

CHAPITRE XXX

TRAITEMENT DE LA PARALYSIE INFANTILE

PAR

E. WEILL,

Médecin des hôpitaux de Lyon, chargé du cours de clinique des maladies des
enfants.

I

Considérations générales.

Le traitement de la paralysie infantile ne peut être abordé fructueusement qu'avec des notions précises sur les lésions et les symptômes de cette affection. Anatomiquement, elle se caractérise par une myélite de nature infectieuse occupant, sous forme de foyers plus ou moins étendus, la substance grise de la moelle dans sa partie antérieure. C'est une poliomyélite antérieure. Elle procède d'une façon aiguë et pendant sa période d'invasion et d'acuité, elle occupe d'emblée toute l'étendue du territoire qu'elle doit léser. C'est au niveau des renflements, et particulièrement du renflement lombaire, qu'elle siège de préférence. La poliomyélite antérieure aiguë de l'enfant a une tendance marquée à la résolution. Une grande partie de la substance grise récupère peu à peu ses fonctions normales. On a vu des cas de guérison complète et spontanée. Le plus souvent, cependant, la myélite subsiste en un point d'une étendue variable, mais généralement limité. La colonne

grise a été irrémédiablement lésée. Les cellules des cornes antérieures se détruisent par atrophie ; la névroglie se transforme en tissu fibreux ; et après quelques mois, il reste un foyer de sclérose atrophique qui réalise l'effet d'une véritable perte de substance. Aussi ne peut-on espérer aucun changement, lorsque la marche naturelle de la maladie l'a amenée à ce point.

Ce fait est d'autant plus décourageant que la paralysie infantile survient dans la première enfance, surtout de un à deux ans, et qu'à cette période du développement, il ne serait pas irrationnel de penser que des cellules nouvelles puissent remplacer celles qui sont détruites ou que des cellules voisines les suppléent. Il n'en est rien. Dès leur apparition, les cellules motrices des cornes antérieures sont hautement spécialisées, et leur altération entraîne la suppression définitive de leur fonction. Hammond¹ invoque les expériences de Masius et Van Lair qui, après section de la moelle chez la grenouille, ont vu celle-ci récupérer ses fonctions motrices et sensibles au niveau de leurs membres postérieurs en même temps que l'examen histologique démontrait une véritable régénération du tissu nerveux. Il en tire des conclusions très optimistes au point de vue du pronostic de la paralysie infantile. Les faits cliniques sont loin de corroborer cette opinion. A la lésion destructive de la substance grise s'ajoutent rapidement des lésions dégénératives portant sur les racines antérieures, les nerfs correspondants et enfin les muscles qui en dépendent. Ceux-ci présentent d'abord une atrophie simple, puis une prolifération s'exerçant à la fois sur les noyaux du sarcolemme et le tissu conjonctif interfibrillaire, plus tard une transformation scléreuse ou une dégénérescence graisseuse des fibres avec surcharge graisseuse dans leurs interstices. Les os eux-mêmes subissent un arrêt de développement ; ils sont petits, grêles, à surface articulaire altérée, parfois même fragiles, ainsi que l'a constaté Derbez.

1. HAMMOND. — Traité des maladies du système nerveux, 1879.

Telles sont les lésions qu'on est appelé à combattre dans la paralysie infantile et qui témoignent des difficultés souvent insurmontables contre lesquelles se heurte le médecin. C'est à peine si on entrevoit l'utilité d'une intervention contre une lésion qui, dans les points où elle ne guérit pas spontanément, amène la destruction totale du tissu.

Cependant, si on jette un coup d'œil sur les symptômes de cette affection et leur évolution, on ne tarde pas à voir que la thérapeutique trouve encore là un champ d'application nullement indigne de ses efforts.

La maladie débute, en effet, par des phénomènes généraux, compagnons habituels de l'infection. Il se produit un mouvement fébrile plus ou moins intense, qui peut manquer, qui le plus souvent dure deux ou trois jours. On a cité des cas dans lesquels la fièvre s'était prolongée pendant une semaine et même deux. L'élément fièvre est donc parfois une source d'indications. Habituellement, l'invasion est indiquée par des convulsions, qui peuvent durer quelques heures, et même se renouveler plusieurs jours. Dans quelques cas, le sujet est somnolent, ou bien en proie à un délire plus ou moins intense. Parfois, il se plaint, pousse des cris, ce qu'il faut attribuer à des douleurs violentes, qu'il ressent dans les membres frappés par la paralysie. Celle-ci est le symptôme dominant. Elle se produit d'emblée, et comme la lésion n'est pas extensive, mais tend au contraire à se circonscire, la paralysie ne peut que rester stationnaire ou diminuer d'étendue. Telle est la première période de l'affection.

Au sortir de cette phase fébrile, l'enfant a recouvré sa santé, mais il reste paralysé d'un ou de plusieurs membres. La paralysie disparaît peu à peu sur un grand nombre de muscles. Le mouvement revient au bout de quelques jours, d'un ou deux mois; quelquefois il ne se montre qu'après un intervalle de quelques mois. Il s'accuse progressivement et reprend ses qualités normales après une durée de huit mois à un an. Cependant certains muscles, ceux qui correspondent au foyer de l'atrophie médullaire restent paralysés; ils s'atrophient

rapidement. On en voit qui au bout d'un mois ont déjà maigri. L'atrophie musculaire se prononce de plus en plus. Les muscles restés sains entraînent les membres dans des positions anormales par suite de leur contraction tonique et plus tard de leur rétraction. Des déformations s'ajoutent à la paralysie. Les os des régions atteintes ne se développent pas comme leurs congénères; et il résulte de tous ces faits une véritable impotence avec difformité des membres touchés.

II

Traitement.

Le traitement doit suivre pas à pas l'évolution de la maladie.

A. — Dans la *période aiguë*, fébrile, infectieuse, il suffit de faire un traitement symptomatique. En général, la fièvre est de peu d'importance et ce n'est que dans les cas de quelque durée qu'on s'en préoccupera. On donne du *sulfate de quinine*, à la dose de 0^{sr},15 à 0^{sr},25 par jour, l'*antipyrine* par doses de 0^{sr},20 répétées plusieurs fois. Si l'enfant souffre, l'antipyrine est encore indiquée. On peut la remplacer par le *salicylate de soude*, 1 gramme par jour en plusieurs doses. Les convulsions sont combattues par les moyens ordinaires: potion avec 0^{sr},50 à 1 gramme de *bromure de potassium* ou de *chloral*, inhalations d'*éther* ou de *chloroforme*, *bains tièdes*, *draps mouillés*, applications de *glace* sur la tête.

En général, la période aiguë se termine bien et il est exceptionnel que la paralysie infantile aboutisse à la mort. Ce n'est donc là qu'un côté accessoire du problème thérapeutique.

Dès le début, on doit instituer un traitement destiné à agir contre la lésion médullaire. La première indication est le repos au lit, absolu, de façon à laisser la moelle dans une inactivité complète et à la préserver de toute excitation capable d'ajouter ses effets à ceux de l'inflammation. C'est ensuite la révulsion qu'il faudra pratiquer. On n'oubliera pas qu'il s'agit de jeunes enfants à système nerveux excitable. On use de *vési-*