

De même, on reconnaît l'atrophie du lobe cérébelleux du côté opposé à l'hémisphère lésé, ainsi que l'a établi Turner.

Mais de plus, et ceci est spécial à l'enfant, les parties des hémisphères cérébraux qui n'ont pas été touchées directement par la lésion primitive sont plus ou moins intéressées dans la suite. On constate en effet des foyers scléreux plus ou moins développés autour d'un kyste, d'une plaque jaune, de l'atrophie à tendance diffuse, de sorte que le cerveau lui-même présente comme les membres, à côté des lésions banales de l'hémiplégie chez l'adulte, des troubles de développement et des altérations collatérales qui expliquent bien la complexité du tableau symptomatique.

Pour quelques cas, comme dans la sclérose lobaire, on a remarqué assez loin du foyer primitif des corps granuleux (Jendrassik et Marie) qui témoignent de la pérennité des processus irritatifs et dégénératifs, même plusieurs années après le début. Cette notion doit être relevée avec soin, car elle comporte une véritable indication thérapeutique.

Si, quittant les lésions aiguës, nous nous reportons aux premiers temps de leur apparition, nous les verrons beaucoup plus simples : foyers de ramollissement, hémorragies cérébrales, sous-méningées ou méningées, encéphalite aiguë. Quant aux lésions secondaires, elles n'ont pas encore eu le temps de se produire.

Quelle que soit la lésion, nous avons rarement le pouvoir de la combattre directement.

Pour ce qui est du ramollissement, la chose va de soi, car il constitue une conséquence banale, mécanique, d'une lésion artérielle ou veineuse dont la nature est variable, embolie, thrombose cachectique, artérite et phlébite infectieuse.

L'infection est à peu près constante dans le développement de l'encéphalite qui succède en effet à la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, la diphtérie, et à des états mal définis qu'on tend à grouper sous le nom de gripes. Or, parmi les infections pathogènes, il en est que nous pouvons combattre, non seulement préventivement, mais même dans leurs effets.

Telle la syphilis, dont Fournier a montré le rôle dans un certain nombre d'affections spasmodiques de l'enfance.

Quant à l'hémorragie, qu'elle siège dans l'écorce, dans la cavité arachnoïdienne, sous la pie-mère, elle se montre dans deux circonstances différentes. Tantôt, elle ne constitue qu'un symptôme associé à l'encéphalite ou au ramollissement, tantôt elle évolue pour son propre compte et succède alors à des violences mécaniques qui sont le plus fréquemment réalisées au moment de la naissance, soit à l'occasion de l'application du forceps, soit par suite d'un accouchement laborieux produisant l'asphyxie et la congestion céphalique, soit encore parce que la stase sanguine sera provoquée par des circulaires du cordon autour du cou.

Il est vrai que les lésions ainsi produites se traduisent par un syndrome spécial que l'on a l'habitude de décrire sous le nom de maladie de Little. Toutefois, on a signalé le type hémiplégie spasmodique, se produisant dans des conditions analogues. Au surplus, il n'y a peut-être pas lieu d'établir entre les deux ordres de symptômes une distinction radicale, car ils se relient par une chaîne de faits intermédiaires et relèvent d'une pathogénie commune.

L'hémorragie après la naissance survient à la suite de traumatismes craniens ou par le fait d'un arrêt brusque de la circulation veineuse cérébrale, comme il s'en produit dans les affections spasmodiques des voies respiratoires et principalement dans la coqueluche.

III

Traitement pathogénique.

Le traitement doit se proposer de combattre la cause première, la lésion initiale qui préside au développement des accidents ultérieurs.

Il est moins désarmé qu'il ne semble au premier abord, et voici dans quelles conditions on peut le tenter.

A. — HÉMIPLÉGIE D'ORIGINE TRAUMATIQUE.

Outterson Wood et Edw. Cotterel¹ ont obtenu une guérison complète d'une hémiplégie datant de deux ans, par l'intervention chirurgicale. Une fille de douze mois tombe d'une meule de foin sans présenter de symptômes immédiats. Quelques semaines après, se développe une épilepsie jacksonienne débutant par le pouce droit et s'étendant aux membres droits. Bientôt apparaît une hémiplégie droite qui persiste depuis deux ans associée à l'épilepsie et compliquée d'arrêt de développement de la moitié droite du corps.

Deux ans après l'accident, on note une saillie prononcée de la région pariétale gauche. La trépanation au niveau de la région rolandique conduit sur un kyste séreux sous-arachnoïdien. La paroi est excisée, on draine. La guérison a lieu rapidement, l'hémiplégie et l'épilepsie disparaissent. Il s'agissait d'une hémorragie sous-méningée primitive d'origine traumatique transformée en kyste séreux.

Ainsi, deux ans après le début d'une hémiplégie, l'intervention avait été d'une efficacité complète.

Elle a d'autant plus de chance d'aboutir qu'elle est pratiquée plus tôt. Dans un cas de Sandoz², une fille de six ans atteinte à la tête par une casserole tombée d'un second étage présente, trente-six heures seulement après l'accident, de la céphalée, de l'engourdissement du bras gauche suivi de parésie, puis de la somnolence, des vomissements, du ralentissement du pouls. On applique à droite, au point contus, une couronne de trépan et on découvre entre l'os et la dure-mère un hématome, dû sans doute à une rupture artérielle. On évacue le sang, on suture sans drainage et la guérison est obtenue en huit jours.

Dans ce cas, le traitement a été inspiré moins par l'hémiplégie que par les phénomènes concomitants graves. Il n'en démontre pas moins l'intérêt d'une intervention rapide, lorsque l'hémiplégie seule est en jeu.

1. EDW. COTTEREL. — *Brit. med. Journ.*, 1845, anal. in *R. S. M.*, t. 46.
2. SANDOZ. — *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1896.

Qu'on ne croie pas ces hémiplégies traumatiques absolument rares. La littérature médicale nous en offre des exemples communs. Audry¹, dans son mémoire sur la porencéphalie, a noté six fois le traumatisme crânien sur 103 observations. Dans l'observation d'Andral, la chute eut lieu à l'âge de trois ans, suivie de convulsions, d'hémiplégie droite avec contracture. La mort survint à vingt-six ans avec de l'épilepsie. De Saint-Germain parle d'hémiplégie et de convulsions épileptiformes consécutives à un traumatisme de la tête. Il en est de même des faits de Rousseau, de Rigares, de Poncet. Cotard avait déjà insisté sur ce point et Kundrat l'a confirmé à nouveau.

Bien plus, l'accouchement, lorsqu'il est laborieux et qu'il s'accompagne d'asphyxie du nouveau-né, a pour effet d'amener la rupture des petits vaisseaux, et surtout de ceux qui aboutissent au sinus longitudinal, de façon à provoquer un épanchement de sang entre les méninges et l'écorce cérébrale (Mac Nutt²). Kundrat³ a observé les mêmes lésions et il ajoute qu'elles surviennent aussi bien par suite d'une naissance précipitée que par l'asphyxie lente. Lorsque la nappe sanguine occupe les parties voisines de la scissure médiane, elle provoque dans la suite le syndrome de la paraplégie spastique. Si elle s'étend en dehors, elle détermine de la diplégie cérébrale. Il n'est pas démontré, mais cela est vraisemblable, que prédominante sur un côté, elle entraîne l'hémiplégie.

Il y a donc lieu de poser la question d'intervention dès la naissance. C'est ce qu'a fait Mac Nutt. S'il existait des signes certains de l'hémorragie sous-pie-mérienne, l'intervention serait parfaitement justifiée. Malheureusement, la maladie est latente et ne se révèle guère aux parents que lorsqu'ils sont frappés du retard de l'enfant pour la marche et la parole. Quant à l'hémiplégie pure, qui est sensible à la naissance, rien n'indique qu'elle soit sous l'influence d'une hémorragie méningée plutôt que d'une autre lésion fœtale.

1. AUDRY. — *Rev. de méd.*, 1888.

2. MAC NUTT. — *Amer. Journ. of the med. sc.*, 1885.

3. KUNDRAT. — *Wien. klin. Wochs.*, 1890.

Bien plus, dans un cas de Little, rapporté par Rosenthal¹, d'hémiplégie à la naissance, le foyer hémorragique fut trouvé en pleine substance cérébrale, de sorte qu'on pourrait admettre que l'hémorragie en nappe superficielle produit plus volontiers la rigidité et que la paralysie dépend le plus souvent d'une altération directe de l'encéphale. — Aussi, malgré les quelques résultats encourageants obtenus par la trépanation dans les hémorragies traumatiques, même superficielles, survenues après la naissance, sommes-nous tenus à une grande réserve thérapeutique dans les cas de paralysie hémiplégique, succédant à l'accouchement laborieux.

B. — HÉMIPLÉGIE D'ORIGINE SYPHILITIQUE.

Les rapports de la syphilis avec les affections spasmo-paralytiques de l'enfance ont été mis en lumière par Fournier.

Dans son livre sur la syphilis héréditaire tardive, en 1866, il rapporte l'observation de Chiari relative à un enfant qui, après avoir présenté divers accidents de syphilis héréditaire, fut pris, à six mois, d'hémiplégie avec accidents épileptiformes.

Le cerveau présentait des gommages superficielles profondes et de l'endartérite oblitérante. J. Simon, dans ses leçons sur la sclérose cérébrale, avait noté l'existence d'antécédents syphilitiques chez quelques malades. G. Sée avait observé une sclérose cérébrale chez une petite fille qui avait présenté des accidents nets de syphilis. Jendrassik et Marie ont vu une petite fille hémiplégique chez laquelle l'hérédosyphilis était probable en raison d'une kératite interstitielle. Gaudard a rapporté deux faits dans lesquels la syphilis paraissait formelle. J'ai également vu deux hémiplégiques dont les parents étaient nettement syphilitiques, sans que les petits malades aient présenté des stigmates de syphilis héréditaire. L'importance de l'origine syphilitique de certaines hémiplégies infantiles est bien mise en lumière par l'observation de Pic et Piéry². Une

1. ROSENTHAL. — Contribution à l'étude des diplégies cérébrales de l'enfance. *Th. de Lyon*, 1892.

2. PIÉRY. — *Province méd.*, 1897.

fillette de dix-huit ans présente une hémiplégie spasmodique infantile avec arrêt de développement, hémi-athétose, crises épileptiques. L'affection a débuté à huit ans. Le traitement mixte pratiqué à dix-huit ans a produit la disparition des crises épileptiques. De plus l'état général s'est amélioré et la puberté s'est déclarée. Ce fait est intéressant, car il conduit à rechercher systématiquement la syphilis et à tenter le *traitement spécifique* dans les cas où l'étiologie est inconnue.

C. — HÉMIPLÉGIES PAR LÉSIONS NON JUSTIFIABLES D'UN TRAITEMENT DIRECT.

Ce groupe comprend la majorité des faits d'hémiplégie infantile, et malheureusement, nous n'avons pas grandes ressources à leur opposer. Le traitement immédiat de lésions telles que le ramollissement, l'hémorragie profonde, l'encéphalite est à peine digne de mention, à supposer que chez l'enfant on puisse établir un diagnostic précis.

Mais ce qu'on est autorisé à tenter, c'est de limiter, dans une certaine mesure, le développement des lésions secondaires : atrophie, sclérose, porencéphalie. Les autopsies tardives montrent, en effet, comme nous l'avons dit, que l'affection ne s'arrête en quelque sorte pas et que longtemps après le début des symptômes on trouve encore, au voisinage des foyers morbides, des traces de processus actif sous forme de corps granuleux. Ce caractère de la lésion, qui a été bien dégagé par Jendrassik et Marie, constitue une véritable indication en faveur d'un traitement.

Dans la période aiguë de la maladie, s'il y a des phénomènes d'excitation cérébrale, de la fièvre, si on soupçonne une encéphalite, nous conseillerions volontiers d'appliquer à la lésion encéphalique les traitements préconisés contre la poliomyélite aiguë : application de *glace* sur la tête en permanence ; *frictions mercurielles*, 1 à 2 grammes d'*onguent napolitain* par jour, sur la nuque ; purgatifs, sous forme de *lavements* ou de *calomel*, 0^{sr},10 à 0^{sr},30 suivant l'âge ; *ergot de seigle*,

suivant la méthode d'Hammond, à la dose de dix gouttes d'extrait liquide trois fois par jour chez les nourrissons, à dose progressive chez les enfants plus âgés.

On continuera ce traitement jusqu'à la disparition des phénomènes infectieux, jusqu'au moment où l'enfant revient complètement à son état antérieur, mais affligé d'une paralysie. Il est juste de poursuivre dans la voie du traitement le parallèle judicieux et très clinique, non confirmé par l'anatomie pathologique, que Strümpell a établi entre la paralysie infantile et l'encéphalite aiguë de forme hémiplegique.

La période aiguë franchie, il ne faut pas abandonner le malade, même en ce qui concerne le traitement proprement dit de la lésion cérébrale. Hammond conseille d'employer le *courant galvanique*, les deux pôles aux apophyses mastoïdes pendant trois minutes, tous les deux jours. Se servir, comme quantité, d'environ quinze éléments Smee. En même temps, Hammond prescrit du *chlorure de baryum* de la façon suivante :

| | |
|---------------------------|------------|
| ℥ Chlorure de baryum..... | 4 grammes. |
| Eau distillée..... | 32 — |
| Dissolvez. | |

douze gouttes, trois fois par jour.

Hammond rapporte trois cas de sclérose cérébrale ainsi traités et améliorés.

On peut aussi avoir recours à l'*iodure de potassium*, donné à la dose de 25 à 30 grammes par jour, quinze à vingt jours par mois, plusieurs mois de suite, ainsi qu'aux applications révulsives, répétées de temps à autre, sous forme de *pointes de feu* ou de *vésicatoires* volants à la nuque.

IV

Traitement symptomatique.

Le traitement dirigé contre la lésion a échoué, l'hémiplegie se développe, ce sont les symptômes en particulier qu'il s'agit

de combattre. Ils se présentent sous deux formes bien distinctes : les uns ne constituent que des épisodes intermittents, passagers, les autres sont durables et progressifs.

A. — PHÉNOMÈNES PASSAGERS.

De ce type procèdent l'éclampsie initiale et l'épilepsie terminale.

Les *convulsions du début* constituent une des manifestations les plus graves de l'hémiplegie infantile et, suivant toute vraisemblance, entraînent assez souvent la mort. On leur opposera le traitement habituel de l'éclampsie infantile : repos absolu, éloignement de toute cause d'excitation, en particulier des révulsifs, des purgatifs, de toutes les influences susceptibles de provoquer la réaction centrale. Les *purgatifs* se donnent volontiers dans ces cas, ils exercent une influence favorable, lorsque l'éclampsie est d'origine gastro-intestinale. Nous pensons qu'ils sont au moins inutiles à l'occasion des encéphalites infectieuses.

Il est rare que l'on puisse administrer un médicament par la bouche, car les enfants sont dans un véritable état de mal, les convulsions se succédant pendant plusieurs heures, parfois pendant un ou deux jours, séparées par de la somnolence et du coma qui se prolongent bien au delà de la phase convulsive proprement dite. Tant que les convulsions se manifestent, on appliquera un sac de *glace* sur la tête, on fera inhaler à l'enfant de l'*éther* ou du *chloroforme* purs, anesthésiques, de préférence le chloroforme au début, car il semble avoir une action plus rapide. L'*éther* a son indication si la circulation est tombée, si le visage est pâle, le cœur défaillant. Dans ces conditions, il présente l'avantage d'être à la fois un sédatif pour les convulsions et un tonique pour le cœur.

On ajoutera aux inhalations d'*éther* ou de chloroforme des lavements de *chloral* et de *bromure de potassium* dissous dans du lait à la dose de 0^{gr},50 de chaque, répétées deux à quatre fois par jour dans les premières années, six à huit fois à partir de