

avec de fréquentes rémissions, il était toujours assez modéré. Nous avons vu que, dans la seconde période, le pouls devenait d'une lenteur considérable. Dans la troisième période, il prend une extrême fréquence, allant toujours croissant jusqu'au moment où la mort arrive.

La stupeur devient de plus en plus profonde. Déjà, dans la seconde période, il était bien difficile d'éveiller l'enfant, qui témoignait de son impatience par des grognements, par des cris, et qui pourtant répondait encore aux questions qui lui étaient faites : maintenant il est impossible d'obtenir aucun signe d'intelligence, et c'est à peine si, avec les excitations les plus vives, on parvient à le réveiller. C'est une stupeur bien plus profonde que celle des formes graves de la dothiéntérie ; car, dans celle-ci, il y a ordinairement une agitation notable coïncidant avec les autres signes de l'ataxie : il y a de la mussitation, de la carphologie, un délire tranquille et quelquefois bruyant. Dans la troisième période de la fièvre cérébrale, bien que, au premier abord, l'aspect du malade ne diffère pas très-notablement de celui que l'on observe dans la fièvre typhoïde, il y a pourtant un accablement qui témoigne d'une lésion matérielle bien plus profonde de l'encéphale. Il est très-rare qu'alors on constate du délire, tandis qu'il y en a, bien que très-rarement encore, dans la première ou dans la deuxième période.

Les *convulsions*, qui, quoique rares aussi, surtout chez les malades ayant passé l'âge de quatre ans, s'observent quelquefois au début de la fièvre cérébrale, les convulsions ne se produisent plus, à proprement parler, dans la période apyrétique, ou du moins elles changent de forme ; car s'il survient alors quelque chose qui en rappelle la nature, ce quelque chose est analogue à ce qui constitue le vertige épileptique. Les yeux s'ouvrent brusquement et conservent une singulière fixité. Mais ce mouvement convulsif et partiel se manifeste davantage dans la troisième période, en même temps qu'apparaissent des symptômes de *paralyse*.

Au début de la fièvre cérébrale nous observons quelquefois du strabisme. Dans ce cas il y a lieu de supposer que ce strabisme, qui coïncide assez ordinairement alors avec des convulsions initiales, tient à un spasme de certains muscles moteurs de l'œil. Mais celui qui apparaît et persiste assez souvent, vers la fin de la seconde période, et presque toujours dans le cours de la troisième, est un strabisme *paralytique*, s'il m'est permis de me servir de cette locution. Nous avons lieu, messieurs, d'affirmer que, dans ce cas, le strabisme n'est plus *spasmodique*, parce que nous voyons en même temps survenir des signes bien évidents de paralysie dans les autres muscles animés soit par la troisième paire de nerfs, soit par la sixième. La paralysie de la troisième paire est celle qui s'observe le plus communément ; l'un des yeux s'ouvre moins bien que l'autre, et il est facile de constater que le releveur de la paupière a perdu une partie de sa puissance. Le strabisme et la *dilatation des pupilles* qui le précède et qui l'accompagne, la gêne dans le mouvement d'élévation de la paupière supérieure, ne sont pas les seuls phénomènes paralytiques qui se

déclarent, puisqu'en même temps que les yeux, d'autres parties du corps sont atteintes. Ainsi, lorsque l'on fait mettre l'enfant sur le dos, et que l'on chatouille alternativement la plante des deux pieds, on voit qu'il retire une jambe plus vivement que l'autre. La motilité est donc affaiblie d'un côté ; de ce côté aussi la sensibilité est moindre, car l'enfant ne paraît sentir, du côté paralysé, qu'autant que l'excitation de la peau est plus forte et plus longtemps prolongée. En outre, ceux qui assistent le malade s'aperçoivent qu'il a plus de difficulté à soulever un des bras qu'il laisse immobile le long du corps ; et si l'on explore l'état de la motilité et de la sensibilité du membre supérieur, on constate des différences entre l'un et l'autre côté.

Cette paralysie dans la fièvre cérébrale a ceci de remarquable qu'elle semble changer de place d'un moment à l'autre. Un jour vous vous êtes assuré qu'elle affectait un membre : quand vous chatouilliez le pied droit, par exemple, le malade le retirait plus vivement que le gauche : quelques jours après, en répétant votre exploration, vous êtes surpris de voir que c'est la jambe gauche qui, à son tour, sent et se meut le plus énergiquement. Il semblerait donc que la paralysie ait abandonné les parties qu'elle affectait d'abord pour passer de l'autre côté. Il n'en est rien ; le membre primitivement paralysé l'est toujours ; mais ce qui cause l'illusion, c'est que cette paralysie est restée là au même degré, quand une nouvelle attaque a frappé l'autre à un degré plus prononcé. La motilité n'est pas revenue dans le premier, elle est seulement plus profondément abolie dans le second. Les lésions que l'on trouve à l'autopsie rendent plus tard raison du fait. Si la paralysie est restée limitée au côté droit, c'est du côté gauche qu'existe la lésion cérébrale ; lorsque la paralysie a semblé passer d'un côté à l'autre, la lésion est double, les deux hémisphères sont le siège de la même altération, mais plus étendue et plus profonde dans l'hémisphère du côté opposé à celui des parties du corps qui ont été envahies les dernières. Cette apparente mobilité des symptômes de paralysie appartient plus particulièrement à la fièvre cérébrale.

Ici, messieurs, je dois encore vous signaler un accident qui s'observe assez habituellement dans cette période extrême de la maladie, comme nous le voyons survenir dans les fièvres graves, accident sur lequel j'ai en maintes circonstances et notamment dans nos conférences sur la dothiéntérie, appelé votre attention ; je veux parler de ces inflammations graves de l'œil avec fonte de la cornée qui, dans l'encéphalo-méningite comme dans la fièvre typhoïde, reconnaissent pour cause le défaut de clignement. La sensibilité étant éteinte ou tout au moins considérablement affaiblie, les mouvements musculaires ne s'exécutant plus qu'imparfaitement dans les muscles des paupières, celles-ci restent entr'ouvertes, la conjonctive s'enflamme, devient le siège d'une suffusion sanguine considérable ; la cornée, constamment exposée au contact de l'air et n'étant plus humectée par les larmes, se sèche, s'altère et finit par se perforer. Cet accident est rare ; mais la suffusion sanguine de la conjonctive, avec sécrétion muqueuse assez abondante, se produit presque dans tous les cas.

Je reviens aux convulsions. Rares, ainsi que je vous le disais dans la première période de la maladie, se présentant ordinairement dans la seconde sous la forme du vertige épileptique, elles reparaissent dans la troisième où elles jouent un rôle considérable. Tantôt ce sont des convulsions internes, tantôt ce sont de grandes attaques d'éclampsie. Si l'on considère un enfant arrivé à cette phase de la fièvre cérébrale, on voit à certains moments son visage grimacer, ses yeux renversés en haut, portés en dedans, agités de petites oscillations; il a comme du mâchonnement. En examinant ce qui se passe du côté des membres, on voit le pouce se plier et se porter dans la paume de la main ou sur les doigts également fléchis; puis à cette contracture succède un relâchement complet. Ces convulsions presque exclusivement toniques, qui se succèdent quelquefois pendant des heures entières, surviennent non-seulement dans les membres et dans le visage, mais attaquent aussi les muscles du larynx, le diaphragme, et gênent singulièrement la respiration.

A mesure que la maladie approche du terme fatal, les accidents convulsifs se généralisent et revêtent la forme des graves attaques d'éclampsie. Ils se répètent toutes les heures, toutes les demi-heures, plus souvent même, et c'est généralement après une de ces attaques que l'enfant succombe dans un état de demi-asphyxie. En d'autres cas, la mort arrive au milieu d'un coma profond, et le tremblement des membres, les soubresauts de tendons, la carphologie sont les phénomènes ultimes d'une agonie qui se prolonge plus ou moins longtemps.

Bien souvent, messieurs, nous voyons s'arrêter cette effrayante série de symptômes, et le malade qui, depuis plusieurs heures, plusieurs jours, était dans un état tel, que nous attendions la mort à chaque instant, semble tout à coup se reprendre à la vie. Il s'éveille, reconnaît ou semble reconnaître les personnes qui l'entourent, leur répond, leur parle; et il faut la triste habitude de cette terrible maladie pour ne pas partager les espérances que cette lueur de mieux a fait naître dans le cœur d'une pauvre mère; il faut un grand courage de la part du médecin pour tempérer cette joie qu'il ne peut partager, et qui, dans quelques heures, va être remplacée par un deuil si cruel.

Que de fois, messieurs, j'ai été accueilli presque par les embrassements d'une famille heureuse; que de fois j'ai été forcé de répondre à ces transports d'espérance par des paroles qui laissaient voir mes tristes pressentiments! J'avoue pourtant que, dans les premières années de ma carrière médicale, je n'ai pu me défendre moi-même d'espérer, en présence de cette amélioration si extraordinaire.

Que vous dirai-je, maintenant, messieurs, du traitement d'une maladie dont le pronostic est aussi fatalement grave? Bien des médicaments ont été employés pour la combattre; pour ma part j'ai essayé une foule de remèdes, tous ont échoué, et dans ces deux cas de guérison que je vous citais comme deux exceptions trop rares pour qu'elles puissent en rien changer la règle générale, c'est à la nature et non à l'art que doit en être attribué l'honneur.

Les purgatifs, le calomel à hautes doses ou administré à doses fractionnées suivant la méthode de Law, l'iodure de potassium dont M. le docteur Otterburg annonçait avoir obtenu de bons effets, les larges vésicatoires appliqués sur le cuir chevelu entièrement rasé, les affusions froides, la glace constamment maintenue sur la tête, que sais-je encore! j'ai tout mis en usage et toujours avec aussi peu de succès. Découragé de mes inutiles tentatives, j'ai comparativement traité des malades par des moyens énergiques et laissé les autres à l'expectation; or, je dois avouer que la terminaison funeste m'a paru arriver plus rapidement chez les premiers que chez les seconds.

Cependant, quelque convaincu que je sois de mon impuissance, je ne saurais me décider à rester absolument inactif; quoique, instruit par une longue expérience, je sache que mes efforts seront infructueux, je cherche encore à lutter; mon intervention aura du moins pour résultat de ne pas enlever brutalement toute espérance à ceux qui entourent le malade, de soutenir leur courage, de ne pas leur laisser le regret de n'avoir rien fait pour sauver celui qu'ils confient à mes soins. Mais, convaincu aussi que les médications trop énergiques épuisent plus promptement la source de la vie, je cherche à faire le moins de mal possible, puisque je ne puis pas faire le bien.

Le calomel à très-faibles doses, et plutôt comme purgatif que comme altérant, le musc suspendu dans du sirop d'éther, les boissons antispasmodiques, sont les remèdes bien simples auxquels j'ai maintenant recours quand je suis libre d'agir. En même temps je nourris le malade, et je considère une légère alimentation comme le meilleur moyen de prolonger ses jours un peu davantage.

Quand, à l'autopsie, on a constaté la nature des lésions anatomiques de la fièvre cérébrale, on comprend l'inexorable gravité du pronostic, et comment le médecin se trouve désarmé.

Voici, messieurs, le cerveau de l'enfant qui a été l'occasion de cette leçon. A la base, au niveau du *chiasma* des nerfs optiques, derrière cet entrecroisement, les méninges épaissies sont infiltrées d'une matière fibro-plastique purulente. Cette infiltration ne s'étend pas aux enveloppes de l'encéphale au niveau des scissures interlobaires, où cependant elle est habituellement très-prononcée. Fait assez peu ordinaire aussi, nous ne rencontrons nulle part ni tubercules, soit en masse, soit disséminés, ni ces granulations grisâtres opalines, de grosseur variable, qui ne dépassent pas habituellement le volume d'un grain de semoule.

En faisant une coupe de ce cerveau, nous arrivons dans les ventricules latéraux qui contiennent une certaine quantité de sérosité un peu trouble. Les grands centres, la voûte à trois piliers, le septum médian, le corps calleux, le plancher des ventricules, sont dans un état complet de ramollissement; la substance cérébrale est réduite en bouillie.

J'ai fait apporter ici les *poumons*, et nous ne trouvons aucune trace de lésions tuberculeuses, ni dans leur parenchyme, ni dans les ganglions bronchiques, pas plus que nous n'en avons trouvé dans les ganglions mésentériques. Sous

ce rapport, cette observation est une exception à la règle, car, — je parle de ce qui s'observe chez les enfants, — sur trente malades qui succombent à la fièvre cérébrale, vingt-neuf fois l'examen nécroscopique révèle la présence de ces altérations tuberculeuses qui font ici défaut.

Ceci me semble prouver une fois de plus que la fièvre cérébrale, dite primitive, c'est-à-dire se déclarant chez des individus non tuberculeux, ne se comporte pas autrement que chez ceux qui le sont. Il n'y a de différence que dans les prodromes. On comprend en effet que le développement plus ou moins rapide des granulations, des masses tuberculeuses des méninges, se traduise par des symptômes particuliers qui constitueront la période prodromique de la fièvre cérébrale, au même titre que le développement des granulations du péritoine ou de la plèvre s'annoncera par quelques accidents particuliers; mais quand survient une péritonite ou une pleurésie aiguë, la présence de ces granulations n'a pas d'influence sur les symptômes de la première période de l'affection; elle en aura seulement sur l'issue de la maladie. Il faut dire toutefois que la présence des granulations et des tubercules dans les méninges, est une cause d'appel fluxionnaire tellement puissant du côté de l'encéphale, que tôt ou tard les enfants doivent succomber à l'inflammation dont cet appel fluxionnaire sera l'expression la plus élevée.

Si je refuse à la fièvre cérébrale le nom de méningite, c'est que l'affection des méninges ne me paraît occuper qu'un rang assez secondaire. Les lésions des enveloppes de l'encéphale cèdent de beaucoup le pas aux altérations anatomiques profondes qui ont leur siège dans le cerveau lui-même, à ce ramollissement qui détruit la voûte à trois piliers, le septum lucidum, le corps calleux, les couches optiques, la partie postérieure des lobes cérébraux, dans une étendue plus ou moins considérable. Or, s'il faut désigner la maladie d'après les lésions organiques qui la caractérisent, le nom d'encéphalo-méningite est celui qui lui convient.

#### HYDROCÉPHALE CHRONIQUE.

L'encéphalo-méningite dont je viens de vous entretenir, diffère beaucoup et n'est jamais le point de départ de ce que l'on appelle l'*hydrocéphale chronique*, affection dont vous offre un exemple un jeune enfant de notre salle Saint-Bernard.

Ce qui frappe tout d'abord l'observateur quand il considère un individu atteint d'hydrocéphale, c'est le volume énorme de la tête hors de toute proportion avec le reste du corps. Vous avez vu notre petit malade: à son arrivée dans nos salles, la circonférence de son crâne, au niveau d'une ligne qui passait au-dessus de la région sourcilière, mesurait 50 centimètres. On a noté des cas, et j'ai fait apporter du musée anatomique de notre Faculté cette tête que je vous présente qui a 1 mètre de tour; en ouvrant le crâne on avait trouvé ici

jusqu'à 15 kilogrammes et plus de liquide épanché dans les cavités ventriculaires; Franck cite un fait dans lequel l'épanchement était de 25 kilogrammes (50 livres!); chez un autre enfant âgé de seize mois, la circonférence du crâne atteignait 52 pouces (près d'un mètre et demi).

Vous avez remarqué la déformation particulière de la tête de notre malade, et quoique cette déformation ne soit point chez lui exagérée, elle vous donnera cependant une idée de ce qu'elle peut être dans l'hydrocéphale. C'est d'abord une disproportion considérable entre la face et le crâne, la première paraissant excessivement petite, en raison même de ce que le dernier est énormément développé; de ce que, aussi, les os frontaux faisant en avant une énorme saillie au niveau des arcades sourcilières de telle sorte que les orbites sont comme renfoncées, le diamètre vertical de la face se trouve diminué. Cette disposition suffirait, suivant la remarque de Camper, pour faire reconnaître l'hydrocéphale. En outre, les deux os frontaux s'écartent singulièrement l'un de l'autre, leur suture médiane qui est incomplètement réunie chez l'enfant, s'élargissant plus ou moins. Il en est de même des sutures sagittale et lambdoïde, les deux pariétaux se séparant l'un de l'autre et de l'occipital qui comme eux se porte en dehors; de cette façon, les os du crâne ne restent plus soudés que par leur base et se renversent, permettez-moi cette comparaison, comme des pétales d'une fleur qui s'entr'ouvre.

A voir la tête du malade, il semble qu'elle soit molle, et quand l'enfant la meut, on aperçoit à la partie supérieure comme des ondulations, qui se produisent encore quand il crie ou quand il respire fortement; ce sont des mouvements d'expansion, de soulèvement coïncidant avec les grandes expirations, le soulèvement cessant au moment de l'inspiration. En appliquant la main sur ce crâne déformé, on peut se rendre compte de l'écartement des os qui, nécessairement, n'est nulle part plus prononcé qu'au niveau des fontanelles. Cet écartement, entre les pariétaux, entre ceux-ci et les deux os frontaux, peut être quelquefois de 15, 20, 30 centimètres et davantage encore. Là où il existe, la cavité du crâne n'est plus fermée que par une membrane molle constituée par le périérane. En quelques cas, on trouve dans cet espace membraneux de petits os wormiens en nombre variable (il en existe un à la partie postérieure de la suture sagittale chez notre enfant de la salle Saint-Bernard).

L'hydrocéphale peut durer longtemps alors surtout qu'elle tend à la guérison, ce qui est très-rare; elle peut du moins rester stationnaire pendant quatre, cinq, six, dix ans, ainsi qu'on en a rapporté des exemples, et même bien davantage; car on a vu des sujets qui en étaient atteints presque dès la naissance, vivre jusqu'à un âge très-avancé. Franck raconte l'histoire de deux individus, l'un âgé de soixante-douze ans, l'autre de soixante-dix-huit, qui étaient hydrocéphales depuis leur enfance. Dans ces cas, les os wormiens se multiplient et deviennent le centre d'un travail d'ossification qui va envoyer d'un os à l'autre des jetées osseuses, marque d'une tendance à la réunion qui cependant, restera toujours incomplète.

Cet énorme élargissement du crâne, vous le comprenez, ne peut se faire qu'à la condition de tendre la peau; or, au delà d'une certaine limite, le tégument externe se prêtant plus difficilement à cette tension, celle-ci s'opère aux dépens des parties contiguës, c'est-à-dire du visage, et principalement aux dépens de la peau des paupières. La physionomie du malade va dès lors prendre un aspect particulier et extraordinaire. Les sourcils sont attirés en haut et laissent à découvert la saillie du bord supérieur de l'orbite qu'ils cachaient auparavant; la paupière supérieure suivant ce mouvement d'élévation est trop courte pour couvrir le globe oculaire qui semble faire saillie et se porter en bas vers la paupière inférieure. Alors aussi, presque toujours, il y a un affaiblissement de la vue, ou même cécité absolue; et comme chez les aveugles de naissance, les yeux, qui, d'ailleurs, chez l'hydrocéphale restent nets et brillants, sont sans regard et agités de mouvements oscillatoires presque incessants.

Cependant les malades dont les traits expriment la tristesse, ne souffrent généralement pas. Généralement aussi, l'ensemble de l'économie paraît d'abord médiocrement troublé; l'enfant, s'il est à la mamelle, tette avec facilité et toutes ses fonctions s'accomplissent avec régularité. Il faut dire, néanmoins, que dans un certain nombre de circonstances l'hydrocéphale est assez habituellement accompagnée à son début de phénomènes convulsifs. C'est précisément ce qui est arrivé chez notre petit garçon. A l'âge de trois semaines, par conséquent dès sa naissance, il a eu des convulsions qui se répétaient quatre, six, huit, dix et jusqu'à vingt fois dans les vingt-quatre heures: il y a trois mois, sa mère nous l'amena une première fois pour des accidents de cette nature, dont la cause nous resta cachée, car rien ne pouvait nous faire soupçonner l'hydrocéphale, la tête ayant à cette époque ses dimensions normales. L'éclampsie peut donc être le seul symptôme du début de la maladie; elle reconnaît pour cause l'état subinflammatoire de la membrane séreuse qui tapisse les ventricules cérébraux, état subinflammatoire sous la dépendance duquel se trouve l'épanchement de sérosité qui se fait dans l'intérieur de ces cavités. La fréquence des convulsions, leur répétition pendant un assez long temps, doit même mettre le médecin en garde contre la possibilité d'une hydrocéphale. Chez l'enfant qui fait l'objet de cette conférence, des attaques se sont répétées pendant deux mois et demi avant que la tête ait commencé à grossir. Ordinairement ces convulsions deviennent de plus en plus violentes, et très-souvent, quand elles ont persisté pendant un certain temps, les malades succombent emportés par une véritable fièvre cérébrale, et, à l'autopsie, on rencontre en effet les lésions de l'encéphalo-méningite.

Lorsqu'on a l'occasion d'ouvrir les corps des individus hydrocéphales qui ont succombé à une maladie intercurrente, on trouve les cavités ventriculaires énormément élargies; à la base, le cerveau, dont les circonvolutions sont aplaties, est ordinairement sain; à la partie supérieure, ses circonvolutions complètement affaissées se confondent avec ses anfractuosités qui ont disparu, et il est

réduit à une sorte de lame où l'œil nu a, pour ainsi dire, peine à reconnaître la substance cérébrale dont le microscope retrouve du reste les éléments. Les membranes, la pie-mère, l'arachnoïde, la dure-mère elle-même participent à cet amincissement, et vous comprenez à quel point il doit être porté dans ces cas d'épanchements constitués par 15 et jusqu'à 25 kilogrammes (30 et 50 livres) de sérosité.

L'hydrocéphale, bien qu'emportant presque infailliblement ceux qui en sont affectés, peut prendre une marche très-lente; et il y a un instant je vous parlais d'individus qui ont vécu, quatre, cinq, dix et même, d'après les exemples de Franck, soixante-douze et soixante-dix-huit ans. En dehors de ces exceptions qui ne sont pas d'ailleurs très-rares, cette affection dure habituellement un ou deux ans, à moins que, au début, elle n'ait revêtu un caractère d'acuité, auquel cas la mort arrive promptement.

Mais à quelle déplorable existence sont condamnés les malheureux dont les jours se prolongent! quel triste spectacle ils donnent à ceux qui les entourent! et quelle cause d'affliction continuelle ne sont-ils pas pour leurs parents! Tant qu'on les porte dans les bras, ils peuvent à peine supporter le poids de leur tête; plus tard, quand ils commencent à marcher, et ils marchent toujours beaucoup plus tard que les autres, ils sont vacillants; le mal faisant des progrès, ils ne peuvent plus se tenir debout, ils sont obligés de garder le lit.

A cette impossibilité de la station debout ou assise, il y a plusieurs raisons. D'une part, le poids énorme de la tête qui ne se maintient plus en équilibre sur le tronc; d'autre part, la cécité qui accompagne l'hydrocéphale et qui, empêchant les enfants de se diriger, les empêche aussi de marcher; enfin une sorte de paralysie déterminée par la compression exercée sur le centre encéphalique. Je dis une sorte de paralysie, parce qu'en effet la paralysie n'est pas portée au degré que l'on serait peut-être en droit d'imaginer. Chez le petit malade de notre salle, bien que l'épanchement intra-ventriculaire doive être considérable, à en juger par le volume de la tête, il n'y a aucun symptôme de paralysie, les mouvements des jambes et des bras s'exécutent facilement, la vessie chasse librement l'urine qu'elle contient; c'est que la boîte osseuse crânienne s'étant prêtée au développement du cerveau, celui-ci a échappé à la compression. Mais lorsque l'hydrocéphale a atteint un tel degré que les parois du crâne ne peuvent plus être distendues, il arrive un moment où la compression est inévitable et entraîne, avec l'abolition des fonctions de cet organe, la perte de la motilité.

Alors même que la maladie reste stationnaire pendant un temps très-long, l'intelligence subit un arrêt de développement; elle s'affaiblit, et cet affaiblissement conduit ordinairement à une imbécillité à peu près complète.

Le pronostic est donc, dans tous ces cas, des plus sérieux, et toujours la médecine est impuissante à guérir ou même à soulager les malades.

Les méthodes de traitement n'ont pourtant pas manqué.

En se plaçant au point de vue de l'inflammation subaiguë qui produit l'épanchement, on a conseillé les purgatifs, les préparations de calomel, et jusqu'aux émissions sanguines. On a vanté les diurétiques, les sudorifiques, les sialagogues. On a fait grand bruit de la compression méthodiquement exercée sur le crâne; je l'ai moi-même longtemps employée, mais aujourd'hui je l'ai complètement abandonnée, en raison d'un fait qui s'est passé sous mes yeux.

On m'amenait un jour dans mon cabinet un enfant de cinq mois atteint d'une hydrocéphale chronique ayant les proportions de celle que vous voyez aujourd'hui. J'espérais, à l'aide d'une compression exercée au moyen d'un bandage composé de bandelettes de sparadrap diachylon, pouvoir m'opposer au développement de l'épanchement; au bout de huit jours je me rendis chez les parents du petit malade pour enlever mon appareil et en appliquer un nouveau. Le volume de la tête avait sensiblement diminué; mais cinq à six semaines après mon second pansement, l'enfant mourut subitement. Tout à coup il s'était mis à crier au moment où il prenait le sein, un flot de liquide s'était échappé par les fosses nasales, en même temps que la tête s'affaissait à la façon d'une vessie qui se vide. Qu'était-il arrivé? Le développement de l'épanchement étant gêné à la partie supérieure du crâne par la compression exercée sur celui-ci, la base avait cédé, comme elle cède lorsque, pour séparer les os de la tête, les anatomistes la remplissent d'eau et de haricots qui, en se gonflant, produisent la désarticulation. Chez mon petit malade, c'était donc la base du crâne qui avait cédé à la compression du liquide; il s'était fait une désarticulation, et la sérosité ayant trouvé une issue du côté de l'ethmoïde, s'était écoulée par les fosses nasales; la mort avait dès lors été la conséquence du changement subit qui s'était produit dans les conditions anatomiques du cerveau.

La ponction au niveau des sutures et des fontanelles a été pratiquée par des chirurgiens célèbres; on l'a même répétée plusieurs fois chez le même individu, mais beaucoup d'entre ceux qui, d'abord, l'avaient préconisée ont fini par proscrire cette opération, dont les avantages ne compensent pas les graves inconvénients; dans ces derniers temps, on a fait un grand éloge de la médication par l'iodure de potassium. Depuis déjà quelques années, j'ai moi-même essayé, sinon les mêmes moyens, du moins un moyen analogue, c'est-à-dire des lotions sur la tête avec la teinture d'iode; je donne simultanément l'iodure de potassium à l'intérieur, en commençant par la dose de 40 centigrammes, que je porte graduellement à 20, 25, 30 et même 40 centigrammes, suivant la tolérance. Le but que je me propose en prescrivant des lotions de teinture d'iode est de favoriser la résolution de l'épanchement, guidé en cela par les succès que l'on obtient, à l'aide de ces mêmes lotions, dans les épanchements des membranes séreuses de la plèvre, de l'abdomen ou des articulations.

## XLVI. — HÉMIPLÉGIE ALTERNE.

Elle est le plus souvent sous la dépendance d'une lésion de la protubérance, mais elle n'en est pas le signe absolu. — Ne doit pas être confondue avec la paralysie glosso-laryngée.

## MESSIEURS,

Lorsqu'un individu est frappé d'hémiplégie, la paralysie occupe les membres et la face du même côté. Il est toutefois des exceptions à cette règle générale, et c'est à ces cas, rares il est vrai, dans lesquels, la face étant paralysée d'un côté, les membres le sont du côté opposé, que M. le docteur Gubler a proposé de donner le nom d'*hémiplégies alternes*.

Tout récemment, messieurs, en septembre 1861, je voyais en consultation, avec mon honorable ami et collègue M. le docteur Hillairet, une jeune fille de Clermont-Ferrand, âgée de sept ans, qui, quelques mois auparavant, était tombée en arrière avec violence et s'était heurtée contre un meuble. Le coup avait porté sur l'occipital et sur la partie supérieure de la nuque. Elle éprouva presque immédiatement de la pesanteur de tête et de la somnolence, et, après quelques jours, tout allait bien. Bientôt reparut une douleur occupant à la fois la région frontale et l'occiput. Les parents remarquèrent une certaine hésitation dans la marche, en même temps qu'une irascibilité particulière accompagnée de grimaces.

Trois mois après l'accident, on constata de la faiblesse dans tout le côté gauche du corps, en même temps qu'une hémiplégie faciale très-prononcée à droite. C'est dans cet état qu'elle nous fut adressée, à Paris, par notre honorable confrère M. le docteur Bourgard. Nous jugeâmes que la protubérance annulaire et que le commencement du bulbe étaient intéressés, et nous ne pûmes que porter un pronostic bien grave.

Dans ce cas, messieurs, nous dûmes nous en tenir à une simple hypothèse, car, ayant perdu la malade de vue, nous ne pûmes acquérir les preuves matérielles de l'exactitude de notre diagnostic. Ce diagnostic nous avions cru, toutefois, pouvoir l'établir par analogie, en tenant compte des faits que M. Gubler a rapportés pour démontrer les relations existant, généralement, entre l'hémiplégie alterne et les lésions de la protubérance annulaire.

Il n'en a plus été de même pour la malade qui était couchée au n° 6 de la salle Saint-Bernard, où elle succombait à une affection cérébrale qui avait également déterminé une hémiplégie alterne. L'autopsie en a été faite devant vous; mais, ici les résultats de l'examen cadavérique ne furent pas tels que nous nous attendions à les trouver, et nous semblèrent en contradiction avec la loi que mon savant collègue à l'hôpital Beaujon avait formulée.