

Comme l'état des forces laisse parfois à désirer, on peut associer l'iode à l'*arsenic*, suivant la formule suivante :

| | |
|---|-----------------|
| ℥ Iodure de potassium ou de sodium..... | 10 grammes. |
| Arséniat de soude..... | 0gr,05 à 0gr,10 |
| Eau..... | 300 c.c. |

Dissolvez.

Une cuillerée à chaque repas.

Dans ce même but de tonification, on peut aussi donner à chaque repas une pilule contenant :

| | |
|-----------------------------------|-----------------|
| ℥ Bromhydrate de quinine..... | 0gr,10 à 0gr,20 |
| Extrait alcool. de quinquina..... | 0gr,50 |

Pour une pilule.

Si le cœur avait un peu besoin d'être soutenu, on donnerait la caféine.

| | |
|-----------------------|----------------|
| ℥ Caféine..... | } ã 5 grammes. |
| Benzoat de soude..... | |
| Eau..... | 300 c. c. |

Dissolvez.

Deux à quatre cuillerées par jour.

ou mieux des cachets contenant chacun :

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| ℥ Théobromine..... | } ã 0gr,25 à 0gr,50 |
| Phosphate neutre de soude..... | |

M. S. A.

A la même médication anti-arthritique ou anti-artérielle se rattachent les cures hydro-minérales que l'on fera à *Euzet*, *Evian* ou *Vittel*.

A défaut ou concurremment, on peut, deux fois par an, au printemps et à l'automne, faire à domicile pendant un mois une cure de *Vittel* ou d'*Evian* ; une bouteille tous les matins, entre les deux déjeuners, par petite verrée de demi-heure en demi-heure.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT DU RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL

PAR

J. GRASSET,

Professeur à la Faculté de Montpellier.

I

Considérations cliniques.

Le traitement du ramollissement cérébral est constitué en entier par la réunion des traitements de l'artérialité et de la cérébralité.

En effet, la lésion artérielle, ou au moins l'altération cardiovasculaire, est la condition pathogénique constante du ramollissement cérébral, qu'il soit d'origine embolique ou thrombotique.

Pour l'embolie, c'est la cardiopathie mitrale, l'endocardite aiguë ou la phlébite, qui sont le point de départ habituel. Pour la thrombose, il faut l'artérite cérébrale elle-même.

Toute l'étiologie du ramollissement cérébral est dans la notion de cet élément pathogénique.

Les endocardites aiguës et les phlébites étant toujours d'origine infectieuse, ce sont les infections qu'il faut placer en tête de cette liste. Je n'ai pas fait de l'endocardite dite infectieuse une espèce à part puisqu'elles le sont toutes. Seulement il faut souligner celles de ces endocardites infectieuses qui deviennent ulcéreuses et peuvent par suite être plus facilement le point de départ d'embolies.

Parmi les infections qui entraînent le plus fréquemment l'endocardite, je citerai : le rhumatisme articulaire - aigu, l'infection puerpérale, l'érysipèle, les fièvres éruptives, la colibacillose...

L'artérite chronique appelle immédiatement dans l'esprit l'idée de trois causes : la sénilité, l'alcoolisme et la syphilis, à tel point que, quand le malade atteint de ramollissement cérébral est jeune, il faut toujours penser à l'alcoolisme ou à la syphilis, souvent aux deux.

Nous pourrions ensuite ajouter toute l'étiologie de l'artériosclérose : l'arthritisme, le plomb, le tabac, le paludisme...

Reste le groupe des causes de la cérébralité, c'est-à-dire des causes pour lesquelles le sujet qui a de l'artérite d'un ordre quelconque fait de l'artérite cérébrale plutôt que de l'artérite des membres.

Là, nous trouvons d'abord l'hérédité cérébrale et même l'hérédité névropathique entière, car elle n'a pas besoin d'être similaire; puis toutes les professions qui entraînent le surmenage cérébral : vie sédentaire, affaires obsédantes, travail de tête continu, lutttes politiques ardentes, préoccupations morales vives et prolongées...

Voilà tout l'ensemble étiologique, d'où nous tirerons la première série de nos indications thérapeutiques.

Nous n'avons rien à dire ici du *siège* du ramollissement cérébral.

Ce n'est pas que le traitement soit le même quel que soit le siège de l'altération. Mais les diverses variétés de traitement à ce point de vue sont surtout basées sur la considération du symptôme qui manifeste ce siège, c'est-à-dire qu'on traite, suivant le siège, l'aphasie, l'hémiplégie, l'épilepsie jacksonienne ou les troubles mentaux...

Or, ces divers symptômes ont leur chapitre thérapeutique distinct dans le présent ouvrage, et par suite nous n'avons pas à envisager ce côté du traitement du ramollissement cérébral.

Au contraire, il faut tenir un très grand compte, pour instituer le traitement, de la *marche* et de l'évolution des accidents.

Pour accentuer tout de suite le contraste clinique et démontrer l'importance thérapeutique de cette étude, voyez l'énorme différence qu'il y a entre un premier sujet frappé d'embolie cérébrale avec ictus apoplectique qui fait ressembler son ramollissement à une hémorragie et un second sujet qui devient peu à peu et lentement amnésique d'abord, embarrassé de la parole un autre jour, parétique plus tard, et cela sans attaque, sans ictus, insensiblement.

L'un et l'autre sont atteints de ramollissement cérébral. Mais ils sont justiciables d'un traitement bien différent.

Donc l'étude synthétique des grands types cliniques de ramollissement s'impose dans un chapitre de thérapeutique comme celui-ci.

Le tableau suivant¹ les résume :

| | | |
|--|------------------------------------|--|
| Types cliniques du ramoll ¹ cérébral. | I. Type à début brusque.. | 1. Début brusque et marche aiguë. |
| | | 2. Début brusque et marche chronique (avec ou sans nouvelles poussées aiguës). |
| | II. Type à début graduel.. | 3. Début graduel et marche aiguë. |
| 4. Début graduel et marche chronique (avec ou sans poussées aiguës). | | |
| III. Type à début latent.. | 5. Début seul latent. | |
| | 6. Début latent et marche latente. | |

1° Le premier type est, avec ou sans prodromes, la forme apoplectique, qui ressemble à l'hémorragie cérébrale et conduit rapidement à la mort.

2° Le deuxième type commence de la même manière, par l'apoplexie. Seulement l'apoplexie guérit et le malade reste un infirme avec une symptomatologie variable suivant le siège de la lésion : aphasie, hémiplégie, amnésie, etc.

Cet état chronique peut persister indéfiniment dans le *statu quo* ou marcher lentement vers une amélioration progressive, qui peut même être la guérison.

D'autres fois, dans le cours de l'évolution chronique, il survient, par intervalles, de nouvelles poussées aiguës, apoplectiformes, qui reproduisent de plus ou moins près l'accident initial.

1. GRASSET et RAUZIER. — Traité des maladies du système nerveux, 4^e éd., p. 127.

Le début brusque de ce second type n'implique pas nécessairement l'apoplexie. Sans perdre connaissance, le sujet peut voir survenir brusquement de l'aphasie, une hémiplegie, du délire ou une convulsion épileptiforme.

3° Dans le troisième type, le maximum des accidents n'est pas atteint d'emblée comme dans les deux premiers. Il faut un temps, quelquefois court, mais appréciable, pour que ce maximum soit atteint.

En quinze jours, par exemple, l'hémiplegie devient complète et la mort termine la scène.

4° Le quatrième type se rapproche du précédent en ce que, dans l'un comme dans l'autre, le début est graduel et le maximum n'est pas atteint du premier coup.

Mais ici (et c'est ce qui différencie du troisième type) la marche est chronique. C'est la forme cliniquement la plus habituelle.

Ainsi, pendant un temps, le sujet a du malaise, des vertiges, des engourdissements dans les membres, de l'amnésie, de la sensiblerie ; puis des parésies progressives qui peuvent arriver à la paralysie ; du délire calme à caractère souvent démentiel, de l'aphasie...

Et tout cela arrive insensiblement et la situation s'aggrave. Ou bien, à un moment donné, l'aggravation s'arrête, la maladie semble enrayée, au moins pour un temps, et le sujet reste au degré de déchéance acquis.

Cette évolution, sans cesser d'être chronique, peut se faire d'une manière continue, tout d'une traite, sans temps d'arrêt ni recrudescence, ou bien elle peut présenter des rémissions, ou au moins des arrêts, puis des poussées, notamment des épisodes apoplectiformes ou épileptiformes.

5° et 6° Ces formes n'ont guère d'histoire clinique.

Le type qui reste latent pendant tout le temps de son évolution n'a, par définition, aucune histoire symptomatique.

Quant au type à début latent, mais à évolution manifestée, il ne se révèle qu'au moment de cette évolution manifestée, et alors il revêt la forme d'un des quatre premiers types, déjà sommairement décrits.

II

Traitement.

Les indications thérapeutiques dans le ramollissement cérébral se déduisent des deux ordres d'idées que nous venons d'indiquer : des causes et de l'évolution clinique.

A. — INDICATIONS TIRÉES DES CAUSES.

Nous n'avons pas à exposer, ni même à résumer ici le traitement des infections ou en général des maladies susceptibles d'entraîner le ramollissement cérébral ; on trouvera ces divers traitements dans les chapitres spécialement consacrés à ces maladies. Mais il y a quelques considérations indispensables à indiquer ici, sur l'application au ramollissement lui-même du traitement de ces maladies initiales.

1° Le traitement de la maladie causale est-il utile au sujet atteint de ramollissement cérébral ?

Pour concrétiser la question sur un terrain bien net, prenons une maladie dans laquelle le traitement nosologique existe, est efficace : la syphilis. Le traitement *antisiphilitique* est-il utile au sujet atteint de ramollissement cérébral et doit-il être institué chez lui, ou bien le ramollissement cérébral étant considéré comme parasiphilitique, c'est-à-dire d'origine mais pas de nature syphilitique, faut-il s'abstenir d'instituer dans ces cas le traitement spécifique ?

Je n'hésite pas, en pareil cas, à faire le grand *traitement mixte*, et je crois en avoir obtenu de bons résultats chez certains sujets. Voici pourquoi :

Une fois la coagulation intra-artérielle faite, le processus de nécrobiose consécutif est absolument indépendant et émancipé de la cause. Que l'artérite soit syphilitique, sénile ou alcoolique, le foyer de cérébromalacie est au-dessus de toute intervention thérapeutique, spécifique ou non : tout comme le caillot dans l'hémorragie cérébrale.

Mais de deux sujets atteints de ramollissement cérébral, l'un verra son mal progresser constamment et s'aggraver jusqu'à la mort, l'autre verra son même mal rétrocéder ou tout au moins s'enrayer, s'immobiliser, constituer une infirmité parfois légère. N'y a-t-il pas intérêt à transformer, quand c'est possible, le premier type dans le second ?

Or, pour atteindre ce but, le traitement spécifique sera de première importance.

Si c'est une artérite syphilitique qui a fait le premier dégât, si ce dégât n'est pas très considérable et si la syphilis a été jusque-là mal ou incomplètement traitée, il n'est pas inutile de la combattre énergiquement, puisque sans cela elle continuerait ses ravages sur les artères et par les artères sur la pulpe cérébrale.

Donc, dans le ramollissement cérébral, quand la syphilis est en cause, il faut instituer le grand traitement mixte : *frictions napolitaines* ou *injections d'huile grise* et en même temps 2, 4 et 6 grammes d'*iodure* par jour pendant deux mois au moins. C'est le moyen, au moins, de faire la part du feu.

Ce que nous disons de la syphilis s'applique textuellement à toutes les maladies qui ont un traitement propre : le paludisme notamment.

En d'autres termes, quoique le ramollissement cérébral soit un accident plutôt para-infectieux que directement infectieux, il y a bien des cas où le traitement de la maladie initiale doit être institué.

C'est la première partie du traitement du ramollissement cérébral.

2° En second lieu, après avoir envisagé la maladie-cause, le clinicien doit envisager la lésion anatomique qui sert d'intermédiaire et comme de trait d'union entre la maladie cause et le ramollissement cérébral : c'est une lésion cardio-vasculaire, le plus souvent de l'artérite.

Il suffit de l'indiquer. Le traitement de ces altérations est étudié ailleurs dans des chapitres spéciaux.

3° Enfin le clinicien, appelé à traiter un ramollissement cérébral, doit tenir grand compte des causes de la cérébralité, de la localisation spéciale sur l'encéphale.

Là il puisera surtout des indications de prophylaxie, soit pour essayer d'empêcher le premier foyer de ramollissement chez un sujet menacé, soit surtout pour empêcher l'extension ou de nouvelles poussées d'un ramollissement antérieur.

Nous avons déjà indiqué cette hygiène à propos de l'hémorragie cérébrale : il faut, d'un seul mot, mettre le cerveau au repos, c'est-à-dire supprimer (dans les limites du possible) les préoccupations morales, les soucis, les tracasseries d'affaires, le travail intellectuel... entretenir une grande liberté du ventre pour ne pas congestionner le cerveau, faire vivre à la campagne, au plein air, conseiller des marches et des exercices du corps sans surmenage, sans atteindre même la fatigue... (Voy. plus haut).

B. — INDICATIONS TIRÉES DE L'ÉVOLUTION CLINIQUE. TRAITEMENT DES DIFFÉRENTS TYPES CLINIQUES.

Il est facile de voir que, parmi les diverses formes cliniques, la forme à évolution progressive, plus ou moins rapide, est la seule qui puisse fournir des indications un peu précises et pratiques.

Car les formes à début brusque, à ictus, se confondent avec l'apoplexie, dont le traitement sera étudié ailleurs ; et les formes latentes n'existent ni pour le clinicien, ni pour le thérapeute, tant qu'elles restent latentes.

Dans les types à évolution progressive, qu'on a le temps et le devoir de traiter, les indications se grouperont autour de trois chefs principaux : la lésion artérielle, l'élément congestif, l'état des forces.

1° L'artérite chronique est toujours à traiter chez le cérébromalacique parce que c'est un élément d'aggravation constante dans le processus nécrobiotique.

On donnera donc les préparations *iodées*, soit la solution suivante :

| | |
|-------------------------|-------------|
| ℥ Iodure de sodium..... | 10 grammes. |
| Eau..... | 300 c. c. |

Dissolvez.

Deux cuillerées par jour dans du lait ou au repas dans de l'eau vineuse.

Soit la *teinture d'iode* à la dose quotidienne de dix à douze gouttes, en deux fois, dans du lait.

Pour aider à la digestion de l'iodure et diminuer l'action des poisons du tube digestif sur les artères, on y joindra à chaque repas un cachet contenant :

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| ℥ Salol ou benzo-naphtol..... | } ãã 0 ^{gr} ,50 |
| Bicarbonate de soude..... | |

Pour un cachet.

En même temps le régime alimentaire sera très surveillé : pas de gibier, d'aliments faisandés; les viandes devront être bien cuites; on ajoutera le plus de lait possible à l'alimentation, un litre ou deux par jour; manger très peu le soir; assurer une selle quotidienne.

Je ne m'occupe naturellement pas ici de l'indication causale qui variera suivant que l'artérite sera d'origine syphilitique, arthritique ou toxique.

En tout état, l'artériel doit éviter le tabac et l'alcool sous toutes les formes.

2° L'élément congestif, qui est une complication importante du ramollissement cérébral, indique la révulsion sous ses diverses formes, notamment sur le tube digestif et à la peau.

Sur le tube digestif, on donnera tous les matins un verre à bordeaux d'eau de *Cruzy* ou de *Châtel-Guyon*; ou, deux fois par semaine, 20 grammes de *sulfate de soude*; ou, tous les huit jours, 0^{gr},10 à 0^{gr},15 d'*aloès* le soir au coucher.

On peut aller faire une saison à *Balaruc*, à *Brides*, à *Châtel-Guyon* ou à *Aulus*.

A domicile, on peut faire une cure de vingt-cinq jours, deux ou trois fois l'an, avec de l'eau de *Balaruc* ou de l'eau de *Vittel*.

Sur la peau, on fera tous les jours des *frictions* sèches à la brosse sur tout le corps; une ou deux fois par semaine, *bain de jambes* ou *sinapismes* aux membres inférieurs.

Parfois on pourra mettre des *pointes de feu* à la nuque.

Chez certains, on fera mettre deux saignées au fondement tous les mois.

3° L'état des forces doit toujours être surveillé dans les maladies chroniques comme celle-ci.

On ajoutera 0^{gr},05 à 0^{gr},10 d'*arséniate de soude* dans les 300 centimètres cubes de solution iodurée déjà formulée.

Ou bien on donnera deux cachets par jour d'une des formules suivantes :

| | |
|-------------------------------|---|
| ℥ Bromhydrate de quinine..... | 0 ^{gr} ,10 à 0 ^{gr} ,20 |
| Extrait de quinquina..... | 0 ^{gr} ,50 |

Pour un cachet.

| | |
|-------------------------------|--|
| ℥ Théobromine..... | } ãã 0 ^{gr} ,25 à 0 ^{gr} ,50 |
| Phosphate neut. de soude..... | |

Pour un cachet.

ou encore deux verres à liqueur par jour de :

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| ℥ Arséniate de soude..... | 0 ^{gr} ,05 |
| Extrait alcool. de quinquina..... | 6 grammes. |
| Glycérine neutre..... | 50 — |
| Sirop d'éc. d'or. amères..... | Q. S. p. 300 c. c. |

M. S. A.

ou deux cuillerées à café par jour de :

| | |
|---------------------------|---------------------|
| ℥ Arséniate de soude..... | 0 ^{gr} ,05 |
| Teinture de kola..... | } ãã 50 c. c. |
| Teinture de coca..... | |

M. S. A.

ou deux verres à liqueur par jour de :

| | |
|---------------------------|---|
| ℥ Arséniate de soude..... | 0 ^{gr} ,20 à 0 ^{gr} ,25 |
| Vin de kola..... | 1 litre. |

Dissolvez.

ou deux verres par jour de décoction de *quinquina*, à 15 grammes par litre d'eau...

On peut enfin faire des injections hypodermiques de *glycéro-phosphate* ou de *sérum artificiel*.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

DE

L'ENCÉPHALITE AIGÜE ET DES ABCÈS DU CERVEAU¹

PAR

E. ESTOR,

Professeur à la Faculté de Montpellier.

I

Considérations générales.

L'encéphalite aiguë et les abcès du cerveau sont toujours causés par une infection microbienne, mais la pénétration des germes pyogènes ne se produit pas dans tous les cas d'après le même mécanisme. Parmi les nombreuses causes qui peuvent les déterminer, les suppurations de l'oreille moyenne et les traumatismes crâniens sont assurément les plus importantes. Il est juste d'ajouter qu'un très grand nombre de maladies infectieuses, l'ostéomyélite, la pyoémie, la fièvre puerpérale, l'érysipèle, l'actinomycose, etc., sont susceptibles de provoquer l'encéphalite suppurée.

Nous diviserons ce chapitre en deux parties :

- 1° Encéphalite aiguë ;
- 2° Abcès du cerveau.

1. Nous ne nous occuperons pas des abcès consécutifs à la tuberculose et à l'ostéomyélite des os du crâne. On traitera dans ces cas la tuberculose et l'ostéomyélite de la même façon que lorsqu'elles siègent sur d'autres os. Quant à l'abcès, il sera ouvert et drainé comme les collections traumatiques ou otitiques.

II

Encéphalite aiguë.

(*Méningo-encéphalite diffuse. — Méningite avec abcès superficiel de l'écorce cérébrale.*)

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Le plus souvent causée par une fracture, elle est caractérisée, au point de vue anatomique, par les lésions suivantes :

Indépendamment des suppurations que l'on trouve au niveau du point d'entrée, il existe des désordres profonds ; les méninges sont hyperémiées, épaissies et tapissées d'une couche de pus jaunâtre ou verdâtre. Tantôt le pus est collecté entre la dure-mère et le crâne, tantôt à la surface du cerveau parfois criblé de petits foyers purulents entourés d'une zone indurée.

Duplay admet quatre périodes dans l'évolution de la méningo-encéphalite : 1° période d'incubation ou latente ; 2° prodromique ; 3° d'invasion ; 4° période d'état. Avec Bousquet et Ricard, il nous paraît préférable d'en distinguer deux dont la physionomie est très différente :

- 1° Une période d'excitation ;
- 2° Une période de dépression ou de coma qui se termine généralement par la mort.

L'encéphalite peut être tardive, c'est l'exception ; le plus souvent elle apparaît du troisième au sixième jour, rarement après la troisième semaine. On pourrait appeler avec G. Marchant cette première période, période d'incubation.

A. — Au début le blessé est souvent surexcité, il arrache son pansément, sa figure est grimaçante, il passe par des alternatives de colère et de chagrin, assez rarement son délire est furieux. Le pouls est fréquent, la langue sèche et la température élevée. L'aspect de la plaie est mauvais. La suppuration est abondante et sanieuse.

Viennent ensuite les contractures cloniques ou toniques et