

nable de mouvement dans le membre affecté n'est d'aucune garantie contre leur production. Il résulte de ceci, que dans tous les cas de paralysie de l'enfance, le malade doit être surveillé très-attentivement pendant toute la durée de la convalescence, durée qui souvent n'est pas moindre de plusieurs années ; cette surveillance est surtout nécessaire lorsque, un groupe de muscles persistant à être plus faible qu'un autre, une des causes les plus influentes de la déformation des membres est constamment en action. Mais bien qu'on commence le traitement de bonne heure et qu'on le continue longtemps, on doit avouer que la perspective d'une complète guérison est encore dans ces cas loin d'être grande. Je ne puis essayer d'établir les proportions dans lesquelles la guérison se produit, et encore moins de donner une estimation numérique des guérisons complètes, par rapport à celles qui ne sont qu'incomplètes. A l'hôpital ou dans la pratique de la ville, la majorité des cas n'est soumise à mon observation que pendant un temps très-court, et dans la plupart d'entre eux tout traitement a été négligé, ou bien la paralysie a été complète à un degré peu ordinaire, ou enfin les difformités consécutives ont atteint des proportions exceptionnelles. C'est pourquoi je crois que le nombre des paralysies qui s'améliorent d'elles-mêmes est plus grand que mon expérience personnelle n'aurait pu me le faire supposer ; et je crois, en outre, que les cas de paralysie complète d'un membre, ou d'une difformité à laquelle ne puisse remédier l'orthopédie, sont moins nombreux.

On peut ici ajouter une ou deux observations relatives au pronostic de cette maladie. Un certain degré d'amendement spontané a lieu dans presque tous les cas, commençant quelquefois peu d'heures après le début de la paralysie, et produisant le rétablissement complet de la force musculaire dans le cours de peu de jours ou même de quelques heures. Cependant entre cette paralysie, qui a été nommée paralysie de Kenneidy, et la véritable paralysie spinale, je ne vois aucune différence de nature, mais seulement une d'intensité ; je ne vois également aucun moyen qui permette de dire dans les premières heures qui suivent son début si l'affection sera temporaire ou persistante, si ce n'est la notion de ce fait, que plutôt commence l'amélioration, plus grande est la probabilité de la voir se continuer. D'habitude, même dans les cas les plus fâcheux, l'amendement commence dans la première ou la seconde semaine, et est d'abord très-

apparent, mais bientôt il marche plus lentement, et à la fin arrive à un temps d'arrêt complet pour rester stationnaire pendant des mois, ou toujours, si on n'adopte aucun traitement ; l'atrophie des muscles et la dégénérescence de leur tissu commencent seulement alors et continuent pendant un temps indéfini après lequel elles cessent également de s'aggraver, et l'enfant reste pour la vie avec un membre atrophié sur lequel, avec l'habitude et l'aide des muscles non paralysés, il acquiert un certain degré d'action utile, plus considérable probablement qu'on n'aurait pu le prévoir, bien que la difformité persiste encore et soit peut-être irrémédiable.

Traitement. — On ne peut rien demander de plus propre que la connaissance de ces faits à démontrer la nécessité d'adopter de bonne heure un traitement approprié. Sa nature doit naturellement varier suivant les circonstances au milieu desquelles se produit l'affection, et celles-ci comme nous l'avons vu diffèrent grandement, la paralysie se montrant dans un cas pendant la dentition, dans l'autre à la suite d'une des fièvres éruptives et dans un troisième succédant à des symptômes de rhumatisme.

Il y a dans la majorité des cas une période aiguë, qui, même courte, est assez manifeste, marquée par des symptômes fébriles, quelquefois par des signes tranchés d'un trouble cérébral, dans d'autres exemples par de violentes douleurs dans les membres, ou une hyperesthésie accentuée qui empêche toute tentative de mouvement. Aucune règle spéciale de traitement ne peut être tracée pour cette période, autre que l'observation du repos absolu, l'usage des remèdes anti-spasmodiques, l'incision des gencives si l'attaque paraît liée au travail de la dentition, et le repos complet des membres malades aussi longtemps que les tentatives pour se mouvoir causent de la douleur. Il vient cependant un moment, et même dans les cas les moins favorables au bout de peu de jours, où tout signe d'affection aiguë a disparu, et où il ne reste pour attirer notre attention rien autre chose que la perte de la contractilité. Quelquefois il n'existe aucun désordre de la santé générale, et, dans la majorité des cas où il en existe un, celui-ci ne consiste qu'en un état de constipation ou dans celui d'une faiblesse générale ; de sorte que les purgatifs et les toniques sont les remèdes internes le plus ordinairement indiqués, et parmi ceux-ci les doux laxatifs convien-

ment mieux que les drastiques ; de même que le fer et l'huile de foie de morue rendent plus de services que les autres toniques. Il y a pourtant un tonique qui a, et non tout à fait sans raison, une réputation spéciale, dans le cas de paralysie infantile ; c'est la noix vomique, dont l'emploi m'a paru avoir été suivi, dans beaucoup de cas, de l'élévation de la température des membres, et d'une augmentation de la force musculaire. Je ne l'ai pas vu produire ces soubresauts dans les membres que détermine l'administration de la strychnine chez l'adulte ; mais j'ai vu souvent, pendant son administration, des convulsions générales et un peu violentes, qui ne furent suivies d'aucune conséquence fâcheuse, bien que je ne puisse pas dire qu'elles n'offrissent aucun danger. Mais à ce propos je n'ai qu'à répéter la recommandation que j'ai déjà faite en parlant de l'emploi de la strychnine dans la chorée.

Quel que soit le traitement purement médical, on doit faire des efforts constants, aussitôt que l'exaltation de la sensibilité s'est évanouie, pour faire agir le membre paralysé ; et si la force musculaire est extrêmement altérée nous devons chercher, par l'emploi régulier de mouvements passifs et par des frictions, à prévenir cette atrophie des muscles qu'on est presque certain de voir suivre l'inaction longtemps prolongée. Si la jambe est affectée, un enfant qui n'a appris à marcher que depuis peu de temps ne pourra se tenir sur ses pieds, et même après que la puissance contractile sera rétablie suffisamment pour lui permettre de faire quelques tentatives pour marcher, il en sera détourné par le sentiment de son défaut de sécurité, se mettra à pleurer, bien que sa nourrice le soutienne avec soin, et refusera de faire le plus léger mouvement. Ces tentatives qui effrayent évidemment l'enfant sont interrompues dans l'espoir trop souvent trompé qu'avec quelques mois il acquerra plus de force, et on perd ainsi un temps précieux ; les muscles s'atrophient et il en résulte une difformité permanente du membre. Dans ces cas, deux moyens très-simples rendent souvent un grand service en prévenant ce fâcheux résultat. Le baby-jumpér, appareil élastique fixé au plafond et faisant rebondir les enfants quand leurs pieds touchent le sol, et dans lequel ils se plaisent tous, exerce très-efficacement les jambes ; de même, aussitôt qu'il s'est produit un retour même très-léger des forces dans les jambes, le chariot est d'une grande utilité, attendu qu'il fait disparaître tout sentiment de crainte de tomber et que le petit, ainsi bien convaincu de la

sécurité où il se trouve, recommence bientôt à marcher. Le chariot cependant a ce désavantage qu'il dispose beaucoup à se pencher en avant en marchant, ce que l'on peut observer chez tous les enfants, même quelque temps après qu'ils ont appris à marcher assez bien ; il rend ainsi la démarche très-mal assurée. Aussitôt, donc, que l'enfant sait marcher dans le chariot d'une manière suffisante, il est bien d'en cesser l'usage, soit complètement soit en grande partie, et de le remplacer par l'artifice suivant. On met à l'enfant une petite jaquette faite d'une étoffe épaisse, doublée et rembourrée sous les aisselles. A cette jaquette sont attachées deux bandes de forte toile, dont une extrémité est fixée à la partie antérieure et l'autre à la partie postérieure du vêtement. Les bandes sont d'une longueur suffisante pour être tenues commodément par la personne qui soigne l'enfant, avec leur aide on soutient plus ou moins complètement le poids du corps, et en marchant l'enfant ne se penche pas en avant comme lorsqu'il se sert du chariot. Se sentant parfaitement en sûreté l'enfant persévère maintenant à marcher ; on évite ainsi beaucoup des plus fâcheuses conséquences de la paralysie, et on obtient une guérison plus complète et plus rapide qu'on n'aurait pu d'abord le prévoir. Si l'enfant est assez âgé pour qu'on lui apprenne à marcher avec des béquilles (et à 5 ou 6 ans cette éducation est bientôt faite), il est bien de l'en pourvoir aussitôt que possible, car il fera certainement des progrès plus considérables et plus rapides s'il n'a plus à compter que sur lui-même, que si une nourrice ou une garde l'aide, en le soutenant ou en l'empêchant de tomber. Malgré tous ces soins, cependant, il est très-possible qu'il survienne quelque difformité de la jambe qui réclame l'emploi d'attelles, ou quelque autre moyen mécanique, ou même l'intervention chirurgicale.

Quand c'est le bras qui est affecté, les principes qui viennent d'être exposés ont une égale importance, bien que les moyens de les mettre à exécution doivent naturellement différer beaucoup. — Les exercices passifs doivent être strictement exécutés ; le bras sain doit être tenu immobilisé, soit tout à fait, soit pendant une grande partie de la journée ; les caresses, les présents et tous les petits moyens de séduction qui gagnent le cœur d'un enfant doivent être mis en œuvre comme récompense des tentatives faites pour se servir du bras affaibli. — L'action de soulever un poids au moyen d'une corde passant sur une poulie

est une manière d'exercer qui peut être mise en pratique même chez les très-jeunes enfants, tandis que pour les plus âgés l'action de faire rouler un cerveau avec la main faible est un exercice excellent qui réunit le travail au jeu. Je n'ai pas besoin de dire qu'il faut beaucoup d'attention et beaucoup de patience pour mettre ces conseils à exécution, et un degré considérable de cet amour instinctif des enfants qui enseigne à ceux qui le possèdent à transformer en jeu et en amusement ce qui, dans d'autres mains, ne serait qu'une tâche des plus fatigantes. Dans beaucoup de cas cependant, il faut quelque chose de plus que ce que peuvent donner les tentatives même les mieux dirigées pour exercer le membre, et ceci, soit parce que la paralysie est absolument complète, soit parce qu'elle est de très-vieille date. Dans ces cas, nous trouvons la nutrition du membre grandement affaiblie, sa température très-basse et sa sensibilité moins fine qu'à l'état normal; dans de tels cas, les frictions sur les membres et les autres formes d'exercices passifs doivent être soigneusement continuées; mais en même temps je pense avoir retiré beaucoup d'avantages des douches chaudes pratiquées une ou deux fois par jour et continuées avec fermeté pendant des semaines entières sur les membres inférieurs et sur la région sacrée. Une des objections à l'emploi des vésicatoires est que, nécessairement, ils excluent la persévérance dans l'emploi de la douche; et une objection semblable, bien qu'elle n'ait pas la même valeur, s'applique à l'emploi des liniments stimulants. Dans les cas de cette nature, d'ailleurs, nous voyons constamment qu'un remède, utile pendant un temps, cesse à la fin d'être d'aucun avantage: aussi, quand l'amélioration, sous l'influence de la douche, semble être arrivée à un temps d'arrêt, on peut essayer un liniment stimulant pendant une certaine période. J'emploie d'habitude un liniment à l'huile de croton ou un autre contenant de la teinture de cantharide en quantité suffisante pour produire un effet rubéfiant, mais non les vésicatoires: ceux-ci ne causent pas seulement beaucoup de douleur, mais m'ont semblé aussi avoir un effet plus fugace que les liniments. Le galvanisme est un autre remède dont on retire souvent beaucoup de bien, mais son application convenable demande une dépense de temps qu'il n'est pas toujours aisé de lui accorder, et un tact dans son emploi auquel on ne peut guère atteindre que par une longue pra-

tique. Entre les résultats qui suivent le mode ordinaire grossier d'employer l'électricité, et ceux que donne son application scientifique au moyen de cette électrisation localisée dont nous devons la connaissance à Duchenne de Boulogne (1), la différence est immense; et je considère l'emploi plus perfectionné de cette dernière comme un moyen qui peut nous permettre de remédier à des états que jusqu'alors nous avons été habitués à regarder, et non sans raison, comme tout à fait désespérés.

On a beaucoup parlé, autrefois, des exercices dits suédois, comme moyen de rendre aux membres paralysés leur activité; et quoiqué, malheureusement, leur application soit tombée aux mains de personnes qui ne sont pas le plus propres à conserver à notre profession sa bonne réputation, nous ne devons pas, pour cela, rabaisser les avantages qu'ils sont capables de procurer. Leur action paraît reposer sur deux principes: l'un est l'exécution des mouvements le plus propres à mettre en jeu les muscles dont la contractilité est incomplète; l'autre, la stimulation de l'exercice actif de la volonté pour produire ces mouvements. Je n'ai aucun doute sur l'efficacité de la volonté comme moyen auxiliaire de revivifier la force contractile dans les membres paralysés partiellement.

Naturellement, chez l'enfant, dont la volonté est faible et de nature à être distraite par les causes les plus insignifiantes, cette action est bien moins énergique que chez les grandes personnes; mais c'est encore une force digne d'être utilisée, et la persévérance constante à l'exercer, de l'enfance à l'âge adulte, fait plus, j'en suis sûr, pour le rétablissement d'un membre paralysé, qu'on n'aurait pu l'imaginer d'après son emploi accidentel dans une ou deux occasions.

Il serait sans utilité d'entrer dans le détail de tout ce qui peut arriver dans ces cas, ou de vous donner des règles pour la conduite à tenir suivant chaque degré ou chaque période de

(1) Pour le compte rendu des recherches, de même que pour des observations pratiques d'une très-grande valeur, outre les traités de Duchenne de Boulogne, *De l'électrisation localisée*, in-8°, Paris 1861, et *Physiologie des mouvements*, in-8°, Paris, 1867, on peut recommander les *Leçons* du Dr Reynold sur les usages cliniques de l'électricité, in-8°, Londres, 1871, et l'excellent *Manuel de l'Électricité médicale*, par le Dr Tibbitt, in-8°. Londres, 1873, comme constituant le meilleur et le plus clair epitome de l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet.

cette affection. Les observations que j'ai déjà faites vous mettront, dans tous les cas, en possession des principes qui devront généralement régler votre conduite (1).

Paralysie faciale. — Je puis ajouter un mot relatif à des cas de *paralysie de la portion dure*. Chez l'enfant comme chez l'adulte, ils s'améliorent généralement beaucoup, souvent même deviennent tout à fait bien, avec le temps, et sous l'influence d'un traitement dirigé contre l'état de santé générale du malade; et quand la paralysie faciale se trouve associée à d'autres formes de paralysie infantile, les muscles de la face sont presque toujours les premiers à retrouver leur contractilité volontaire. — Vous devez cependant vous souvenir de la possibilité pour le nerf facial d'être soumis à la compression de quelque glande hypertrophiée; et si vous avez des motifs pour croire que tel est le cas, vous pouvez appliquer une sangsue sur le point par lequel le nerf sort du crâne.

Enfin, je dois maintenant mentionner que des enfants sont quelquefois nés avec une hémiplegie faciale, comme conséquence d'une lésion du facial par l'application du forceps pendant l'accouchement, ou, comme on l'a observé une ou deux fois, par la contusion du nerf pendant le passage de la tête à travers le bassin, sans qu'on se soit servi d'aucun instrument. Ces cas

(1) Je n'ai pas parlé de tous ces cas rares de paralysie qui s'accompagnent de dégénérescence graisseuse des muscles, et, comme Cruveilhier l'a montré, d'une atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, attendu qu'ils ne sont en aucune façon propres aux premiers temps de la vie, et ne dépendent point de causes sur lesquelles l'âge du malade ait une influence quelconque. Le *Traité* du Dr Roberts, sur la paralysie atrophique (*wasting palsy*), Londres, 1858, in-8°, et son article dans le t. II du *Système de médecine de Reynold* (*Reynold's system of medicine*) contiennent un très-bon résumé de nos connaissances sur cette maladie, dont nous devons la première notion à Cruveilhier. — Voyez son essai sur la paralysie musculaire atrophique dans les *Arch. gén. de médecine* pour mai 1853.

Deux cas de cette paralysie, et de celle encore plus rare désignée par Duchenne sous le nom de paralysie pseudo-hypertrophique, ont été soumis à mon observation à l'hôpital des Enfants. Ils étaient typiques, mais comme ils ne feraient que confirmer les faits déjà rapportés par d'autres, je m'abstiens de consacrer à leur description un espace utile, car il est si difficile, et en même temps important, d'éviter d'augmenter l'étendue d'un ouvrage à chaque nouvelle édition, que je regarde comme un devoir d'omettre certaines choses, qui ne sont pourtant ni sans intérêt ni sans importance.

sont rares, mais il est bon que vous soyez prévenus de la possibilité de leur production, indépendamment de toute lésion du cerveau. Ces paralysies disparaissent généralement dans le cours de quelques jours ou de quelques semaines (1). Dans le seul fait de cette nature qui se soit présenté à mon observation personnelle, la distorsion de la face, quoique très-forte à la naissance, — un œil restait largement ouvert, et le côté correspondant de la face tout à fait sans action, de sorte que l'enfant était incapable de téter, — avait déjà beaucoup diminué en six heures et complètement disparu en une semaine.

Hyperesthésie et névralgie. — Il ne serait pas juste de quitter cet ordre de questions sans dire un mot de la production exceptionnelle de *Hyperesthésie* et de la *névralgie* dans les premiers temps de la vie. Il est certainement singulier, quand on considère la disposition des enfants aux troubles du système nerveux, que les cas de sensibilité exaltée, si fréquents chez l'adulte, soient si rares dans le jeune âge. Cependant, j'ai rencontré ce genre de souffrance en différentes occasions, quelquefois précédant la perte de la contractilité dans les membres qui étaient ensuite paralysés, et durant alors presque invariablement un ou deux jours, bien qu'il y ait à cela des exceptions; et j'ai rencontré un état de sensibilité extrême de la partie inférieure de l'épine et des deux jambes, qui continua pendant plusieurs semaines et alors disparut graduellement, mais en laissant la puissance contractile des membres très-diminuée. Outre ces faits, j'ai observé deux fois chez des enfants, pendant la dentition, une exagération de la sensibilité sur toute la surface du corps, mais surtout aux extrémités inférieures, et excessive à ce point qu'elle rendait presque impossible l'action de remuer les enfants pour les laver ou pour les habiller.

Pendant de nombreuses semaines, un de ces enfants ne put quitter la position horizontale en raison des souffrances vives qu'occasionnait toute tentative pour le dévacer, tandis que l'autre commençait des pleurs sans fin aussitôt qu'on touchait

(1) Voyez les observations de Kennedy sur l'apoplexie, la paralysie, etc. des enfants nouveau-nés, dans le *Dublin journ of med. science*, et Landouzy sur l'hémiplegie faciale chez les enfants nouveau-nés, in-8°, Paris, 1839.

ses jambes pour les laver, pour ôter ou pour mettre ses bas. Ces deux enfants, dont l'un avait dix mois et l'autre vingt quand ils furent confiés à mes soins, avaient une santé très-altérée, souffraient de violentes douleurs dentaires, avec des gencives fongueuses et saignantes ; à mesure que leur état général s'améliora, la sensibilité excessive diminuea et, chez le plus jeune, disparut complètement en trois mois environ. Chez cet enfant les symptômes duraient depuis à peu près un mois, chez l'autre depuis plus de trois, quand ils se présentèrent à mon observation.

La dernière fois que j'en ai entendu parler, il avait à peu près 2 ans 1/2, sa santé s'était beaucoup améliorée, il avait percé toutes ses dents, et les gencives étaient redevenues presque saines. Les membres avaient, depuis deux mois, cessé d'être douloureux, et il avait commencé à s'asseoir pendant une heure chaque fois, mais n'avait encore fait aucune tentative pour marcher. Dans les deux cas j'employai le fer, la quinine et le chlorate de potasse avec addition d'un peu de vin ; et ce fut sous l'influence de ce traitement que l'amélioration, assez tardive, se produisit.

Une douleur névralgique, semblable à la névralgie faciale des adultes, survenant et disparaissant sans cause apparente, est un fait extrêmement rare dans l'enfance ; si exceptionnel chez les petits enfants, que je ne me souviens pas d'avoir jamais rencontré d'exemple d'une douleur violente, tenace et à retours, à laquelle on ne pût tôt ou tard assigner une cause locale. J'en connais cependant un exemple chez une petite fille de 10 ans, à laquelle le paroxysme de la douleur survenant dans le talon arrachait des cris lamentables. Mais à la fin, cette douleur cessa ne laissant derrière elle ni altération de la contractilité musculaire dans le membre, ni sensibilité à la pression, ni trace quelconque d'une maladie locale. Sa santé cependant, qui n'avait jamais été bonne, devint pis à l'approche de la puberté, et l'enfant fut atteinte, en outre, de ces troubles variés du système nerveux que, faute d'une notion plus précise, nous classons communément sous le titre d'hystérie. Une fois aussi, je vis une petite fille de 7 ans chez laquelle, après quelques jours de ce qui paraissait être une attaque bénigne de fièvre rémittente, survint dans la tête une douleur terrible, avec intolérance extrême pour la lumière et le bruit. Quelques médecins, qui l'avaient vue, re-

gardèrent ces symptômes comme ceux de la méningite tuberculeuse, et adoptèrent sans résultat un traitement en rapport avec cette supposition ; mais il n'avait point échappé à l'observation du très-intelligent praticien qui avait surtout charge de l'enfant, que les symptômes n'avaient été ni accompagnés de vomissement, ni suivis de constipation ; que les cris étaient trop violents, les douleurs trop intenses et les intervalles de repos trop complets pour s'accorder avec ce qu'on devait attendre dans le cas où il y aurait eu une lésion organique du cerveau ; et d'un autre côté, bien que le traitement eût plutôt aggravé qu'amélioré sa situation, aucun signe nouveau d'un désordre cérébral ne s'était montré dans le cours de quatre ou cinq jours ; mais la douleur continuait, comme auparavant, à être le seul symptôme. Considérant cette douleur comme névralgique, on substitua la quinine au traitement antiphlogistique, et l'enfant fut en même temps transportée à Tunbridge Wells.

Pendant le voyage même, la douleur diminuait d'intensité, avait disparu complètement en peu de jours, et l'enfant retrouvait toute sa santé. Deux ou trois cas de la même nature se sont présentés à moi, à l'hôpital des Enfants, et les symptômes se sont améliorés sous l'influence d'une bonne alimentation, du repos parfait et de l'emploi de la quinine. L'intensité de la douleur, ses rémissions complètes, la persistance des symptômes, avec leur même caractère constant, l'absence de constipation et de chaleur permanente à la tête, aussi bien que de cette émaciation à marche rapide qui manque rarement quand il se fait une tuberculisation active du cerveau ou de ses membranes, nous aideront généralement à rectifier notre diagnostic. J'ai plus d'une fois, en cas de doute, expérimenté pendant vingt-quatre heures avec la quinine, en donnant une dose complète toutes les quatre heures, et j'ai eu la satisfaction de voir l'essai réussir, et, sous l'influence de son action continue, diminuer puis disparaître complètement les symptômes qui avaient paru offrir une telle gravité.

Mais, pendant que les cas comme ceux-ci sont très-peu communs, il n'est pas rare que les enfants aient des accès de mal de tête, souvent très-intenses et accompagnés de difficulté à tolérer la lumière ou le bruit, et qui sont produits par un léger trouble gastrique, un petit excès de fatigue, ou de la surexcitation. Ces accès ressemblent de très-près à la migraine ou au mal de

tête hystérique, auquel les femmes délicates sont sujettes. Ils surviennent brusquement, ne durent que douze ou au plus vingt-quatre heures, cessent spontanément (bien qu'un doux laxatif ou une dose de calomel accélèrent leur disparition) et, à l'exception d'un peu de fatigue, ne laissent après eux aucune trace d'in-disposition.

Les parents, pleins de sollicitude, prennent souvent de l'inquiétude, craignant que ces accès n'annoncent une maladie du cerveau; pourtant, leur brusque apparition et leurs retours fréquents (circonstances qui provoquent l'inquiétude des personnes étrangères à la médecine) doivent servir plutôt à diminuer vos appréhensions lorsqu'ils sont associés à la cessation rapide de chaque attaque et à l'absence de persistance de tout symptôme cérébral dans leurs intervalles (1).

(1) Pour de plus amples observations sur la néuralgie dans l'enfance, je dois de nouveau renvoyer à mes *Lumleian Lectures*.

QUINZIÈME LEÇON.

TERREURS NOCTURNES.

Elles dépendent habituellement d'un désordre intestinal et ne sont point une affection primitive du cerveau. — Leurs symptômes ne doivent pas être confondus avec ceux d'une méningite au début. Elles se reproduisent quelquefois pendant un grand nombre de nuits. — Traitement.

TROUBLES DE L'INTELLIGENCE CHEZ LES ENFANTS.

La connaissance que nous en avons est très-imparfaite. — Abus de l'expression de crétinisme. — Particularités mentales dans l'enfance, comment elles deviennent très-manifestes pendant les maladies qui ont quelque rapport avec la folie, et pourquoi il en est ainsi. Hypochondrie et simulation des maladies. — Exemples. — Conseils sur la manière de les traiter. — Folie. — Un état qui lui ressemble provient quelquefois de l'excès de travail intellectuel. — Exemple à l'appui et règles du traitement. — Cas d'un caractère plus grave et indépendants de cette cause. — Manière dont s'affaiblit l'intelligence dans ces cas.

IDIOTIE.

Différences entre un enfant idiot et un enfant en retard. — Comment les reconnaît-on? — Insuffisance de nos connaissances en ce qui concerne l'idiotie. — On a exagéré sa fréquence comme maladie congénitale. — Caractères de l'idiotie dans les premiers temps de la vie et à mesure que l'enfant grandit. — De l'éducation des idiots. — Ses difficultés et les principes d'après lesquels elle doit être dirigée.

Il arrive souvent qu'un enfant qui s'est mis au lit en apparence très-bien portant, et qui a profondément dormi quelque temps, s'éveille soudainement, dans une grande terreur, en poussant un cri perçant et retentissant. On trouve l'enfant assis dans son lit, s'é-