

des hémisphères cérébraux. — Si l'épanchement était plus souvent borné à un seul hémisphère, la dilatation partielle du crâne pourrait devenir un signe important pour le diagnostic. Il perd une grande partie de sa valeur du moment où nous savons que les lésions anatomiques existent ordinairement des deux côtés du cerveau.

**Symptômes.** Les symptômes de l'hémorragie méningée, chez les enfants à la mamelle, sont fort obscurs et se confondent presque complètement avec ceux de la phlegmasie des méninges ou du cerveau.

Voici dans quels termes Legendre en fait l'exposition :

« Après un ou deux vomissements, ou même sans vomissement préalable, les enfants étaient pris de fièvre et de quelques mouvements convulsifs ayant le plus ordinairement pour siège les globes oculaires et laissant à leur suite un peu de strabisme; l'appétit était perdu, la soif vive; les évacuations étaient naturelles ou faciles à provoquer. Bientôt se manifestait une contracture permanente des pieds et des mains, suivie bientôt elle-même d'accès convulsifs toniques ou cloniques. Pendant ces convulsions, la sensibilité et la connaissance étaient abolies, et la face, habituellement injectée, prenait une coloration plus foncée.

» Dans l'intervalle de ces accès, il existait de l'assoupissement, qui, léger les premiers jours, augmentait à mesure que la maladie faisait des progrès; la fièvre persistait pendant tout le cours de l'affection, et devenait plus forte à mesure qu'on approchait du terme fatal. Enfin, les convulsions, séparées d'abord par des intervalles plus ou moins longs, se rapprochaient de plus en plus et devenaient presque continues dans les derniers moments. »

La mort est souvent hâtée par l'apparition de phlegmasies thoraciques intercurrentes. Sans cette complication, la maladie pourrait guérir ou passer à l'état chronique. C'est ce que l'on a observé chez les enfants atteints d'hydrocéphalie arachnoïdienne, et qui, plusieurs mois auparavant, avaient éprouvé tous les symptômes d'une hémorragie méningée.

Si l'enfant échappe aux premiers accidents et que la maladie se termine par la formation d'un kyste rempli de sérosité, dont la quantité augmente chaque jour, on observe les symptômes de l'hydrocéphalie chronique.

Avec les troubles nerveux et les phénomènes que nous connaissons (1), la tête prend une forme spéciale qui est en rapport avec cette variété d'hydrocéphalie. La déformation n'est pas générale. Elle n'est pas très-considérable. Elle s'accomplit d'un côté ou de l'autre suivant la position du kyste. On peut, en réfléchissant sur la forme de la tête et sur la marche des phénomènes morbides, établir la nature des accidents.

**Marche, durée, terminaison.** L'invasion de la maladie est soudaine, et sa durée est en rapport avec la quantité de sang épanché. Lorsque l'hémorragie est considérable, une terminaison prompte et funeste en est la conséquence. La vie se prolonge au contraire dans les cas plus favorables. La réparation des désordres s'effectue progressivement jusqu'à l'entière disparition des caillots, ou jusqu'à la formation d'un kyste qui devient l'origine d'une hydrocéphalie arachnoïdienne.

L'hémorragie méningée n'est pas une maladie assez fréquente pour que l'on puisse encore établir d'une manière rigoureuse, par l'observation clinique, quelle doit être sa terminaison. Elle est presque inévitablement mortelle, ou bien elle passe à l'état chronique. Il y a encore très-peu d'exemples de guérison bien constatée. Tous les malades, au nombre de sept, observés par Legendre, sont morts,

(1) Voyez HYDROCÉPHALIE.

mais plusieurs ont succombé à la suite d'affections aiguës de poitrine. La guérison ne me paraît cependant pas impossible, si l'hémorragie est peu considérable et formée par une petite portion de cruor mêlée à beaucoup de sérosité.

**Diagnostic.** Cette maladie peut être facilement confondue au début avec une autre affection des méninges, la méningite tuberculeuse par exemple. Cependant l'invasion soudaine de l'hémorragie méningée suffira pour les faire distinguer l'une de l'autre. On sait, qu'il n'en est ordinairement pas ainsi de la méningite granuleuse, qui succède à une période de symptômes précurseurs assez évidents (*période de germination*). En outre, dans l'hémorragie méningée, les vomissements ne sont pas constants et la constipation n'existe pas, tandis qu'elle est opiniâtre dans la méningite granuleuse.

**Traitement.** Il faut, chez ces enfants, au début de l'affection, détourner la fluxion encéphalique qui est l'origine de l'hémorragie. L'application à une ou plusieurs reprises de deux sangues derrière les oreilles, suivant la force des malades, la saignée au bras, l'emploi des ventouses sèches sur le dos et sur la poitrine, peuvent concourir utilement à ce résultat.

On peut aussi employer les réfrigérants directs sur la tête; mais il ne les faut mettre en usage qu'avec les précautions dont nous avons parlé (1).

On doit, en outre, assurer la liberté du ventre par de légers purgatifs, le sirop de fleur de pêcher, le sirop de chicorée, le calomel, etc., médicaments dont l'action révulsive peut s'opposer à la marche progressive des accidents.

## CHAPITRE XLII

### HYDATIDES ET CYSTICERQUES DU CERVEAU

La production de cysticerques dans le cerveau est un phénomène très-rare, et, bien que les faits observés par moi ne soient pas relatifs à des nouveau-nés ni à des enfants à la mamelle, je les rapporte ici pour servir de point de départ aux recherches ultérieures. Ce qu'il faut dire, c'est que chez l'enfant, pas plus que dans l'âge adulte, les cysticerques du cerveau ne donnent lieu à aucun symptôme spécial qui soit de nature à les faire sûrement reconnaître.

Les entozoaires du cerveau sont encore moins communs chez l'enfant que chez l'adulte, et ils donnent lieu à des phénomènes insidieux et bizarres qui rendent leur évolution curieuse à étudier. Ils ont été longtemps décrits sous le nom d'*acéphalocystes*, sans détermination de l'espèce d'helminthe renfermée dans la vésicule d'enveloppe. Or, il peut s'y trouver des *échinocoques* (2); Zeder en a trouvé douze

(1) Voyez MÉNINGITE.

(2) *Hydatide du lobe gauche du cerveau; convulsions, coma, mort*; par M. le docteur Parrot. — Une enfant de sept ans, qui n'avait donné pendant six semaines aucun signe de maladie, était plongée dans un coma ressemblant à celui qu'on observe après les accès d'épilepsie. On put, en effet, constater pendant la journée des attaques subintrantes de ce mal. Deux fois seulement, l'enfant sortit du coma. Elle se plaignit d'une violente céphalalgie, et qu'une fois déjà, en sa vie, elle avait eu des accidents semblables. Elle mourut dans la nuit. J'annonçai qu'il était possible que l'autopsie révélât l'existence d'une tumeur cérébrale. A l'ouverture du crâne, qui portait à sa surface interne des dépressions, nous trouvâmes les circonvolutions aplaties au niveau de la partie postérieure du lobe gauche. Le cerveau se rompit quand on eut enlevé la voûte crânienne, et nous reçûmes dans la main une poche hydatique du volume du poing, parfaitement transparente, gélatiniforme, donnant à la percussion le frémissement caractéristique, développée au centre du lobe occipital. Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est l'intégrité de la santé, en regard de l'ancienneté probable de la tumeur et des désordres anatomiques. (*Société médicale des hôpitaux.*)



dans le troisième ventricule du cerveau d'une petite fille ; « quelques-uns avaient le volume d'un œuf de poule (1) ». On y a observé des *polycéphales* ; mais ceux qu'on y observe le plus ordinairement sont les différentes variétés de cysticerque, et principalement celle qui est connue sous le nom de *cysticerqus cellulosa*. Il règne une grande confusion à cet égard, et sous le double rapport anatomique et clinique, l'étude de ces entozoaires peut être recommencée avec avantage.

Ainsi dans les observations de Lancisi (2), d'Abercrombie (3), d'Esquirol (4), de Rostan (5), de Martinet (6), de Constant (7), d'Andral (8), etc., la nature des entozoaires trouvés dans le cerveau n'a pas été spécifiée. D'une autre part, Fischer (de Leipzig) (9) en a trouvé deux dans le plexus choroïde, que Laennec, en raison de leur nature particulière, a nommés *cysticerqus fischerianus* ; et Treutler, d'après quelques points blancs observés sur la vessie caudale d'un cysticerque logé dans le plexus choroïde d'une femme, en a fait une nouvelle espèce sous le nom de *cysticerque pointillé*. Ce petit nombre d'exemples suffit pour démontrer toute l'importance de nouvelles recherches sur ce point d'anatomie.

On sait déjà par les observations de Fischer, de Brera (10), d'Himly, de Zeder, et surtout par celles d'Esquirol, de Calmeil, Andral et Rostan, qu'il est presque impossible d'établir pendant la vie le diagnostic des cysticerques du cerveau, tant leur présence détermine peu de symptômes caractéristiques. Ce diagnostic n'est possible qu'en médecine vétérinaire, et particulièrement chez les moutons, qui, sous l'influence des cysticerques cérébraux, tournent sur eux-mêmes de manière à mériter le nom de *tourgis*.

Chez l'homme, les symptômes offerts par les malades dans le cerveau desquels existe un ou plusieurs cysticerques sont tellement variables et si peu en rapport avec les effets secondaires, matériels, développés dans l'encéphale, tels que la compression, l'œdème, le ramollissement, la phlegmasie, l'induration, etc., qu'il est impossible de faire un diagnostic exact, et que la nécropsie seule peut révéler la nature du mal.

OBSERVATION I. — *Fièvre typhoïde. Cysticerque du cerveau. Méningite suppurée sans symptômes.* — Joséphine Plet, âgée de six ans, entrée le 21 mars 1855 au n° 24 de la salle Sainte-Marguerite, dans mon service de l'hôpital Sainte-Eugénie, a été vaccinée. Elle est née d'un père scrofuleux amputé à sept ans d'une tumeur blanche du genou, et ayant une seconde tumeur blanche au coude avec fistule depuis cinq ans. Sa mère est bien portante. Elle a six frères et sœurs, tous affectés de gourmes et de glandes. Cette enfant a elle-même eu des glandes et des gourmes sur le cou. Elle n'est sujette ni à s'enrhumer ni à la diarrhée. Elle a eu la rougeole il y a deux ans, et elle est malade depuis huit jours. Prise de céphalalgie, de courbature, d'inappétence et de vomissements pendant deux jours, elle a eu ensuite la diarrhée pendant plusieurs jours, après lesquels elle est venue à l'hôpital.

*État actuel.* — Enfant brune assez bien développée ; face rouge, altérée ; les yeux enfoncés ; lèvres brunes, un peu sèches ; langue blanche, chargée d'un enduit blanchâtre ; peu de soif, pas d'appétit ; ventre un peu tendu, généralement douloureux ;

(1) Reynaud, *Dictionnaire de médecine*. Paris, 1837, t. XV, p. 439, art. HYDATIDES.

(2) Lancisi, *De subitaneis mortibus libri duo*. Romæ, 1707.

(3) Abercrombie, *Mal. de l'encéphale*, trad. franç. par Gendrin. Paris, 1835, p. 475.

(4) Esquirol, *Bulletins de la Faculté de médecine*, p. 426.

(5) Rostan, *Recherches sur une maladie encore peu connue qui a reçu le nom de ramollissement du cerveau*. Paris, 1823, p. 413.

(6) Martinet, *Revue méd.*, 1823.

(7) Constant, *Gaz. méd.*, 1836.

(8) Andral, *Précis d'anatomie pathologique*. Paris, 1829, p. 850.

(9) Fischer, *Tæniæ hydatigenæ in plexu choroideo inventæ historia*. Leipzig, 1789.

(10) Brera, *Traité des maladies vermineuses*. Paris, 1804.

pas de gargouillement. Elle a eu depuis son entrée plusieurs garderobes jaunes tout à fait liquides. La peau est modérément chaude et le pouls à 108. Un peu de râle sibilant et sous-crépissant dans la poitrine. — Limonade ; vomitif avec sirop d'ipécacuanha 30 grammes, poudre d'ipécacuanha 50 centigrammes ; cataplasme sur le ventre.

Le 22 mars, plusieurs vomissements bilieux et deux garderobes jaunâtres ; délire toute la nuit. Ce matin, le visage est aussi altéré qu'hier ; le pouls à 120. Le ventre est souple, un peu douloureux partout, sans gargouillement intérieur. — Limonade ; cataplasmes sur le ventre.

Le 23, encore un peu de délire la nuit ; trois garderobes liquides ; ventre un peu tendu, ballonné, sans gargouillement ; langue blanche et sèche fendillée, couverte de papilles rouges ; pouls à 124. — Cataplasmes ; citrate de magnésie, 15 grammes.

Le 24, un peu de délire nocturne ; le ventre est souple et paraît douloureux, sans gargouillement ; un vomissement et deux garderobes liquides. La langue est toujours blanche, fendillée, poisseuse ; toux assez fréquente ; râle sibilant dans la poitrine ; un peu d'assouppissement ; altération du visage ; le pouls petit, 120. — Cataplasmes ; limonade, bain.

Le 25, le délire a diminué, l'enfant est assoupi.

Le 26, le délire a disparu, et l'enfant est calme ; fièvre moindre ; le visage est bien meilleur.

Le 27, pas de délire ; agitation la nuit ; trois garderobes liquides ; ventre souple, peu douloureux, sans taches lenticulaires ; un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite ; langue blanche très-chargée, humide ; pas de toux. Rien dans la poitrine. Pouls, 116. — Citrate de magnésie, 20 grammes.

Le 29, l'enfant est très-agitée ; elle a eu un peu de délire ; pouls, 120. Toujours un peu de diarrhée ; le ventre est aplati, souple, mais douloureux ; pas de taches à la surface. — Limonade sucrée ; bain.

Le 30, deux garderobes et deux vomissements la nuit ; le ventre est souple et indolent ; pas de gargouillement ; un peu d'agitation ; pas de délire ; la langue est chargée ; soif fréquente ; pouls, 108. — Limonade.

Le 31, une garderobe ; deux vomissements de matières vertes porracées ; le ventre est souple et indolent ; le visage est rouge livide ; les yeux enfoncés ; les mains sont rouges, un peu froides ; le pouls petit, presque insaisissable, 88 ; la langue blanche très-chargée. — *Bain ; bouillon coupé.*

Le 1<sup>er</sup> avril, un vomissement de matières vertes. — *Décoction blanche de Sydenham.*

Le 2, un peu de diarrhée ; un seul vomissement pendant la nuit ; la face est violacée, ainsi que les extrémités, qui sont froides ; le pouls petit, insaisissable, 100. — *Bain.*

Le 3, un vomissement, deux garderobes peu abondantes, liquides ; le visage aussi altéré, livide et froid ; les mains sont livides, et le pouls presque insensible. — *Glace.*

Le 5, deux vomissements ; plusieurs garderobes ; la langue se nettoie ; pouls, 88. — *Glace ; angélique vineuse ; bouillon.*

Le 6, l'enfant n'a pas vomi, mais elle va très-souvent à la garderobe et rend des matières verdâtres ; la langue est blanc jaunâtre, et la soif très-fréquente ; le ventre est aplati, peu douloureux ; il offre à sa surface deux petits abcès superficiels, développés au-dessous de pustules d'acné ; le visage est toujours aussi altéré, mais il est moins froid ; pouls petit, 108. — *Glace, bain.*

Le 8, les abcès se sont ouverts spontanément ; la diarrhée persiste, et l'enfant a vomi une matière compacte, solide ; moulée en cylindre, blanc jaunâtre, du volume du pouce, terminée en pointe à ses deux extrémités. Elle semble composée d'un amas de lait caillé. Le visage et les mains sont froids, cyanosés ; les yeux profondément excavés, cholériques ; plaintes continuelles ; tremblement des membres ; l'enfant demande à boire, joue avec les objets qu'on lui offre ; elle reste continuellement assise sur son lit ; pouls très-petit, très-fréquent, filiforme. Elle reste en cet état tout le jour, et meurt à sept heures du soir.

*Autopsie trente-huit heures après la mort.* — L'intestin grêle ne présente aucune altération à la partie supérieure : dans sa moitié inférieure, on voit quelques traces



d'injection sous forme de lignes transversales, siégeant surtout dans le sillon des valvules conniventes; à mesure que celles-ci diminuent, l'injection est plus irrégulière. Elle forme de petites plaques arborisées, d'un rouge brun, augmentant en nombre et en étendue vers le cæcum.

Les plaques de Peyer les plus inférieures participent à cette coloration; mais celles-là ne sont pas ulcérées; c'est un peu plus haut, à 20 ou 30 centimètres de la valvule iléo-cæcale, que l'on rencontre trois ulcérations sur des plaques hypertrophiées et ramollies. Enfin, à la partie inférieure de l'intestin grêle, les follicules muqueux sont saillants et tuméfiés. Ils offrent un petit point noirâtre à leur orifice central.

Les follicules isolés ont le même aspect dans le gros intestin, et ces petits points noirs y sont extrêmement nombreux. Le cæcum est fortement coloré (rouge livide), sa muqueuse est ramollie.

Le côlon offre bien quelques stries rougeâtres çà et là, mais il n'y a réellement à noter que le nombre de ses follicules hypertrophiés.

Rien aux reins; la vessie est très-distendue par une grande quantité d'urine.

Le foie, la rate et le cœur sont dans l'état normal.

Le poumon droit présente à son sommet en arrière une masse de coloration foncée livide; toute cette partie est saillante à l'œil et dure au toucher. L'incision révèle une véritable hépatisation: la coupe est uniforme, sans qu'on puisse distinguer la séparation des lobules enflammés: il existe une ligne de démarcation très-tranchée entre la masse enflammée et la partie saine. Enfin, un peu plus profondément, il y a un peu de suppuration, et quelques petits lobules sont déjà suppurés. Toute cette partie malade va au fond de l'eau; le reste surnage. Le poumon gauche offre des altérations analogues dans son bord inférieur; seulement, au lieu de n'offrir qu'une seule masse enflammée du volume d'une grosse noix, il présente plusieurs petits noyaux, gros comme une petite noisette, également saillants à l'extérieur, même coloration, même consistance, et contenant aussi de petits lobules au troisième degré et sous l'apparence de pneumonie lobulaire.

Les méninges sont injectées dans presque toute leur étendue; à la convexité du cerveau, elles sont fortement infiltrées d'un liquide blanchâtre gélatiniforme; à la base, la coloration de cette infiltration se rapproche davantage de celle du pus; et au niveau de l'espace sous-arachnoïdien antérieur, on peut faire refluer avec la lame du scalpel un liquide crémeux blanchâtre, purulent, entre l'arachnoïde et la pie-mère.

À la convexité du cerveau, à 2 ou 3 centimètres de la grande scissure, vers la moitié antéro-postérieure du lobe gauche dans le sillon des deux circonvolutions latérales, l'arachnoïde est soulevée par une petite vésicule transparente d'un centimètre d'épaisseur, dans laquelle nage un petit flocon blanchâtre; cette petite vésicule est détachée avec soin: elle est parfaitement close, c'est-à-dire que sa cavité ne communique point avec la grande cavité arachnoïdienne ni avec le liquide céphalo-rachidien. L'examen microscopique de cette petite poche et du corps opaque qu'elle contient révèle l'existence d'un *cysticerque* replié dans son enveloppe.

À côté du cysticerque, il y en a un second dont la poche est aplatie et qui paraît en voie de décomposition.

Tous deux appartiennent à l'espèce *Cysticercus cellulosæ* de Rudolphi.

La pulpe cérébrale n'est nullement altérée; sa consistance et sa coloration sont normales.

Les muscles ne renferment rien de particulier.

Chez cette enfant âgée de six ans, les symptômes ont été au début ceux de la fièvre typhoïde, tels qu'on les observe généralement à cet âge: céphalalgie, courbature, inappétence, vomissements et forte diarrhée, avec gargouillement dans la fosse iliaque droite; tension et douleur du ventre, sécheresse et fuliginosité des lèvres, râle sibilant et sous-crépitant dans la poitrine, fièvre vive et un peu de délire pendant la nuit. Ces symptômes ont duré quinze jours, et l'état général semblait s'améliorer, lorsque des vomissements persistants de matières vertes, porracées, vinrent

aggraver la situation. Il y a tant d'exemples de vomissements incoercibles à la fin des fièvres typhoïdes et dans leur convalescence, que le fait semblait se rapporter aux exceptions malheureuses déjà connues. Pendant huit jours encore ces phénomènes se sont manifestés, de sorte qu'à partir du début jusqu'au jour de la mort, il s'est écoulé un mois, durant lequel se sont succédé les principaux phénomènes qui viennent d'être indiqués. Pendant tout ce temps le pouls a varié de 120, lors du début, à 108 et à 100 pulsations régulières, variables seulement pour la force et la résistance sous le doigt. Il devint presque insensible pendant les derniers jours de la vie. Le délire nocturne des premiers jours disparut à mesure que la maladie s'avancait vers son terme fatal, et à la dernière heure, nul trouble intellectuel, sensitif et musculaire, ne dut faire pressentir une altération quelconque du cerveau. En effet, l'enfant, assise sur son lit, causait avec ceux qui la venaient voir, tendait les mains pour être levée. Elle se remuait en tous sens et elle mourut sans présenter de délire, de paralysie, ni de mouvements convulsifs.

La persistance des vomissements, depuis le début jusqu'à la fin des accidents, est le seul phénomène cérébral qui ait une valeur rétrospective séméiotique, et c'est le seul qu'après nécropsie on puisse faire concorder avec la lésion trouvée dans le cerveau. Le délire continu, la paralysie musculaire, l'affaiblissement et l'abolition de l'exercice des sens, les convulsions internes ou externes, toniques ou cloniques, qui auraient dû se montrer, n'ont pas existé un seul moment, même aux approches de la mort.

Vis-à-vis d'une pareille malade et en présence de symptômes de ce genre, j'ai cru à une fièvre typhoïde abdominale: la nécropsie m'a donné raison sous un certain rapport, puisque avec les traces d'une phlegmasie non douteuse de la muqueuse iléo-cæcale, des follicules et des plaques hypertrophiées, d'autres ramollies et ulcérées, justifiaient l'exactitude du diagnostic, et cependant ces lésions étaient si peu développées, que, pièces en main et par elles, on ne se rendait que difficilement compte de la mort.

La nécropsie m'a permis de vérifier l'existence d'une pneumonie lobulaire discrète au second et au troisième degré, dont les râles sibilant et sous-crépitant avaient bien fait soupçonner l'existence.

Enfin, ce que les symptômes n'ont pu faire pressentir et ce dont la nécropsie est venue établir l'existence, ce sont: les cysticerques des circonvolutions cérébrales, et la méningite avec suppuration de la périphérie du cerveau. Que les cysticerques du cerveau ne produisent chez l'homme aucune réaction morbide spéciale caractéristique, c'est un fait difficile à comprendre et que les observations antérieures de Bréra, Jecler, Andral, Calmeil, Rostan, ont bien établi; mais qu'une méningite puisse arriver à suppuration sans donner lieu à aucun phénomène particulier, c'est un fait plus rare, et c'est un mécompte dont l'anatomie pathologique, comme doctrine, devient justiciable.

Une exception de ce genre est une chose très-grave, qui pèse beaucoup dans la balance de l'interprétation que l'on doit faire du rapport des lésions aux symptômes. Toutes les tumeurs du cerveau, quelle que soit leur nature, sont comme les cysticerques et n'ont pas de symptômes caractéristiques. Il n'y a, en présomption de leur existence, que des probabilités plus ou moins grandes. La méningite et l'hémorragie du cerveau sont les seules affections de ce viscère dont le diagnostic échappe à l'incertitude du diagnostic des maladies précédentes. Cependant il faut maintenant faire une réserve pour la méningite qui peut exister à l'état latent, et c'est la première fois que j'ai observé du pus dans les méninges, sans que, pendant la vie, les troubles de l'intelligence, des sens et de la motilité, aient averti



le médecin des désordres matériels en train de s'accomplir dans l'organe de la pensée.

L'autre enfant sur laquelle j'ai rencontré des cysticerques dans le cerveau est également une fille. Chez elle, les symptômes observés pendant la vie, pour être différents, n'en ont pas été moins intéressants à étudier.

Elle est entrée à l'hôpital pour une hémichorée à droite, accompagnée d'une héli-analgésie à gauche. Au bout de quelques jours, elle a été prise dans la salle d'une scarlatine avec angine, et suivie d'albuminurie. Elle paraissait en voie de guérison, lorsque, subitement et en quelques minutes, sans œdème ni anasarque, un accès de suffocation a occasionné la mort, et j'ai trouvé à la partie postérieure de l'hémisphère droit un petit kyste avec deux cysticerques.

Ils étaient placés dans la substance corticale, et n'étaient pas apparents à l'extérieur. Ils étaient au nombre de deux dans un kyste, ce qui n'est pas ordinaire, car chaque parasite a presque toujours son kyste particulier. L'un d'eux, très-âgé, était en voie de décomposition et réduit à l'état de putrilage dans une enveloppe altérée. L'autre était blanc, résistant, intact; sa tête était rentrée dans le corps, et

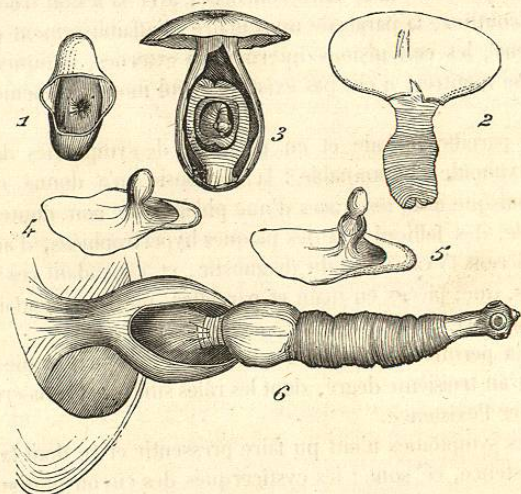


FIG. 31. — Disposition et mode d'invagination d'un cysticerque (*C. ladrique*), d'après les dessins de M. Ch. Robin (\*).

après l'avoir fait sortir, j'ai pu, avec Davaine, l'examiner à loisir sous le foyer du microscope (1).

D'après Davaine (2), le cysticerque (fig. 31) est un cestoïde solitaire, muni d'une vésicule caudale plus ou moins volumineuse, d'une tête pourvue d'une double

(1) Voyez Bouchut, *Maladies des Nouveau-nés*, 5<sup>e</sup> édition.

(2) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*. 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1877.

(\*) 1, kyste adventif (grandeur naturelle), un lambeau enlevé laisse voir le cysticerque (pertuis de la vésicule un peu trop marqué); 2, corps du cysticerque (gros) sorti de sa vésicule par pression: le pertuis a été un peu déchiré par le passage du corps; dans cette situation la vésicule constitue un appendice caudal; ce qui, selon M. Ch. Robin, n'est pas un état naturel; 3, cysticerque invaginé dans sa vésicule. Celle-ci n'est représentée que par un segment correspondant au pertuis: du pourtour du pertuis, naît une vésicule, qui est contenue dans la précédente; du fond de la seconde vésicule, à l'opposé du pertuis, naît le corps du cysticerque. Deux segments ont été enlevés du corps pour montrer l'invagination de la tête, du col et du corps en lui-même; 4, vésicule extérieure ouverte pour montrer la vésicule intérieure pisiforme renfermant le corps du cysticerque; 5, même disposition: par une incision pratiquée à la vésicule intérieure le corps du cysticerque a été renversé en dehors; la tête est invaginée; 6, figure grossie: même disposition que la précédente, avec cette différence que la tête n'est pas invaginée dans le corps. (Davaine.)

couronne de crochets et de quatre ventouses, d'un col, d'un corps plus ou moins développé, subcylindrique ou aplati, ridé transversalement.

Le corps du cysticerque offre des rides profondes, mais non des segments nettement séparés comme ceux du ténia; il renferme un grand nombre de corpuscules calcaires; la vésicule caudale n'en renferme généralement pas; celle-ci est douée d'une contractilité très-évidente, qu'elle perd probablement en vieillissant. Chez la plupart des cysticerques la tête et le corps rentrent par invagination dans la vésicule, qui est alors généralement dépourvue de tout appendice extérieur, et qui offre en un point de sa surface un pertuis peu apparent.

L'âge fait subir au cysticerque des modifications profondes: un pigment noir envahit les ventouses, et surtout le rostre qui acquiert de la consistance; les cro-

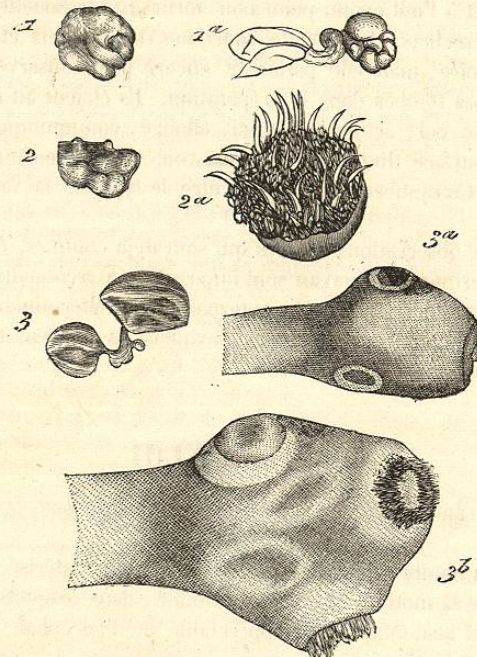


FIG. 32. — Cysticerques ladriques altérés par la vieillesse, provenant des muscles et du cerveau de l'homme (\*).

chets tombent ou sont détruits; le pertuis de la vésicule se rétrécit ou se ferme tout à fait, et ne laisse plus sortir la tête; la vésicule, en outre, se déforme plus ou moins, acquiert un volume anormal ou se segmente et même se dédouble, mais il ne se produit point de nouvelles têtes de cysticerque (fig. 32).

Le cysticerque ladrique subit avec le temps, comme les autres cysticerques, les altérations que nous avons mentionnées ci-dessus. Des cysticerques trouvés chez l'homme dans les muscles et dans le cerveau nous ont offert des déformations et

(\*) 1, individu (d'un muscle) dont la vésicule extérieure est devenue mûriforme, le pertuis est presque oblitéré; 1, a, le même; la vésicule extérieure incisée et renversée; la vésicule interne, par le côté opposé au pertuis, s'est couverte de renflements vésiculeux; 2, individu (du cerveau); vésicule externe déformée, pertuis encore perméable; 2a, rostre et couronne de crochets de ce cysticerque, ensevelis dans un pigment noir; grossis 107 fois; 3, individu (du cerveau) portant deux vésicules; le corps et la tête étant situés dans le prolongement qui unit les vésicules; 3a, tête de ce cysticerque grossie 42 fois et avec sa forme; elle avait acquis une consistance anormale, ses crochets étaient tombés (deux ont été retrouvés libres dans le kyste); 3b, même tête, au même grossissement, mais comprimée; l'une des ventouses et le rostre sont envahis par du pigment.



altérations variées : chez les uns, la vésicule était augmentée de volume et son pertuis était oblitéré ; chez plusieurs, elle portait des expansions vésiculaires ; chez l'un elle était double (dicyste). Chez aucun, la tête n'était exsertile ; chez tous, les ventouses étaient noircies par le pigment, et les crochets détruits ou tombés, ou ensevelis dans ce pigment. Il est évident que tous ces vers cystiques, se trouvant chez un même individu, appartenaient à la même espèce ; or, plusieurs des cysticerques décrits ci-dessus et dont les observateurs ont fait des espèces distinctes, offraient entre eux des différences semblables aux altérations et aux déformations de nos cysticerques ; d'où l'on doit conclure que ces vers n'appartenaient point à des espèces ni même à des variétés distinctes, mais qu'ils étaient simplement déformés ou altérés.

Dans le cysticerque de l'observation II, les ventouses étaient bien évidentes, et au centre, se voyait à l'œil nu un point noir formé par la bouche de l'animal et la couronne de ses crochets. Déjà cette couronne de crochets était altérée par un dépôt de matière noire, mais elle paraissait encore bien conservée, et les crochets résistants ne sont pas tombés dans la préparation. Ils étaient au nombre de vingt-neuf ou trente. Le col, articulé, rétréci, allongé, communiquait avec le corps transparent, à la surface duquel on pouvait voir une foule de granulations et de plaques calcaires. Ce cysticerque m'a paru être le type de la variété *Cysticerqus cellulosa*.

Si l'on ajoute ces observations à celles qui sont déjà connues, on verra que chez l'homme les cysticerques du cerveau sont impossibles à reconnaître pendant la vie. La raison en est toute simple. Ces entozoaires ne déterminent souvent pas de symptômes, et les phénomènes morbides auxquels ils peuvent donner lieu n'ont rien de caractéristique.

## CHAPITRE XLIII

### SCLÉROSE CÉRÉBRALE, OU INDURATION DU CERVEAU

Il y a un certain nombre de maladies de l'enfance, caractérisées par des troubles de l'intelligence, de la motilité et de la sensibilité, dans lesquels on ne rencontre qu'une modification anatomique peu appréciable de l'encéphale, lequel se trouve partiellement endurci. Cette lésion, jadis désignée sous le nom d'*induration* à cause de la densité du tissu, n'avait jamais été étudiée avec soin, lorsqu'elle fut, sous le nom de *sclérose*, à deux reprises, par M. Ch. Robin sur deux enfants morts en état d'idiotie. L'une de ces observations m'appartient et l'autre a été publiée par Isambert. On la lira plus bas. Depuis lors, j'ai vu bien des faits de ce genre qui tous se présentent avec des caractères semblables. Ce sont des enfants idiots ou depuis longtemps paralysés qui présentent cette lésion.

OBSERVATION. — Le nommé Boissand (Armand), âgé de deux ans, né à Paris (Seine), de père et mère domestiques, est entré 21 décembre 1854 à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Jean, n° 4, où il est amené à son retour de nourrice. Depuis sa naissance il a présenté les caractères de l'idiotie. Actuellement, il est pris de contractions, son cou est roide et sa tête est renversée en arrière. On n'a pas d'autres renseignements sur lui. Il meurt le 1<sup>er</sup> janvier 1855.

Examen de l'encéphale. — La boîte crânienne n'offre rien à considérer, si ce n'est peut-être un peu d'étroitesse des fosses cérébrales antérieures.

En incisant la dure-mère, on trouve sur l'encéphale une couche épaisse de sérosité, qui, ayant infiltré le tissu sous-arachnoïdien, présente l'aspect d'une couche gélati-

neuse épaisse de 2 millimètres au moins. La surface externe des lobes cérébraux offre consécutivement un ramollissement qui laisse déchirer très-facilement la pulpe cérébrale. En procédant à l'extraction de l'encéphale de la boîte crânienne, on trouve, par opposition à la mollesse des circonvolutions cérébrales, une dureté remarquable de toutes les parties qui constituent l'isthme de l'encéphale, à savoir, le bulbe, la protubérance et les pédoncules cérébraux. Ceux-ci notamment sont durs et isolés au milieu d'une sérosité abondante, et ressemblent à une préparation anatomique après macération dans l'alcool ou l'acide nitrique. Le peu de développement de la partie postérieure des lobes cérébraux rend encore plus manifeste cet isolement de l'isthme de l'encéphale. Peu de pièces pourraient mieux démontrer à un commençant la direction de la grande fente cérébrale de Bichat. — Le cervelet n'offre rien de particulier.

En incisant les lobes du cerveau, on y trouve une quantité de petits kystes séreux à parois assez dures. Il ne nous a pas semblé toutefois qu'il y eût perte de substance dans la pulpe cérébrale, et nous sommes porté à croire que cette disposition singulière est due simplement aux replis les plus profonds de la pie-mère, distendus par de la sérosité. En pénétrant dans les ventricules latéraux on ne trouve qu'une quantité de sérosité peu considérable, mais on est frappé de l'extrême dureté des parois de ces ventricules. Le plancher supérieur, ordinairement si mou, offre presque la solidité d'une membrane à la paroi inférieure ; le corps strié et la couche optique présentent au toucher une dureté qui les fait ressembler à de la matière encéphaloïde crue. Les cornes d'Ammon sont également indurées. — Un morceau du corps strié et de la couche optique est soumis à l'examen de M. Ch. Robin.

Structure du tissu atteint de sclérose. — Le tissu induré est remarquable par son élasticité et une sorte de résistance, qui se rapproche de celle de la gomme élastique. Les fragments offrent une certaine résistance à la dilacération, que ne présente pas le tissu normal du cerveau. La substance grise présente une teinte moins foncée que dans les conditions ordinaires, et la substance blanche, quoique bien distincte de la précédente, est pourtant plus grise qu'à l'état normal, et ne tranche pas sur l'autre d'une manière aussi prononcée qu'à l'ordinaire.

Voici maintenant quel est l'état des éléments du tissu : la substance blanche a perdu presque complètement ses tubes nerveux ; elle en présente encore un certain nombre, mais plus pâles, plus minces et plus irréguliers qu'à l'état normal. Le fait le plus caractéristique de la structure anormale de la substance blanche, c'est la présence d'une quantité très-considérable de substance amorphe très-finement et uniformément granuleuse. Cette matière amorphe présente une grande densité ; elle se laisse difficilement déprimer et aplatir. Outre cet élément, on rencontre encore un autre élément anormal, et entièrement de nouvelle formation, dans la substance cérébrale : ce sont des fibres du tissu cellulaire. Ces fibres sont peu nombreuses, isolées, non disposées en faisceaux, mais cependant elles sont encore assez abondantes pour former sur le bord de la préparation des sortes de nappes de fibres non contiguës, et sortant à peu près parallèlement de la matière amorphe qui englobe le reste de leur étendue. On sait qu'il existe des fibres du tissu cellulaire autour de plus gros capillaires, qui pénètrent dans la substance cérébrale dans plusieurs points de la base du cerveau. Les capillaires plus petits n'offrent plus de ces fibres. Or, on ne trouve presque exclusivement que de ces capillaires-là dans le tissu morbide que nous venons d'examiner et dans les régions correspondantes du cerveau à l'état sain. Les fibres du tissu cellulaire existant au sein de la portion indurée que nous venons de décrire doivent donc être considérées comme de nouvelle formation, et leur isolement montre bien qu'elles n'ont aucun rapport avec les fibres de la tunique externe des gros capillaires. La substance grise offre au fond la même structure que la substance blanche, avec cette particularité toutefois : 1° que la substance amorphe y est plus granuleuse, et les granulations plus foncées ; 2° qu'elle ne présente pas trace du tube nerveux ; 3° qu'elle renferme encore à peu près autant de *myélocytes* que la substance grise normale qui, comme on le sait, renferme seule cet élément ; 4° qu'elle contient plus de vaisseaux capillaires. Tous ces vaisseaux capillaires offrent, tant dans la substance grise que dans la substance blanche, des granulations graisseuses jaunâtres, tant isolées que contiguës.