

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'*Handbucher 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.



On n'étudie pas l'apoplexie à part uniquement parce qu'on la confond encore avec l'hémorragie cérébrale.

D'autres ouvrages consacrent un chapitre à l'apoplexie. Mais l'un<sup>1</sup> ne donne aucun traitement à la fin de ce chapitre, et l'autre<sup>2</sup> conclut le court paragraphe du traitement par ces mots : « En résumé, il faut le plus souvent s'en tenir à une expectation déguisée... »

La direction du présent Traité s'est donc complètement écartée des notions classiques en faisant figurer l'apoplexie parmi les sujets dont on doit s'occuper en thérapeutique.

Depuis 1878<sup>3</sup>, je m'efforce de démontrer les droits de l'apoplexie à figurer dans les Traités de pathologie.

Le présent article a pour but d'essayer de démontrer les droits de l'apoplexie à figurer dans un Traité de thérapeutique appliquée.

#### A. — DÉFINITION.

Pour établir qu'il y a un traitement de l'apoplexie, il faut naturellement rendre à ce mot le sens ancien, symptomatique, qu'il avait depuis Gaïen et que l'école anatomique avait dénaturé.

Pour les anciens, l'apoplexie était un syndrome clinique, correspondant à des lésions diverses que Morgagni commença à étudier et à classer.

Mais, à l'époque des travaux de Rochoux, l'école anatomique voulait définir chaque maladie et chaque syndrome par sa lésion : l'hémorragie cérébrale étant la cause la plus fréquente de l'apoplexie, les deux mots devinrent synonymes ; puis apoplexie devint même synonyme d'hémorragie viscérale et tout le monde parla d'apoplexie pulmonaire, splénique, etc., pour désigner les infarctus hémorragiques de ces organes.

Il eût mieux valu rayer le mot apoplexie de la nomenclature médicale. On devrait toujours se rappeler que, pour éviter

1. Traité de médecine, 1894.

2. Manuel de médecine, 1894.

3. GRASSET, — Leçons sur les maladies du système nerveux, 1<sup>re</sup> édit.

les confusions, il faut toujours laisser aux mots leur sens traditionnel, sauf à créer des mots nouveaux pour exprimer des idées nouvelles.

Il est bien démontré aujourd'hui que l'apoplexie n'est pas toujours et partout liée à l'hémorragie cérébrale : l'embolie et la thrombose des vaisseaux cérébraux, une poussée de méningo-céphalite diffuse, la congestion cérébrale, l'œdème cérébral peuvent produire l'apoplexie. Depuis Debove et Achard, on décrit même une apoplexie purement nerveuse.

Donc, apoplexie et hémorragie cérébrale ne sont pas synonymes.

Bien plus ; alors même que l'hémorragie cérébrale serait presque toujours derrière l'apoplexie, il y a dans ce dernier symptôme un caractère clinique spécial qui lui mérite une étude à part : c'est le défaut de proportionnalité entre l'étendue de la lésion anatomique et l'étendue de la manifestation symptomatique.

Une hémorragie d'une artériole, d'une branche de la sylvienne par exemple, sera réduite au voisinage de la capsule externe, détruira une partie minime d'un hémisphère : toutes les fonctions cérébrales sont abolies.

Sans doute, la lésion fera sa symptomatologie propre suivant son siège (hémiplégie, monoplégie, aphasie, etc.), mais en dehors de cela, il y a l'ictus qui frappe non seulement l'hémisphère entier dont une partie seulement est atteinte, mais même l'hémisphère opposé qui est bien loin de la lésion.

Voilà ce qui caractérise l'apoplexie et en fait un syndrome, sans doute lié à une altération, mais paraissant hors de proportion comme étendue avec l'altération initiale. Voilà pourquoi l'apoplexie, même liée à l'hémorragie cérébrale, doit en être séparée comme description, diagnostic et traitement.

En d'autres termes, on conçoit l'hémorragie cérébrale sans le syndrome apoplexie et on conçoit l'apoplexie sans hémorragie cérébrale.

Donc, l'apoplexie est un syndrome à part que, comme tous les syndromes, il faut spécifier par ses caractères cliniques.



## B. — CARACTÈRES CLINIQUES.

Qu'est-ce donc que l'apoplexie au point de vue clinique ?  
Le premier caractère est la suspension de toutes les fonctions cérébrales, fonctions des hémisphères, avec conservation habituelle des fonctions méso-céphaliques et surtout bulbo-médullaires, notamment la respiration et la circulation.

*Mortui vivunt*, comme disait Archigène. Et cette prostration intellectuelle, motrice et sensitive est indépendante, non seulement de la nature, mais aussi du siège de la lésion.

Les symptômes de localisation (aphasie, paralysies, anesthésies) peuvent se rencontrer dans l'apoplexie ; mais ils ne font pas partie du tableau clinique essentiel de l'apoplexie ; ils n'en sont pas les caractères cliniques.

Donc, premier caractère, suspension totale (quel que soit le siège de la lésion) de toutes les fonctions cérébrales (hémisphères).

Le deuxième caractère est la brusquerie de début des accidents.

Ceci distingue l'apoplexie des états progressifs qui suppriment peu à peu les fonctions cérébrales.

L'ictus est le deuxième caractère nécessaire pour constituer l'apoplexie.

Enfin il faut, en troisième lieu, que tout cela soit dû à une altération cérébrale.

C'est ce qui distingue l'apoplexie de la syncope, de l'asphyxie.

Ceci est vrai même de l'apoplexie nerveuse. Car certainement alors il y a une altération, fonctionnelle ou dynamique, mais certaine, du cerveau.

Donc, l'apoplexie est la cessation subite de l'action cérébrale produite par une altération spontanée, organique ou fonctionnelle, d'un ou de plusieurs points du cerveau avec conservation de la respiration et de la circulation.

## C. — CLASSIFICATION ÉTIOLOGIQUE.

## 1° D'après le processus anatomique.

Quelles sont maintenant les principales altérations cérébrales qui peuvent produire l'apoplexie ?

1° D'abord et surtout, l'hémorragie cérébrale ; aussi, quoique moins souvent, l'hémorragie méningée ;

2° Le ramollissement cérébral, soit par thrombose, soit par embolie. On retrouve dans la thrombose la brusquerie nécessaire pour produire l'apoplexie : car, si la circulation se ralentit progressivement, elle s'arrête brusquement dans le territoire irrigué par l'artériole malade ;

3° La congestion cérébrale. C'est le mécanisme des apoplexies paludéennes (au moins dans beaucoup de cas) que j'ai étudiées en 1876. C'est aussi le mécanisme des apoplexies ou attaques apoplectiformes que l'on observe dans les tumeurs cérébrales, la paralysie générale progressive, la sclérose en plaques, etc. ;

4° L'œdème cérébral. Le type de cette apoplexie est observé dans l'urémie ; on le retrouve aussi dans d'autres dyscrasies et dans certaines intoxications ;

5° L'altération, inconnue dans sa nature, mais certaine dans son existence, de l'hystérie. Toutes les apoplexies nerveuses et certaines apoplexies dyscrasiques ou toxiques rentrent dans ce paragraphe.

Cette énumération suffit à établir les cinq grandes espèces d'apoplexie, classées d'après la nature anatomique de l'altération cérébrale :

- 1° Apoplexies par hémorragie cérébrale ;
- 2° Apoplexies par ramollissement cérébral ;
- 3° Apoplexies par congestion cérébrale ;
- 4° Apoplexies par œdème cérébral ;
- 5° Apoplexies par altération cérébrale névrosique.

## 2° D'après les espèces nosologiques.

A. — Vient maintenant la classification des apoplexies basée



sur les espèces nosologiques qui sont derrière ce processus anatomique.

En tête se place l'arthritisme par ses manifestations artérielles.

J'entends par arthritisme cet état de bradytrophie spéciale qui peut être la conséquence de l'infection rhumatismale répétée ou de l'intoxication alcoolique, surtout quand les éléments se joignent à une hérédité arthritique et névropathique, à une vie cérébrale et sédentaire, à une alimentation trop riche...

Ensuite les diverses infections, syphilis, paludisme et autres.

En somme, les diverses maladies capables de porter leur action directement sur les vaisseaux du cerveau ou par voie indirecte sur le cœur ou les reins.

A l'apoplexie nerveuse correspond la nosologie spéciale de l'hystérie.

Il ne peut pas entrer dans le cadre d'un article comme celui-ci de détailler cela et de faire autre chose qu'une mention sommaire.

Voilà le cycle complet : la maladie s'empare du sujet, réalise une des altérations cérébrales indiquées et le syndrome apoplexie en résulte.

B. — Reste une dernière question, capitale, mais difficile, sinon impossible à résoudre complètement : comment une altération cérébrale quelconque, limitée par nature à une partie, souvent minime, d'un hémisphère, entraîne-t-elle un ictus général, une suspension de toutes les fonctions cérébrales supérieures, des deux hémisphères ?

On a fait beaucoup d'hypothèses que nous ne pouvons discuter ici, depuis l'étonnement cérébral de Trousseau jusqu'au refoulement du liquide céphalo-rachidien de Duret.

Le fait certain est celui-ci.

Les relations entre les diverses parties des centres nerveux et leur solidarité sont telles que quand une partie est détruite, une suppléance peut se faire par les autres parties ou qu'en

tout cas les autres parties conservent leur fonctionnement normal, à une condition absolue, c'est que cette destruction sera non seulement limitée, mais aussi et surtout lente et progressive : c'est ce qui se passe dans l'histoire de la plupart des tumeurs cérébrales, qui souvent restent latentes ou avec lesquelles on voit disparaître la fonction étroite de la partie détruite sans trouble aucun dans la fonction des parties voisines.

Tout autre est la marche quand le processus destructif ou altérant est rapide ou brusque : alors non seulement les parties voisines ne suppléent pas la partie détruite, mais elles reçoivent un choc qui inhibe, au moins pour un temps, leur fonction propre.

Le meilleur moyen de comprendre le fait est de se rappeler ce qui se passe quand on coupe la moelle d'une grenouille. Régulièrement les réflexes sont exagérés dans les segments de moelle au-dessous de la section. Mais si on fait cette section brusquement, les réflexes au-dessous restent abolis pendant un certain temps ; c'est-à-dire que la fonction de la moelle au-dessous est inhibée, momentanément supprimée, quoique cette moelle ne soit pas matériellement lésée ou détruite. Il y a là un choc, une action de voisinage, en tous cas une action transitoire et peu profonde, puisque, un certain temps après, la section restant la même (c'est-à-dire l'altération anatomique initiale persistant), la fonction reparait dans cette moelle, son « étonnement » disparaît, les réflexes réapparaissent et deviennent exagérés comme ils doivent être dans une moelle normale séparée du cerveau.

L'état du cerveau dans l'apoplexie est analogue : il y a d'une part la lésion anatomique qui est variable de nature, de siège, d'étendue, et d'autre part, il y a l'état général du cerveau, qui fait l'ictus, qui est l'essence de l'apoplexie.

J'insiste un peu sur ce fait parce que là réside le problème pronostique et de là découle toute la question thérapeutique.

La lésion cérébrale limitée a son pronostic et son traitement. Ainsi le malade pourra guérir son apoplexie et rester hémi-



plégique, aphasique, etc., suivant le siège de la lésion limitée initiale.

Le pronostic et le traitement de l'apoplexie sont certainement liés au pronostic et au traitement de la lésion, puisque celle-ci en est la cause. Mais ils sont assez indépendants pour ne pas être nécessairement parallèles et solidaires.

Il en résulte que les considérations pratiquement décourageantes que peut entraîner la connaissance approfondie de la lésion cérébrale limitée peuvent ne pas s'appliquer à l'ictus, au retentissement général sur le cerveau, à l'apoplexie.

Donc, de ce que l'on ne trouve rien de rationnel à faire contre le caillot de l'hémorragie cérébrale, contre l'îlot nécrobiosé de substance cérébrale, cela ne veut pas dire qu'il n'y ait rien à faire contre l'apoplexie elle-même, contre l'ictus, qui peut disparaître malgré la persistance du caillot ou du foyer de ramollissement.

Cette notion capitale, qui domine, à mon sens, toute l'histoire clinique et thérapeutique de l'apoplexie, ne peut pas être saisie par les auteurs qui inféodent complètement l'apoplexie à l'hémorragie cérébrale, qui les identifient, ou par ceux qui ne voient d'autre indication thérapeutique dans l'apoplexie que les indications tirées de la lésion cérébrale limitée elle-même.

Or, nous avons vu que dans cette catégorie peuvent se placer la plupart des auteurs contemporains. De là l'absence des paragraphes de thérapeutique dans le chapitre de l'apoplexie ou la désespérance qui les imprègne quand ils existent.

Et cependant, en fait et en pratique, nous sommes tous intervenus dans des cas d'apoplexie et nous sommes intervenus honnêtement, c'est-à-dire pas avec le seul désir de faire quelque chose; et nous avons tous conscience d'avoir été utiles à notre malade, d'avoir facilité la disparition de son apoplexie; et cela sans jamais avoir eu la prétention de lui faire résorber thérapeutiquement son caillot hémorragique ou de lui faire artificiellement durcir son foyer de ramollissement.

En d'autres termes, *quoique l'apoplexie soit causée par une lésion cérébrale limitée, le syndrome est assez distinct de la lésion pour que le pronostic et le traitement du syndrome et de la lésion ne soient pas nécessairement et toujours solidaires et identiques, et par suite, alors même que la lésion initiale est au-dessus de toute thérapeutique, on peut instituer un traitement rationnel et utile de l'apoplexie elle-même.*

Cela suffit à légitimer le paragraphe suivant, qu'il est temps d'aborder, mais qu'il eût été impossible de traiter sans les considérations qui précèdent.

## II

### Traitement.

Pour instituer le traitement complet d'un symptôme ou d'un syndrome, il faut tirer les indications de diverses sources.

Il y a d'abord les indications tirées de l'étude et de l'analyse du symptôme lui-même, puis les indications fournies par l'altération anatomique initiale, ensuite les indications données par l'état nosologique fondamental. Enfin il y a à poser les indications d'un traitement prophylactique.

Pour bien et complètement traiter un cas donné d'apoplexie, le praticien ne doit négliger aucune de ces sources d'indications.

Mais il est facile de voir que, malgré cela, nous n'avons pas à les parcourir toutes dans le présent chapitre.

En effet, toutes les indications à tirer de l'état anatomique cérébral ont été étudiées dans d'autres chapitres de ce même ouvrage, puisque le traitement de l'hémorragie cérébrale, celui du ramollissement cérébral, celui de la congestion cérébrale... ont été étudiés à part et ailleurs.

De même pour les indications à tirer de l'état nosologique. On les trouvera sous la rubrique individuelle de ces diverses maladies comme le paludisme, la syphilis, l'alcoolisme, l'arthritisme, etc