

du tissu conjonctif, ce qui explique l'induration que présentent ces parties. Quant aux stries opaques observées dans les cordons latéraux de la moelle, elles dépendent de la présence de tissu conjonctif en voie de développement.

Messieurs, dans cette observation du professeur Oppolzer, vous avez vu que la moelle allongée et le pont de Varole étaient très-manifestement indurés; que dans les cordons latéraux de la moelle, principalement à la région lombaire, la substance médullaire était parsemée de stries grises opaques. Toutes ces altérations, de même que les altérations analogues constatées par Parkinson et M. Lebert, étaient la conséquence d'une hypertrophie du tissu conjonctif qui entre dans la structure du système nerveux. De plus, cette hyperplasie avait eu pour conséquence la compression des éléments nerveux, leur atrophie, et la dégénération graisseuse de ces mêmes éléments. A ces altérations, qui sont accompagnées d'induration des parties affectées, on a donné le nom de *sclérose*. Dans les cas où la nécropsie, dans ces mêmes parties, a démontré un commencement de ramollissement des cordons de la moelle, peut-être convient-il de ne voir qu'un travail consécutif à l'hypérémie et à la dilatation vasculaire qui entraînent de grandes modifications dans la nutrition des éléments nerveux.

De semblables altérations font comprendre l'impuissance de la thérapeutique; aucun traitement, jusqu'ici, ne paraît avoir eu un succès certain et soutenu. Nous devons cependant rappeler qu'Elliotson a attribué la guérison d'une *paralysie agitante*, chez un homme âgé de trente-cinq ans, à l'administration du sous-carbonate de fer. Mais Elliotson convient qu'il n'a obtenu qu'un seul succès complet, et que chez d'autres malades il n'y a point eu d'amélioration sensible.

Romberg qui a eu recours au même mode de traitement, dit n'en avoir pas obtenu plus de succès; aussi est-il permis, tout en accordant une certaine action au sous-carbonate de fer dans le cas de guérison signalé par Elliotson, de penser que l'âge du malade y eut une part aussi grande que le médicament. Les bains sulfureux, l'iodure de potassium et tous les grands modificateurs thérapeutiques devront être conseillés, surtout dans le but de mettre les sujets dans les conditions les plus favorables pour lutter contre les progrès de la maladie. Peut-être, ainsi que semble le démontrer une observation recueillie par M. le docteur Axenfeld, pourra-t-on enrayer le travail hyperémique, en ayant recours à la médication révulsive sur la région supérieure de la colonne vertébrale.

J'ai moi-même, dans quelques circonstances, obtenu de bons effets de l'usage de l'essence de térébenthine à haute dose et de l'hydrothérapie; mais jamais je n'ai guéri un malade, et cette triste affection est à mes yeux aussi inexorable que l'ataxie locomotrice dont j'aurai plus tard l'occasion de vous parler.

XLV. — FIÈVRE CÉRÉBRALE.

Quelques exemples de différentes formes de la fièvre cérébrale. — Tableau de la maladie : trois périodes généralement assez distinctes. — *Période prodromique*, caractérisée par un ensemble de phénomènes généraux, qui peuvent se rencontrer dans d'autres maladies, mais qui ne sont jamais plus prononcés et de plus longue durée que dans celle-ci. — *Seconde période* : apyrétique; le pouls prend une lenteur remarquable, la respiration un caractère particulier d'irrégularité. — Cette irrégularité des mouvements respiratoires est un signe d'une grande valeur. — Diagnostic différentiel entre la fièvre cérébrale et la fièvre typhoïde. — *Troisième période* : le pouls reprend une accélération souvent extraordinaire. — Abattement, délire; convulsions d'abord partielles, puis générales; paralysies. — La fièvre cérébrale est presque toujours, pour ne pas dire toujours, mortelle, quel que soit le traitement employé pour la combattre. — Les lésions anatomiques caractérisent bien plus une encéphalo-méningite qu'une méningite. — Qu'elle soit ou non tuberculeuse, la maladie affecte les mêmes allures. — Hydrocéphale chronique. — N'est pas la conséquence de la fièvre cérébrale.

MESSIEURS,

Au n° 33 de notre salle Saint-Bernard, vous avez vu mourir une jeune femme de vingt-trois ans qui était entrée à l'hôpital le 13 mars dernier. Elle venait ici pour se faire traiter d'une hémiplegie occupant les membres du côté droit, mais qui avait respecté la face et se liait à l'existence d'une *arthrite cervicale* caractérisée extérieurement par une tuméfaction considérable des premières vertèbres, par de la douleur qu'exaspéraient les moindres mouvements de la tête, que, par ce fait, la malade tenait dans une immobilité absolue.

La paralysie était survenue dans les circonstances suivantes. Cette jeune femme nous racontait qu'elle était habituellement bien portante, bien que d'une constitution délicate. Elle avait été prise, dix-huit mois avant son arrivée à l'Hôtel-Dieu, de douleurs dans le cou, assez vives pour l'empêcher de tourner la tête, alors surtout qu'elle voulait la porter à droite. Ces douleurs étaient accompagnées d'une gêne, d'une sorte de roideur dans la région et d'un gonflement notable. Des frictions avec des pommades dont elle ne sut nous dire la composition, des cataplasmes et plus tard des applications de sangsues n'empêchèrent pas les progrès du mal. Dix mois plus tard il avait augmenté à ce point, que la pauvre patiente ne pouvait plus rester couchée la tête appuyée sur son oreiller, cette pression exaspérant les douleurs qui étaient beaucoup plus vives du côté droit du cou. En même temps elle éprouvait une sensation continue d'engourdissement dans cette partie. Les accidents ne tardèrent pas à se compliquer, et quinze mois après leur début, elle se plaignait de voir ses

forces diminuer dans le bras et dans la jambe droite. Cette faiblesse s'accrut et devint, au bout d'un mois, une véritable paralysie; cependant cette paralysie ne fut jamais complète. La marche était encore possible, bien que la jambe ne fût plus que difficilement soulevée et restât traînante; le membre supérieur n'avait pas absolument perdu tout mouvement, bien que la malade ne pût plus se servir de sa main, non-seulement pour se livrer à ses travaux habituels, mais même encore pour porter ses aliments à sa bouche. Des fourmillements auxquels succédèrent de l'engourdissement, qui précédèrent et accompagnèrent la paralysie du mouvement, furent les seuls troubles de la sensibilité, laquelle était d'ailleurs entièrement conservée partout. L'intelligence n'avait rien perdu, les sens étaient intacts, et au milieu de ces désordres il n'y avait jamais eu la moindre réaction fébrile. Seulement, depuis deux mois environ, l'appétit avait diminué, ce que la malade attribuait à ce qu'elle ne pouvait plus faire autant d'exercice qu'auparavant. Les digestions s'accomplissaient d'ailleurs avec une parfaite régularité.

Dès notre première visite, il nous avait été facile de rattacher l'hémiplégie à une lésion de la colonne vertébrale. Nous avions été frappés du gonflement du cou, qui était beaucoup plus gros en haut, et principalement à droite, au niveau correspondant aux deux premières vertèbres cervicales; le gonflement était douloureux et le moindre mouvement de la tête, soit que la malade essayât de la lever ou de la tourner, soit que nous voulussions la mouvoir nous-même en y mettant beaucoup de précaution et de lenteur, amenait sur la physionomie une expression de vive souffrance.

Nous avons évidemment affaire à une tumeur blanche de l'articulation atloïdo-axoïdienne; et bien qu'en auscultant la poitrine nous ne trouvassions aucun signe de tuberculisation pulmonaire; bien qu'en interrogeant la malade, nous apprissions qu'elle n'était pas sujette à s'enrhumer, qu'elle ne toussait jamais, que dans sa famille il n'y avait pas eu de phthisique, nous ne pouvions pas ne pas nous arrêter à l'idée d'une affection strumeuse de la colonne vertébrale, cette cause la plus fréquente de ce que nous avions devant les yeux. Cependant, quoique nous ne trouvassions non plus aucune trace de diathèse syphilitique, nous nous plaçâmes au point de vue d'accidents vénériens, le seul qui nous offrît quelque chance d'arriver à un résultat médical favorable. Nous donnâmes donc les préparations mercurielles, les bains de sublimé et le calomel *fracta dosi*; mais celui-ci n'ayant pas tardé à provoquer la salivation, nous en suspendîmes l'administration.

La maladie suivit sa marche progressive. Pour calmer les douleurs qui avaient pris une plus grande intensité, nous employâmes des cataplasmes de feuilles de ciguë en poudre qui furent maintenus sur le cou toute la journée et toute la nuit. Les douleurs augmentèrent encore, et le 17 juillet non-seulement elles occupaient la tête, mais encore elles s'étendaient aux jambes, à l'hypogastre, aux régions inguinales. Comme depuis huit mois les menstrues, jusque-là régulières, s'étaient supprimées, nous pensâmes que ces douleurs étaient l'effet d'un

molimen hémorrhagique tendant à s'établir; toutefois des vomissements s'étaient produits et nous avaient donné à réfléchir; nous craignions qu'ils ne fussent le début d'une affection cérébrale. Dans la journée, en effet, notre jeune femme qui avait toute sa lucidité d'esprit, commença à éprouver un certain embarras de la parole. Les douleurs cervicales s'exaspérèrent, la paralysie des membres se prononça davantage, et le lendemain nous trouvions l'expression de la face sensiblement changée.

Les choses restèrent stationnaires jusqu'au 23; nous continuâmes, à doses fractionnées, l'emploi du calomel, qui avait été repris le 18. Ce médicament n'eut aucune action apparente sur le tube digestif, les garderobes gardant leur régularité accoutumée. Mais le 23 juillet, nous nous aperçûmes qu'il y avait du strabisme; depuis quelques jours déjà la malade se plaignait d'y voir double. Le 24, elle avait de la surdité; dans la nuit elle avait eu une syncope, et à la visite nous la trouvions avec de la fièvre, la peau chaude, le pouls à 120. Les parois du ventre étaient rétractées et creusées en forme de bateau; de plus la tache cérébrale se produisait avec la plus grande facilité et persistait longtemps. Pendant la journée, il y eut des absences, la malade ne reconnaissait plus les personnes qui l'entouraient; dans la nuit le délire se déclara, pour disparaître dans la matinée. Le strabisme, les changements dans l'expression et dans la coloration du visage, alternativement d'une pâleur mortelle et très-rouge, devenaient de plus en plus caractéristiques, et le soir il y eut des garderobes involontaires.

Les accidents allèrent en empirant. La respiration devint d'une grande irrégularité, quatre, cinq, huit inspirations se succédant avec une excessive rapidité et suivies d'un intervalle de repos considérable; la vascularisation de la peau était extrême, et la tache cérébrale se prononçait au plus léger frottement; le strabisme était porté au plus haut point, et il y avait de la dilatation des pupilles. Toutefois l'intelligence était encore assez nette et la malade répondait aux questions qu'on lui adressait, mais elle y répondait sans desserrer les dents, les mâchoires restant violemment rapprochées.

Elle succomba le 28 juillet, à quatre heures de l'après-midi.

Vous vous rappelez, messieurs, le résultat de l'autopsie. Les pièces anatomiques ont été mises sous vos yeux. J'avais pensé que la tumeur blanche vertébrale avait été le point de départ d'une méningo-encéphalite de la base, et nous trouvions, en effet, les traces d'une violente inflammation de la pie-mère qui, infiltrée de pus, recouvrait d'un voile opalin verdâtre la protubérance annulaire et tout l'espace compris entre celle-ci et le chiasma des nerfs optiques. La grande scissure de Sylvius était remplie de matière séro-fibrineuse. En coupant le cerveau, nous arrivions sur la voûte à trois piliers et sur le septum médian qui s'épandaient en bouillie; les deux ventricules latéraux contenaient une notable quantité de sérosité, et leur partie postérieure était, ainsi que le corps calleux, notablement ramollie. Nulle part nous ne voyions de matière tuberculeuse ni de granulations.

La moelle, dont les méninges étaient injectées, était également ramollie au niveau de l'union de l'atlas avec l'axis, et ces os, sensiblement plus gros du côté droit que du côté gauche, présentaient les caractères de l'ostéite. Les surfaces articulaires atloïdo-axoïdiennes, celles de l'apophyse odontoïde, dépouillées de leurs cartilages, étaient rugueuses, criblées de petits trous, sans que d'ailleurs il existât de tumeur et d'infiltration tuberculeuse. Le tissu cellulaire de la région était infiltré de lymphes plastiques et de pus.

Les poumons paraissaient sains, et nous ne pûmes y découvrir de traces de tuberculisation.

Vers la même époque que cette malade entra dans notre salle Saint-Bernard une autre jeune femme succombait aussi, mais beaucoup plus rapidement, à une fièvre cérébrale, survenue, il est vrai, dans des circonstances différentes.

Cette jeune femme arrivait dans la journée, se disant souffrante depuis neuf ou dix jours. Elle racontait assez bien ce qu'elle éprouvait, mais n'en paraissait nullement inquiète; elle riait et plaisantait sur son propre état: entendez cela, messieurs. Nous étions loin cependant d'en être satisfaits. Nous lui trouvions, en effet, la face rouge, l'air hébété, les pupilles dilatées, un certain degré d'affaiblissement dans les membres du côté gauche; la tache cérébrale se produisait avec la plus grande facilité. Dès sa visite du soir, mon chef de clinique avait diagnostiqué une encéphalite; le lendemain ce fut aussi notre opinion. Trois jours après, la malade était morte. Le matin, elle avait encore causé avec nous très-pertinamment, et elle avait même plaisanté, quand, une heure après notre visite, elle tomba dans une profonde stupeur et mourut tout à coup.

À l'autopsie, nous trouvâmes sur la surface du cerveau, à sa partie supérieure et à sa base, des granulations dans les méninges; de plus une petite masse tuberculeuse dans le dernier point. Le corps calleux, complètement ramolli, était converti en bouillie, de même que la partie postérieure des parois des ventricules latéraux, dont la cavité contenait un épanchement de sérosité. Le ramollissement comprenait encore le septum médian et la voûte à trois piliers.

Enfin, messieurs, quelques-uns d'entre vous auront peut-être gardé le souvenir d'un troisième individu qui, dans le même temps que ces deux femmes, mourait, lui aussi, d'une fièvre cérébrale.

Il était couché au n° 19 de la salle Sainte-Agnès. Agé de vingt et un ans, il avait été pris, il y avait dix-huit mois environ, de douleurs rhumatismales dans la jambe gauche qui résistèrent à tous les traitements, lorsque deux mois avant le début de la maladie à laquelle il allait succomber, il vint à Paris se placer dans un magasin, où il fut employé à faire des courses. Là il travailla, dit-il, outre mesure, et quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il ressentit un violent mal de tête qui se déclara brusquement. Le lendemain il se remit cependant au travail; mais chaque soir il était tellement exténué de fatigue,

qu'il avait à peine la force de rentrer chez lui pour se coucher. Cela dura trois ou quatre jours. Depuis un mois environ, son appétit avait sensiblement diminué; et depuis son installation à Paris, il n'avait cessé d'avoir une diarrhée qui se traduisait par deux ou trois garderobes liquides dans les vingt-quatre heures. Pendant les trois ou quatre jours dont nous parlons, il avait complètement perdu l'appétit; bientôt il dut renoncer à ses occupations. Son mal de tête augmentait notablement et était plus violent, surtout dans le front où il éprouvait des élancements continuels, insupportables; il lui semblait, nous disait-il, que son crâne allait se fendre. Il ressentait aussi des douleurs dans les yeux. Il passait les nuits sans sommeil. Dans la journée, il avait eu, depuis le début, des vomissements très-abondants, et ne pouvait garder aucune boisson. Les matières de ses vomissements étaient bilieuses; il avait de l'amertume de la bouche.

Nous constatons un état saburral de la langue, qui était couverte d'un léger enduit blanchâtre, sans rougeur; la peau n'avait pas de chaleur anormale, mais nous étions effrayés de la lenteur du pouls, battant 52 fois par minute, coïncidant avec cette céphalée horrible que le malade accusait, avec l'insomnie dont il était tourmenté et avec la dilatation des pupilles.

À la diarrhée avait succédé de la constipation; nous prescrivîmes un purgatif (du calomel et du jalap) pour établir une révulsion vers la partie inférieure du gros intestin.

Le lendemain, les accidents étaient les mêmes; le pouls était plus lent que la veille, à 46; toutefois il y avait eu moins de vomissements. La céphalalgie étant encore plus violente, s'il était possible, nous cherchâmes à la modérer en appliquant sur le front des compresses imbibées d'une solution de cyanure de potassium, dans les proportions de 1 gramme pour 80 grammes d'eau distillée. Cette douleur commença à céder quarante-huit heures après; mais le jeune homme se plaignait déjà depuis trois jours de troubles de la vue; ses yeux étaient battus comme ceux d'un individu ivre; les pupilles, dont la dilatation n'avait rien d'extraordinaire, se contractaient peu sous l'influence de la lumière. Enfin, la tache cérébrale se développait facilement. Le soir de ce jour, le cinquième de l'entrée du malade à l'hôpital, on le trouva très-abattu, le regard fixe, l'air hébété; il paraissait insensible à tout ce qui se passait autour de lui, et il avait de la carphologie. Sa peau était chaude, mais son pouls ne s'élevait pas au delà de 64. Plus tard, il eut une syncope, et dans la nuit il poussa quelques cris plaintifs sans sortir de sa somnolence. Celle-ci était plus prononcée le lendemain matin, les yeux demeurant à demi fermés sans dilatation des pupilles. La respiration était inégale, et, comme pendant la nuit, le malade poussa des cris plaintifs. Tout en paraissant insensible à ce qui l'entourait, il sentait très-bien quand on le pinçait, et retirait ses bras pour échapper à ces pincements. La carphologie persistait; la fièvre était encore plus vive que la veille; le pouls ne dépassait cependant pas 84 à 88. La constipation était revenue très-opiniâtre, nous prescrivîmes un lavement avec 30 grammes de follicules

de séné en décoction et 15 grammes de sulfate de soude. Cette purgation fit peu d'effet. Le 18 au matin, à la somnolence avait succédé un coma profond; le pouls, petit, battait 140 fois par minute, et nous constatons alors de la paralysie du côté gauche. Le côté droit était encore sensible; quand on le piquait, le malade retirait son bras et sa jambe, ce qu'il ne faisait plus quand on le piquait du côté gauche. La vessie ne se vidait pas.

La mort arriva dans la nuit, à quatre heures du matin. Des renseignements qui nous avaient été donnés nous avaient appris que deux frères de ce jeune homme avaient succombé au même âge que lui et à des accidents analogues.

L'ouverture du corps nous révéla l'existence d'une encéphalite. Dans l'hémisphère droit, à la partie postérieure de la couche optique, il y avait une masse de tissu induré, d'une couleur jaune et présentant un piqueté hémorrhagique (hémorrhagie capillaire); au centre de cette masse il y avait d'autres petits noyaux dont la grosseur ne dépassait pas celle d'un grain de millet et qui avaient toutes les apparences de la matière tuberculeuse. Autour de la masse totale, la substance cérébrale était ramollie, mais non difflue. Les ventricules latéraux contenaient à peu près une cuillerée de sérosité rougeâtre, et sur les méninges, qui étaient d'une grande sécheresse, étaient parsemées de petites granulations grises.

Dans les poumons, dont les feuillets pleuraux adhéraient fortement l'un à l'autre, il y avait, indépendamment de la congestion sanguine, quelques petits tubercules disséminés.

Je voulais, messieurs, vous rappeler ces faits avant de vous parler aujourd'hui de la fièvre cérébrale à propos de deux enfants de notre crèche, dont l'un a succombé il y a quelques jours; dont l'autre, qui est mort hier, va me fournir l'occasion de vous montrer une fois de plus les lésions caractéristiques de cette cruelle et inexorable maladie.

Le premier de ces enfants était un petit garçon âgé de dix mois. Neuf semaines auparavant il nous avait été amené une première fois par sa mère pour être traité d'un ulcère de mauvais aspect qu'il portait au cou et qui était recouvert de concrétions pultacées; ses bords taillés à pic et indurés, son fond également dur et inégal, sa coloration, lui donnaient toutes les apparences d'une ulcération scrofuleuse. Je le fis toucher avec la teinture d'iode pur; au bout de trois semaines de ce traitement, les surfaces étaient modifiées, la guérison était complète et l'enfant quittait l'Hôtel-Dieu. Cependant un phénomène avait attiré notre attention, c'était la patience avec laquelle le petit malade supportait la cautérisation iodique. Certes, l'application de la teinture d'iode pure sur le derme mis à nu est ordinairement très-douloureuse, or il semblait peu s'en émouvoir. Cette insensibilité inaccoutumée, surtout chez un sujet de cet âge, nous surprenait, et nous nous demandions si elle ne cachait pas quelque chose de grave. Nous devions bientôt en avoir la raison, car nos craintes ne tardèrent pas à se réaliser. L'enfant couvrait une fièvre céré-

brale qui éclatait quinze jours environ après sa sortie de l'hôpital, où sa mère s'empressait de nous le ramener. Cette fièvre cérébrale se développa et suivit son évolution d'une façon tellement régulière, tellement classique, permettez-moi ce mot, que, si dans un trop grand nombre de circonstances, la maladie déjoue par ses allures trompeuses l'expérience la plus consommée, il n'y avait point ici d'hésitation permise.

La mère du petit malade nous en racontait ainsi le début. C'était un lundi qu'elle rentrait dans nos salles; le vendredi de l'avant-dernière semaine, onze jours par conséquent auparavant, elle avait donné, de son chef, un vomitif, un peu de sirop d'ipécacuanha, à son enfant qui était enrhumé. A partir de ce moment les vomissements ne s'arrêtèrent plus, et ils persistaient encore quand nous vîmes le malade; de plus, celui-ci avait une agitation singulière, une insomnie absolue, avec un assoupissement d'où il sortait par intervalles en poussant un grand cri.

Ces symptômes, vomissements, insomnie, assoupissement interrompu par des réveils en sursaut accompagnés de grands cris, ne nous avertissaient que trop que nous nous trouvions en présence d'une fièvre cérébrale commençante. Le pouls ne nous disait rien encore; mais huit jours après, son inégalité, jointe à la diminution dans le nombre des battements, constituait un nouveau caractère de la maladie. Cependant l'enfant continuait de teter. A des yeux non prévenus, ses vomissements ayant cessé, il eût paru mieux portant que la semaine précédente. Mais indépendamment des signes que je vous ai indiqués et qui ne laissent aucun doute dans notre esprit, nous remarquions déjà chez lui cette singulière agitation, qui se produisait au moment où nous nous approchions de son lit, se calmait promptement et faisait de nouveau place à l'assoupissement. Cela avait une signification considérable. Tous les symptômes de la maladie nous apparaissaient évidents, et ils se déroulèrent successivement. Tache cérébrale, dilatation des pupilles, paralysie prédominante d'un côté du corps, convulsions enfin, en même temps qu'une fréquence extraordinaire du pouls qui, de 68 où il était tombé, remonta à 80, 100, 140, 160 et jusqu'à 208 battements que nous comptâmes encore la veille de la mort.

A l'autopsie, nous trouvions un épaissement notable des méninges qui, au niveau du chiasma des nerfs optiques et dans la grande scissure de Sylvius, étaient infiltrées d'éléments fibro-plastiques et d'albumine concrète; de nombreuses granulations, principalement au niveau de l'hémisphère cérébral gauche, étaient disséminées sur la surface. Le septum médian était complètement réduit en bouillie; la voûte à trois piliers, moins ramollie, se déchirait néanmoins sous la plus petite traction, et ce ramollissement avait envahi la paroi postérieure des ventricules latéraux.

Dans les poumons existaient aussi des granulations, tandis que les ganglions bronchiques étaient convertis en des masses tuberculeuses; il y en avait également dans la rate.

L'autre enfant, celui qui est mort hier et dont je vais faire l'autopsie devant vous, était une petite fille de huit mois, allaitée par sa mère. Avec toutes les apparences d'une belle constitution, elle avait été prise, il y a à peu près six semaines. A cette époque, on lui trouvait un certain air de tristesse qui ne lui était pas habituel. Le travail de la dentition ne pouvait pas être mis en cause, car le premier groupe de dents était complètement sorti depuis quatre mois, et rien n'indiquait que les incisives supérieures, qui devaient constituer le second groupe, eussent commencé leur évolution. Cette tristesse succédant, sans qu'on puisse l'expliquer, aux petites joies de l'enfant, est un phénomène précurseur d'une grande valeur; il indique un état de malaise, il surprend, inquiète les parents, et souvent ceux-ci le signalent au médecin, ainsi que nous l'a signalé la mère de notre petite malade. Cette femme nous disait, en outre, que le sommeil était devenu inégal et comme troublé; toutefois un phénomène qui s'observe bien fréquemment au début des fièvres cérébrales manquait ici; il n'y avait point de ces réveils en sursaut accompagnés de cris particuliers qui ont été notés chez le petit garçon de tout à l'heure, accidents d'une certaine valeur dans l'histoire de la méningo-encéphalite. Il y a huit jours survinrent des vomissements: tout ce qu'on donnait à l'enfant, petits potages, lait maternel, boissons sucrées, était immédiatement rejeté, et sa mère commençait à voir de sérieuses inquiétudes. Trois jours plus tard, ses craintes redoublèrent en présence d'un autre symptôme dont elle nous a très-bien rendu compte et qu'il est essentiel d'indiquer. Lorsqu'elle prenait son enfant, comme elle le faisait d'habitude, celle-ci se mettait à crier; il semblait qu'on lui causât de vives douleurs. C'est qu'en effet, il y avait alors une *hyperesthésie générale*; enfin, il y a quatre jours, survinrent des convulsions d'abord du côté droit, puis du côté gauche, et c'est alors que la petite malade nous fut amenée.

Passons rapidement en revue les phénomènes qu'elle nous a présentés, et comparons les uns avec les autres ceux qui, s'observant dans la fièvre cérébrale, peuvent se rencontrer dans d'autres maladies.

Dès notre premier examen, nous fûmes frappé des troubles de la motilité qui se manifestaient du côté de l'appareil de la vision. Nous constatons, en effet, un *strabisme* très-prononcé, strabisme convergent de l'œil droit dont la pupille était dilatée, mais moins notablement pourtant que celle de l'œil gauche. Le muscle animé par la sixième paire de nerfs était donc paralysé. De ce côté l'enfant semblait ne plus voir, car, lorsqu'on portait vivement le doigt devant l'œil gauche, on ne sollicitait plus le clignement des paupières qui, vous le savez, s'exécute involontairement et instinctivement pour protéger le globe oculaire menacé. Il y avait donc vraisemblablement cécité, ou du moins un affaiblissement très-notable de la vue. Cette amaurose plus ou moins complète est un accident que vous avez noté chez tous nos malades atteints de fièvre cérébrale, qu'accusent aussi les enfants en âge de parler et capables de rendre compte de leurs sensations. Chez notre petite fille, la dilatation plus grande

des pupilles, l'absence des mouvements des paupières, le strabisme de l'œil droit, indiquaient très-nettement le trouble de la vision.

Nous observions, en outre, un léger renversement de la tête en arrière, de la roideur du bras gauche, qui de temps en temps était agité de mouvements cloniques de flexion et d'extension. Le pouce de ce côté, porté en adduction forcée dans la paume de la main, était recouvert par les doigts convulsivement fléchis comme lui; toutefois, quand on cherchait à les étendre, leur contracture cédaient avec assez de facilité.

En faisant mettre nue la petite malade, nous trouvions que son ventre était excavé, creusé en carène par l'affaissement de ses parois. Ce signe est d'une grande valeur dans la sémiotique de la fièvre cérébrale, où il se retrouve presque constamment; en un grand nombre de circonstances, il peut servir à distinguer les accidents cérébraux de l'encéphalo-méningite de ceux qui apparaissent comme phénomènes deutéropathiques dans le cours d'autres maladies, dans les fièvres typhoïdes par exemple. Il ne faudrait pas croire cependant que l'existence de ce phénomène ne laisse aucune chance d'erreur; sa signification diagnostique, quoique d'une grande valeur, n'est pas toujours absolue, et il n'y a pas longtemps je retrouvais dans mes notes une observation qui montre combien, en quelques cas, il est difficile au médecin d'asseoir son jugement.

Dans cette observation, il s'agissait d'une petite fille de sept ans et demi que je voyais à l'hôpital des Enfants, vers la fin de l'année 1852. D'une constitution lymphatique, cette enfant toussait et avait du dévoisement depuis un mois. Depuis deux ou trois jours, elle était plus malade et avait été prise de vomissements. Dans la nuit qui suivit son entrée dans nos salles, elle eut du délire, et le lendemain matin, elle était dans un grand état d'abattement, tout en conservant sa connaissance. Il y avait de la dilatation des pupilles, bien plus prononcée à droite qu'à gauche. Le ventre présentait cette rétraction des parois dont je vous parle, il était en outre douloureux à la pression. Le pouls était d'une excessive lenteur, battant cinquante-six fois par minute; j'insiste sur ce phénomène qui, dans la fièvre cérébrale, se présente presque constamment. De plus, la *tache méningitique* ou *cérébrale*, sur laquelle j'aurai tout à l'heure à appeler spécialement votre attention, la tache cérébrale se produisait facilement et se prononça davantage encore les jours suivants. Il n'y eut jamais, il est vrai, ni cris hydrocéphaliques, ni inégalité de la respiration; mais, à cela près, tous les symptômes que nous observions semblaient se rapporter à l'existence d'une encéphalo-méningite. Cependant nous avions affaire à une dothiéntérie, et après la mort, nous ne trouvâmes aucune altération du cerveau et de ses enveloppes, tandis que dans l'intestin la tuméfaction et l'ulcération des glandes de Peyer constituaient les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde.

La dilatation des pupilles, alors même que cette dilatation n'est pas la même pour les deux yeux, la rétraction des parois abdominales, la constipation, car, chez cette petite fille, à la diarrhée avait succédé le resserrement du ventre,