

Une autre malade observée à l'hôpital, femme jeune de 24 ans, fut prise d'une obstruction artérielle de l'avant-bras droit s'accompagnant des symptômes les plus caractéristiques : froid, cyanose, douleurs énormes, paralysie de la sensibilité, insuffisance du mouvement. Elle était en traitement de cette affection locale presque guérie, quand survint une hémiplegie gauche, d'origine embolique, rapidement mortelle.

Chez une troisième femme de 35 ans, qui est devenue aphasique et qui l'est encore, sous la forme la plus accentuée, à la suite d'hémiplegie droite, il avait existé des désordres cardiaques transitoires, mais assez pénibles pour que la malade recourût à son médecin. Dans les longs intervalles de rémission, on percevait une rudesse notable du bruit artériel au niveau de l'aorte et du tronc innominé, sans signes positifs d'une insuffisance orificielle. L'hémiplegie fut soudaine et terrible, et il est hors de doute que si les crises de palpitation avaient été moins intenses, on n'aurait pas soupçonné ces premières atteintes.

Nous savons que la plupart des hémiplegies ne relèvent pas d'une lésion des orifices du cœur, mais à côté des altérations durables que l'auscultation nous montre à toute heure de l'examen, il existe des incidents cardiaques dont on ne saurait négliger la venue.

Les hémiplegies annoncées par des malaises cérébraux sont beaucoup plus fréquentes et appellent un plus attentif examen. Il ne saurait être indifférent de savoir qu'un homme, frappé de paralysie, a souffert au préalable ou de vomissements, ou de spasmes fibrillaires de la face, qu'il a eu des parésies partielles ou des vertiges. Ces manifestations prémonitoires ne se produisent pas au hasard, et dans beaucoup de cas elles ont une réelle importance.

Supposons qu'il se soit déclaré une hémiplegie gauche chez un homme déjà atteint de tremblement de la langue, de spasmes fibrillaires des releveurs de la lèvre supérieure, d'embarras de la parole, de dilatation inégale des pupilles. Au moment où

la paralysie vient d'éclater, elle ne diffère en rien de celles qui surviennent dans d'autres conditions : le coma est absolu, la respiration entravée, le cœur indemne, et cependant quelle différence relativement à la pronostication des terminaisons pénibles ! La guérison en quelques jours ne sera pas une issue exceptionnelle, tandis qu'elle semblerait presque miraculeuse chez un homme préservé de semblables accidents.

La céphalée ou la céphalalgie prémonitoire, n'est pas davantage un incident d'aventure. On n'a pas assez pris l'habitude de classer le mal de tête parmi les symptômes les plus significatifs du début des affections cérébrales, et on se borne d'ordinaire à demander si, oui ou non, le malade s'est plaint de mal de tête, sans en tirer d'autres conclusions. Nous n'hésiterions pas, pour notre part, en formulant une de ces dichotomies familières aux cliniciens, à admettre qu'il existe deux catégories d'affections encéphaliques, les unes avec, les autres sans mal de tête. Dans un grand nombre de cas, nous nous croirions autorisé, en présence du complexe des symptômes, à affirmer, avant interrogatoire, que le malade n'a jamais souffert de la tête.

L'hémiplegie atteignant un homme qui accuse une céphalalgie ancienne, de forme variable, et les types n'en sont pas indéfiniment nombreux, n'est pas celle à laquelle est sujet un individu exempt de toute douleur céphalique. Les troubles préalables de la vue, lors même qu'ils auraient cessé après la cure, ont également leur valeur, au moins quant à la localisation, sinon quant à la nature de la lésion.

Le vertige prodromique de l'hémiplegie appellerait à lui seul une longue et compendieuse description. Dire d'un homme qu'il a été vertigineux, c'est ne rien dire ; mais caractériser son vertige, c'est fournir un utile élément de jugement. Les sujets prédisposés en vertu de symptômes cérébraux à une hémiplegie terminale, ne sont pas si tourmentés par des sensations vertigineuses qu'on a incliné à le croire. Presque toujours ils ont éprouvé une crise ou deux tout au plus d'un vertige qui

laisse à la suite une légère indécision de l'équilibre, mais chaque accès a présenté des phénomènes caractéristiques, soit dans la sphère du mouvement, soit dans celle de l'intelligence ou de la sensibilité.

On simplifie évidemment la symptomatologie en supposant l'attaque hémiplegique dégagée de ses antécédents. Cette omission implique que la maladie s'est produite chez un individu sain et par suite qu'elle n'a pas à compter avec un état pathologique antérieur; que les choses se passent ainsi dans un nombre considérable de cas, que des thromboses ou des embolies surprennent les gens jouissant d'une irréprochable santé, la chose est sans conteste. Mais que par contre, il existe une catégorie de malades encore plus nombreuse où l'hémiplegie n'est que le dernier mot d'une longue préparation, insidieuse ou apparente, on aurait encore plus tort de le nier. C'est par l'étude de ces malades visiblement prédisposés, dont les uns échappent, dont les autres succombent, qu'on est ramené à admettre à côté des simples ruptures ou des obstructions vasculaires, d'autres éléments pathogéniques des hémiplegies.

2° Quels enseignements fournit l'étude de l'attaque apoplectique ?

Le D^r Bastian distingue trois modes : 1° attaque avec perte plus ou moins soudaine de la conscience et résolution des membres ; 2° attaque épileptiforme avec perte de conscience et convulsions ; 3° attaque simple sans convulsions ni perte de conscience.

La première forme est classique et assez connue pour qu'il n'y ait pas lieu d'y insister. Les deux autres appellent une étude plus délicate, mais surtout la seconde ou l'attaque épileptiforme.

Pour le D^r Bastian, le type épileptique, celui qui débute par une chute soudaine avec convulsions et qui, après un ou plusieurs accès, se termine par une paralysie unilatérale, est un peu plus qu'une simple variété de l'apoplexie. De ces hémiplegies,

les unes sont transitoires, et on se rappelle que l'auteur les attribuait volontiers à un spasme vasculaire; les autres sont durables.

Celles-ci surviennent le plus souvent chez des individus qui n'ont jamais antérieurement éprouvé d'attaque comitiale. Elles sont précédées par deux sortes de symptômes isolés ou associés : céphalalgie et contractions de divers muscles.

Le fait suivant donne une idée d'une des variétés de l'hémiplegie à début épileptiforme. Une femme de 34 ans est prise d'une première attaque dans la rue et peut cependant rentrer à pied chez elle; pendant les vingt-quatre heures qui suivent, il se produit douze autres crises. On l'apporte à l'hôpital, elle n'était pas paralysée. Presque aussitôt après son admission, survient une nouvelle série de convulsions, occupant les deux côtés du corps avec contractions plus marquées dans le membre inférieur droit et du côté droit de la face. Pendant les rémissions, on constate une paralysie partielle de la face à droite, une paralysie complète du bras droit, incomplète de la jambe du même côté. Les convulsions cessent, mais l'hémiplegie persiste.

Parmi les patients, les uns meurent subitement, les autres sont sujets à des attaques épileptiques, d'autres enfin sont préservés des rechutes. Très fréquemment on observe à la suite de l'accès une période de stupeur qui se prolonge, en se rapprochant plutôt, dans les cas extrêmes, de la léthargie que du coma.

Ce mode du début de l'hémiplegie est fréquemment en rapport avec les lésions de la surface des hémisphères, avec des tumeurs ou des productions néoplasiques affectant la substance corticale. Il s'en faut cependant qu'on puisse localiser ainsi d'une manière absolue le siège de l'altération cérébrale; peut être après les hémisphères viendrait la protubérance et ensuite la substance blanche de l'hémisphère droit au niveau du corps strié et de la couche optique.

Ces indications que nous nous sommes borné à résumer

sont utiles et justement réservées. Elles sont cependant loin d'épuiser le sujet, et la question peut être reprise à un autre point de vue.

D'abord, les accidents prémonitoires de l'hémiplégie à début épileptiforme ne se réduisent pas aux deux seuls symptômes dont parle l'auteur, la céphalalgie et les contractures. On la voit survenir à la suite d'états cérébraux beaucoup plus complexes.

Si l'attaque de paralysie emprunte aux antécédents de précieuses informations, elle sert par réciprocité à caractériser la maladie préalable dont le diagnostic offrait si souvent matière au doute.

Il existe toute une classe de paralytiques généraux indécis qui se rattachent par quelques-uns des phénomènes au type classique dont on ne doit pas se départir, mais qui s'en éloignent soit par l'absence de symptômes réputés essentiels, soit par l'exagération exceptionnelle de quelques-unes des manifestations. La maladie a éclaté après une crise ou une série de crises mal observées, le malade a de l'embarras dans la parole, mais pas dans les conditions habituelles ; il est faible d'intelligence, délirant même, mais ni son délire ni sa débilité ne répondent exactement à la définition de l'espèce. Le médecin expérimenté reste en suspens quant à la nature et par suite quant à l'évolution probable de la maladie. Une crise épileptiforme survient suivie d'une paralysie unilatérale et fixe, elle décide la question. Ces préliminaires n'appartenaient pas à la paralysie générale vraie, où l'hémiplégie durable n'a pas de raison d'être et ne se produit pas.

Lorsqu'on a observé un certain nombre de faits, ainsi terminés par une paralysie décisive, on arrive à mieux asseoir le complexe symptomatique qu'ils représentent, et on est autorisé à établir une variété de pseudo-paralysies générales qui ne conduisent ni à la démence ni à la paralysie généralisée et spinale par lesquelles se clôt la forme vraie. Quelque opinion qu'on se soit faite de la première phase de la maladie, l'hémi-

plégie a une signification considérable et qu'on ne saurait trop affirmer.

Sous le nom d'attaque simple (simple onset), le D^r Bastian réunit les cas où la paralysie se déclare plus ou moins subitement, sans perte même momentanée de connaissance. Il se borne malheureusement à une courte description, et les développements que réclamerait l'analyse de ces cas si fréquents, nous entraîneraient au delà des limites d'une revue. Là encore, on se retrouve en présence des hémiplégies transitoires, les plus difficiles de toutes et les plus intéressantes à apprécier, en même temps qu'on a affaire à des paralysies irrémédiables survenant dans les mêmes conditions.

Il semblerait, d'après l'exposé sommaire de l'auteur, que les prodromes sont de courte durée. Sans affirmer que telle soit expressément son opinion, plutôt indiquée que formulée, il est certain que les accidents préparatoires peuvent durer pendant des années. L'évolution des symptômes locaux souvent très limités, occupant un membre ou une partie d'un membre sous la forme de névralgie bizarre, d'engourdissement intermittent ou continu, de raideur, de fatigue ou de faiblesse, est également très curieuse.

Si ces malaises partiels sont de mode variable, il importe de savoir quelle est leur terminaison probable ou plutôt possible, et peut-être peut-on, par élimination, en excluant les troubles nerveux périphériques, prévoir l'imminence du danger.

Tout ce qui concerne l'histoire de l'hémiplégie après l'accès a été, en France, l'objet de recherches si remarquables de la part de Vulpian, de Charcot et de leurs élèves, que nous avons cru préférable de nous restreindre à la période du prodrome et de l'invasion.

(Archives générales de médecine, 1876.)