

## CHAPITRE X

### TRAITEMENT DES SCLÉROSES CÉRÉBRALES DE L'ENFANCE

PAR

M. LANNOIS,

Agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon.

#### I

##### Considérations générales.

Le plan de cet ouvrage comporte le traitement des scléroses cérébrales de l'enfance. On n'oubliera pas toutefois que le diagnostic de cette forme anatomique n'est pas possible dans le plus grand nombre des cas et que le syndrome clinique qui lui correspond, l'hémiplégie spasmodique infantile, peut également être produit par une série d'autres lésions cérébrales, les encéphalites traumatiques, les plaques de méningo-encéphalite, les ramollissements et les hémorragies, les porencéphalies vraie et fausse.

Un lien commun réunit d'ailleurs ces diverses variétés anatomo-pathologiques, c'est l'atteinte primitive du système vasculaire. Les lésions de la porencéphalie congénitale ou acquise paraissent bien être en rapport avec un trouble atteignant un territoire artériel et déterminant au delà de la lésion l'arrêt de développement du tissu nerveux ou la destruction nécrobiotique aboutissant à la cavité caractéristique. Dans la sclérose, à côté des lésions névrogliales, on constate l'épais-

sisement des petits capillaires et l'élargissement des gaines lymphatiques qui se remplissent de corps granuleux. Que cette lésion de la sclérose encéphalique soit la première en date, comme l'ont soutenu Jendrassik et Marie, ou qu'il s'agisse d'une inflammation primitive de la substance grise de l'écorce, comme le veut Strümpell, d'une polioencéphalite analogue à la poliomyélite de la paralysie infantile, c'est là une question non encore tranchée d'une manière définitive.

Ce qu'il nous importe de constater, c'est qu'il existe toujours un point où la lésion est maxima, comme pour témoigner que le foyer initial s'est allumé là (Brissaud), et d'où elle s'est propagée insensiblement au lobe ou à l'hémisphère sclérosé. Cette notion d'un envahissement progressif, qui paraît fort lent dans son évolution, explique les symptômes tardifs de la sclérose infantile et peut avoir une importance au point de vue thérapeutique, en montrant qu'il ne s'agit pas d'une lésion irrémédiablement constituée dès le début.

Plus intéressante encore que l'étude de la lésion en elle-même est pour nous la recherche de ses causes. Celles-ci, en dehors du traumatisme crânien, peuvent se diviser en deux groupes. Ce sont d'abord celles qui constituent ce qu'on est convenu d'appeler l'étiologie de Little, c'est-à-dire la naissance avant terme et surtout les accouchements laborieux, l'enfant venant au monde asphyxié (forceps, circulaires du cou, etc.). Le second groupe de causes est constitué par les maladies infectieuses : on sait que Strümpell et d'autres avec lui ont soutenu que l'infection jouait le rôle prépondérant dans l'étiologie et la pathogénie de la polioencéphalite aiguë, dans les premières années après la naissance. On a même pensé que l'infection, comme la syphilis (Fournier) ou l'alcoolisme des parents, pouvait agir *in utero* et déterminer la sclérose chez le fœtus lui-même.

Il va de soi que la thérapeutique est absolument impuissante contre ces formes congénitales. Elle ne peut pas davantage contre les cas qui reconnaissent pour cause première l'asphyxie à la naissance. Il n'en existe pas moins là, pour l'accoucheur, une véritable indication prophylactique, celle de termi-

ner le plus rapidement possible tout accouchement laborieux qui peut faire craindre l'asphyxie du nouveau-né.

La règle générale, qui d'ailleurs souffre de nombreuses exceptions, est que l'étiologie de Little donne des lésions cérébrales symétriques et se traduise par les diverses formes cliniques qu'on peut englober sous le nom de *diplegies cérébrales*; celles-ci comprennent la rigidité spasmodique généralisée ou paraplégique (la plupart des cas de tabès spasmodique) et l'hémiplégie spasmodique double, qui se compliquent parfois de chorée ou d'athétose. L'étiologie infectieuse donne plus fréquemment l'hémiplégie spasmodique infantile compliquée ou non d'hémiathétose et d'hémichorée. Nous laisserons de côté tout ce qui a trait à ces mouvements anormaux.

Le début est souvent marqué, lorsqu'il a lieu au cours de la première enfance, par des accidents aigus qui paraissent bien marquer la nature infectieuse de l'affection (fièvre, agitation, vomissements, etc.) : les convulsions sont ici de règle. Lorsque cet état aigu s'est dissipé, on constate l'existence d'une hémiplégie flasque qui très rapidement se complique d'état spasmodique, de contractures, de troubles trophiques, etc.

## II

### Traitement.

Cette période peut d'ailleurs faire défaut ou passer inaperçue. Dans le cas où il est permis de la constater, il est tout indiqué de chercher à modérer la réaction inflammatoire par la dérivation sur le tube digestif, les petits *vésicatoires* à la nuque et sur le crâne, les émissions sanguines locales, notamment les *sangsues* à l'apophyse mastoïde, ou même la *saignée* générale si les convulsions sont suivies d'une période comateuse avec cyanose. On a conseillé dans le même but les *bains* froids ou tièdes avec affusions froides sur la tête. Quant aux médicaments *antithermiques*, il ne faut les employer qu'avec prudence, car ils sont généralement mal tolérés par les enfants.

Contre les phénomènes éclamptiques, qui sont les plus alarmants pour l'entourage, on a en outre préconisé les *bromures*, le *musc*, que Grisolles considérait comme un excellent médicament, à condition de le donner aux doses élevées de 0<sup>sr</sup>,40 à 1 gramme, les *inhalations de chloroforme* (West), qui parviennent bien à diminuer l'intensité des crises et à les espacer, mais dont l'action est le plus souvent passagère, enfin le *chloral*, médicament énergique, qu'on doit prescrire à doses fractionnées (Steiner, Monti) répétées toutes les demi-heures jusqu'à production du sommeil, de 0<sup>sr</sup>,03 à 0<sup>sr</sup>,05 chez le nouveau-né, de 0<sup>sr</sup>,05 à 0<sup>sr</sup>,15 chez le nourrisson, de 0<sup>sr</sup>,20 à 0<sup>sr</sup>,30 chez l'enfant de deux à six ans (Steiner). On voit qu'en somme ce traitement est celui de toutes les convulsions infantiles.

Le plus souvent, le médecin n'est appelé auprès du malade ou ne fait le diagnostic avec sûreté qu'au moment où les lésions sont déjà irrémédiablement installées. Il pourra encore essayer de lutter contre l'envahissement progressif par les *vésicatoires* volants répétés ou, comme l'indique Richardière, par l'application d'un *cautère* ou d'un *séton*.

Contre la paralysie, on a eu recours surtout à l'*électricité* sous ses diverses formes. Les résultats ont été variables, ce qui tient à l'intensité et à la gravité des symptômes paralytiques. Lorsque ceux-ci sont très intenses et s'accompagnent de contractures, de déformations profondes, d'atrophie de tous les tissus, l'électricité ne donnera que des résultats insignifiants ou nuls. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et lorsque l'atrophie est peu marquée, qu'il n'y a pas d'arrêt de développement des os, que la contractilité électrique n'a pas subi de modifications importantes, on est souvent utile en traitant les petits malades par l'électricité, le massage et la gymnastique. On n'oubliera pas que certains hémiplégiques infantiles sont peu gênés par leur infirmité et peuvent exercer un métier, et que certaines formes, notamment dans les diplegies, évoluent lentement vers une amélioration qui équivaut à une guérison.

Le courant faradique a été préconisé par plusieurs auteurs.

D'Espine et Picot attribuent au courant faradique ou plutôt farado-galvanique de Watteville, appliqué sur les nerfs ou les muscles paralysés, d'excellents résultats et même, dans les cas légers, des guérisons complètes. Gaudard conseille de ne le commencer qu'un mois après la disparition des phénomènes aigus et de n'employer que des courants faibles, en séances courtes ne durant pas plus de dix minutes et répétées seulement tous les deux jours. Il faut craindre en effet de favoriser l'apparition des contractures ou de les exagérer lorsqu'elles existent.

Ce résultat n'est pas à redouter avec les courants galvaniques, qui auront plutôt comme résultat d'empêcher l'atrophie musculaire; ils ont été vantés par divers auteurs et notamment par Bernhardt. Leur utilité est contestable lorsque les lésions sont déjà anciennes. On emploiera de préférence les courants descendants sur la moelle et les nerfs. On peut également se servir du bain électrique. Hammond a conseillé l'électrisation du cerveau lui-même, les électrodes étant placées sur les deux apophyses mastoïdes; il ne faut faire qu'une séance de trois minutes tous les deux jours. Il y ajoutait l'usage interne du chlorure de baryum à la dose de 0<sup>sr</sup>,05 par jour.

Les *frictions* stimulantes et le *massage* doivent être recommandés; il faut surtout user d'une sorte d'éducation méthodique des membres atteints de paralysie spasmodique par les mouvements passifs et une gymnastique raisonnée qui, malheureusement, est le plus souvent limitée. On y joindra avec avantage les *bains chauds* et les *bains de boue*. Jules Simon recommande spécialement *Bagnères-de-Bigorre*; on peut indiquer dans le même sens les stations salines, *Néris*, *Plombières*, *Dax*, *Salins*, etc. Tous les auteurs répètent à l'envi qu'il faut proscrire les *bains de mer* à cause de la stimulation excessive qu'ils produisent. On se trouvera bien cependant chez les sujets lymphatiques du séjour au bord de la mer, avec de longues stations sur le sable chauffé par le soleil, le corps nu ou seulement recouvert d'un costume de bain.

On a fréquemment cherché à redresser les membres et à

combattre les déformations permanentes liées à l'atrophie par des *interventions chirurgicales*, notamment par la ténotomie. Elle donne de meilleurs résultats au pied qu'au membre supérieur. Aussi la ténotomie le plus souvent pratiquée a-t-elle été la section du tendon d'Achille. Sa valeur a été assez vivement discutée, mais il n'est pas douteux qu'elle ne réponde à des indications, qu'elle n'agisse efficacement, au moins pour un temps, sur la contracture, et qu'elle ne fasse disparaître le pied varus-équin. Il faut, dans un certain nombre de cas, lui adjoindre l'excision partielle ou l'ablation de l'astragale. La section de l'aponévrose plantaire corrige plus ou moins le valgus.

Dans quelques cas exceptionnels il serait possible, comme on l'a fait pour les paralysies infantiles, de souder à un tendon de muscle atrophié le tendon d'un muscle relativement indemne pour améliorer le fonctionnement d'un segment de membre.

On a aussi préconisé l'élongation des nerfs, qui n'a du reste été appliquée que dans l'hémiathétose et dont les résultats paraissent bien douteux. Féré et Smith lui reprochent de causer une excitation du système nerveux qui se traduit par une augmentation des convulsions épileptoïdes.

On obtient quelques résultats de la prothèse orthopédique dans les cas où il n'y a pas d'atrophie marquée ni de contractures accusées: elle peut, dans une certaine mesure, prévenir ces complications et faciliter la marche des petits malades, ce qui permet aux muscles d'acquérir un développement assez marqué. Les appareils ont besoin d'une surveillance minutieuse pour être toujours adaptés aux besoins des malades.

Le traitement de l'épilepsie symptomatique ne demande rien de particulier et doit consister essentiellement dans l'usage des *bromures* à dose élevée. On sait que les convulsions épileptiques se montrent le plus souvent vers la puberté; aussi Bernhardt a-t-il essayé d'empêcher leur apparition en employant les bromures associés à l'*iodure de potassium* comme moyen préventif. On n'oubliera pas, dans l'appréciation de la valeur

des traitements, que l'épilepsie de la sclérose cérébrale a parfois de la tendance à diminuer et même à disparaître à partir de trente ans.

Si la sclérose cérébrale est limitée, localisée en dehors des parties antérieures du cerveau, on comprend qu'il puisse n'exister aucun trouble psychique : de fait, l'hémiplégie infantile est compatible avec un développement intellectuel suffisant. Le plus souvent il existe des troubles psychiques qui vont d'une simple diminution de l'intelligence ou d'une lacune dans les sentiments moraux ou affectifs jusqu'à l'idiotie la plus complète : nous renvoyons pour leur traitement au chapitre de l'*Idiotie*. Indiquons seulement ici qu'ils ressortissent aux procédés de traitement pédagogique de Bourneville bien plus qu'à la grave opération de la craniectomie, car Lannelongue reconnaît lui-même que l'atrophie et la sclérose cérébrale sont des contre-indications opératoires.

## CHAPITRE XI

### TRAITEMENT DE L'APOPLEXIE

PAR

J. GRASSET,

Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

#### I

##### Considérations générales.

Certains médecins, et des plus instruits, pourront être surpris de voir, dans un Traité de thérapeutique appliquée, un chapitre spécial consacré à l'apoplexie.

Les auteurs classiques semblent être en général d'un avis contraire à celui qui a été adopté ici<sup>1</sup>.

Et, dans les divers ouvrages choisis parmi les plus connus de divers pays, on ne peut pas arguer qu'on a négligé l'apoplexie parce que l'étude des symptômes n'appartient pas à la pathologie. Car dans ces mêmes ouvrages on étudie non seulement les névroses qui sont des syndromes, mais l'aphasie, l'athétose, dont personne ne conteste la nature purement symptomatique.

1. Dans le Traité de pathologie interne de JACCOUD (7<sup>e</sup> édition, 1883), dans l'*Handbuch speciellen Pathologie und Therapie* de ZIEMSEN (Leipzig, 1876), dans le Traité des maladies du système nerveux de HAMMOND (trad. LABADIE-LAGRAVE, 1877), dans le Traité de pathologie interne et de thérapeutique d'EICHHORST (trad. franç., 1889), dans le Traité clinique des maladies du système nerveux de ROSENTHAL (trad. LUBANSKI, 1878), dans le Manuel de pathologie interne de VANLAIR (Liège, 1890), dans les Nouveaux éléments de pathologie médicale de LAVERAN et TEISSIER (1889), dans le Manuel de pathologie interne de DIEULAFOY (9<sup>e</sup> édition, 1896), il n'y a pas de chapitre spécial consacré à l'apoplexie.