

n'en user que graduellement et d'en régler scrupuleusement l'emploi.

Ces mêmes principes devront guider le praticien dans les cas de cérébrite chronique, ou lorsqu'il y a quelque raison de soupçonner que c'est la présence d'un caillot provenant du cœur qui constitue la cause de la lésion cérébrale.

APHASIE.

OBS. XXX. — *Aphasie. — Paralysie du nerf facial.*

COMMÉMORATIF. — Hugh O'Neil, 50 ans, ouvrier, entré dans la salle II, le 15 mars 1869. Le malade, à son arrivée, parle avec une telle difficulté et a tant de confusion dans les idées, qu'il est impossible d'obtenir de lui aucun renseignement concernant son état. Ce ne fut que plus tard, vers le milieu de mai, qu'il fut possible d'obtenir le récit suivant. Aussi loin que le malade se souvienne, il a toujours été sujet aux maux de tête, à des étourdissements et à des mouvements oscillatoires temporaires des yeux, ce qui nuisait beaucoup à sa vision. Mais il n'avait jamais fait attention à ces inconvénients. Vers le milieu du mois de janvier, étant occupé à faire des fossés de drainage, il commença à ressentir une certaine faiblesse dans le bras gauche. Cette faiblesse, survenue très insidieusement, en l'absence de tout autre symptôme, devint chaque jour plus marquée, et lui rendit bientôt le travail extrêmement pénible. Cependant, il résista le plus longtemps qu'il put, et au bout de trois mois seulement, il se décida à venir à l'Infirmerie. Le 15 mars il partit de Seaton, éloigné d'Edinbourg d'environ trois lieues, qu'il fit en chemin de fer. Au moment du départ, il était bien portant, sauf la faiblesse de son bras. Le cahot de la voiture lui donna des vertiges. A son arrivée à Edinbourg, il dut s'informer où était l'Infirmerie et s'adressa à cet effet à différentes personnes. Il s'aperçut alors pour la première fois, qu'il avait de la difficulté à articuler ses paroles. Il était soir lorsqu'il fut admis et le lendemain matin seulement il fut examiné. La garde de salle assure qu'il n'a rien présenté de particulier durant la nuit.

SYMPTÔMES ACTUELS. — L'aspect extérieur du malade, au repos, n'offre rien à noter, si ce n'est peut-être que la joue droite est un peu plus arrondie que la gauche. En le faisant parler, on trouve l'articulation des mots extrêmement indistincte. Il marmonne et mâche ses paroles si bien qu'il est impossible d'en rien comprendre. La salive s'échappe goutte à goutte de l'angle droit de la bouche. Il n'existe de douleur nulle part, la sensibilité tant à la surface de la peau que sur les muqueuses est partout normale. Le malade prétend néanmoins qu'il éprouvait à ce moment, une sorte d'engourdissement dans le bras gauche. Un examen attentif ne fait découvrir aucune différence de sensibilité dans les deux côtés. La vue est de temps en temps troublée. Les sens du goût, de l'odorat et de l'ouïe fonctionnent normalement. Les deux pupilles offrent la même ouverture et sont également sensibles à la lumière. Pas de double vision ni de strabisme; les globes se meuvent librement dans toutes les directions, le muscle orbiculaire des paupières n'est pas atteint. La force des muscles de la mastication est égale des deux côtés; cependant, lorsque le malade ouvre la bouche, celle-ci est légèrement déviée du côté gauche. La langue poussée en avant, semble au contraire, se dévier un peu vers la droite. L'acte de rire entraîne les traits vers la gauche. Le malade est dans l'impossibilité de contracter les lèvres comme pour siffler; il sait porter facilement la bouche du côté gauche, mais s'il essaie de faire la même chose du côté droit, les traits de la face restent immobiles. Il lui serait impossible de cracher. Les mouvements de la langue s'exécutent librement dans toutes les directions. Le malade exécute de même tous les mouvements avec les deux bras; il serre assez fermement

avec les deux mains. La déglutition est régulière. L'appareil circulatoire examiné avec soin ne présente aucune altération. Les fonctions végétatives s'accomplissent normalement.

MARCHE DE LA MALADIE. — 12 juillet. L'état du malade s'est amélioré progressivement et il parle aujourd'hui comme tout le monde. Les deux côtés de la face fonctionnent si également, qu'il serait impossible de dire lequel a été paralysé. Le sujet se promène, mange et dort parfaitement.

15 juillet. — Hier vers deux heures après midi, en voulant parler, le malade fut pris d'un embarras de l'articulation des mots. Son voisin de salle rapporte que vers quatre heures, lui ayant adressé la parole, il lui vit la face très rouge, et ne reçut aucune réponse. Le malade ne paraît avoir eu aucun accès ni aucune souffrance au moment de cette nouvelle attaque. Ce matin à 9 heures, on observe les symptômes suivants : la salive s'écoule constamment du côté droit de la bouche; les deux pupilles sont fortement dilatées; la langue est très peu mobile et seulement du côté gauche; pas un muscle ne remue du côté droit de la face; quant au côté gauche il conserve sa motilité, seulement elle est un peu affaiblie. La bouche ne parvient pas à s'ouvrir largement et si le malade s'efforce de le faire, on la voit se dévier à gauche. Vision normale, sensibilité parfaite. — 14 juillet. Aujourd'hui le malade est beaucoup plus mal; la parole est impossible et la paralysie de la face est complète. Il ne parvient qu'avec peine à ouvrir la bouche, et les mâchoires restent immobiles; la langue est également frappée de paralysie; la salive s'écoule sans cesse hors de la bouche. On est forcé de nourrir avec des aliments liquides. — 29 juillet. Mêmes symptômes, seulement le malade a perdu ses chairs en même temps que ses forces.

La salle de la clinique se fermant à cette époque, on transfère le patient dans un autre service.

Il passe successivement entre les mains de plusieurs chefs de service et finit par se rétablir graduellement. Pour résumer son histoire il suffira de dire que jusqu'à ce moment (juin 1870), il a subi cinq nouvelles attaques semblables à celles décrites plus haut; dans les intervalles il s'est rétabli plus ou moins complètement. Finalement on l'a placé dans un refuge charitable. Sa mémoire est en grande partie abolie; la langue dans les intervalles des attaques remue librement, mais la faculté d'articuler distinctement est tout-à-fait perdue.

Commentaire. — Ce malade en se rendant ici pour consulter au sujet de son bras, est saisi tout à coup d'un embarras étrange de la parole et en même temps d'une paralysie franche du côté droit de la face. La langue n'est pas atteinte et cependant l'embarras de la parole est tel que le malade ne saurait plus se faire comprendre. Les idées sont manifestement confuses, et la mémoire est très défectueuse. Une première attaque se dissipe complètement, à la longue. Plusieurs autres attaques semblables succèdent à cette première, ramenant chaque fois la paralysie du côté droit de la face et l'embarras de la parole. A la suite de chaque attaque la mémoire, les facultés intellectuelles en général et la faculté d'articuler les mots, s'altèrent de plus de plus et d'une manière permanente. L'engourdissement et la perte partielle de la motilité dans le bras gauche étaient peut-être sous la dépendance d'une cause rhumatismale, vu notamment le genre de travail, et la manière de vivre de cet homme. Quant aux phénomènes cérébraux et à la paralysie du côté droit de la face, ils tiennent probablement à de petites hémorragies successives dans la

portion inférieure du lobe cérébral gauche en rapport avec l'origine du nerf de la septième paire. Notons d'ailleurs que le rameau nerveux de l'orbiculaire palpébral reste intact, ce qui indique généralement une paralysie par cause centrale.

Il n'est pas de médecin un peu familiarisé avec les maladies cérébrales qui ne sache que du trouble ou l'abolition de la faculté du langage se rencontre fréquemment parmi les autres manifestations de ces maladies (1). Cependant, c'est depuis peu seulement, que l'attention s'est portée sur ce sujet. Les différentes formes sous lesquelles se présentent ces troubles de la parole ont été rangés par M. Broca sous quatre chefs différents : 1° *Alogie*, ou perte de la faculté d'exprimer les idées par le langage, par suite du manque d'intelligence; 2° *Amnésie verbale*, perte de la faculté de parler par manque de la mémoire des mots; 3° *Aphémie*, abolition de cette faculté spéciale qui préside au langage articulé; 4° *Alalie*, lorsqu'il y a impossibilité d'articuler les sons (2). Sans doute, la faculté du langage est susceptible d'être influencée par l'intelligence en général de laquelle dérivent les idées; elle dépend aussi de la mémoire des mots et enfin des parties qui président à l'articulation de ces mots. On a beaucoup discuté sur la question de savoir s'il existe dans le cerveau une portion distincte de substance nerveuse préposée à la faculté du langage articulé, en un mot, une sorte d'organe du langage. Gall avait localisé cet organe dans la partie des lobes antérieurs située immédiatement au dessus de la voûte orbitaire. Bouillaud lui a assigné les deux lobes antérieurs. Marc Dax l'a placé dans le seul hémisphère gauche, au point d'union du lobe moyen avec le lobe frontal. Enfin Broca le limite à la troisième circonvolution frontale à cet endroit appelé aussi île de Reil, du côté gauche.

Aucun fait, aucun argument, jusqu'à cette heure, ne me porte à admettre que les différentes facultés arbitrairement établies dans l'intelligence par les métaphysiciens ou par certains physiologistes, puissent se localiser dans certaines circonvolutions ou dans telle ou telle portion circonscrite de la surface cérébrale. Au contraire l'ensemble des faits physiologiques et pathologiques connus, me semble en opposition flagrante avec une telle idée. Il me paraît encore moins probable qu'une faculté, comme serait celle du langage ou de la parole articulée, soit restreinte dans un seul hémisphère. Aussi, bien qu'un certain nombre d'observation semble établir d'une manière conclusive que la lésion du lobe gauche ou des deux lobes antérieurs du cerveau détermine l'aphasie, un plus grand nombre encore de faits opposés prouvent la fausseté des théories qui ont cherché à localiser la faculté du langage. Voici d'ailleurs l'énoncé de quelques raisons à l'appui de mon opinion. 1° Les deux lobes antérieurs du cer-

(1) Voir les observations XX, XXI, XXVI, XXIX, XXXI, XXXIV, etc.

(2) Le terme Aphasie employé par Trousseau, est probablement celui qu'il convient mieux d'adopter comme expression générique du trouble causé par l'abolition de la mémoire des signes représentatifs des idées, et la perte de la faculté de les coordonner.

veau ont quelquefois été largement intéressés ou même complètement détruits sans affecter en rien la mémoire ni la faculté du langage articulé. 2° Il existe des cas, où la lésion morbide de l'hémisphère gauche et de sa troisième circonvolution antérieure n'ont pas déterminé d'aphasie; 3° des lésions similaires du côté droit ont coïncidé avec l'abolition de la faculté de parler; 4° enfin on a observé l'aphasie en l'absence d'aucune de ces altérations. Ces faits ne sont pas exceptionnels ni rares dans la science, et ils suffisent pour convaincre l'observateur consciencieux que les théories diverses et adverses, récemment produites à ce propos ne réunissent pas même en leur faveur la probabilité d'une série de cas suffisamment imposante. Les lecteurs désireux de contrôler et d'analyser les faits en faveur de cette dernière conclusion consulteront avec fruit l'ouvrage sur l'aphasie, publié récemment par le Dr Bateman de Norwich. En résumé et à un point de vue général, il est hors de doute que la confusion des idées amenant l'embarras ou l'abolition du langage articulé est un *symptôme* très commun accompagnant les lésions aiguës et chroniques des diverses portions du cerveau. Enfin ce trouble fonctionnel peut dépendre, soit d'une affection du ganglion hémisphérique, soit d'une altération de la substance blanche chargée de transmettre les excitations ou les impressions qui en émanent ou qui s'y rendent.

CANCER DU CERVEAU.

Obs. XXXI (1). — *Cancer du cerveau, de la corde spinale, du foie et des os.*

COMMÉMORATIF. — George Gall, âgé de 29 ans, marin, entré le 1 juillet 1837. Vers le commencement de décembre dernier, à la suite d'un refroidissement, le malade fut pris d'une toux accompagnée d'une abondante expectoration, et depuis lors il ne s'est plus jamais bien porté. Vers la fin de mars, il commença à sentir, dans les régions lombaire et sacrée, des douleurs qui s'étendaient même au cou, aux épaules et s'irradiaient jusque dans les articulations et les muscles des bras. Les genoux devinrent également douloureux et le malade dit même y avoir remarqué un gonflement passager. Vers les premiers jours d'avril, il parut avoir une certaine confusion dans les idées, sa mémoire était courte et il lui devint impossible de suivre un raisonnement ordinaire. Durant ces deux derniers mois, il est devenu de plus en plus faible, il a maigri considérablement; enfin, il est incapable de marcher et même de se lever sans assistance. Les urines, étaient rendues en quantité ordinaire, mais s'échappaient involontairement pendant le sommeil.

SYMPTÔMES A L'ENTRÉE. — Le malade ne se plaint point de mal de tête, mais il est très silencieux; il écoute les questions qu'on lui fait et après une petite pause, il y répond de manière à prouver qu'il comprend. Remarquons toutefois qu'il ne s'agit que de questions auxquelles on peut répondre par un monosyllabe. Le malade parle peu et ne semble point penser davantage. Les sens spéciaux sont intacts. Les pupilles sont anormalement mais également dilatées et se contractent parallèlement sous l'influence de la lumière. Il n'y a point de paralysie des muscles de la face ni de la langue. On trouve une sensibilité marquée à l'endroit des vertèbres

(1) Recueillie par M. John R. Murray, élève du service.

dorsales et surtout des lombaires. Il y a eu du fourmillement et de l'engourdissement des extrémités. Toute tentative à marcher provoque une vive douleur dans le dos, à tel point que le malade ne peut s'empêcher de pousser un cri. Les muscles sont considérablement atrophiés, aussi, se bouge-t-il très peu. Il est couché ordinairement dans une attitude demi fléchie et ne saurait se relever si l'on ne venait à son aide. La langue est nette; l'appétit est bon, à ce qu'il paraît, mais il y a souvent des vomissements, parfois de suite après le repas, d'autres fois une heure ou deux plus tard. La matité aux régions du foie et de la rate n'a point augmenté d'étendue; l'abdomen paraît naturel, si ce n'est qu'il est retracté et émacié; il y a habituellement de la constipation. Actuellement, il n'existe ni toux, ni expectoration, ni dyspnée. Le murmure respiratoire est naturel ainsi que les bruits cardiaques. Le pouls est à 82 petit et faible. L'urine s'échappe involontairement pendant le sommeil, mais dans la journée, elle est retenue volontairement. Elle offre une légère teinte paille; sa densité est de 1005, elle ne contient point d'albumine mais abondamment de chlorures. *On prescrit une alimentation substantielle, des pilules laxatives, et des lavements, au besoin.*

MARCHE DE LA MALADIE. — 6 juillet. Le malade s'affaiblit, le pouls est à 96 petit et filiforme; céphalalgie principalement à la région occipitale. — 9 juillet. La douleur dans la tête continue. *On fait raser le cuir chevelu et l'on y applique des compresses froides; vésicatoire à la nuque.* — 10 juillet. Le pouls est à 104, très faible; la peau est chaude, la soif vive, l'appétit presque nul et il y a des vomissements fréquents, surtout après l'ingestion du plus léger aliment. *Mixture saline et 120 grammes de vin de Porto dans la journée.* — 12 juillet. Après avoir examiné de nouveau avec soin le malade, je constate, outre l'atrophie des deux extrémités inférieures, une absence presque complète de motilité et de sensibilité dans la jambe droite. Ces facultés sont conservées dans la jambe gauche qui semble normale à part son émaciation extrême. Les pupilles sont toujours largement dilatées; le mal de tête a cessé, du moins pour le moment. — 14 juillet. Le malade parvient à remuer faiblement la jambe droite; il sent lorsqu'on excite la plante du pied, mais rien encore sur le reste de la jambe. Il se plaint de nouveau d'une douleur occupant toute la région occipitale. Le pouls est à 112 faible. — 18 juillet. Le malade se plaint d'affaiblissement de la vision, cependant il reconnaît les objets et sait les compter. Il a eu une garde-robe hier matin; depuis deux jours, il a vomi un peu moins qu'à l'ordinaire. Il a de la céphalalgie mais elle ne semble pas bien violente. On continue les applications froides. — 19 juillet. Le pouls est à 148, petit, faible et dur; 22 respirations à la minute. *On porte la dose de vin à 180 grammes et on continue d'alimenter.* — 21 juillet. Les vomissements ont reparu hier, après avoir cessé pendant près d'une semaine. Au reste, il est à remarquer qu'ils reviennent après une forte constipation et qu'ils disparaissent à la suite d'évacuations copieuses. *On prescrit deux pilules purgatives et au besoin une injection.* — 29 juillet. Les vomissements ont diminué après l'action des laxatifs. Le malade est excessivement faible, mais il n'offre guère de changement à noter d'un jour à l'autre. — 30 juillet. Ce matin le malade semble encore plus épuisé, il est couvert d'une sueur froide; la respiration est courte et précipitée, le pouls est extrêmement faible, l'impulsion cardiaque au sommet est augmentée. On insiste sur le vin, mais le malade s'affaisse de plus en plus et succombe à 2 1/2 heures de l'après midi.

Autopsie. — Quarante-huit heures après la mort.

Corps modérément amaigri.

TÊTE. — Après avoir enlevé la dure-mère on aperçoit la surface des hémisphères, unie d'une façon anormale, par suite de l'aplatissement des circonvolutions. La vascularité des membranes est naturelle. En dépouillant le cerveau par tranches, on le trouve farci de petits nodules, de volume variable, de la grosseur d'un

grain de chanvre à celle d'une grosse noisette. Ils ont une couleur grise, rosée; les plus petits offrent une consistance pulpeuse, les plus gros sont plus fermes, mais tous se laissent facilement énucléer de la substance cérébrale qui les entoure. Aucun de ces nodules ne fait saillie à la surface, et ils sont irrégulièrement distribués, quelques uns dans la substance grise, le plus grand nombre dans la substance blanche du cerveau. Ça et là, autour de l'une de ces masses, on trouve un léger ramollissement, mais nulle part d'extravasation sanguine. Dans l'hémisphère droit et faisant une légère saillie à la voûte du ventricule, on remarque une éminence formée par une masse de la grosseur d'une bille à jouer. On en trouve également une autre, à peu près de la même dimension, à la paroi supérieure du ventricule gauche. Le corps strié de ce même côté contient aussi deux de ces corps: l'un de la grosseur d'une petite cerise, situé à la partie antérieure, l'autre du volume d'un pois placé un peu plus en arrière; on ne constate point de ramollissement autour de ces tumeurs. Les couches optiques sont intactes. Des masses analogues se trouvent disséminées dans le cervelet, mais rien dans la protubérance annulaire, ni dans la moëlle allongée. Les ventricules latéraux contiennent chacun à peu près 6 grammes de sérosité limpide. Les corps dont il vient d'être question laissent suinter sous la moindre pression, une matière crémeuse, et il reste une substance d'aspect membraneux, évidemment très vasculaire.

COLONNE SPINALE. — Les quatre vertèbres dorsales supérieures, les deux ou trois dorsales inférieures, ainsi que la première lombaire sont molles et spongieuses et, à la pression, la substance osseuse laisse suinter en abondance un suc épais et grisâtre. Les membranes médullaires sont intactes. En disséquant la moëlle on trouve, dans la moitié droite, à l'endroit de jonction de la seconde et de la troisième dorsales, une masse de la grosseur d'un pois, exactement semblable à celles que l'on observe dans le cerveau.

POITRINE. — Vers le centre du sternum, on remarque une légère proéminence de couleur rougeâtre et de consistance molle, laissant suinter sous la pression, un suc cancéreux d'une nuance jaune sale. Des productions molles analogues se rencontrent encore à la partie antérieure des troisième et quatrième côtes, à gauche. Le lobe inférieur du poumon droit contient une masse dure infiltrée, à peu près de la grosseur du poing, de couleur jaune ou brune, en certains endroits, et d'un gris sale ailleurs. Quelques glandes bronchiques sont également affectées de cancer. Les autres organes thoraciques n'offrent rien d'anormal.

SYSTÈME MUSCULAIRE. — Les muscles sont partout atrophiés, spécialement ceux des membres inférieurs; cependant, ils ont conservé leur coloration normale.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Les diverses masses encéphaloïdes disséminées dans le cerveau consistent en un stroma ou trame vasculaire et un suc épais crémeux. Lorsqu'on place sous le microscope une goutte de celui-ci, on y reconnaît une foule de cellules cancéreuses à toutes les périodes de leur développement, comme on peut le voir dans la fig. 539. La trame des petites masses est formée par un plexus de vaisseaux plus ou moins volumineux, s'entrecroisant et s'anastomosant ou formant des anses dilatées et distendues par des globules, comme on le voit dans la fig. 188. Dans les masses les plus volumineuses, les vaisseaux ont pris du développement, ont poussé des prolongements latéraux qui en s'anastomosant ont constitué un plexus (fig. 449). Concurremment avec ce travail organique, il se produisait un autre changement, ces prolongements revêtaient une sorte d'enveloppe, imitant la forme des acini d'une glande et ayant une membrane distincte, à l'intérieur de laquelle se trouve l'anse vasculaire. De la sorte, une partie de ces masses contient un plexus vasculaire dont les mailles sont occupées par une foule de cellules cancéreuses, sur d'autres points, elles affectent une structure tantôt villeuse, tantôt rappelant la disposition d'une glande (fig. 449, 450). C'est bien là le stroma du cancer, si bien décrit par Rokitsky dans quelques formes d'encépha-

lomes. Le petit nodule cancéreux que nous avons noté dans la moëlle épinière, présente la même structure que ceux du cerveau. Presque partout, le tissu ner-

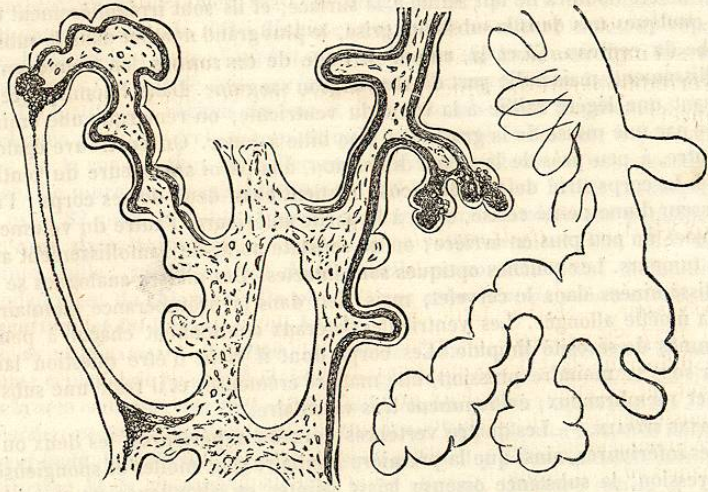


Fig. 449.

Fig. 430.

veux qui entoure ces nodules est sain, mais çà et là, dans leur voisinage immédiat, il contient quelques cellules granuleuses. Les points cancéreux dans les poumons et dans les os présentent la structure habituelle de l'encéphalome de ces organes.

Commentaire. — Il est extrêmement rare de rencontrer le cancer du cerveau, et c'est la première fois que j'observe la forme qui vient d'être décrite; aussi ai-je mis le plus grand soin à l'examiner. La structure histologique est ici très intéressante et contraste remarquablement, en plusieurs points, avec celle observée dans un autre cas par le Dr Redfern d'Aberdeen (1). Ici, il n'y avait d'autre stroma que des lambeaux, des membranes cellulaires et des granules. Nous avons vu avant la mort des manifestations cérébrales et spinales. Les premières ont occasionné un trouble particulier de l'intelligence, marqué par une certaine confusion des idées, que le patient était incapable de grouper dans une association tant soit peu compliquée; cependant il répondait facilement aux questions et paraissait avoir conservé toute sa conscience. Théoriquement, tout cela s'explique très bien par la multiplicité des petites masses cancéreuses circonscrites, que l'on se figure parfaitement avoir dérangé la continuité de la transmission, le long des tubes nerveux essentiellement préposés à l'activité mentale. L'affection spinale s'est manifestée par de la douleur locale, par l'impossibilité de se

(1) *Monthly Journal of Medical Science*. Décembre 1850.

Fig. 449. Trame vasculaire particulière, avec villosités, dans les plus gros noyaux cancéreux du cerveau, après addition d'acide acétique. Les interstices étaient remplis de cellules cancéreuses.

Fig. 430. Expansions glanduliformes de la trame, dans d'autres parties de la même masse.

tenir debout, symptômes qui se rattachent à la maladie osseuse ainsi qu'à la faiblesse. La paralysie de l'extrémité inférieure droite peut tenir à la présence du nodule cancéreux de la moëlle vis-à-vis des vertèbres dorsales, toutefois ce point n'est pas bien certain. Il n'était pas aisé de déterminer si l'impuissance à marcher était due à l'atrophie des membres ou à une véritable paralysie. J'incline à penser que ces deux causes agissaient de concert.

HYDROPIE DU CERVEAU.

Obs. XXXII (1). — *Hydrocéphale chronique.* — *Paracentèse de la tête.* — *Résultat nul.*

COMMÉMORATIF. — Esther Little, âgée de 17 mois, est admise à l'infirmerie le 27 juin 1837. Sa naissance n'a rien présenté d'anormal et l'on n'observait alors aucune difformité dans les proportions ni dans la forme de la tête. La santé de cet enfant fut excellente les deux premiers mois, puis elle eut des convulsions, des vomissements et du strabisme; l'appétit diminua, le ventre grossit et il y avait fréquemment des selles verdâtres, glaireuses. Elle fut en traitement pendant six semaines au bout desquelles il se manifesta de l'amélioration, et la mère dit que l'appétit était revenu à son ordinaire. A l'âge de cinq mois, on s'aperçut, d'un gonflement du côté gauche du cou, une ponction y fut pratiquée et tout disparut bientôt. Cependant, ce fut vers le même temps, c'est-à-dire il y a un an, que le volume de la tête commença à fixer l'attention des parents. A partir de cette époque elle ne cessa de s'accroître graduellement jusqu'au moment de l'admission. Les parents croient que l'enfant n'a jamais éprouvé de douleur dans la tête, mais seulement de la gêne par suite de son poids. La dentition s'est faite sans encombre et il y a dix dents. L'enfant prend encore le sein.



Fig. 431.



Fig. 432.



Fig. 433.

SYMPTÔMES A L'ENTRÉE. — L'enfant n'est point amaigri; les bras, les jambes et le corps sont au contraire bien nourris; il sourit fréquemment, mais ce sourire se con-

(1) Recueillie par M. W. Guy, élève du service.

Fig. 431 à 433. La tête d'Esther Little vue de côté, d'en haut et de face. A raison de ce que la face et les membres sont bien nourris, le dessin ne peut donner à ceux qui n'ont point vu le sujet une idée de la dimension comparative de la tête, au moins les autres cas semblent-ils d'ordinaire beaucoup mieux accentués.

vertit facilement en un cri plaintif. Il se chagrine au moindre changement de position de sa tête qui lui est si lourde à porter. Celle-ci est irrégulièrement carrée et le côté gauche, en arrière, semble un peu plus proéminent que le droit. La fontanelle antérieure mesure 10 centimètres en largeur et près de 25 centimètres dans sa plus grande longueur. On y perçoit distinctement de la fluctuation en même temps qu'une certaine tension. On voit beaucoup plus nettement que d'ordinaire les veines qui serpentent sur la tête. Le cuir chevelu est recouvert d'écaillés lamelleuses d'eczéma chronique. Le front est bombé en avant. Les yeux semblent propulsés contre les paupières inférieures qui cachent une grande partie de leur surface. Les paupières supérieures sont légèrement rétractées et laissent voir la sclérotique. Les conjonctives sont un peu rouges. Il n'y a point de strabisme, la lumière vive est mal supportée. Les traits de la face sont bien proportionnés et les joues notamment sont assez colorées. La tête mesure 0^m,61 centimètres dans sa plus grande circonférence (dont 0^m,515 pour le côté gauche). Il y a 0^m,58, en mesurant d'une oreille à l'autre dans le plan vertical de la tête et 0^m,403 en allant du sinus frontal à la protubérance occipitale. Les bruits cardiaques ainsi que le murmure respiratoire sont normaux. La langue est humide et nette. L'appétit est bon. L'enfant est souvent au sein, cependant on lui donne encore du lait, du beef-tea et du pain. Les excréments se font normalement; on n'a point conservé d'urine pour l'examiner. La mère a cinq autres enfants tous en bonne santé.

MARCHE DE LA MALADIE. — Après avoir coupé les cheveux ras, on a badigeonné le cuir chevelu avec de la teinture d'iode. — 6 juillet. Aujourd'hui à 1 heure de l'après-midi, M. Syme pratique une ponction. A cet effet, un petit trocart est introduit à la profondeur de deux centimètres, derrière le bord postérieur de l'os frontal à droite et à deux centimètres et demi de la ligne médiane; on retire ainsi 133 grammes de liquide. On applique alors sur la piqûre une compresse que l'on fixe avec des bandelettes de sparadrap. On applique encore d'autres bandelettes qui vont d'un côté à l'autre, obliquement, de manière à exercer une douce compression, maintenue uniforme à l'aide d'un bandage roulé autour et en travers de la tête. L'enfant n'a pleuré que bien peu durant l'opération. Le liquide extrait est clair comme de l'eau; il a une réaction alcaline, une densité de 1009. Après avoir ajouté un peu d'acide et en chauffant, il se fait lentement un léger dépôt d'albumine. Le réactif cupro-potassique décèle aussi quelques traces de sucre de raisins. — 12 juillet. Aucune réaction ni trouble nerveux n'a suivi l'opération. La tête présente les mêmes dimensions qu'auparavant. — 14 juillet. On a de nouveau mesuré la tête hier et obtenu les mêmes résultats. Aujourd'hui, M. Syme a fait une nouvelle paracentèse qui a donné issue à 372 grammes de liquide. Cette fois, la ponction a été faite du côté gauche, au point correspondant à celui que nous avons indiqué. Le liquide extrait ressemble à celui de l'autre jour, seulement les réactifs n'y décèlent plus la présence de sucre de raisins. Pendant que le liquide s'écoulait à travers la canule, on exerçait une douce pression sur les parois du crâne, puis on appliqua le même bandage que la première fois. A la suite de cette évacuation, le tégument crânien s'est manifestement ridé et les bords osseux de la fontanelle se sont notablement rapprochés. — 16 juillet. L'enfant a été plus chagrin; il a rendu moins d'urine. On prescrit 10 gouttes d'esprit d'éther nitrique, trois fois par jour. — 17 juillet. Il y a augmentation dans la quantité d'urine rendue et l'enfant est revenu à son état ordinaire. — 21 juillet. Il y a aujourd'hui sept jours que l'on a fait la dernière opération; on enlève le bandage et l'on procède à une nouvelle mensuration qui donne les mêmes résultats que la première fois. — 24 juillet. Nouvelle paracentèse, sortie de 372 grammes d'un liquide légèrement jaunâtre, ayant une densité de 1008 et ne différant en rien pour le reste de celui extrait la première fois. Vers la fin de l'opération, l'enfant est saisi d'un frisson, devient pâle et s'évanouit; on le ranime à l'aide de vin et en le réchauf-

fant. Le soir il a complètement repris son aspect habituel. — 25 juillet. L'urine devient rare de nouveau, la nuit a été bonne, mais l'enfant est chagrin et ne cherche plus à prendre le sein. — 26 juillet. La fontanelle est de nouveau tendue, l'urine est rendue toujours en petite quantité, et l'enfant n'a guère dormi la nuit. — 28 juillet. Nuit meilleure; la quantité d'urine est augmentée, mais on a négligé de la conserver. Quant au reste, il n'y a rien de particulier à noter. La mère désire vivement retourner chez elle et d'ailleurs on ne juge pas opportun de faire une quatrième paracentèse. Avant la sortie du petit malade, on mesure de nouveau la tête, dont le volume est absolument le même qu'au jour de l'entrée.

Examen chimique du liquide céphalique, par M. Turner.

Cet examen a surtout pour but de s'assurer, si ce liquide a la propriété de désoxyder l'oxyde bleu hydraté de cuivre, comme fait le sucre de raisins. Avec le premier liquide, la réduction du sous-oxyde s'opère au bout de quelques minutes d'ébullition. Rien de pareil avec le second, bien que l'on fasse plusieurs essais avec le liquide naturel et même fortement concentré par évaporation. Avec le liquide de la troisième ponction, au contraire, la réaction fut encore plus manifeste qu'avec celui de la première. Dans les trois essais, on constata une petite quantité d'albumine précipitée sous forme de légers flocons blanchâtres, par l'action de la chaleur et de l'acide nitrique. Il existait en outre une petite quantité de chlorure de sodium, d'acide phosphorique, de chaux et de magnésie.

Commentaire. — D'après les renseignements qui nous ont été fournis, tout nous indique que deux mois après sa naissance, cet enfant aurait eu une attaque de méningite aiguë de la base, à laquelle il a échappé. C'est de cette période que date le début de l'hydrocéphale, et cette circonstance me ferait supposer que l'exsudat chronique, en comprimant les vaisseaux, serait la cause de l'hydropsie. Je vous ai déjà signalé ce mode d'épanchement consécutif à la méningite aiguë (p. 476) et telle est probablement aussi l'explication de l'accumulation lente du liquide dans le cas présent. En effet, à l'exception de la maladie cérébrale, il n'existe point d'autre affection. Autant que j'ai pu m'en assurer, il n'existe nommément aucune complication tuberculeuse, toujours tant à redouter dans des cas semblables. Quant aux fonctions en général, elle s'accomplissent normalement. La mère est venue nous assurer que la tête de l'enfant grossit tous les jours davantage et il est évident que dans aucun cas, si le soin de la guérison est totalement abandonné à la nature, la vie de cet enfant ne sera nullement à envier. C'est ce qui nous a déterminés à essayer l'effet d'une évacuation du liquide, faite avec prudence. Peut-être la cause qui avait produit l'épanchement cesserait-elle ainsi d'agir, grâce à une diminution de pression. Les 150 grammes de liquide retirés à la première ponction, n'occasionnèrent à l'enfant absolument aucune incommodité. Aussi, encouragés par cette circonstance, à la seconde fois nous allâmes jusqu'à 370 grammes. Pour le coup, le volume de la tête diminua notablement, et nous vîmes le tégument crânien se rider immédiatement après l'opération. La tête fut alors soigneusement recouverte de bandelettes adhésives, à la façon dont M. Barnard l'a recommandé, puis le tout fut encore soutenu par un bandage. Pendant les quelques jours qui suivirent, l'enfant eut un peu plus d'excitation, remplacée bientôt par un peu de stupeur. Celle-ci n'était