

Hémiplégie infantile compliquée tardivement d'épilepsie jacksonnienne

Par E.-P. Benoit, professeur agrégé à l'Université-Laval, chargé de la clinique interne à l'Hôpital Notre-Dame, Montréal

L'hémiplégie chez l'adulte est habituellement le résultat d'une hémorragie ou d'un ramollissement au cerveau ; elle est donc déterminée par une lésion vasculaire ; elle peut être la conséquence de l'âge, de l'usage, d'une infection ou d'une intoxication. Chez l'enfant, ces causes ne sauraient exister déjà ; seuls, un traumatisme ou l'influence héréditaire peuvent exercer leur action ; aussi les troubles lents de la nutrition, les scléroses, les méningo-encéphalites, les encéphalopathies enfin, sont-elles de beaucoup plus fréquentes que l'apoplexie. Et comme ces lésions altèrent un organisme jeune, en état de développement, elles créent non seulement des dégénérescences secondaires, mais encore des infirmités permanentes qui s'accroissent avec l'âge.

Le cas que nous rapportons en est un exemple typique. De plus, il présente cette particularité intéressante que le cerveau, gêné dans son développement, irrité par une lésion permanente, comprimé dans une boîte osseuse défectueuse, a commencé, à un moment donné à réagir vivement vis-à-vis de certaines impressions, à donner des crises d'épilepsie d'origine émotionnelle que nous expliquons, d'un côté, par la malformation, par la malnutrition du centre moteur, et, de l'autre côté, par un trouble circulatoire brusque. Du moins, il nous paraît difficile d'expliquer autrement le phénomène.

Voici l'observation du petit malade.

Observation

V. R., âgé de 9 ans, est amené à l'hôpital Notre-Dame le 7 octobre 1907, parce que, depuis huit mois, il a des crises de convulsions qui deviennent de plus en plus fréquentes.

Histoire antérieure.—L'enfant est l'aîné de la famille. Il est venu au monde après un accouchement laborieux qui dura six heures. Le médecin fut obligé d'appliquer les forceps, et ne réussit qu'à la troisième prise. Il ne se rappelle pas si l'enfant est venu au

monde asphyxié. Les parents n'ont pas remarqué, après la naissance, de convulsions. Mais ils constatèrent, après quelques mois, que le bras gauche était paralysé. Cette paralysie s'accompagna, pendant les deux premières années, de contracture, qui diminua plus tard. L'enfant avait 15 mois lorsqu'il put se tenir seul assis ; il marcha à trois ans. Les membres du côté gauche se développèrent moins bien que ceux du côté droit. Le pied gauche, en varus équin, fut opéré à l'Hôtel-Dieu lorsque l'enfant avait huit ans. Quelque temps après, en 1906, l'enfant contracta la diphtérie ; il passa quatre semaines à l'hôpital Alexandra. Deux mois plus tard apparurent les premières crises convulsives, qui se renouvelèrent deux ou trois fois par semaine, puis devinrent quotidiennes, puis se répétèrent plusieurs fois, jusqu'à huit par jour. Ces crises avaient ceci de particulier qu'une émotion brusque, un choc subit les faisaient éclater. Les parents décidèrent alors d'amener l'enfant à l'hôpital Notre-Dame.

Histoire actuelle.—Le malade est examiné le matin même de son entrée, à 10.50 heures. Un mouvement brusque, pour approcher notre chaise du lit et prendre le pouls du malade, provoque immédiatement une crise. Cri initial ; aura dans le bras gauche, que l'enfant saisit et serre avec force ; crise épileptique partielle, avec ses trois phases rapides : toniques, cloniques et de résolution : mouvements spasmodiques de la tête vers le côté droit ; mouvements débutant au bras gauche, demeurant plus intenses au bras et à la jambe du même côté, se généralisant légèrement sur la fin ; l'attaque se termine par des cris répétés et baroques (*cœur de merde*), des rires, des sifflements ; l'enfant sort de sa crise stupéfié, ne se rappelant rien.

Examen du malade.—Le crâne offre une asymétrie assez marquée, avec dépression pariétale droite. Le bras et la jambe, du côté gauche, sont plus courts, plus maigres que ceux du côté droit. A la marche, le pied gauche est ballant et fauche. Les os de la main gauche sont particulièrement mobiles (main de linge). La sensibilité est conservée. Les réflexes sont normaux. Les pupilles sont dilatées et réagissent bien. Le fond de l'œil est normal (examen du spécialiste). Les mouvements des membres atrophiés se font assez bien, mais la force musculaire est amoindrie.

Marche de la maladie.—Les jours suivants, le malade subit plusieurs crises identiques à la première, et voici ce qui les occasionne : un infirmier qui éternue, un malade agité dans la salle, l'examen du fond de l'œil par le spécialiste, et enfin, à deux reprises différentes, devant