

Vous comprenez, messieurs, que ce voile n'est autre chose que la matière plastique, fibrineuse, plus ou moins colorée par l'hématine et rendue perceptible par l'ophthalmoscope. Ce n'est pas tout : le disque optique est fortement tuméfié; ses bords deviennent irréguliers, comme déchiquetés et se confondent par places avec la partie saine de la rétine. Mais il n'y a pas que la papille d'altérée; les vaisseaux le sont peut-être davantage encore; les vaisseaux centraux de la rétine, visibles au point d'émergence sur la papille, disparaissent sous l'exsudation dans un trajet de quelques millimètres, et reparaissent plus loin au delà de la partie malade. Les veines, augmentées de volume, sont très-tortueuses et comme variqueuses en quelques points; elles sont gorgées de sang et de couleur foncée. Les artères n'offrent, au contraire, rien de très-remarquable; elles paraissent quelquefois un peu pâles. Quant aux vaisseaux capillaires, ils sont parfois très-développés; ce qui a lieu lorsqu'il existe à la base du cerveau une compression suffisante pour gêner le cours du sang veineux; compression qui vous explique alors et la dilatation des veines, et, consécutivement, celle des vaisseaux capillaires. Enfin, la dilatation des veines ou des vaisseaux capillaires peut en entraîner la rupture sur quelques points, d'où l'existence d'apoplexies dans la papille et même dans la rétine : apoplexies qu'on reconnaît à leur couleur rouge foncé et à leur siège sur le trajet d'un vaisseau.

Dans la *périnévríte optique*, l'ophthalmoscope fait voir la papille saillante aussi et augmentée de volume, mais l'exsudation est limitée au bord de la papille, dont les contours se perdent sous un voile, tandis que la partie centrale est à peu près normale, ainsi la transparence n'en est pas troublée, et les vaisseaux capillaires ne sont développés qu'à la périphérie. Les apoplexies rétinienne sont également beaucoup moins fréquentes.

Les lésions que je viens de vous décrire se rencontrent dans les deux yeux, et ce fait permet déjà d'affirmer l'existence d'une affection cérébrale. Maintenant l'ophthalmoscope met-il toujours à même de reconnaître la nature de la maladie du cerveau? voilà ce qu'il me reste à vous dire.

Il est bien évident, par tout ce que je vous ai dit déjà, que, pour que les lésions que je viens de vous décrire soient observées, il faut qu'il y ait inflammation des méninges, non-seulement à la base du cerveau, mais encore au niveau du chiasma des nerfs optiques; et que, pour qu'il y ait obstacle au retour du sang veineux, il faut qu'il y ait compression des veines intracrâniennes, c'est-à-dire une exsudation à la base du cerveau; par conséquent, la méningite simple, qui siège souvent à la convexité des hémisphères, n'entraîne pas, dans ce dernier cas, les désordres dont je viens de parler, et l'ophthalmoscope ne révèle rien d'anormal dans la papille. De sorte que lorsqu'on trouve les lésions caractéristiques de la névríte ou de la périnévríte optique, on doit plutôt conclure à une méningite tuberculeuse, avec exsudation à la base du cerveau, qu'à une

méningite simple. Mais n'y a-t-il que la méningite tuberculeuse qui puisse entraîner de pareils désordres? La dothiéntérie, qu'il serait si important de différencier de la méningite, ne peut-elle pas produire ces lésions? Je suis obligé de vous dire que la fièvre typhoïde est capable, elle aussi, de provoquer des méningites basillaires susceptibles de faire naître consécutivement des névrites ou des périnévrites optiques. Ainsi l'ophthalmoscopie ne rend pas ici les services que certains auteurs ont dit qu'elle devait rendre : elle démontre seulement une inflammation exsudative de la base du cerveau et de ses enveloppes, une gêne de la circulation intrapapillaire et rétinienne, mais ces phénomènes peuvent tenir à une fièvre cérébrale aussi bien qu'à une dothiéntérie. Telle est la conclusion à laquelle est arrivé M. Galezowski. Cependant, si l'on considère que la méningite est rare après tout dans la dothiéntérie, surtout une méningite exsudative assez considérable pour provoquer les désordres matériels que je vous ai signalés, on est autorisé, quand on le constate, à croire bien plus à l'existence d'une fièvre cérébrale qu'à celle d'une fièvre typhoïde.

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 tonique, 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 gêne singulièrement la respiration.

A mesure que la maladie approche du terme fatal, les accidents convulsifs se généralisent et revêtent la forme de 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 membranes, 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 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 entre-croisement, 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.

Cela 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 maladie. Il faut dire toutefois que la présence des granulations et des tubercules dans les méninges, est une cause d'appel fluxionnaire tellement puissante 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 conviendrait alors.

XLIX. — HYDROCÉPHALE CHRONIQUE.

N'est pas la conséquence de la fièvre cérébrale. — Dérive cependant d'un état sub-inflammatoire. — Troubles de la sensibilité, de l'intelligence et de la motilité. — Impuissance du traitement.

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 un 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; Frank cite un fait dans lequel l'épanchement était de 25 kilogrammes (50 livres!); chez un autre enfant âgé de 16 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 les pétales d'une fleur qui s'entr'ouvre.

A voir la tête du malade, il semble qu'elle soit molle, et quand l'enfant