

Lorsque les symptômes de la suppuration locale sont tellement évidents que le doute n'est plus possible, on doit tenter l'évacuation du pus. Il est fâcheux d'avoir à reconnaître que cette intervention est presque toujours trop tardive pour être couronnée de succès. C'est qu'en effet l'évidence n'apparaît qu'après la période de rémission. Pour agir utilement, il faudrait ouvrir la collection pendant cette période, c'est-à-dire avant les accidents ultimes qui lèvent tous les doutes. On n'est pas toujours suffisamment édifié sur l'existence et sur le siège de l'abcès pour oser recourir prématurément au moyen suprême, à la trépanation, le seul traitement cependant qui laisse quelque espérance. La prudence même excessive ne saurait être blâmée. Mais il faut se souvenir des quelques succès obtenus, les considérer comme le but à atteindre, tenir compte de l'innocuité reconnue de la trépanation, et envisager finalement l'issue fatale, si l'on s'abstient.

## CHAPITRE XII

### ENCÉPHALITE CHRONIQUE ET ENCÉPHALOPATHIES ATROPHIQUES DE L'ENFANCE

Les enfants, depuis la naissance jusqu'à l'époque de la deuxième dentition, sont sujets à toute une série d'affections organiques de l'encéphale qui, avec un substratum anatomique variable, se manifestent par un ensemble de symptômes cliniques assez constant. La question de localisation, chez eux comme chez l'adulte, l'emporte sur toutes les autres, cela va de soi. Les cas, par conséquent, ne sont pas forcément identiques; mais d'une manière générale, et quelle que soit la nature des lésions qui provoquent le syndrome, ce dernier est presque toujours caractérisé par des *troubles de la motilité où l'élément spasmodique domine, combinés avec des modifications plus ou moins profondes de l'intelligence.*

Les altérations de l'encéphale dont il s'agit consistent en divers modes d'inflammations chroniques, soit spontanées, soit consécutives à des ischémies ou à des hémorragies circonscrites : la sclérose lobaire, la sclérose de tout un hémisphère, la méningo-encéphalite partielle, la porencéphalie, autant de variétés anatomiques, suffisamment définies par leurs noms mêmes, et auxquelles font suite les troubles fonctionnels qui vont être étudiés. Parmi ces derniers il en est un dont le type clinique est si spécial et si remarquablement homogène qu'on a pu pendant bien longtemps le considérer comme relevant toujours d'un seul et même processus encéphalopathique : l'*hémiplégie spasmodique infantile*. Il s'en faut cependant que cette hémiplégie appartienne exclusivement à telle ou telle forme d'encéphalite. La lésion importe peu; sa localisation, nous le répétons à dessein, exerce une influence beaucoup plus grande. Mais ce qui, plus encore peut-être que la localisation, donne au tableau clinique un aspect tout particulier, c'est ce fait que le processus débute à une période de la vie où le cerveau est encore incomplètement formé, où ses fibres commissurales et ses faisceaux anastomotiques sont à peine ébauchés. Il y a donc dans

l'histoire des encéphalopathies *infantiles* quelque chose de très spécial et absolument inhérent à l'âge.

C'est seulement depuis une cinquantaine d'années que l'attention s'est portée sur ce point. Jusqu'alors il n'y avait point été fait allusion et le seul document relevé par Charcot était le célèbre tableau du *Pied bot* de Ribera qui figure au Louvre. Les auteurs classiques Cazauvielh, Cruveilhier, Lallemand, n'ont pas soupçonné l'importance des formes multiples de l'encéphalopathie de l'enfance. Les premiers travaux utiles à consulter sont ceux de Turner et de Cotard, suggérés par Charcot. Ils visent plus spécialement l'anatomie pathologique. En ce qui touche la clinique, les nombreuses publications de Bourneville et de ses élèves représentent une œuvre absolument remarquable, de beaucoup la plus complète, la plus instructive et la plus nouvelle. Chose inouïe, on l'a ignorée à peu près jusqu'au jour où Strümpell vulgarisa la nosographie de l'encéphalopathie en général, pour laquelle il proposait un nom nouveau, celui de *polio-encéphalite*. Ce mot, que nous avons employé pour désigner une forme anatomique un peu plus spéciale, fit fortune, et, un peu grâce à lui, certains médecins en vinrent à se figurer qu'il s'agissait d'une maladie inconnue jusqu'alors. Il faudrait, pour être complet, ajouter à cette liste de noms ceux de Robert Boyd, de Heine, de Ross, de Bianchi, de Freud, de Kundrat. On trouvera la participation de chacun de ces auteurs à l'étude de l'encéphalopathie dans l'article *Hémiplégie* du Dictionnaire encyclopédique, signé de Pierre Marie, et qui est, à tous égards, un modèle du genre.



FIG. 79. — Le pied bot (Ribera).

Pour faciliter la compréhension des encéphalopathies atrophiques de l'enfance, nous décrirons séparément leurs formes anatomo-pathologiques, puis leurs formes cliniques. On concevra, malgré cette dissociation, les affinités de toutes leurs variétés et le trait commun qui les unit. En effet, si le tableau symptomatique est quelquefois absolument complet, si aux troubles moteurs d'ordre spasmodique s'ajoutent les troubles psychiques profonds qui caractérisent l'*idiotie*, il ne manque pas de cas où l'on observe séparément les uns et les autres.

**Étiologie.** — Elle ne présente de spécial, si l'on peut ainsi dire, que la multiplicité des causes. Chez l'enfant, chez le nouveau-né, chez le fœtus, les causes de l'hémorragie cérébrale, du ramollissement, de l'encéphalite ne sont pas celles qui font les mêmes lésions chez l'adulte. Le système veineux l'emporte sur le système artériel; la thrombose des sinus est fréquente (Gowers) et elle

entraîne des désordres qui ne compromettent pas fatalement l'existence. L'accouchement prématuré, la dystocie surtout, sont parmi les causes qui favorisent le plus efficacement ces graves altérations (Little) et qui font que la maladie est constituée dès la naissance et même dès avant la naissance.

L'asphyxie des nouveau-nés relève souvent d'une dystocie ou d'une intervention obstétricale : forceps, version, longueur démesurée du travail, séjour prolongé de la tête au passage, etc. Or, l'asphyxie des nouveau-nés est une cause fréquente et indiscutée d'encéphalopathie infantile. On a également incriminé les accidents de la grossesse et parfois non sans raison. On a même mis en cause les émotions maternelles. Il est certain que le rôle de celles-ci a été exagéré, mais on ne peut pas nier qu'une émotion violente, éprouvée par la mère, ne soit capable de troubler l'encéphale du fœtus.

Quant à l'infection, elle joue aussi un rôle important surtout dans la pathogénie de l'encéphalite aiguë ou subaiguë. Strümpell lui attribue l'influence principale : la rougeole, la scarlatine, la coqueluche (P. Marie) seraient, d'autre part, des maladies capables de produire la *poliomyélite infantile*. Si contestable que paraisse ce fait à quelques auteurs — et même des plus autorisés — on doit rechercher avec soin la part qu'il prend à l'étiologie des *polio-encéphalites*. Or, la coïncidence de la polio-encéphalite et de la polio-myélite chez les enfants d'une même famille, *a fortiori* chez un même enfant (P. Marie, Lamy), donne créance à l'hypothèse de l'identité de nature des deux affections.

La syphilis et l'alcoolisme du père ou de la mère ont une influence très vraisemblable.

Les récentes statistiques, publiées par Bourneville<sup>(1)</sup>, montrent que l'influence de l'alcoolisme paternel ou maternel est autrement grave que celle de la syphilis. Sur un total de 2554 cas d'encéphalites chroniques de l'enfance, on voit que 955 pères, 80 mères et 40 père et mère faisaient des excès de boisson, c'est-à-dire 41 pour 100. Il est à souligner que souvent la conception a eu lieu pendant l'ivresse alcoolique. Par contre, la syphilis des parents n'a été relevée que 21 fois sur 2872 observations.

On a signalé encore, parmi les causes de l'encéphalopathie infantile, certaines professions insalubres des parents, et particulièrement l'intoxication par le plomb, le mercure, le cuivre, le phosphore, etc. « Les autres intoxications (opium, cocaïne, etc.) ont certainement une action sur le produit de la conception, mais, quant à présent, des renseignements exacts font défaut. »

Enfin il faut accorder au traumatisme crânien un certain chiffre dans la statistique générale. Il ne s'agit pas alors d'encéphalopathie pure et simple, mais de méningo-encéphalite.

**Anatomie pathologique.** — C'est Cazauvielh qui, le premier, en 1827, ouvrit la voie<sup>(2)</sup>, dans un travail consacré aux arrêts de développement du cerveau chez les nouveau-nés. La distinction qu'il établit dès cette époque parmi les cas montre qu'il ne s'agit pas d'une lésion constante et univoque : l'agénésie primitive générale ou partielle ne serait qu'une imperfection du développement, sans altération proprement dite de la substance du cerveau; par contre, l'agénésie secondaire serait une altération de la structure intime, entraînant un arrêt de

(1) BOURNEVILLE. Article Encéphalites chroniques. Idiologies. *Traité de méd. et de thérap.* de BROUARDEL-GILBERT, t. IX.

(2) *Recherches sur l'agénésie cérébrale et la paralysie congénitale.* Paris, 1827.

développement. Quant à l'altération de structure, elle consisterait en kystes, en foyers de ramollissement, etc.

Avec de pareilles conclusions la question restait encore bien indécise. Lallemand, en 1854, démontra que la prétendue agénésie cérébrale n'était pas un fait spontané, mais la conséquence d'une *encéphalite*. C'était un grand pas vers la solution du problème. V. Heine, en 1840, ajouta de précieuses remarques aux observations précédentes. Enfin Cotard, en 1868, à l'instigation de Charcot, eut le mérite de rassembler un nombre imposant de faits bien étudiés, grâce auxquels il put préciser et en quelque sorte fixer les lésions de toutes ces encéphalopathies disparates. Si, depuis lors, on a ajouté quelque chose à son œuvre, on n'y a rien changé dans ce qu'elle a d'essentiel.

Les encéphalopathies de l'enfance sont tantôt des encéphalites traumatiques, tantôt des foyers d'hémorragie, tantôt des ramollissements, tantôt des excavations poreuses (porencéphalie), tantôt des scléroses, tantôt des méningites diffuses.... On pourrait augmenter cette liste, car toutes les lésions sont capables de la même résultante clinique, si elles se forment sur un cerveau incomplètement développé. C'est parce que le tableau clinique est le même qu'on s'attendait, dans le principe, à trouver une altération encéphalique invariable.

Les encéphalopathies infantiles ne comporteraient donc pas une étude anatomique spéciale, et il suffirait de revenir à la description déjà faite des lésions banales des hémisphères, si le cerveau du nouveau-né et de l'enfant ne présentait pas certains modes d'activité morbide que n'a plus le cerveau de l'adulte.

Les encéphalites traumatiques ne méritent pas qu'on s'y arrête. Nous mentionnerons seulement les plaques jaunes superficielles et les kystes apoplectiques, et nous insisterons davantage sur la méningite, l'hydrocéphalie, la porencéphalie et la sclérose lobaire.

**Ramollissements.** — Il y a peu de chose à dire des plaques jaunes superficielles qui représentent des foyers d'anciens infarctus. Leurs dimensions et leur siège sont très variables. Elles ont seulement ceci de spécial que les circonvolutions avoisinantes sont rétractées et comme attirées vers le centre du ramollissement.

**Hémorragies.** — Ici, comme chez l'adulte, les loges apoplectiques sont des cavités à parois et à cloisons celluluses dont le contenu séreux a perdu la coloration sanguine. Ces sortes de kystes sont également des centres d'attraction pour les parties environnantes, et, là encore, la surface du cerveau est déprimée, rétractée, flétrie.

Il importe de faire remarquer que l'examen histologique a montré récemment que les foyers hémorragiques et nécrobiotiques dans le cerveau de l'enfant étaient rares et que les plaques jaunes, les ratatinements ocreux des circonvolutions, signalés par les anciens observateurs, relevaient souvent soit d'un placard de sclérose névroglie, soit d'une nécrobiose localisée de méningo-encéphalite diffuse.

**Méningite.** — Les méninges adhèrent l'une à l'autre et la dure-mère épaissie adhère souvent au crâne. La pie-mère est vascularisée, ecchymotique même par places, épaissie, unie aux circonvolutions sous-jacentes sur une surface plus ou moins étendue. Il n'est pas rare que les deux lobes frontaux adhèrent l'un à l'autre et que les deux feuillets de la pie-mère, au pied des sillons, soient étroitement accolés. Ces lésions prédominent sur les lobes frontaux et sur la convexité des hémisphères. Si on cherche à détacher la pie-mère on détermine