

la tache cérébrale elle-même, quoique, je le répète, phénomènes d'une très-grande valeur, ne sont donc pas des signes pathognomoniques absolus.

En quoi consiste cette *tache cérébrale, méningitique*, que j'ai pris soin de signaler dans les précédentes observations, et que vous me voyez toujours rechercher attentivement chez les individus que je soupçonne d'être atteints d'encéphalo-méningite ? Lorsque j'ai porté les mains sur le visage de la petite enfant de la salle Saint-Bernard, lorsque j'en ai fait pour lui ouvrir la bouche et constater à quel point elle en était de sa dentition, vous avez tout de suite été frappés de voir une rougeur vive colorer immédiatement la peau ; lorsque j'ai passé, même assez légèrement, l'ongle sur le ventre de manière à tracer des lignes longitudinales croisées par des lignes transversales, trente secondes ne s'étaient pas écoulées que toute la surface des téguments que j'avais touchée était couverte d'une teinte rouge très-vive qui, d'abord diffuse, s'éteignait lentement, pour laisser, à la place où l'ongle avait traîné, des raies d'un rouge plus intense et qui persistait assez longtemps. C'est là la tache cérébrale que j'ai le premier indiquée il y a plus de vingt-ans, et que j'appelais alors tache méningitique. Ce phénomène singulier, qui ne peut s'expliquer que par une modification profonde survenue dans la vascularisation de l'enveloppe cutanée, est un signe d'une assez grande importance, pour que nous nous y arrêtions un instant, bien que, je le répète, sa valeur ne soit pas absolue lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic différentiel de la fièvre cérébrale.

Les parties sur lesquelles la tache apparaît plus facilement sont d'abord, et avant toutes, les parties antérieures des cuisses, le ventre et aussi la face. Ses caractères sont ceux que vous avez pu constater dans le cas particulier dont il est ici question. En découvrant le sujet, en faisant une légère friction sur la peau avec un corps dur, avec un crayon ou tout simplement avec l'ongle, on voit sur les points touchés une rougeur vive se développer rapidement, et persister plus ou moins longtemps, huit, dix, quinze minutes. On a, non pas nié son existence (son développement dans ces conditions est un fait incontestable), mais contesté l'importance que j'y attache, en disant qu'elle se retrouvait dans des maladies autres que la fièvre cérébrale. Je reconnais moi-même qu'il peut, en effet, en être ainsi, et l'observation que je citais tout à l'heure le prouve ; mais tandis que dans la fièvre cérébrale c'est un phénomène constant, invariable, s'observant pendant presque toute la durée de la maladie, depuis la période initiale jusqu'à la fin, dans les autres maladies elle apparaît exceptionnellement, accidentellement. On a dit que cette tache se retrouvait toujours, quand on la cherchait, chez les enfants qui avaient un simple mouvement de fièvre. Ici, messieurs, je m'élève contre cette erreur ; je vous ai plus d'une fois montré dans les salles de la clinique des individus du jeune âge atteints de fièvre vive, accompagnant chez celui-ci une stomatite violente, chez celui-là un catarrhe pulmonaire sérieux, chez un autre une pneumonie grave ; chez tous nous avons cherché à produire la tache en frottant, même assez rudement la peau, jusqu'à rayer l'épiderme : nous avons sans doute

appelé la rougeur sur les points que nous touchions, mais jamais cette rougeur n'était comparable par son intensité et par sa durée à celle que nous déterminions chez les individus affectés de fièvre cérébrale, alors même que nos frictions, dans ces cas, étaient très-légères. De plus, sa persistance ici était bien autrement prolongée ; et non-seulement elle occupait les parties qui avaient été directement touchées, mais encore elle s'étalait à plusieurs centimètres au delà, tandis que, dans les autres cas, elle restait parfaitement limitée aux points sur lesquels on l'avait développée. Si je ne crains pas d'insister autant sur ce signe, c'est parce qu'à mon avis, il a, je le répète, dans un grand nombre de circonstances, une signification réelle, alors surtout qu'il s'agit d'éviter la confusion possible entre la fièvre cérébrale et d'autres maladies, telles que la fièvre typhoïde accompagnée d'accidents cérébraux, telles que les convulsions, que ces convulsions surviennent au début des pyrexies exanthémateuses, des phlegmasies graves pulmonaires ou autres, ou qu'elles soient essentielles. Presque jamais, dans l'éclampsie, la tache ne se produit ; et si elle se retrouve dans la dothiéntérie, ainsi que je viens de vous en donner un exemple, il est rare qu'elle se manifeste avec la même intensité, qu'elle ait la même persistance, qu'elle apparaisse à toutes les périodes de la fièvre.

D'après ce que je viens de vous exposer, il n'y aurait donc aucun signe à proprement parler et invariablement pathognomonique de la fièvre cérébrale ; mais ici, comme d'ailleurs dans ce qui est du domaine de la clinique, ce ne sont point des symptômes pris isolément, c'est leur ensemble, leur mode d'apparition et d'évolution, ce sont les rapports qu'ils ont entre eux qui caractérisent la maladie. Ce n'est point un coin seul du tableau, c'est tout le tableau qu'il faut regarder ; ce n'est pas une seule scène du drame, c'est le drame tout entier qu'il faut voir pour le bien connaître. Toutefois, pour en écrire l'histoire, nous sommes obligé d'avoir recours à l'analyse, d'admettre des divisions qui facilitent la description.

Nous admettrons donc dans la fièvre cérébrale trois périodes qui, sans se montrer constamment, à beaucoup près, sans avoir entre elles des limites toujours parfaitement tranchées, se distinguent cependant assez nettement les unes des autres par certains symptômes prédominants. La première période, *période prodromique*, occupe une place très-importante. Le médecin qui a le plus insisté sur ce fait est Rilliet (de Genève), le collaborateur de mon honorable collègue M. Barthez dans ses recherches sur les maladies des enfants. Rilliet a rapporté un assez grand nombre d'observations de sa pratique dans lesquelles il a pu prévoir la plus ou moins prochaine éclosion de la fièvre cérébrale à certains signes que je vais vous indiquer.

Un *changement dans les manières d'être du malade* (nous parlons de ce qui arrive chez les enfants) est un phénomène qui annonce, non pas toujours, mais dans un assez grand nombre de cas, l'imminence de la fièvre cérébrale. Ce changement se manifeste pendant plus ou moins longtemps, un mois, six semaines, deux, trois et quelquefois plusieurs mois avant que le mal fasse ex-

plosion. C'est une tristesse dont rien ne rend compte ; l'enfant prend à ses jeux moins de plaisir qu'à l'ordinaire : son caractère s'aigrit, devient encore plus facilement irritable à l'égard de ses parents, de ses frères, de ses camarades. En même temps, et c'est là un fait d'une réelle valeur, on constate un assez notable degré d'*amaigrissement*. Quelquefois il y a des *vomissements* bilieux que rien n'explique, et revenant à intervalles plus ou moins rapprochés. Le sommeil n'est plus aussi profond qu'il l'était autrefois, ou même c'est l'*insomnie* complète qui lui succède ; dans quelques cas, ce sommeil imparfait est agité, troublé par des rêves pénibles, par des réveils en sursaut accompagnés par ces cris caractéristiques qui plus tard se produisent davantage et que j'aurai alors à vous signaler plus particulièrement. Rilliet attribue cet ensemble de symptômes aux désordres existant déjà, et plus spécialement aux lésions cérébrales qui, bien que latentes et prenant une marche chronique ou tout au plus subaiguë, n'en exercent pas moins, dès cette époque, une fâcheuse influence sur les fonctions organiques, sur celles de l'encéphale plus que sur toutes les autres. Si l'on remarque, en effet, que chez les enfants qui succombent à la fièvre cérébrale, on trouve à peu près invariablement des productions tuberculeuses, sinon dans les viscères eux-mêmes, du moins dans les ganglions bronchiques, ou dans les ganglions mésentériques, ou bien, ce qui est plus rare, dans les ganglions cervicaux, on comprend qu'une affection tuberculeuse puisse donner lieu à ces troubles généraux que nous indiquons, et que l'amaigrissement plus ou moins notable en soit la conséquence. Quant aux symptômes cérébraux, le changement de caractère, l'insomnie ou le sommeil agité, interrompu, les cris poussés par le malade, qui semblent témoigner d'une vive douleur de tête, ces symptômes, suivant Rilliet, trouveraient encore leur explication dans les lésions encéphaliques qui se rencontrent, sinon toujours, du moins presque toujours, lorsqu'on a l'occasion de faire l'autopsie. Ces lésions consistent en des granulations répandues sur les méninges à la périphérie du cerveau, dans la scissure de Sylvius, productions qui sont de nature tuberculeuse ainsi que l'analyse microscopique l'a constaté ; or, on conçoit que le travail morbide qui précède et accompagne l'évolution de ces produits morbides, quelque lent qu'il soit, n'en a pas moins une influence fâcheuse sur les fonctions de l'appareil central de l'innervation.

Je ne nie pas, messieurs, que ces phénomènes prodromiques ne se montrent pas plus souvent au début de la fièvre cérébrale que de toute autre maladie, mais ce serait exagérer leur valeur que les considérer, ainsi que l'a fait Rilliet, comme exclusivement caractéristiques de l'affection encéphalique. Ils me paraissent, en effet, se rattacher beaucoup moins à une lésion locale qu'à l'état général qui, s'il aboutit ici à l'encéphalo-méningite, aboutit chez d'autres à une pleurésie latente, ou bien à la tuberculisation pulmonaire, ou tout au moins à la tuberculisation des ganglions pulmonaires ; chez d'autres encore, à ce qu'on appelle le *carreau*, c'est-à-dire à la tuberculisation du péritoine et à l'engorgement tuberculeux des ganglions mésentériques.

Les accidents prodromiques indiquent donc plutôt une opportunité morbide qu'une maladie déclarée. Nous savons combien le caractère d'un enfant se modifie sous l'influence du plus petit malaise ; cette modification s'observe d'ailleurs souvent aussi chez les adultes, et il en est bien peu parmi nous qui ne l'aient éprouvé à l'occasion d'une indisposition même légère. Chez les jeunes sujets elle est d'autant plus frappante, elle survient d'autant plus facilement, que chez eux le caractère a plus de mobilité. Il n'est donc pas besoin, pour expliquer la tristesse, la morosité des individus placés sous l'influence d'une fièvre cérébrale imminente, pour expliquer leur répugnance inaccoutumée à se mêler aux jeux de leur âge, il n'est donc pas besoin d'invoquer l'existence d'une lésion de l'encéphale, quand ces phénomènes morbides trouvent leur raison d'être dans l'état de malaise, provoqué par la perturbation profonde que jette dans les fonctions de l'économie la manifestation lente et fatale de la diathèse tuberculeuse.

Toutefois, bien que pouvant marquer le début d'autres affections, ces phénomènes morbides ne sont, il faut en convenir, nulle part plus prononcés que dans la période prodromique de la fièvre cérébrale ; mais il est un point sur lequel je dois appeler particulièrement votre attention. Lorsque, chez un enfant scrofuleux ou issu de parents tuberculeux, vous avez observé les accidents prodromiques dont je viens de vous tracer le tableau, lorsque vous aurez eu manifesté vos craintes à la famille, ou renfermé en vous-même la terreur qui vous obsède, vous verrez tout à coup l'enfant reprendre sa gaieté d'autrefois et revenir à la santé, à cela près d'un peu d'amaigrissement ; puis les accidents se montrent de nouveau, cessent encore, jusqu'au jour où la maladie éclate. J'ai toujours présente à l'esprit l'histoire d'un jeune garçon que je voyais à l'hôpital de Tours, alors que j'étais étudiant en médecine. Ce jeune garçon était pris de temps en temps de douleurs de tête horribles, avec vomissements, assoupissement, ralentissement du pouls, etc. Ces phénomènes duraient trois ou quatre jours, et chaque fois Bretonneau nous annonçait une fièvre cérébrale. Puis cet orage se dissipait. Enfin, un jour, les accidents continuèrent sans interruption, et nous vîmes se dérouler devant nous toutes les scènes de ce triste drame que l'on appelle l'encéphalo-méningite tuberculeuse. A l'autopsie, outre les lésions ordinaires de la fièvre cérébrale, nous trouvions un gros tubercule dans les circonvolutions du cervelet et un ramollissement alentour. Il est rare, en effet, que, dans ces cas, ces accidents ne soient pas liés à l'existence de quelque altération organique cérébrale, principalement à l'existence des tubercules. Alors encore, indépendamment des symptômes que je vous ai signalés, des céphalées intermittentes, des convulsions, des paralysies partielles peuvent survenir à des intervalles plus ou moins rapprochés, jusqu'au jour où tout se termine par une fièvre cérébrale promptement mortelle.

De ce que les choses se passent de cette façon dans l'encéphalo-méningite plus souvent que dans toute autre affection, le médecin doit donc, en présence de cet ensemble de phénomènes morbides, se tenir en garde, et ses craintes

seront d'autant plus sérieuses que, en consultant les antécédents héréditaires du malade, il aura lieu de redouter l'existence de la diathèse tuberculeuse; car bientôt peut-être il sera appelé à constater les *accidents* caractéristiques *du début* de la fièvre cérébrale.

Le plus ordinairement ce sont des *vomissements*, et des vomissements incoercibles qui ouvrent la scène. Dans un grand nombre de circonstances, on ne s'en préoccupe pas d'abord; on ne voit là qu'une indisposition légère, et comme un moment avant que ces vomissements survinssent, le malade ne paraissait pas plus souffrant que d'habitude, comme il a mangé encore avec un certain appétit, on croit à une indigestion. Pendant un ou deux jours on reste sous l'empire de cette idée; mais les accidents persistent et se répétant, on commence à s'en inquiéter. Cette persistance des vomissements est ici un phénomène capital. Quand, chez un enfant qui a été vacciné ou qui a eu les fièvres éruptives, vous les voyez se manifester en dehors de tout état fébrile, pensez tout de suite à la fièvre cérébrale.

Ordinairement aussi il y a de la *constipation*.

Vomissements *persistants*, constipation, voilà déjà deux symptômes d'une grande valeur. En même temps, le malade se plaint d'une *céphalalgie* considérable, ordinairement générale, quoique plus intense vers le front et quelquefois sur le sommet de la tête. C'est là ce qui effraye le plus les parents et ce sur quoi ils appellent l'attention du médecin. Ce mal de tête ne constitue pas d'ailleurs à lui seul un signe suffisamment caractéristique, car il est beaucoup d'autres maladies qui s'annoncent par une céphalalgie plus ou moins violente, en rapport avec l'intensité du mouvement fébrile dont elle est un épiphénomène. Toutefois sa persistance, comme celle des vomissements, est dans la fièvre cérébrale quelque chose d'autant plus particulier qu'ici la *fièvre initiale* n'a pas non plus les mêmes allures que dans les autres maladies. Au lieu de se borner à un seul accès, elle se compose de plusieurs. Le malade a deux ou trois frissons dans le courant de vingt-quatre heures, et après chaque frisson un peu de chaleur à la peau et de sueur; quelquefois ce frisson revient plusieurs jours de suite à la même heure; dans d'autres cas bien rares, la fièvre est continue, mais modérée, avec des rémissions fréquentes.

Ainsi, mouvement fébrile à allures particulières, céphalalgie violente plus ou moins limitée à une partie du crâne, constipation, vomissements opiniâtres, sommeil interrompu ou insomnie complète, changement dans le caractère de l'individu, tels sont les symptômes de la première période de la fièvre cérébrale, auxquels il est assez commun qu'il s'ajoute des perversions singulières de la vue, de l'amblyopie, de l'hémiopie, et même du strabisme.

Je vous ai bien souvent raconté les faits suivants, trop curieux pour n'être pas restés profondément gravés dans ma mémoire. Il y a près de vingt ans, je voyais, avec mon excellent ami le docteur Pidoux, une jeune fille de six ans qui était atteinte de la fièvre cérébrale. Elle avait ordinairement le caractère fort difficile, et quoique sa mère fût pleine de bonté et de faiblesse pour elle,

peut-être à cause de cela, elle n'avait pour elle ni caresses, ni paroles affectueuses. Elle se plaignit d'un mal de tête assez violent accompagné de vomissements, et à partir de ce moment, elle voulut toujours être assise sur les genoux de sa mère, l'embrassant sans cesse et accompagnant ses caresses d'expressions si tendres, que la pauvre dame en était profondément émue. Déjà la maladie, car c'était le début de la fièvre cérébrale, durait depuis trois ou quatre jours, quand la jeune fille, que l'on avait placée près de la croisée, se mit à dire: « Ah! maman, que c'est drôle! Vois donc ce petit garçon qui joue au cerceau dans la rue, il n'a qu'une moitié de blouse, qu'une moitié de figure! » Cette hémiopie dura quelques instants, mais l'insistance et l'étonnement de l'enfant avaient singulièrement frappé la mère, qui nous raconta le fait dès notre première visite.

Il y a dix ans à peu près, j'étais mandé pour voir un jeune Anglais, âgé de douze ans. Cet enfant était très-bon violoniste, et son père, musicien éminent, surveillait lui-même les études musicales de son fils. Un jour, le père entend un accord faux. « Vous jouez faux! s'écrie-t-il. — C'est vrai, répond l'enfant; mais la musique est mal écrite, et j'ai exécuté ce que je voyais. » A quelques instants de là, même faute, mêmes reproches, même réponse. Le père prend lui-même le violon, lit la musique et exécute sans jouer faux. « Mais, lui dit l'enfant, vous ne jouez pas ce qui est écrit. » Et lisant lui-même à haute voix, il transpose en changeant les portées. Déjà il se plaignait de mal de tête, et l'aberration de la vue était le prélude d'une fièvre cérébrale qui, éclatant quelques jours plus tard, le tuait comme tue cette terrible et inexorable maladie.

Dans une *seconde période*, à l'insomnie, au mouvement fébrile, à la céphalalgie, succèdent un repos et un calme trompeurs. Les parents, souvent aussi le médecin, s'il ne se tient pas sur ses gardes, se laissent prendre à cette apparente tranquillité et croient à une amélioration que l'événement ne tardera pas à démentir. Un médecin suffisamment instruit par l'expérience, trop bien averti par les symptômes de la période précédente qu'on lui a signalés ou qu'il a pu lui-même constater, ne partage pas ces illusions; pour lui, la fièvre cérébrale existe; seulement elle est entrée dans sa *période apyretique*, et, malgré cette apparence de mieux, elle va suivre sa marche fatale. C'est alors que le *pouls* prend un caractère tout spécial. Ordinairement régulier dans les premiers jours de l'invasion du mal, je dis ordinairement parce qu'en quelques cas, dans la première période, il présente des inégalités dont il faut tenir grandement compte, ordinairement régulier jusque-là, le pouls devient, dans cette seconde période, d'une lenteur remarquable, d'une inégalité et d'une irrégularité excessives. Tandis que normalement, chez un enfant de quatre à cinq ans, il oscille entre 90 à 100 pulsations par minute, tandis que, chez un enfant à la mamelle, il bat de 100 à 120; chez un individu arrivé à la seconde période de la fièvre cérébrale, il tombe à 60, et peut tomber à 55, 50, et même au-dessous.

La *somnolence* contraste avec l'agitation des premiers jours, et ce sommeil si calme en apparence, survenant après de cruelles insomnies, réjouit d'abord les familles, si promptes à saisir les plus petites lueurs d'espérance; mais bientôt, en le voyant se prolonger, on s'en inquiète, on s'en effraye à trop juste titre. Cette *somnolence* persiste durant deux, quatre, cinq jours. Si l'on cherche à éveiller le petit malade, il pousse quelques cris d'impatience et se rendort aussitôt. Lui, que votre présence importunait, lui, qui redoutait la vue du médecin, ne s'alarme plus aujourd'hui; lui, qui se révoltait quand vous preniez son bras pour explorer le pouls, qu'un rien tourmentait et agitait, paraît indifférent maintenant à ce que vous lui faites. Vous écarterez impunément ses paupières pour étudier la dilatation des pupilles; vous pincez sa peau pour constater l'état de la sensibilité qui, au début de la maladie, est quelquefois exaltée, comme elle l'était chez notre petite fille de la salle Saint-Bernard, et s'il paraît un instant impatienté, il retombe immédiatement dans le sommeil que vous avez un instant troublé. C'est là, messieurs, un signe d'un caractère des plus sérieux, que vous ne retrouvez guère dans d'autres maladies.

C'est à partir de ce moment que survient un symptôme qui, à lui tout seul, a une signification considérable. L'enfant jusqu'ici a été exigeant, capricieux, appelant sans cesse sa mère, la repoussant, demandant à chaque instant à boire ou à manger, et refusant ce qu'il venait de solliciter avec le plus d'insistance. Dès que commence la deuxième période, il cesse de demander quoi que ce soit: lors même qu'il est en proie à l'agitation la plus violente, qu'il pousse avec une opiniâtreté désespérante ces *cris hydrencéphaliques* dont je vais tout à l'heure vous parler, il ne demande rien. Si on lui offre à boire, il accepte quelquefois; mais il ne témoigne de sa soif ni par ses gestes, ni par ces mouvements des lèvres et de la bouche si caractéristiques chez les individus en bas âge. Il semble avoir perdu toutes les sensations instinctives. Cette espèce d'indifférence persiste jusqu'à la fin; et, même dans la troisième période, alors que le malade est dévoré par une fièvre ardente, il ne demande jamais à boire. S'il est encore à la mamelle, il faut que sa mère le sollicite, lui écarte les lèvres, y place elle-même le bout de son sein: il tette alors sans avidité, ou bien il refuse absolument.

Ce signe est d'autant plus capital que, dans les autres affections fébriles accompagnées de phénomènes cérébraux, et qui, par conséquent, pourraient être confondues avec la fièvre cérébrale, la soif est ordinairement très-vive et se traduit par les expressions les plus évidentes.

Dans la dernière période de la fièvre cérébrale, l'enfant cesse de boire lors même qu'on lui verse les boissons dans la bouche, non pas seulement parce que le besoin de la soif ne se fait pas sentir, mais probablement aussi parce que son pharynx et sa langue participent à la paralysie que l'on observe dans différentes parties.

Quarante-huit heures ne se sont pas écoulées que son visage va présenter des phénomènes assez étranges. De temps en temps, il ouvre largement les yeux

dont l'aspect brillant rappelle celui qu'ils prennent chez les individus ivres; sa face, habituellement d'une extrême pâleur, se couvre d'une rougeur comparable à celle dont la pudeur colore les joues d'une jeune fille, rougeur passagère qui disparaît après une ou deux minutes; puis ses yeux se referment, et les choses reviennent dans l'état où elles étaient auparavant. Cette espèce de mouvement fluxionnaire du côté du visage se répète à différentes reprises dans le courant de la journée; il a aussi sa valeur. A mesure que la maladie marche, il se répète moins souvent. Ordinairement, au moment où il ouvre ainsi les yeux, en même temps que sa face se colore, l'enfant pousse des cris aigus, plaintifs, cris tout à fait caractéristiques, que Coindet a le premier plus particulièrement signalés, *cris hydrencéphaliques*, qui peuvent se répéter toutes les heures, toutes les demi-heures, à des intervalles très-variables, et qui, s'ils s'observent spécialement chez les sujets du jeune âge, se font aussi entendre chez les adultes.

Le cri *hydrencéphalique* ou *cérébral* a une telle valeur dans la maladie dont je vous parle, que je dois insister encore sur les caractères qu'il présente. Le plus ordinairement c'est un cri unique, violent, ressemblant à la clameur d'un individu surpris par un grand danger. Je ne crois pas qu'il soit provoqué par une vive douleur, car un enfant souffrant pousse ordinairement des cris successifs, et ne se console pas en une seconde. D'ailleurs si ce cri est celui de l'angoisse, l'expression du visage est rarement celle de la souffrance.

Dans le plus grand nombre des cas, messieurs, le cri cérébral s'observe dans la deuxième période, c'est-à-dire dans la période apyrétique de la maladie; mais assez souvent il a lieu dès le début, et même avant l'invasion, c'est-à-dire qu'il peut faire partie des signes prodromiques. Quelquefois même il ne commence que dans la troisième période: à la fin du mois d'août 1861, je voyais dans le département de Maine-et-Loire, avec MM. les docteurs Despérière (de Saumur) et Duclou (de Tours), une jeune fille qui, pendant les deux premières périodes de la fièvre cérébrale, n'avait pas poussé les cris caractéristiques, et qui, arrivée à la troisième période, désespérait sa famille par la violence et par l'opiniâtreté des *cris hydrencéphaliques*.

Il ne faut pas avoir beaucoup vieilli dans la pratique, messieurs, pour avoir rencontré des enfants chez lesquels le *cri cérébral* débute avec la maladie, et ne cesse pas, même cinq minutes, pendant quatre, six, huit, dix jours. Dans cette forme la plus terrible peut-être et la plus douloureuse pour les familles, le pauvre petit malade n'a pas un instant de sommeil, il se jette à droite, à gauche, se roule dans son lit, n'est calmé ni par les caresses ni par les menaces, et l'on s'étonne que cette frêle organisation puisse résister à une agitation aussi prodigieuse, aussi incessante. Chose étrange, si ordinairement la marche de la fièvre cérébrale est un peu plus rapide dans cette forme, quelquefois pourtant le calme arrive, et désormais les choses se passent comme elles le font dans les formes les plus simples.

Ce qui s'observe du côté du visage, ce que je viens de vous dire du cri

*hydrencéphalique*, compléterait le tableau que je vous ai tracé de la seconde période de la fièvre cérébrale, s'il ne me restait à vous parler d'une particularité sur laquelle il est essentiel d'appeler l'attention. Cette particularité, nous l'avons notée chez nos malades, c'est la *rétraction des parois abdominales*. Le ventre, d'ailleurs indolent, est excavé, creusé en bateau, suivant l'expression reçue. Tout en insistant ici sur l'importance de ce fait, alors surtout qu'il s'agit d'établir le diagnostic différentiel entre la fièvre cérébrale et la fièvre typhoïde, dans laquelle le ventre est au contraire habituellement saillant, je vous répéterai ce que j'avais soin de vous faire remarquer au commencement de cette leçon, que cette rétraction des parois abdominales ne saurait avoir une signification sémiologique absolue.

Mais il est un autre phénomène qui mérite d'être pris en plus sérieuse considération et qui a frappé tous ceux d'entre vous qui ont bien voulu y regarder, c'est l'*irrégularité de la respiration*. Vous vous rappelez ce que nous avons constaté chez notre dernière petite fille de la salle Saint-Bernard, et cependant ce phénomène était chez elle beaucoup moins prononcé que je ne l'ai trouvé dans un grand nombre d'autres cas. En comptant, à l'aide de la montre à secondes, le nombre des inspirations, on avait par moments une difficulté extrême à suivre les mouvements du thorax. D'abord, une inspiration faible précédant une petite expiration, puis une inspiration plus grande et une expiration plus grande aussi; de nouveau, un mouvement respiratoire plus faible, un autre plus faible encore; enfin, un temps d'arrêt. Ces quatre mouvements respiratoires s'accomplissaient rapidement; ensuite la poitrine demeurait immobile, et gardait cette immobilité pendant trois, quatre, cinq et six secondes. Voilà ce que nous observions un jour; les jours suivants, l'intervalle de repos, au lieu de durer de trois à six secondes, en durait dix, douze et même quinze. Chez un enfant de deux ans, dans le service que je dirigeais à l'hôpital Necker, j'ai pu, en pareil cas, constater, montre en main, des temps d'arrêt de trente, trente-cinq, quarante, et même de cinquante-sept secondes. Cette irrégularité de la respiration est indépendante de la lenteur des mouvements circulatoires, qui caractérise cette seconde période; car dans la troisième période, où elle continue à se montrer, elle coïncide avec une extrême fréquence du pouls.

Dans aucune autre maladie vous ne retrouverez cette singulière anomalie. Vous n'observerez cette respiration inégale, irrégulière, ni dans les convulsions essentielles de l'enfance, ni dans la fièvre typhoïde. J'ai donc raison d'insister sur l'importance de ce symptôme. A lui seul il constituera un signe d'une portée d'autant plus grande que, trop souvent encore, le *diagnostic entre la dothiémentérie compliquée d'accidents cérébraux et l'encéphalo-méningite* est des plus embarrassants. Les autres phénomènes donnés comme distinctifs entre ces deux maladies sont loin d'avoir la même valeur que celui-ci. La céphalalgie qui accompagne la fièvre typhoïde est quelquefois aussi violente et aussi localisée que dans la fièvre cérébrale; les vomissements peuvent être aussi persis-

tants; la diarrhée fait quelquefois défaut et est remplacée par une constipation opiniâtre; le gonflement de la rate, les épistaxis, les taches rosées lenticulaires et les sudamina ne se montrent pas toujours. Le ventre, je vous l'ai dit, peut être creusé en carène au lieu d'être météorisé. La tache cérébrale elle-même, bien que moins marquée dans la dothiémentérie que dans l'encéphalo-méningite, se prononce cependant en quelques cas, de façon à laisser de l'incertitude; enfin, dans la fièvre typhoïde, la violence du mal de tête peut arracher des cris qui en imposent et font croire à des cris hydrencéphaliques. Dans la fièvre cérébrale seule, la respiration présente cette inégalité, cette irrégularité sur laquelle j'appelle toute votre attention.

Ce symptôme, pour ainsi dire pathognomonique, a une importance d'autant plus considérable que, très-différentes au point de vue du diagnostic, la dothiémentérie et l'encéphalo-méningite le sont bien davantage encore au point de vue du *pronostic*, du moins chez les enfants.

Vous savez en effet que, pour les jeunes sujets, la fièvre typhoïde, même grave, même compliquée d'accidents cérébraux, est une maladie beaucoup moins sérieuse qu'elle ne l'est pour les adolescents et pour les adultes. Il n'en est plus de même de la fièvre cérébrale. Celle-ci est presque toujours, pour ne pas dire invariablement, mortelle. Dans le cours d'une carrière médicale déjà bien longue, je n'ai vu guérir que deux malades. Une fois dans mes salles de l'hôpital des Enfants; et dans ce cas, nous eûmes occasion, à quelque temps de là, de vérifier par l'autopsie le diagnostic que nous avions porté. L'affection aiguë guérit, mais elle guérit en laissant après elle une paralysie, et le malade succombait cinq mois plus tard, atteint d'une dysenterie. A l'autopsie, nous trouvâmes les traces les plus évidentes de l'ancienne affection cérébrale. L'autre cas fut observé chez un enfant que je voyais à Boulogne près Paris, en consultation avec M. Blache.

Ces deux exemples de guérison sont les seuls, je le répète, que j'aie eu le bonheur de recueillir dans ma longue pratique; et lorsqu'à des faits aussi exceptionnels on a à opposer un si grand nombre de cas où la terminaison a été fatale, on peut bien poser en loi l'incurabilité presque absolue d'une maladie contre laquelle la médecine obtient d'aussi déplorables résultats. Cette proposition sera peut-être taxée d'exagération; car sans doute vous avez entendu des parents vous dire que leurs enfants avaient été guéris de la fièvre cérébrale; peut-être même avez-vous entendu des médecins se flatter d'avoir triomphé d'un mal réputé inexorable, tandis que d'autres, au moins aussi expérimentés et aussi habiles, avouent qu'ils ont toujours échoué: c'est que les premiers avaient pris pour une encéphalo-méningite une dothiémentérie accompagnée de phénomènes cérébraux, laquelle guérit le plus ordinairement.

Je reprends la description de la fièvre cérébrale. La *troisième période* est surtout caractérisée par le *retour du mouvement fébrile*. Nous avons vu qu'au début il se manifestait par des accès de courte durée, se répétant trois ou quatre fois dans le courant de vingt-quatre heures; que quelquefois continu