

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). 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 explosion. 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 de 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 existants 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 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 en exagérer la valeur que de 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 lente, 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 éprouvée 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. Il peut arriver que, chez un enfant scrofuleux ou issu de parents tuberculeux, vous avez observé les accidents prodromiques dont je viens de vous tracer le tableau. Vous avez alors manifesté vos craintes à la famille ou renfermé en vous-même la terreur qui vous obsède, puis vous voyez tout à coup l'enfant reprendre sa gaieté d'autrefois et revenir à la santé, à cela près d'un peu d'amaigrissement; enfin les accidents se montrent de nouveau, cessent encore, jusqu'au jour où la maladie éclate. J'ai tou-

jours 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 encéphaloméningite 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'encéphaloméningite 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 indigestion 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 persistant 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 des 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.

Il y a vingt ans, je voyais, avec 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 sa mère ni caresses, ni paroles affectueuses. Elle se plaignait 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 du 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 ces 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 Duclos (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 dothiëntérie 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 persistants; 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 dothiëntérie 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 dothiéntérie 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 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 dothiéntérie 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 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 pé-

riode, 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 *paralysie*.

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 vous ai signalé 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.

C'est ici le lieu de vous parler, messieurs, du secours que l'*ophthalmoscopie* apporte en certains cas au diagnostic de la fièvre cérébrale. Vous savez qu'on peut rationnellement considérer l'œil comme un prolongement du cerveau, et l'orbite comme une cavité accessoire du crâne. La rétine, c'est le nerf optique étalé sous forme de membrane; la choroïde, ou membrane vasculaire, est un prolongement de la pie-mère; enfin, on peut trouver dans la membrane de Demours et celle de l'humeur vitrée, l'analogue de l'arachnoïde, comme dans la sclérotique et la cornée transparente, l'analogue de la dure-mère; le tout modifié pour les besoins de la fonction visuelle. Quoi qu'il en soit de ces considérations d'anatomie transcendante, qu'autorisent les recherches de l'embryogénie, le fait est que la rétine se continue directement avec le nerf optique, comme celui-ci avec la bandelette correspondante. Nous allons voir ce qui peut en résulter dans la fièvre cérébrale.

Le chiasma et une partie des bandelettes optiques sont enveloppés, dans une certaine étendue, par les membranes cérébrales qui les séparent des os du crâne; il est bien évident qu'alors si l'inflammation occupe cette partie des méninges, les nerfs optiques, et par suite les rétines, en subiront des modifications corrélatives. Quand l'inflammation occupe la base du cerveau et que les méninges sont infiltrées tout le long des scissures de Sylvius et à l'entour du chiasma, si l'exsudation plastique est abondante et dure depuis un certain temps, les enveloppes du chiasma et des nerfs optiques s'injectent, s'enflamment; en d'autres termes, il y a *périnévrite* : alors la papille s'injecte à sa circonférence, et il y a une infiltration séreuse du nerf optique. Que si la phlegmasie est plus intense et se propage jusqu'à la substance du nerf lui-même, il existe alors une *névrite*. Dans ce cas, l'infiltration n'est pas seulement séreuse, mais plastique, et les éléments du nerf se désorganisent assez rapidement.

Voici maintenant ce qu'apprend l'examen à l'*ophthalmoscope*, et les détails que je vais vous donner, je les emprunte surtout à l'excellent travail du docteur Xavier Galezowski<sup>1</sup> : par suite de l'infiltration dont elle est le siège dans la *névrite*, la papille change nécessairement de volume, de forme et d'apparence. Elle devient ainsi beaucoup plus large qu'à l'état normal; ses contours, très-mal accusés, sont fortement boursoufflés, infiltrés par une exsudation séreuse qui donne à toute la papille ou à sa partie excentrique seulement, un aspect trouble et une teinte d'un gris rougeâtre ou d'un gris blanchâtre. Plus tard, la papille est tout à fait opaque; elle est visiblement voilée par une substance d'un gris violet, qui se répand comme un voile tomenteux sur la papille et sur la partie adjacente de la rétine.

1. X. Galezowski, *Étude ophthalmoscopique sur les altérations du nerf optique et sur les maladies cérébrales dont elles dépendent*, Paris, 1866, thèse de doctorat; et *Traité des maladies des yeux*, 2<sup>e</sup> édition, Paris, 1875, p. 568.