

ponction est la suture coronale, environ à un pouce ou un pouce et demi (25 à 35 millimètres) de la fontanelle antérieure. Un trocart fin est le meilleur instrument; et on doit avoir soin non-seulement de ne tirer que quelques onces de liquide chaque fois, mais de maintenir une compression sur la tête pendant l'écoulement du liquide et après qu'il est terminé.

## DIXIÈME LEÇON.

### HYPERTROPHIE DU CERVEAU.

Habituellement liée au trouble général de la nutrition. — Symptômes et marche. — La mort est rarement prompte. — Nature des lésions cérébrales. — Changements dans la forme du crâne et différence d'avec l'hydrocéphalie chronique. — Traitement. — Hypertrophie partielle.

### ATROPHIE DU CERVEAU.

Est une preuve de son développement incomplet. — Diminution du cerveau dans la maladie prolongée. — Affaiblissement temporaire des facultés intellectuelles des enfants après une longue maladie. — Cas d'atrophie partielle.

L'inquiétude s'éveille quelquefois sans motifs, chez les parents, parce que la tête d'un petit enfant est plus grosse qu'il n'est d'ordinaire; et, bien que la santé de l'enfant soit bonne, ils craignent qu'il ne puisse être affecté d'épanchement cérébral. Vous ne devez pas être disposés à ajouter foi trop vite à ce cri d'alarme qui est souvent poussé par les nourrices et les personnes ignorantes, et à supposer que toute tête volumineuse cesse par ce fait d'être naturelle; car un enfant peut avoir la tête plus grosse qu'un autre, tout aussi bien qu'il peut avoir un plus gros pied et une plus grosse main. Mais, il peut arriver que non-seulement la tête de l'enfant soit plus grosse que la normale, mais qu'il existe des symptômes bien marqués d'un trouble cérébral; et vous pouvez vous sentir vous-mêmes poussés à admettre l'idée qu'il s'agit du début d'une hydrocéphalie chronique. Les symptômes consécutifs peuvent en beaucoup de circonstances confirmer votre premier diagnostic; de sorte que grande sera



votre surprise, en examinant le cadavre après la mort, de ne pas trouver une goutte de liquide dans les ventricules, bien qu'à l'ouverture du crâne les circonvolutions se soient montrées aplaties comme si le cerveau était fortement distendu par du liquide.

Des cas particuliers de cette nature avaient été mentionnés par les écrivains à différentes époques ; mais Laënnec (1) fut le premier qui attira l'attention sur l'*hypertrophie du cerveau* comme ressemblant par beaucoup de ses symptômes à l'hydrocéphalie chronique et susceptible d'être confondue avec cette dernière. On l'a depuis fréquemment notée, et je ne suis pas sûr qu'on ne lui ait pas quelquefois accordé une importance imméritée, comme s'il était beaucoup plus commun de la rencontrer dans la pratique que vous ne trouverez qu'il ne l'est réellement.

J'ai placé sur la table un moule pris sur la tête d'un enfant qui était affecté d'hypertrophie, et dont l'histoire très-remarquable est rapportée par sir Thomas Watson (2). — Il fut confié aux soins du Dr Sweatman à l'âge de deux ans, et sa tête, qui augmentait graduellement depuis l'âge de six mois, était alors si volumineuse, qu'en raison de son poids elle empêchait l'enfant de se tenir debout. — L'enfant était actif et vivace, bien que maigre, son appétit était bon et toutes les fonctions animales s'accomplissaient régulièrement. On regardait ce cas comme un exemple d'hydrocéphalie chronique, mais comme il n'y avait point d'indication pressante on ne faisait pas de médecine active. Six mois plus tard, l'enfant mourut d'une inflammation pulmonaire et le Dr Sweatman examina la tête. Elle mesurait 12 pouces (0,30 cent.) d'une oreille à l'autre, en passant par le vertex, 13 (0,32 cent.) de l'arcade sourciliaire à l'occipital, et 21 (0,50 cent.) de circonférence. — La fontanelle antérieure qui était complètement aplatie, avait 2 pouces et demi (0,056 mill.) sur 1 et demi (0,037 mill.) entre ses angles opposés. La fontanelle postérieure était complètement fermée, aussi bien que la suture frontale. — Les parois du crâne, en général, étaient épaissies ; les lésions morbides dans les membranes du cerveau étaient complètement insignifiantes ; les ventricules vides, sans dilatation ; les circonvallations étaient parfaitement distinctes, et gardaient la forme arrondie qui leur est propre ; la substance médullaire offrait cependant une vascularisation tout à fait inusitée.

(1) *Journ. de méd. chirurg. et pharm.*, 1866. t. XI, p. 669.

(2) *Leçons*, 5<sup>e</sup> édition, t. I, p. 384.

Ce n'est pas simplement à cause du volume considérable qu'avait atteint la tête, que j'ai rapporté cette observation, mais parce qu'elle est un exemple de l'hypertrophie cérébrale, existant sans qu'il y ait aucun trouble de la nutrition. Une telle circonstance est très-rare, car l'hypertrophie du cerveau n'est autre chose, habituellement, qu'une manifestation d'un trouble profond de la faculté nutritive, et se trouve liée au rachitis ou à la scrofule, dans les petites rues étroites d'une cité populeuse, ou dans les vallées malsaines des pays de montagne, où le goître et le crétinisme sont endémiques.

La majorité des cas d'hypertrophie cérébrale qui se sont présentés à mon observation à Londres ont eu lieu chez des enfants d'environ six ou huit mois. Leur histoire s'est généralement résumée en ce que sans maladie définie, les enfants perdaient l'appétit et devenaient graduellement tristes et apathiques, bien qu'agités et mal à l'aise. Malgré l'apathie, cette agitation est souvent portée très-haut, bien qu'elle ne se traduise pas tant par des cris que par un état de malaise général et de fréquents réveils en sursaut. Quelques rayons de gaieté se montrent quand les enfants sont éveillés, mais ils sont d'habitude très-passagers. La tête semble trop lourde pour que l'enfant puisse la porter, et même quand sa dimension n'est pas beaucoup plus considérable qu'il n'est naturel, elle est inclinée en arrière ou sur un des côtés, comme si les muscles étaient trop faibles pour la soutenir. Placé dans un berceau, l'enfant qui est ainsi affecté se frotte sur l'oreiller avec l'occiput, tandis que la tête est presque constamment dans un état de transpiration profuse. Il survient quelquefois des convulsions sans cause évidente, mais il y a plus souvent menace d'attaque, qu'attaque réelle, l'enfant s'éveillant soudainement en sursaut et en poussant un cri particulier, comme celui du croup spasmodique ; la face devient violacée, la respiration est difficile pendant quelques instants et les symptômes se calment ensuite spontanément. De telles attaques peuvent se transformer en convulsions générales dont la terminaison peut être fatale, mais les enfants ainsi atteints ne meurent en aucune façon constamment de la maladie cérébrale ; étant faibles, ils sont souvent enlevés par la première maladie qui les attaque.

Si la vie se prolonge il devient de plus en plus évident que la fonction de nutrition s'accomplit d'une manière imparfaite ; l'enfant perd son embonpoint, paraît souffrant, et l'élargissement



des poignets et des chevilles montre la connexion qui existe entre la maladie et le rachitisme ; connexion qui devient plus évidente dans la seconde et la troisième année de la vie. Quand l'enfant a passé le premier âge, ou quand, comme il arrive quelquefois, les symptômes d'hypertrophie du cerveau ne surviennent qu'après que l'évolution dentaire est en partie accomplie, les convulsions se montrent très-rarement. L'enfant accuse souvent une douleur de tête violente et qui se répète, et bien que somnolent dans la journée il dort mal pendant la nuit, et s'éveille souvent en criant et comme alarmé. Outre ces symptômes, l'enfant a aussi, souvent, des accès de fièvre avec une augmentation considérable du mal de tête et de l'étourdissement, qui durent pendant quelques heures seulement, ou une journée, et, alors se calment spontanément, tandis que l'enfant devient de plus en plus lourd, insouciant, et que les facultés intellectuelles s'altèrent d'une manière évidente.

Il arrive, dans quelques cas, qu'à mesure que l'enfant devient plus grand, ces symptômes sont de moins en moins marqués ; la santé s'améliore, la déformation rachitique des membres disparaît graduellement, et l'enfant qui avait donné tant d'inquiétude devient, à la longue, un enfant bien portant. Il y a la terminaison par l'idiotie complète, que je n'ai jamais vue dans ce pays, mais dont j'ai observé un certain nombre de cas, il y a quelques années, dans un hôpital pour les crétins qui existait alors à Interlaken ; et je crois que l'association de l'idiotie et du crétinisme avec l'hypertrophie du cerveau n'est nullement un fait exceptionnel.

La mort n'est pas souvent le résultat direct de l'affection du cerveau, mais est due généralement à l'apparition de quelque autre maladie accidentelle.

Les maladies qui se montrent le plus souvent mortelles sont toutefois celles qui favorisent le développement de la congestion cérébrale, telles que la coqueluche ou les fièvres éruptives, spécialement la scarlatine.

Vous ne devez pas conclure qu'il existe une hypertrophie antérieure du cerveau dans tous les cas où l'organe peut paraître augmenté de volume, et ses circonvolutions un peu aplaties, bien que les ventricules soient libres de tout liquide.

Le poids et le volume apparent du cerveau sont fortement influencés par la quantité de sang qu'il contient, et il peut pa-

raître trop volumineux pour la capacité du cerveau simplement parce que les vaisseaux sont trop pleins (1). Dans la véritable hypertrophie, au contraire, le cerveau est généralement pâle et anémique, à moins que la mort, par hasard, n'ait été la conséquence d'une congestion cérébrale.

Le travail qui s'accomplit n'est pas le résultat d'une simple augmentation de développement ; mais la nutrition a subi une modification dans sa nature, en même temps que son activité s'est accrue.

L'hypertrophie ne porte que peu sur la substance grise, et à l'exception de sa couleur, qui est un peu plus pâle qu'à l'ordinaire, cette portion du cerveau est à peine altérée. La matière blanche, au contraire, est à la fois plus pâle et plus ferme que dans l'état de santé ; et le professeur Rokitanski (2) établit comme le résultat d'un grand nombre d'études microscopiques, que l'augmentation de la masse n'est le résultat ni du développement de nouvelles fibres nerveuses, ni de l'augmentation de volume de celles déjà existantes, mais d'une augmentation de quantité de la matière granuleuse intermédiaire, due probablement à une infiltration albuminoïde de ce tissu (3). Ces modifications, d'ailleurs, n'affectent pas indifféremment toutes les parties du cerveau, mais sont limitées aux hémisphères sans envahir ni la base de l'organe ni le cervelet.

**Diagnostic.** — L'hydrocéphalie chronique est la seule maladie avec laquelle l'hypertrophie soit susceptible d'être confondue. Le diagnostic des deux affections est loin d'être toujours facile, bien qu'il soit d'une grande importance eu égard au pronostic et au traitement ; car nous devons conserver plus d'espoir de voir guérir un enfant dont le cerveau est simplement hypertrophié que celui dont le cerveau est distendu par du liquide ; tandis que les moyens à l'aide desquels nous tenterons d'obtenir la guérison seront très-différents dans les deux cas. L'histoire de la maladie sera de quelque aide pour résoudre la question ; car les symptômes de l'hydrocéphalie chronique surviennent

(1) Voyez les tables tracées avec soin par Mauthner sur le poids du cerveau dans les différentes conditions. (Op. cit., sect. V.)

(2) Op. cit. 3<sup>e</sup> édit, 1856, t. II, p. 430.

(3) Voyez les estimables leçons de Jenner sur le rachitisme ; leçon III, dans le *Medic. Times*, 28 avril 1860, p. 415.



généralement plus tôt et deviennent vite beaucoup plus sérieux que ceux de l'hypertrophie; et les troubles cérébraux sont pendant toute la durée beaucoup plus marqués dans les cas de la première maladie que dans ceux de la dernière; la forme et le volume de la tête présentent, également, des particularités qui vous mettent souvent à même de distinguer entre les deux états.

Les deux maladies présentent une augmentation de volume de la tête, et, dans les deux, l'ossification du crâne est tardive, mais la tête n'atteint pas une dimension aussi considérable dans l'hypertrophie du cerveau que dans l'hydrocéphalie chronique; et les fontanelles, de même que les sutures, n'y sont jamais aussi largement ouvertes. Le crâne présente, aussi, quelques particularités de forme qui sont assez remarquables pour avoir attiré l'attention de plusieurs observateurs.

La tête ne montre pas seulement l'absence de tendance à prendre la forme arrondie caractéristique de l'hydrocéphalie chronique; mais son augmentation est apparente d'abord à l'occiput, et la forme bombée de la partie postérieure de la tête continue pendant tout le cours de la maladie à rester spécialement frappante. Le front finit avec le temps par devenir proéminent et renversé en avant, mais les yeux restent profondément enfoncés dans les orbites; car aucun changement ne survient dans la direction de la voûte orbitaire, tel qu'il s'en produit sous la pression du liquide accumulé dans le cerveau, ce qui donne à l'œil cette proéminence insolite et cette direction particulière en bas, si remarquable dans le cas d'hydrocéphalie chronique. Dans l'hydrocéphalie, la fontanelle antérieure est tendue et bombée en raison de la pression du liquide de dedans en dehors, mais quand le cerveau est hypertrophié il n'y a pas de proéminence, mais une dépression en ce point. J'ai plus d'une fois observé cette disposition à un degré très-remarquable, la dépression n'étant pas limitée à la fontanelle antérieure mais se faisant remarquer à toutes les sutures; et vous pouvez observer quelque chose d'analogue sur ce moule.

**Traitement.** — Quand l'hypertrophie du cerveau survient chez un adulte, les symptômes qui se produisent sont en grande partie dus à la compression que subit l'organe, parce que sa cage osseuse est devenue trop petite pour le contenir. Ces symptômes sont naturellement obscurs, tandis que d'un autre côté, si on

parvenait à reconnaître la nature de la maladie, on ne pourrait espérer en sa guérison. Chez le petit enfant et chez celui plus âgé dont la tête n'est pas ossifiée complètement, les conséquences immédiates du mal sont de beaucoup moins sérieuses, et l'on peut attendre quelque bien de l'emploi judicieux du traitement, puisque l'excès de développement du cerveau dans l'enfance est presque toujours associé à un autre trouble général de la croissance et de la nutrition. Nous ne connaissons, en réalité, aucun moyen à l'aide duquel nous puissions arrêter directement l'accroissement morbide du cerveau; mais tous nos efforts doivent tendre à améliorer la santé générale, tandis que nous ne devons nous opposer directement aux symptômes cérébraux qu'autant que leur gravité peut le rendre absolument nécessaire. L'enfant ne doit pas être bourré de calomel, simplement parce qu'il s'agit d'une affection de la tête, bien que la sécrétion insuffisante de la bile puisse rendre l'emploi de petites doses de calomel nécessaires. Des restrictions semblables s'appliquent aux émissions sanguines, car nous avons vu que l'hypertrophie cérébrale est caractérisée par un manque de sang plutôt que par son surcroît d'abondance; cependant des attaques accidentelles de congestion cérébrale peuvent rendre nécessaire la saignée locale dont l'emploi sera souvent utile pour soulager les recrudescences de mal de tête, avec vertige et fièvre, si elle est considérable. Pendant un temps, j'ai essayé la contre-irritation au moyen d'une pommade avec le tartre stibié en friction derrière le cou, avec soulagement apparent des symptômes cérébraux, dans les cas où les enfants présentaient des signes d'hypertrophie cérébrale; mais ce traitement n'est pas facile à diriger, et les ulcérations qu'il produit sont souvent très-désolantes. C'est pourquoi, depuis plusieurs années, j'ai complètement cessé son emploi, et je me borne, dans tous les cas, aux applications de vésicatoires ou à l'emploi des liquides vésicants, dont la rapidité d'action est de beaucoup préférable, quand les malades sont des enfants. Chez les petits enfants, un de vos premiers efforts doit tendre à soulager le cerveau de l'irritation constante à laquelle l'expose la position horizontale pendant laquelle la tête repose sur l'occiput imparfaitement ossifié et sans résistance.

Dans ce but, vous ne pouvez mieux faire que suivre le conseil d'un médecin allemand le D<sup>r</sup> Elsässer (1), d'avoir, pour supporter

(1) *Der Weiche Hinterkopf*, in-8°, page 205, Stuttgart, 1843.



la tête de l'enfant, un petit coussin en crin dont vous avez enlevé une portion suffisante pour recevoir l'occiput. Dans les cas d'hypertrophie cérébrale, et dans ceux d'hydrocéphalie, j'ai vu l'adoption de ce simple artifice être suivie, presque immédiatement, de la cessation du mouvement rotatoire de la tête et d'un sommeil calme que l'enfant n'avait connu auparavant, peut-être pendant des semaines entières.

Il n'est pas bon qu'un enfant atteint de cette maladie dorme la tête absolument découverte, la transpiration abondante de cette partie est réprimée plus efficacement par un bonnet de linge fin, qu'on peut changer une ou deux fois pendant la nuit, tandis que l'enfant, d'un autre côté, est préservé du danger de prendre froid.

Pendant qu'on s'occupe de ces soins hygiéniques qui regardent surtout la tête, l'enfant doit être épongé, chaque jour, avec de l'eau salée, ou avec de l'eau de mer s'il est possible de le transporter sur quelque point de la côte, tel que Brighton; ou bien il y aurait, probablement, avantage à le plonger dans un bain de tan dans lequel il resterait plusieurs minutes (1). Les remèdes dont l'usage continu m'a donné les résultats les plus favorables, sont l'extrait de quinquina après lequel vous passerez aux préparations de fer; telles que le vin ferrugineux et le ferro-citrate de quinine (2). Je n'ai pas poussé loin l'essai de l'iodure de potassium, attendu que dans tous les cas que j'ai vus, des toniques plus accentués me paraissaient nécessaires. J'ai cependant quelquefois donné avec avantage le sirop d'iodure de fer, dans les cas où il y avait tendance marquée au rachitis.

J'ai vu une amélioration très-tranchée suivre l'administration de l'huile de foie de morue à la dose de 4 grammes (une cuiller à café), deux fois par jour, pour un enfant de trois ans, et je dois ajouter, aussitôt, que malgré son goût nauséux, les enfants prennent d'habitude volontiers ce médicament; et quelques-uns en deviennent même friands.

(1) Le bain de tan, que j'ai employé avec avantage dans le cas d'enfants affaiblis et rachitiques de la population pauvre, se prépare comme l'indique le Dr. Elsässer, en faisant bouillir trois poignées de fragments d'écorce de chêne, liées dans du linge, dans trois quarts d'eau, pendant une demi-heure et ajoutant cette décoction à l'eau du bain de l'enfant. Ces bains seront donnés chauds et leur emploi continué, chaque jour, pendant plusieurs semaines.

(2) Voyez les formules 4 et 5.

En ce qui concerne l'alimentation, il sera probablement bon, si l'enfant n'est pas sevré, de lui trouver une nourrice bien portante, tandis que, s'il est sevré, une nourriture composée de lait avec un œuf ou deux par jour, lui conviendra souvent mieux qu'aucune autre. Dans les cas de cette nature et en réalité toutes les fois que les puissances digestives sont faibles, il ne faut pas rechercher une alimentation où dominent les farineux, tandis qu'on peut donner chaque jour à l'enfant, en toute sûreté, une petite quantité de bouillon de bœuf, ou de thé, ou même un peu de viande si l'enfant a percé quelques-unes de ses molaires.

On a rapporté des cas d'hypertrophie partielle du cerveau dans lesquels un hémisphère seulement était atteint, ou dans lesquels une ou plusieurs des parties centrales du cerveau dépassaient de beaucoup le volume habituel, tandis que le reste de l'organe n'avait en aucune façon dévié de la normale. Vous en voyez un exemple dans ce dessin du Dr. Mauthner (1), dans lequel la couche optique droite était aussi grosse qu'un œuf de poule, chez une petite fille de trois ans. Dans les cas de cette sorte, il n'y a quelquefois pas de symptômes, et ce n'est qu'accidentellement, après la mort, qu'on découvre l'anomalie; tandis que dans d'autres, bien qu'il y ait des indices d'un trouble cérébral, ils ne sont cependant pas tels qu'ils puissent nous mettre à même de déterminer la nature du mal dont ils sont l'expression.

**Atrophie du cerveau.** — Il y a un état du cerveau directement inverse de celui que nous venons d'examiner; dans lequel l'organe tombe au-dessous du volume naturel; dans lequel existe une atrophie du cerveau.

Je ne fais pas allusion ici à des cas où le cerveau est imparfaitement formé, la tête excessivement petite et l'enfant idiot depuis la naissance; cette microcéphalie paraît quelquefois se produire plus tard en raison probablement, comme on l'a supposé, de l'occlusion prématurée des fontanelles et des sutures. J'ai vu un cas de cette nature il y a plusieurs années, alors qu'une femme m'apporta son petit garçon, âgé de trois ans, l'aîné de deux enfants issus de parents parfaitement sains, dans la famille desquels personne n'avait jamais donné de signes de phthisie, d'idiotie ou de troubles cérébraux. A sa naissance, cet

(1) Op. cit., fig. 1, p. 189.



enfant était parfaitement bien constitué, et il ne présenta rien de particulier jusqu'à l'âge de six mois, époque à laquelle sa mère commença à remarquer qu'il ne regardait personne en face, et qu'il ne paraissait faire que peu d'attention à quoi que ce fût; à huit mois il eut des convulsions dont les attaques se sont ensuite répétées environ chaque semaine une fois, précédées pendant un jour ou deux d'une extrême agitation. Les attaques duraient un quart d'heure, elles se composaient de mouvements convulsifs dans les deux côtés et étaient suivies d'un assoupissement qui durait quelques jours. L'enfant buvait et mangeait, bien que sans goût, et il ne paraissait jamais attendre avec impatience son repas. Il ne faisait pas de distinction entre ce qui était bon et ce qui était mauvais, avalant également toutes choses aussi volontiers, bien que la déglutition parût un peu difficile. Il avait percé toutes ses dents, paraissait assez bien nourri, et le corps ainsi que les membres étaient bien conformés. Il était absolument incapable de se tenir debout; il laissait aller sous lui les urines et les matières fécales, sans paraître en avoir le moindre sentiment, et il semblait dépourvu de toute lueur d'intelligence. La mère disait que sa tête était moins grosse que celle de son petit enfant qui n'avait que six mois. Elle mesurait 17 pouces (0<sup>m</sup>42 cent. et demi) de circonférence en passant par les protubérances pariétales, et 11 (0<sup>m</sup>27 cent. et demi) de la partie centrale d'un conduit auditif d'un côté au même point de celui du côté opposé en passant par le vertex. Le front était extrêmement étroit, et la tête disposée du haut tout à fait en forme de pain de sucre; toutes les fontanelles et les sutures étaient solidement ossifiées, mais j'ai malheureusement oublié d'inscrire à quel âge elles l'avaient été. Je n'ai jamais revu ce petit garçon, mais j'ai, depuis, observé plusieurs cas semblables. Dans tous, les facultés intellectuelles sont plus ou moins affaiblies, l'état étant quelquefois celui de l'idiotie la plus complète; mais je ne pense pas qu'il y ait aucun rapport invariable entre le degré de la faiblesse intellectuelle et le degré de petitesse de la tête. Les pauvres enfants qui, il y a une vingtaine d'années, furent montrés à Londres comme Aztèques, fournissaient un exemple remarquable des effets de l'éducation pour mettre en jeu, dans le cas d'idiots qui étaient en même temps de remarquables microcéphales, quelques-unes des manifestations inférieures de l'intelligence, et cette faculté d'imitation dont les idiots sont

souvent doués à un degré étonnant. Je n'ai rien à dire de plus sur de semblables cas, attendu qu'on ne peut manifestement espérer leur guérison; ce qui fait, que s'ils nous intéressent comme pathologistes, ils sont à peine de notre ressort comme médecins praticiens; bien autrement importants sont les cas où le *cerveau* des enfants *dépérit pendant le cours d'une maladie longtemps prolongée*. On trouve généralement le cuir chevelu exsangue, les fontanelles affaissées, et le travail d'ossification habituellement retardé; on trouvera des liquides épanchés dans la cavité de l'arachnoïde, et dans la pie-mère sous-jacente. Le cerveau est loin de remplir complètement la cavité du crâne, de sorte qu'en différentes places on peut faire passer un couteau entre lui et les parois. Les sillons entre les circonvolutions apparaissent avec une profondeur inusitée et on trouve du liquide à la base du cerveau et dans les ventricules, aussi bien que dans la pie-mère. La substance cérébrale est pâle et plus ferme que d'habitude.

Le point important de ces cas, c'est que des symptômes cérébraux, et de fréquents retours de convulsions peuvent souvent s'observer chez des enfants dont le cerveau, sans être malade, est pourtant trop faible et trop épuisé pour accomplir ses fonctions. Si donc, vous voyez survenir les signes d'une affection cérébrale chez un enfant qui a été épuisé et émacié par une maladie antérieure, vous ne devez pas trop vous hâter d'intervenir par une médication dirigée contre une maladie supposée du cerveau, mais vous demander, d'abord, si ces symptômes ne pourraient pas dépendre, simplement, de ce que le cerveau est devenu incapable d'accomplir ses fonctions, parce qu'il a été imparfaitement nourri; et n'abandonnez pas, sans examen préalable, la médication tonique que vous aviez suivie jusque-là.

C'est seulement chez les petits enfants qu'on a l'occasion de voir ces accidents, d'une nature grave, résulter de la nutrition imparfaite du cerveau, consécutive à une maladie prolongée. Mais chez les enfants plus âgés il survient, en pareille circonstance, des symptômes bien propres à éveiller les appréhensions de la famille.

J'ai quelquefois vu les enfants qui ne parlent que depuis peu, perdre cette faculté à la suite d'une longue maladie; la même raison qui rend l'enfant trop faible pour marcher le rend trop faible pour parler. Quelquefois pourtant, l'enfant revient en



apparence à sa santé première, et cependant ne fait aucun effort pour articuler, pendant deux ou trois mois.

Dans les cas de cette espèce, j'ai vu les parents dans une grande anxiété de peur que le long mutisme de l'enfant ne tînt à un affaiblissement des facultés intellectuelles survenu pendant la maladie. J'imagine que dans beaucoup de ces exemples, l'enfant a oublié une grande partie de son savoir nouvellement acquis, et qu'il est quelque temps avant de se sentir capable de l'effort intellectuel nécessaire à transformer ses idées en mots. Mais habituellement, quand il commence à essayer, il retrouve rapidement la parole, et vous pouvez consoler les parents par cette attente.

Il ne faudrait même pas regarder avec trop d'inquiétude un recul manifeste des facultés intellectuelles, qui a suivi quelque longue maladie, car il peut être le résultat de la simple faiblesse; le regard vide, le rire insignifiant et les manières niaises disparaissent peu à peu. Le cerveau semble regagner ses facultés inférieures avant de retrouver son plus noble rôle d'organe de l'intelligence.

L'atrophie partielle, de même que l'hypertrophie, peut se présenter sans que nous sachions pourquoi, et n'être reconnue qu'après la mort, là où l'existence d'une affection cérébrale n'avait jamais été soupçonnée; ou bien nous trouvons dans un état de dépérissement de quelque partie de l'organe l'explication d'un certain nombre de symptômes anormaux qui avaient existé pendant la vie. Cet état peut être le résultat d'une conformation originelle, ou il peut survenir comme le produit d'une maladie; dans lequel cas, la substance de la partie du cerveau atrophie est d'habitude trouvée beaucoup plus résistante qu'à l'état normal. Nous sommes dans une grande incertitude quant à la nature du processus qui préside à ce changement; mais on le regarde, dans quelques cas, comme une conséquence éloignée de l'hémorrhagie dans la substance cérébrale, et dans d'autres, comme celle d'une inflammation lente. Un fait de cette espèce, que pour sa rareté je vais vous rapporter, s'est offert à mon observation.

La malade était une petite fille âgée de 3 ans et 10 mois, née de parents phthisiques, mais dont la santé, bien que délicate, n'avait jamais été troublée jusqu'à ce qu'elle eut une attaque de fièvre rémittente, au commencement du printemps de 1845; elle

s'en remit sans qu'il en restât aucun mauvais symptôme, et paraissait aller assez bien depuis environ un mois, quand elle devint lourde, somnolente et fiévreuse; symptômes qui firent qu'on me l'amena le 19 de mai. Après un traitement doux pendant une semaine, l'enfant était mieux, et commençait à se promener comme d'habitude, quand un matin elle s'éveilla avec la face déviée d'un côté, condition qui cependant ne persista pas. Quand elle commença à marcher, on vit qu'elle boitait beaucoup de la jambe gauche et que celle-ci, quelquefois, se dérobaît sous elle, de sorte que l'enfant tombait sur ce côté du corps, et ensuite se retournait sur le dos. Elle n'avait, en outre, que peu de force dans le bras et la main gauche, si bien qu'elle ne pouvait rien saisir d'une manière ferme, ni rien tenir avec vigueur. L'intestin était à ce moment en état de constipation; je la purgeai abondamment et l'envoyai à la campagne, d'où elle revint, au commencement du mois d'août, beaucoup mieux sous tous les rapports, bien que clochant un peu de la jambe gauche et usant de la main droite de préférence à la gauche. A la fin de septembre, je la vis de nouveau pour une forte éruption impetigineuse sur le cuir chevelu que l'on traitait par des cataplasmes chauds et des lavages, quand le 6, octobre, elle commença à boiter de la jambe droite, exactement comme elle avait fait avec la gauche auparavant; mais, sous les autres rapports, elle continua à être bien.

Le 17 octobre, l'affection de la jambe droite était de beaucoup moins marquée; mais alors l'enfant ne voulut plus marcher, se trouvant souvent étourdie, et saisissant toujours quelque objet qui pût lui donner de l'assurance. En essayant de marcher, elle tombait souvent dans une position assise et restait ainsi par terre en riant aux éclats.

Des accès d'un rire qu'on ne pouvait faire cesser se montraient souvent sans motifs, et la face commença à prendre l'expression de l'idiotie. Il y avait quelquefois un léger strabisme interne des deux yeux, mais le pouls demeurait normal; les fonctions de l'intestin étaient régulières et les matières évacuées naturelles; l'enfant dormait bien la nuit, quoique la tête fût souvent un peu chaude. Une semaine après, il n'y avait pas de nouveau symptôme, si ce n'est que l'enfant tenait son cou tout à fait roide, comme si elle redoutait de le mouvoir. Sa tête devint plus chaude et elle commença à avoir une toux fréquente,



fatigante, tandis que la faculté de marcher variait presque d'un jour à l'autre ; elle devint aussi alors plus agitée la nuit. Le 27 au matin, survinrent de fréquentes secousses convulsives des muscles de la face et des extrémités, et l'œil gauche resta définitivement dévié en dedans. Elle n'eut pas de sommeil la nuit suivante et le 18, à 8 heures du matin, survinrent des convulsions générales, au milieu desquelles elle succomba deux heures plus tard.

Je trouvai des dépôts tuberculeux dans les ganglions bronchiques, mais aucun dans le cerveau, où j'avais pensé en découvrir ; l'hémisphère gauche du cervelet était plus petit, d'un tiers au moins, que le droit offrant, un exemple de plus en confirmation de cette règle établie par Schröder van der Kolk (1), que la fréquence de l'atrophie unilatérale est plus grande du côté gauche que du côté droit. La substance atrophiée était d'une résistance extrêmement considérable, tout à fait comme si c'était du cuir, et la surface des sections qu'on y faisait présentait une teinte rosée. Les deux moitiés du pont de Varole et de la moelle allongée, aussi bien que celle du cervelet, étaient d'égal volume. Il était évident aussi que la lésion n'était pas congénitale, puisque les deux moitiés du crâne étaient égales et que les saillies et les dépressions de la base à l'intérieur étaient exactement similaires des deux côtés. Il y avait un peu de liquide à la base du cerveau, mais aucun dans les ventricules ; un état de congestion générale du cerveau et de ses enveloppes formait le reste des lésions déjà notées.

(1) Dans son essai sur l'atrophie du cerveau, publié dans le t. XI des publications de la New Sydenham society, il établit que, 17 fois sur 29, l'affection était située du côté gauche du cerveau. Dans le cas qui lui est propre pourtant, si l'hémisphère du cerveau avait en partie disparu, la moitié droite du cervelet et de la moelle était atrophiée. Dans son cas il y avait atrophie du côté droit du corps ; dans celui qui m'est propre on n'observa aucun dépérissement d'une partie quelconque du tronc ou des extrémités. L'impossibilité où se trouvait l'enfant de régler ses mouvements était, suivant toute apparence, le résultat principal de l'affection du cervelet. S. van der Kolk, dans son remarquable Essai, regarde l'affection, non comme le résultat d'un vice de conformation, mais comme la conséquence probable d'un travail inflammatoire, survenant quelquefois avant la naissance, et dans d'autres cas dans la première enfance ; et le changement de consistance observé dans mon cas parle en faveur de la même opinion.

La moelle épinière ne put être examinée. Il n'y avait pas trace d'épanchement de sang dans la substance du cervelet, bien que les symptômes survenus en mai, et l'amélioration graduelle consécutive, ne pussent facilement être expliqués par aucune autre supposition que par celle de la production d'une hémorrhagie dans la substance cérébrale à ce moment. L'histoire de ce malade offre une autre difficulté, en ce que la lésion morbide était située du côté où avaient principalement existé les symptômes. Un autre problème, que je n'ai pas la prétention de résoudre, consiste à savoir pourquoi la paralysie avait tout d'abord occupé le côté gauche, tandis qu'à la rechute du mois d'octobre la paralysie porta sur la jambe droite. Je dois donc me contenter de rapporter simplement le fait.