étudia les blessures et les traumatismes de guerre, apporta une documentation utile et des conclusions importantes, théoriques et pratiques, sur la neurologie de guerre ; il rendit à nos soldats blessés les plus éminents services* »¹⁸.



Fig. 7. Chatelin est assis à la gauche de Pierre Marie. Charles Foix derrière lui, Henri Bouttier debout en blanc à droite, Gabrielle Lévy assise à droite, La Salpêtrière probablement en 1916 (© Académie Nationale de Médecine, Paris).

Les travaux de Chatelin pendant la première guerre mondiale.

A la suite de la déclaration de guerre, la Société Française de Neurologie interrompt ses réunions. Augusta Dejerine-Klumpke (1859-1927) préside la reprise des séances le 5 novembre 1914.

La première intervention de Chatelin, de retour du front, a lieu le 29 juillet 1915. Chatelin est confronté pour la première fois à un blessé par effet de blast, nouveauté de cette guerre. Un obus de gros calibre explose à quelques mètres d'un soldat et le renverse sans qu'il ne soit apparemment blessé. Il marche encore deux heures. Le lendemain matin, il est paralysé totalement du membre inférieur droit et partiellement du gauche. Chatelin diagnostique une hématomyélie secondaire à une décompression brusque : « *il se produit un dégagement des gaz du sang avec des embolies gazeuses et ruptures des capillaires* »¹⁹.

¹⁵ Patrikios JS. Contribution à l'étude des formes cliniques et de l'anatomie pathologique de la sclérose latérale amyotrophique : étude clinique de 21 cas de sclérose latérale amyotrophique dont 5 avec autopsie. Thèse Paris n°149. 1918.

¹⁶ Service des archives de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 7, rue des Minimes, 75003 Paris. Cote 774FOSS23.

¹⁷ Archives du service de santé des armées au Val de Grâce (Paris). Carton n°A61, dossiers 89 & 90.

¹⁸ Mollaret P. Pierre Marie (1853-1940). Rev Neurol (Paris) 1939-1940;72(6):533-543.

¹⁹ Marie P, Chatelin Ch. Un cas d'hématomyélie par éclatement d'obus à distance. Rev Neurol (Paris) 1914-1915;28(20-21):777-778 ;

Pierre Marie et Chatelin présentent le 7 octobre 1915, un volumineux mémoire détaillant des hémianopsies et des scotomes de tous types²⁰. Par un astucieux moyen de calques, établis par radiographie de cadavres puis superposés aux radiographies des blessés, ils arrivent à préciser les localisations des lésions et aboutissent à une meilleure connaissance des voies optiques corticales : « le centre cortical de la vision est localisé à la scissure calcarine et à l'écorce adjacente. On peut affirmer également qu'il existe une systématisation de la sphère visuelle corticale telle que le quart supérieur de la rétine d'un côté se projette sur la lèvre supérieure de la calcarine de l'autre côté, de telle sorte que la destruction de celle-ci réalise une hémianopsie en quadrant inférieur ; qu'une lésion limitée de la sphère visuelle corticale d'un côté se traduit par un scotome de type hémianopsique dans chaque moitié du champ visuel du côté opposé [...]. Nous ajouterons que dans la question si discutée de la projection de la macula sur l'écorce calcarine, les constatations que nous avons faites sont nettement en faveur de la localisation postérieure au voisinage de la pointe du lobe occipital de cette projection maculaire [...]. Enfin rien ne nous paraît justifier l'existence d'un centre cortical spécial pour la vision des couleurs ». Après avoir recommandé la radiographie systématique afin de confirmer la présence d'une balle intracrânienne, Marie et Chatelin contre-indiquent l'intervention chirurgicale, en dehors d'abcès à évacuer, afin de ne pas aggraver la perte de vision. Ils compléteront ce mémoire par la publication d'autres cas cliniques de déficits visuels par projectiles intracrâniens en 1916 et 1917 (figure 8).

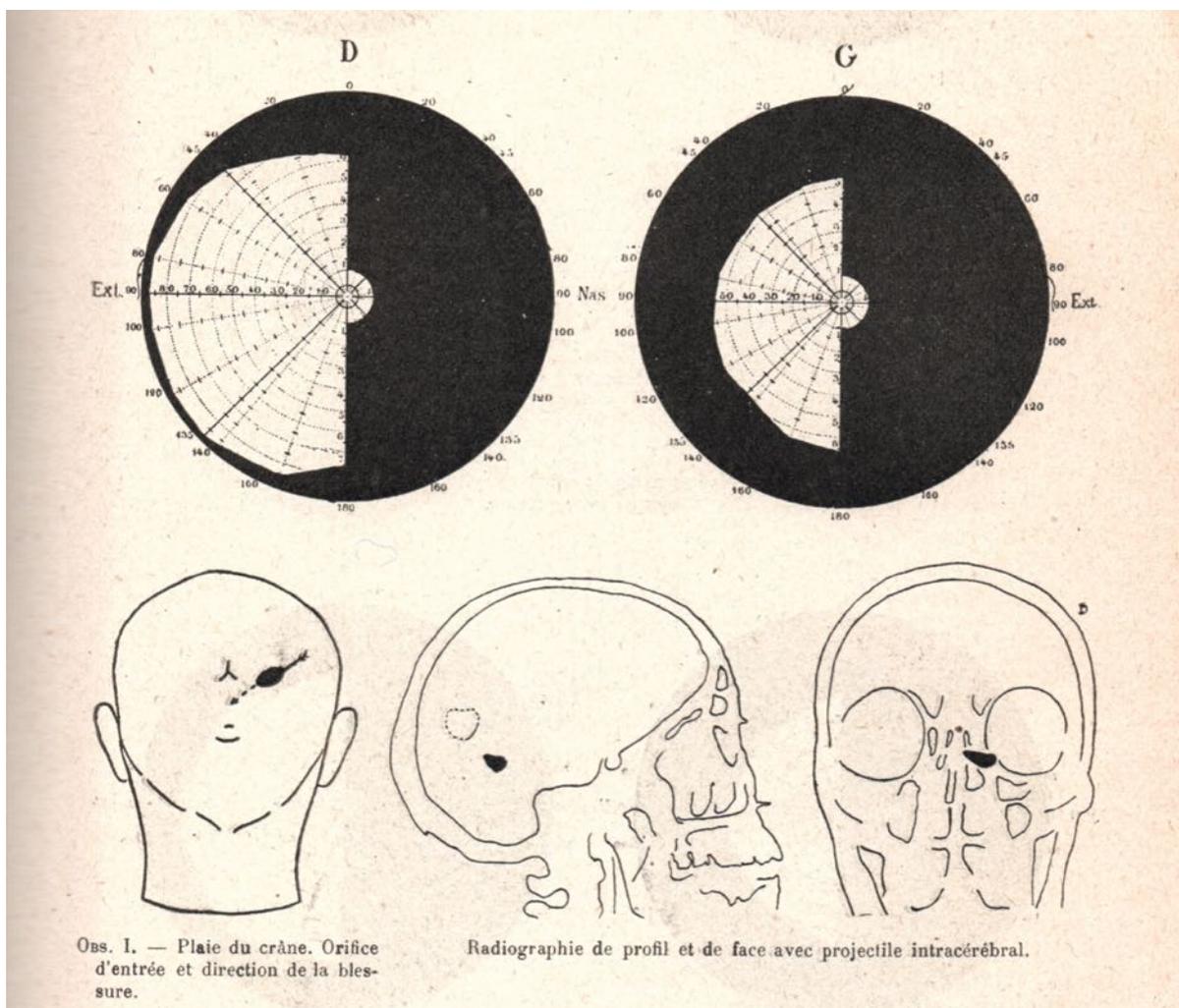


Fig. 8. Hémianopsie et balle intracrânienne dans le lobe occipital (Bibliothèque O. Walusinski).

A la séance du 12 octobre 1916, Chatelin et Patrikios évoquent un blessé atteint de « jacksonisme sensitif », ou épilepsie jacksonienne partielle sensitive, secondaire à une plaie par balle affectant la pariétale ascendante. La crise consiste en paresthésies parcourant, en deux à trois

²⁰ Marie P, Chatelin Ch. Les troubles visuels dus aux lésions des voies optiques intracrânielles et de la sphère visuelle corticale dans les blessures du crâne par coup de feu. Rev Neurol (Paris) 1914-1915;28(23-24):882-925.

minutes, le bras controlatéral à la blessure, de l'épaule à la main. La main perd la sensibilité à tous les modes pendant l'épisode. Ces déficits disparaissent totalement après la crise²¹.

C'est le 11 novembre 1916 qu'a lieu à la Société Neurologique une présentation novatrice de la part de Pierre Marie et Chatelin²². Après avoir observé trois cas similaires parmi des soldats hospitalisés, il décrit un quatrième soldat affecté « *en quelques jours, sans phénomène douloureux marqué, sauf un certain degré de rachialgie, une paraplégie ou une quadriplégie flasque complète avec abolition des réflexes tendineux, affaiblissement des réflexes cutanés, troubles de la sensibilité superficielle sous forme d'hypoesthésie à tous les modes et plus marquée vers l'extrémité du membre que vers la racine, douleur à la pression des troncs nerveux et des masses musculaires, légers troubles sphinctériens sous forme de rétentions d'urine d'ailleurs passagères* ». Les troubles régressent spontanément, progressivement, en environ trois mois. L'examen du liquide cérébro-spinal élimine une syphilis et retrouve une hyperalbuminose « *massive* » en l'absence de lymphocytose. Pierre Marie et Chatelin ajoutent une note importante, en bas de page : « *MM. Guillain, Barré et Strohl ont publié des cas tout à fait analogues dans le Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1916. Les auteurs arrivent à des conclusions analogues aux nôtres. Mais nous n'avons eu connaissance de leur travail qu'après notre communication à la Société Française de Neurologie* »²³. En effet, à peine un mois avant la présentation de Chatelin, Georges Guillain (1876-1961), Jean-Alexandre Barré (1880-1967), André Strohl (1887-1977) publient le 13 octobre 1916 deux cas de malades atteints du même tableau clinique. Ceux-ci complèteront leur étude après la guerre, à laquelle ils doivent une grande part de leur célébrité posthume en raison de l'éponyme « *syndrome de Landry-Guillain-Barré* » ou plus communément « *syndrome de Guillain-Barré* »²⁴. Marie et Chatelin avaient attendu d'avoir quatre cas explorés, et suivis jusqu'à leur récupération, avant de présenter leurs observations à la Société Française de Neurologie. Guillain n'avait constaté l'amélioration que d'un seul cas et a plus rapidement publié ses résultats concernant seulement deux soldats²⁵. A l'inverse d'Octave Landry²⁶ et d'Alfred Vulpian²⁷ qui avaient vu des formes constamment mortelles par atteinte bulbaire (la ponction lombaire n'était pas encore pratiquée), tous les soldats atteints suivis par Chatelin ont récupéré sans séquelle notable. Un hasard de dates et, plus sûrement, la rigueur clinique de Marie et Chatelin leur valent de n'être pas honorés par la notoriété acquise de par le monde par Guillain et Barré qui ont oublié la part essentielle de Strohl.

Rendant compte des cas cliniques observés parmi les blessés pris en charge par le service, Pierre Marie présente le 20 décembre 1917 les observations, recueillies par Chatelin, de blessés du crâne qui « *plusieurs semaines après l'accident, alors que la plaie crânienne est cicatrisée, les blessés ressentent au réveil un tel engourdissement des membres qu'il leur est impossible de faire un mouvement [...]. En outre les malades racontent que lorsqu'ils toussent, ou éternuent, ou encore lorsqu'ils baissent fortement la tête, ils ressentent des fourmillements passagers et de l'engourdissement dans les bras et même les jambes* »²⁸. Leurs examens cliniques ne détectant aucune anomalie neurologique objective, ils proposent comme physiopathologie « *qu'il s'agit d'une atteinte des racines rachidiennes cervicales, sorte de contusion à distance produite par le liquide céphalo-rachidien incompressible sur les culs-de-sac arachnoïdiens* ». A la séance du 4 mars 1920 de La Société Française de Neurologie, Jean Lhermitte (1877-1959) reprend la clinique de ce symptôme, que lui aussi a observé, afin d'ouvrir une discussion sur la physiopathologie des diverses formes douloureuses des commotions médullaires²⁹. Il distingue ces douleurs à type de décharge électrique à la flexion de la nuque, alléguées par les soldats victimes de traumatismes cervicaux, des autres types de douleurs radiculaires, hyperalgésiques ou causalgiques. Jean Ribeton (1889-?) en fait le sujet de sa thèse en 1919, inspirée par Joseph Babiński (1857-1932)³⁰. C'est lors de la séance

²¹ Marie P, Chatelin Ch, Patrikios JS. Epilepsie Jacksonienne partielle sensitive chez un blessé du crâne avec esquille intracérébrale. Rev Neurol (Paris) 1916;29(11-12):516-518.

²² Marie P, Chatelin Ch. Note sur un syndrome de paralysie flasque plus ou moins généralisé avec abolition des réflexes, hyperalbuminose massive et xanthochromie du liquide céphalo-rachidien, évoluant spontanément vers la guérison et de nature indéterminée. Rev Neurol (Paris) 1916;29(11-12):564-565.

²³ Guillain G, Barré JA, Strohl A. Sur un syndrome de radiculonévrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire : remarques sur les caractères cliniques et graphiques des réflexes tendineux. Bull Mémoires Soc Med Hôpitaux Paris. 1916;40:1462-1470.

²⁴ Guillain G. Radiculoneuritis with acellular hyperalbuminosis of the cerebrospinal fluid. Arch Neurol & Psych 1936;36(5):975-990.

²⁵ Wijdicks EF, Klein CJ. Guillain-Barré Syndrome. Mayo Clin Proc. 2017;92(3):467-479.

²⁶ Landry O. Note sur la paralysie ascendante aiguë. Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie 1859;6(30):472-474 / (31):486-488,

²⁷ Vulpian A. Onzième leçon p189-195. Maladies du système nerveux. Paris : Octave Doin. 1879.

²⁸ Marie P, Chatelin Ch. Sur certains symptômes vraisemblablement d'origine radiculaire chez les blessés du crâne. Rev Neurol (Paris) 1917;24:336.

²⁹ Lhermitte H. Les formes douloureuses de la commotion de la moelle épinière. Rev Neurol (Paris) 1920;27:257-262.

³⁰ Ribeton J. Etude clinique des douleurs à forme de décharge électrique consécutives aux traumatismes de la nuque. Thèse Paris n°134, Henri Jouve. 1919.

du 3 juillet 1924 de La Société Française de Neurologie, que Lhermitte expose l'observation d'une malade, recueillie avec l'aide de Jacques Bollack (1883-1951) et Maurice Nicolas (1883-1966) qui « nous semble un bel exemple de la 'forme sensitive' de la sclérose en plaques par l'accumulation et la diversité des sensations pathologiques que cette malade éprouve »³¹. En analysant en parallèle les plaintes des blessés médullaires de la guerre et celles des patientes atteintes de sclérose en plaques, Lhermitte, grâce à sa persévérance dans l'analyse, donne un sens clinique et pronostique permettant d'affirmer une sclérose en plaques à son début. L'éponyme « *signe de Lhermitte* » naît après que Hugh Talbot Patrick (1860-1939) présente à la Société Neurologique de Chicago une observation qu'il intitule « *the symptom of Lhermitte in a patient with multiple sclerosis* » le 21 novembre 1929³². Chatelin et Marie sont donc les premiers à avoir reconnu ce symptôme (et non un signe)³³, sans oublier de noter que, quelques jours plus tard, le 10 janvier 1918, Joseph Babiński (1857-1932) et Robert Dubois (1884-?) présentent à la Société Française de Neurologie le cas d'un officier « *blessé à la nuque d'un coup de stylet, éprouva aussitôt une sensation de décharge électrique dans tout le côté droit et eut une hémiplégié droite transitoire. Actuellement, il persiste un syndrome de Brown-Sequard fruste. De plus, le blessé ressent depuis un mois, chaque fois qu'il fléchit la tête, qu'il éternue, qu'il tousse, une sensation de décharge électrique, partant de la nuque et s'irradiant très violente le long du bras et du membre inférieurs droits, très faible mais nette au bras et à la racine de la cuisse gauches* »³⁴.

Parmi les interventions de Chatelin en 1917, notons celle contée le 8 novembre 1917 par de Martel qui évoque le risque de mort subite au cours de l'exérèse chirurgicale de tumeur médullaire. Le collapsus responsable est prévenu par la surveillance constante de la pression artérielle et l'utilisation de « *surrénaline* » c'est à dire de l'adrénaline ; de Martel indique remplacer ce médicament, sur le conseil de Chatelin, par un médicament d'une efficacité plus forte, « *l'hypophysine* », c'est à dire un extrait de glande hypophysaire déclenchant une probable libération de cortisol, adrénaline et hormone antidiurétique³⁵. Le même jour, de Martel et Chatelin rendent compte de l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, réussie, au prix d'une résection partielle du cervelet avec les lourdes séquelles qu'on peut imaginer.

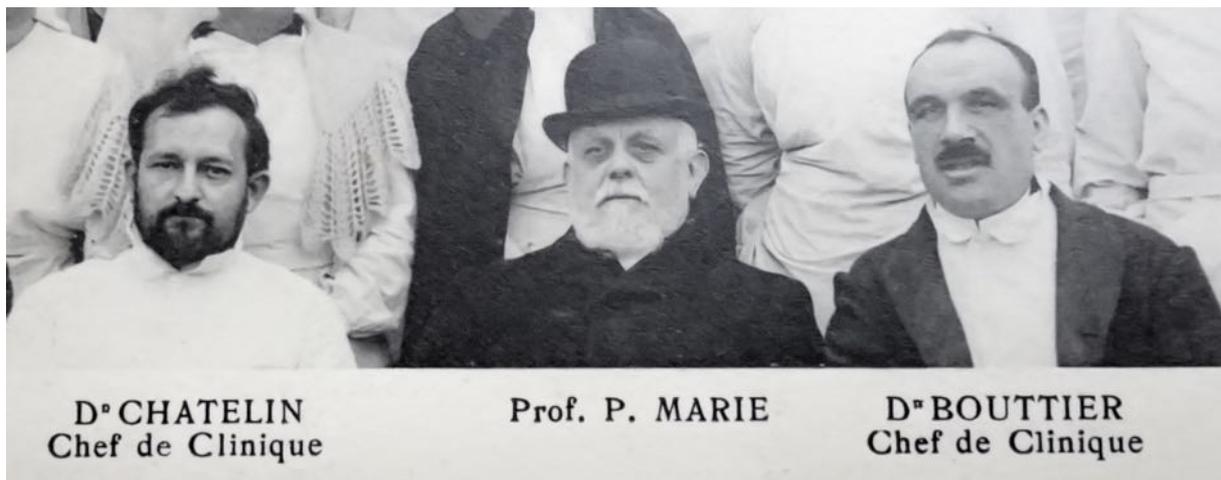


Fig. 9. Pierre Marie (65 ans) entouré de ses chefs de clinique en 1922 (© BIU Santé, Paris).

Du livre « Blessures du crâne et du cerveau », 1917.

Pierre Béhague livre son analyse d'un livre de Chatelin et de Martel, consacré aux blessures du crâne et du cerveau, dans la Revue Neurologique de juin 1917 : « *cet ouvrage est sans contredit un des meilleurs et des mieux documentés qu'ait suscités la neurologie de guerre* ». Comme l'indique Pierre Marie dans sa préface, ce livre résulte de l'examen de plus de 5 000 blessés du crâne reçus à La Salpêtrière depuis le début du conflit : « *c'est particulièrement à lui (cf Charles Chatelin) que revient le mérite d'avoir développé, dans des proportions inespérées, notre Consultation Externe de La Salpêtrière dont il a été l'âme [...]. Charles Chatelin est mon collaborateur de tous*

³¹ Lhermitte J, Bollack J, Nicolas M. Les douleurs à type décharge électrique consécutives à la flexion céphalique dans la sclérose en plaques. Un cas de la sclérose multiple. Rev Neurol 1924;31:56-57.

³² Patrick HT. The Symptom of Lhermitte in Multiple Sclerosis. Arch Neuro Psychiatry 1930;23(5):1075-1077.

³³ Walusinski O. Le signe de Lhermitte ou histoire d'un éponyme. Neurologie Libérale 2015;3:34-37.

³⁴ Babiński J, Dubois R. Douleurs à forme de décharge électrique, consécutives aux traumatismes de la nuque. La Presse Médicale 1918;26(7):64.

³⁵ Marie P, de Martel T, Chatelin Ch. Traitement chirurgical des tumeurs de la moelle. Rev Neurol (Paris) 1917;41(10-11-12):240-241.

les instants. Il est si près de moi que j'éprouve une sorte de pudeur à dire tout le bien que je pense de lui. Un mot suffira qui, à mon sens, résume tous les éloges : c'est un clinicien hors pair » (figure9).

Comme le souligne un éditorial non signée paru dans le journal La Presse médicale : « La guerre fut une douloureuse, mais édifiante école de pathologie expérimentale du système nerveux chez l'homme. Des projectiles perforants, tranchants, contondants, ont multiplié sans pitié sur nos soldats des expériences qui, jusqu'alors, avaient été tentées seulement sur des animaux dans les laboratoires. Contre attaquant aussitôt, les chirurgiens mirent à nu les lésions, ce qui a permis d'en déterminer avec précision le siège et la nature ; leurs interventions tardives nous ont aussi révélé les stades ultérieurs de réparation ou de dégénération des tissus nerveux. Ainsi s'est constituée une expérimentation offensive et défensive sur l'être humain, qui devint rapidement féconde en enseignements »³⁶.

Chatelin expose d'abord « le plan d'observation du blessé » afin de préciser tous les événements survenus depuis les circonstances de la blessure, le relevage, etc, jusqu'à l'arrivée à La Salpêtrière. Suit un examen neurologique complet rigoureux. Céphalées, vertiges, insomnies sont les troubles subjectifs les plus fréquemment évoqués. Une préoccupation constante de Chatelin est de préciser au mieux la topographie cranio-cérébrale des lésions, d'où la mise au point d'un repérage externe couplé à une radiographie aidée de calques plombés. Chatelin passe ensuite en revue les différentes localisations et leurs conséquences. C'est au niveau frontal que des pertes de tissu cérébral les plus importantes semblent avoir le moins de conséquence appréciable : « la symptomatologie si fruste des blessures du lobe frontal explique en partie cette bénignité relative des blessures frontales ». Sans pouvoir détailler ici toute la richesse d'exposition des cas rapportés par Chatelin, notons l'importance des connaissances acquises sur la localisation de l'activité cérébrale, à cette époque, en particulier par les blessures du cervelet. L'infection secondaire, préoccupation majeure des soignants, est la première cause de la mortalité des blessés, à court terme.

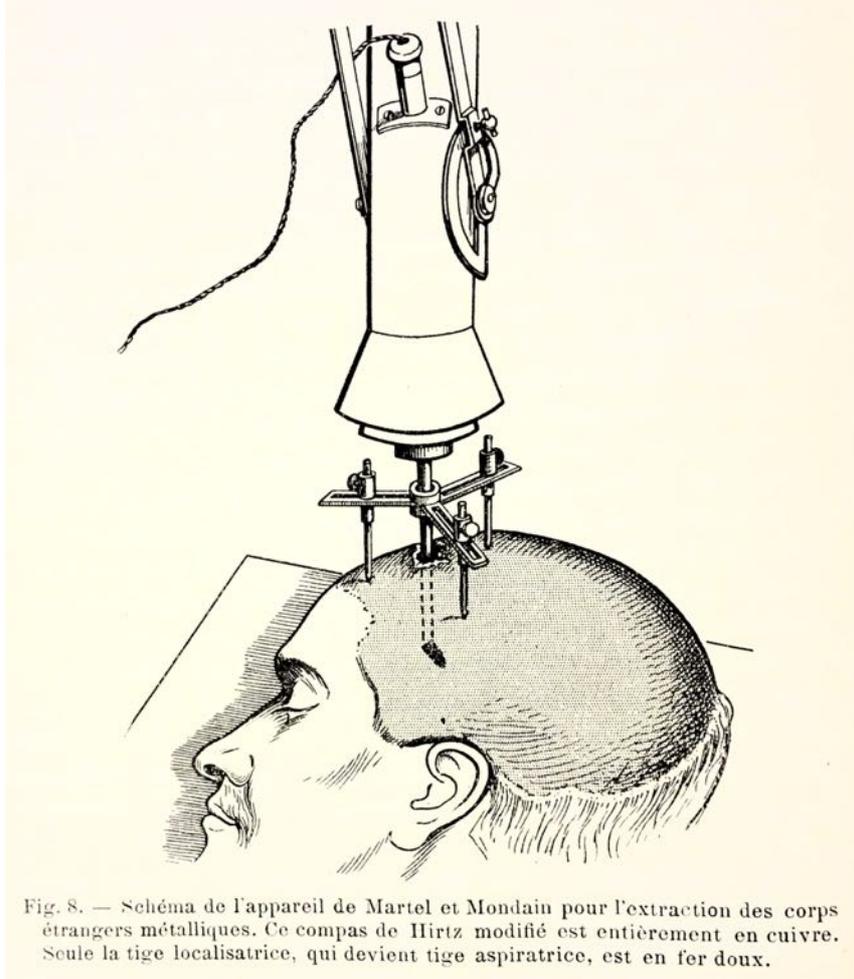


Fig. 8. — Schéma de l'appareil de Martel et Mondain pour l'extraction des corps étrangers métalliques. Ce compas de Hirtz modifié est entièrement en cuivre. Seule la tige localisatrice, qui devient tige aspiratrice, est en fer doux.

Fig. 10. Une illustration du livre de Chatelin et de Martel, 1917 (Bibliothèque O. Walusinski).

³⁶ Anonyme. La Neurologie de Guerre. La Presse Médicale 1917;25(22):217-220.

Dans une deuxième partie, de Martel aborde la prise en charge chirurgicale des blessés : « *il n'y a généralement aucune urgence à opérer les blessés du crâne* », car malgré la très grande fréquence de corps étrangers intracérébraux (esquilles osseuses, éclats, balles) leur extraction majore le délabrement tissulaire et augmente la fréquence des infections mortelles. Dès cette époque, il faut souligner que de Martel privilégie l'anesthésie locale à l'anesthésie générale pour opérer, use « *d'un puissant électroaimant* » pour extraire un corps étranger métallique plutôt que l'usage de pinces, et recourt à la position assise de l'opéré pour intervenir. L'œdème secondaire avec hernie cérébrale est sa hantise. Les techniques de cranioplastie à visée de réhabilitation esthétique concluent cet ouvrage dont il faut souligner la très riche et spectaculaire iconographie (figure 10).

Le succès rencontré par ce livre conduit à une traduction en anglais en 1918³⁷ et à une deuxième édition française en 1918. L'éditeur scinde cette dernière en deux volumes distincts, chacun enrichi de données nouvelles, l'un de Chatelin l'autre de de Martel.

Les tumeurs cérébrales

En 1921, Pierre Marie organise un cycle de vingt conférences, chacune consacrée à un thème particulier de la neurologie. A.A. Kinnier Wilson (1878-1937), du Queen Square Hospital de Londres, consacre la première conférence à la présentation en France du tableau de la « *dégénération lenticulaire progressive* » qu'il a décrite en 1912 ou maladie de Wilson. Chatelin est l'orateur de la seconde conférence consacrée aux tumeurs cérébrales. La clinique occupe la plus grande part de son propos. Après la céphalée, Chatelin explique la physiopathologie de l'œdème papillaire. Il ne manque pas de donner toute sa valeur localisatrice « *aux crises jacsksonniennes* », aux désordres psychiques lors de tumeurs frontales. Il passe en revue l'une après l'autre les différentes localisations, en insistant sur les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux devenues curables par la chirurgie de Thierry de Martel. Pour Chatelin, la ponction lombaire en décubitus reste indispensable, notamment pour mesurer la pression du liquide, éliminer une hémorragie ou une tuberculose. Le traitement se résume le plus souvent à une trépanation décompressive sans ouverture de la dure-mère³⁸.

Chatelin et les Traités de Médecine

Chatelin rédige quatre chapitres du Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée d'Emile Sergent (1867-1943) publié en 1924 : atonie musculaire congénitale (maladie d'Oppenheim), héli-atrophie faciale progressive (aplasie lamineuse progressive de la face), spasmes et tics. Sa description des tics montre, qu'à l'époque, les tics moteurs ne sont pas différenciés des dystonies. La maladie de Gilles de la Tourette n'est pas évoquée, alors oubliée pour plus de cinquante ans.

Chatelin rédige un curieux chapitre « *syphilis de la moelle* » en 1935 dans le Nouveau Traité de Médecine de Roger-Widal-Teissier. Il égrène successivement la myélite transverse, la paralysie spinale syphilitique d'Erb, la méninogo-myélite syphilitique diffuse, les formes pseudo-syringomyéliques, les gommés méningées médullaires et la sclérose en plaques syphilitique. Toutes ces variétés d'atteinte médullaire d'origine syphilitique semblent maintenant des formes cliniques dont les distinctions sont sans intérêt.

Concluons

Ce survol incomplet des travaux publiés par Charles Chatelin montre combien l'oubli où il est plongé est injuste. Que ce soit pour le syndrome de Guillain-Barré ou le « *signe de Lhermitte* », Chatelin a, le premier, remarqué l'originalité du tableau clinique dont la notoriété honore d'autres nom que le sien. Pourquoi, à sa mort en 1948, aucun journal médical ne lui a-t-il rendu hommage ? Mystère.

³⁷ Chatelin Ch. Wounds of the skull and brain; their clinical forms and medical and surgical treatment. London: University of London Press. 1918.

³⁸ Chatelin Ch. Les tumeurs cérébrales. In Marie P. Questions neurologiques d'actualité, vingt conférences. Paris : Masson. 1922.