

opiniâtre ; le gonflement de la rate, les épistaxis, les taches rosées lenticulaires et les sudamina ne se montrent pas toujours. Le ventre, je vous l'ai dit, peut être creusé en carène au lieu d'être météorisé. La tache cérébrale elle-même, bien que moins marquée dans la dothiéntérie que dans l'encéphalo-méningite, se prononce cependant en quelques cas, de façon à laisser de l'incertitude ; enfin, dans la fièvre typhoïde, la violence du mal de tête peut arracher des cris qui en imposent et font croire à des cris hydrencéphaliques. Dans la fièvre cérébrale seule, la respiration présente cette inégalité, cette irrégularité sur laquelle j'appelle toute votre attention.

Ce symptôme, pour ainsi dire pathognomonique, a une importance d'autant plus considérable que, très-différentes au point de vue du diagnostic, la dothiéntérie et l'encéphalo-méningite le sont bien davantage encore au point de vue du pronostic, du moins chez les enfants.

Vous savez en effet que, pour les jeunes sujets, la fièvre typhoïde, même grave, même compliquée d'accidents cérébraux, est une maladie beaucoup moins sérieuse qu'elle ne l'est pour les adolescents et pour les adultes. Il n'en est plus de même de la fièvre cérébrale. Celle-ci est presque toujours, pour ne pas dire invariablement, mortelle. Dans le cours d'une carrière médicale déjà bien longue, je n'ai vu guérir que deux malades. Une fois dans mes salles de l'hôpital des Enfants ; et, dans ce cas, nous eûmes occasion, à quelque temps de là, de vérifier par l'autopsie le diagnostic que nous avions porté. L'affection aigüe guérit, mais elle guérit en laissant après elle une paralysie, et le malade succombait cinq mois plus tard, atteint d'une dysenterie. A l'autopsie, nous trouvâmes les traces les plus évidentes de l'ancienne affection cérébrale. L'autre cas fut observé chez un enfant que je voyais à Boulogne près Paris, en consultation avec M. Blache.

Ces deux exemples de guérison sont les seuls, je le répète, que j'aie eu le bonheur de recueillir dans ma longue pratique ; et lorsqu'à des faits aussi exceptionnels on a à opposer un si grand nombre de cas où la terminaison a été fatale, on peut bien poser en loi l'incurabilité presque absolue d'une maladie contre laquelle la médecine obtient d'aussi déplorables résultats. Cette proposition sera peut-être taxée d'exagération ; car sans doute vous avez entendu des parents vous dire que leurs enfants avaient été guéris de la fièvre cérébrale ; peut-être même avez-vous entendu des médecins se flatter d'avoir triomphé d'un mal réputé inexorable, tandis que d'autres, au moins aussi expérimentés et aussi habiles, avouent qu'ils ont toujours échoué : c'est que les premiers avaient pris pour une encéphalo-méningite une dothiéntérie accompagnée de phénomènes cérébraux, laquelle guérit le plus ordinairement.

Je reprends la description de la fièvre cérébrale. La troisième période est surtout caractérisée par le retour du mouvement fébrile. Nous avons vu qu'au début il se manifestait par des accès de courte durée, se répétant trois ou quatre fois dans le courant de vingt-quatre heures ; que quelquefois continu avec de fréquentes rémissions, il était toujours assez modéré. Nous avons vu

que, dans la seconde période, le pouls devenait d'une lenteur considérable. Dans la troisième période, il prend une extrême fréquence, allant toujours croissant jusqu'au moment où la mort arrive.

La stupeur devient de plus en plus profonde. Déjà, dans la seconde période, il était bien difficile d'éveiller l'enfant, qui témoignait de son impatience par des grognements, par des cris, et qui pourtant répondait encore aux questions qui lui étaient faites : maintenant il est impossible d'obtenir aucun signe d'intelligence, et c'est à peine si, avec les excitations les plus vives, on parvient à le réveiller. C'est une stupeur bien plus profonde que celle des formes graves de la dothiéntérie ; car, dans celle-ci, il y a ordinairement une agitation notable coïncidant avec les autres signes de l'ataxie : il y a de la mussitation, de la carphologie, un délire tranquille et quelquefois bruyant. Dans la troisième période de la fièvre cérébrale, bien que, au premier abord, l'aspect du malade ne diffère pas très-notablement de celui que l'on observe dans la fièvre typhoïde il y a pourtant un accablement qui témoigne d'une lésion matérielle bien plus profonde de l'encéphale. Il est très-rare qu'alors on constate du délire, tandis qu'il y en a, bien que très-rarement encore, dans la première ou dans la deuxième période.

Les convulsions, qui, quoique rares aussi, surtout chez les malades ayant passé l'âge de quatre ans, s'observent quelquefois au début de la fièvre cérébrale, les convulsions ne se produisent plus, à proprement parler, dans la période apyrétique, ou du moins elles changent de forme ; car s'il survient alors quelque chose qui en rappelle la nature, ce quelque chose est analogue à ce qui constitue le vertige épileptique. Les yeux s'ouvrent brusquement et conservent une singulière fixité. Mais ce mouvement convulsif et partiel se manifeste davantage dans la troisième période, en même temps qu'apparaissent des symptômes de paralysie.

Au début de la fièvre cérébrale nous observons quelquefois du strabisme. Dans ce cas il y a lieu de supposer que ce strabisme, qui coïncide assez ordinairement alors avec des convulsions initiales, tient à un spasme de certains muscles moteurs de l'œil. Mais celui qui apparaît et persiste assez souvent, vers la fin de la seconde période, et presque toujours dans le cours de la troisième, est un strabisme paralytique, s'il m'est permis de me servir de cette locution. Nous avons lieu, messieurs, d'affirmer que, dans ce cas, le strabisme n'est plus spasmodique, parce que nous voyons en même temps survenir des signes bien évidents de paralysie dans les autres muscles animés soit par la troisième paire de nerfs, soit par la sixième. La paralysie de la troisième paire est celle qui s'observe le plus communément ; l'un des yeux s'ouvre moins bien que l'autre, et il est facile de constater que le releveur de la paupière a perdu une partie de sa puissance. Le strabisme et la dilatation des pupilles qui le précède et qui l'accompagne, la gêne dans le mouvement d'élévation de la paupière supérieure, ne sont pas les seuls phénomènes paralytiques qui se déclarent, puisqu'en même temps que les yeux, d'autres parties du corps sont



atteintes. Ainsi, lorsque l'on fait mettre l'enfant sur le dos, et que l'on chatouille alternativement la plante des deux pieds, on voit qu'il retire une jambe plus vivement que l'autre. La motilité est donc affaiblie d'un côté; de ce côté aussi la sensibilité est moindre, car l'enfant ne paraît sentir, du côté paralysé, qu'autant que l'excitation de la peau est plus forte et plus longtemps prolongée. En outre, ceux qui assistent le malade s'aperçoivent qu'il a plus de difficultés à soulever un des bras qu'il laisse immobile le long du corps; et si l'on explore l'état de la motilité et de la sensibilité du membre supérieur, on constate des différences entre l'un et l'autre côté.

Cette paralysie dans la fièvre cérébrale a ceci de remarquable qu'elle semble changer de place d'un moment à l'autre. Un jour, vous vous êtes assuré qu'elle affectait un membre: quand vous chatouilliez le pied droit, par exemple, le malade le retirait plus vivement que le gauche: quelques jours après, en répétant votre exploration, vous êtes surpris de voir que c'est la jambe gauche qui, à son tour, sent et se meut le plus énergiquement. Il semblerait donc que la paralysie ait abandonné les parties qu'elle affectait d'abord pour passer de l'autre côté. Il n'en est rien; le membre primitivement paralysé l'est toujours; mais ce qui cause l'illusion, c'est que cette paralysie est restée là au même degré, quand une nouvelle attaque a frappé l'autre à un degré plus prononcé. La motilité n'est pas revenue dans le premier, elle est seulement plus profondément abolie dans le second. Les lésions que l'on trouve à l'autopsie rendent plus tard raison du fait. Si la paralysie est restée limitée au côté droit, c'est du côté gauche qu'existe la lésion cérébrale; lorsque la paralysie a semblé passer d'un côté à l'autre, la lésion est double, les deux hémisphères sont le siège de la même altération, mais plus étendue et plus profonde dans l'hémisphère du côté opposé à celui des parties du corps qui ont été envahies les dernières. Cette apparente mobilité des symptômes de paralysie appartient plus particulièrement à la fièvre cérébrale.

Ici, messieurs, je dois encore vous signaler un accident qui s'observe assez habituellement dans cette période extrême de la maladie, comme nous le voyons survenir dans les fièvres graves, accident sur lequel j'ai en maintes circonstances et notamment dans nos conférences sur la dothiëntérie, appelé votre attention; je veux parler de ces inflammations graves de l'œil avec fonte de la cornée qui, dans l'encéphalo-méningite comme dans la fièvre typhoïde, reconnaissent pour cause le défaut de clignement. La sensibilité étant éteinte ou tout au moins considérablement affaiblie, les mouvements musculaires ne s'exécutent plus qu'imparfaitement dans les muscles des paupières, celles-ci restent entr'ouvertes, la conjonctive s'enflamme, devient le siège d'une suffusion sanguine considérable; la cornée, constamment exposée au contact de l'air et n'étant plus humectée par les larmes, se sèche, s'altère et finit par se perforer. Cet accident est rare; mais la suffusion sanguine de la conjonctive, avec sécrétion muqueuse assez abondante, se produit presque dans tous les cas.

C'est ici le lieu de vous parler, messieurs, du secours que l'ophthalmo-

scopie apporte en certains cas au diagnostic de la fièvre cérébrale. Vous savez qu'on peut rationnellement considérer l'œil comme un prolongement du cerveau, et l'orbite comme une cavité accessoire du crâne. La rétine, c'est le nerf optique étalé sous forme de membrane; la choroïde, ou membrane vasculaire, est un prolongement de la pie-mère; enfin, on peut trouver dans la membrane de Demours et celle de l'humeur vitrée, l'analogue de l'arachnoïde, comme dans la sclérotique et la cornée transparente, l'analogue de la dure-mère; le tout modifié pour les besoins de la fonction visuelle. Quoi qu'il en soit de ces considérations d'anatomie transcendante, qu'autorisent les recherches de l'embryogénie, le fait est que la rétine se continue directement avec le nerf optique, comme celui-ci avec la bandelette correspondante. Nous allons voir ce qui peut en résulter dans la fièvre cérébrale.

Le chiasma et une partie des bandelettes optiques sont enveloppés, dans une certaine étendue, par les membranes cérébrales qui les séparent des os du crâne; il est bien évident qu'alors si l'inflammation occupe cette partie des méninges, les nerfs optiques, et par suite les rétines, en subiront des modifications corrélatives. Quand l'inflammation occupe la base du cerveau et que les méninges sont infiltrées tout le long des scissures de Sylvius et à l'entour du chiasma, si l'exsudation plastique est abondante et dure depuis un certain temps, les enveloppes du chiasma et des nerfs optiques s'injectent, s'enflamment; en d'autres termes, il y a *périnévrite*: alors la papille s'injecte à sa circonférence, et il y a une infiltration séreuse du nerf optique. Que si la phlegmasie est plus intense et se propage jusqu'à la substance du nerf lui-même, il existe alors une *névrite*. Dans ce cas, l'infiltration n'est pas seulement séreuse, mais plastique, et les éléments du nerf se désorganisent assez rapidement.

Voici maintenant ce qu'apprend l'examen à l'ophtalmoscope, et les détails que je vais vous donner, je les emprunte surtout à l'excellent travail du docteur Xavier Galezowski (1): par suite de l'infiltration dont elle est le siège dans la *névrite*, la papille change nécessairement de volume, de forme et d'apparence. Elle devient ainsi beaucoup plus large qu'à l'état normal; ses contours, très-mal accusés, sont fortement boursoufflés, infiltrés par une exsudation séreuse qui donne à toute la papille ou à sa partie excentrique seulement, un aspect trouble et une teinte d'un gris rougeâtre ou d'un gris blanchâtre. Plus tard, la papille est tout à fait opaque; elle est visiblement voilée par une substance d'un gris violet, qui se répand comme un voile tomenteux sur la papille et sur la partie adjacente de la rétine.

Vous comprenez, messieurs, que ce voile n'est autre chose que la matière plastique, fibrineuse, plus ou moins colorée par l'hématine et rendue perceptible par l'ophtalmoscope. Ce n'est pas tout: le disque optique est forte-

(1) X. Galezowski, *Étude ophtalmoscopique sur les altérations du nerf optique et sur les maladies cérébrales dont elles dépendent*. Paris, 1866, thèse de doctorat.



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

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

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

Il est bien évident, par tout ce que je vous ai dit déjà, que, pour que les lésions que je viens de vous décrire soient observées, il faut qu'il y ait inflammation des méninges, non-seulement à la base du cerveau, mais encore au niveau du chiasma des nerfs optiques; et que, pour qu'il y ait obstacle au retour du sang veineux, il faut qu'il y ait compression des veines intra-crâniennes, c'est-à-dire une exsudation à la base du cerveau; par conséquent, la méningite simple, qui siège souvent à la convexité des hémisphères, n'entraîne pas, dans ce dernier cas, les désordres dont je viens de parler, et l'ophtalmoscope ne révèle rien d'anormal dans la papille. De sorte que lorsqu'on trouve les lésions caractéristiques de la névríte ou de la périnévríte optique, on doit plutôt conclure à une méningite tuberculeuse, avec exsudation à la base du cerveau, qu'à une méningite simple. Mais n'y a-t-il que la méningite tuberculeuse qui puisse entraîner de pareils désordres? La dothiémentérie, qu'il serait si important de différencier de la méningite, ne peut-elle pas produire ces lésions? Je suis obligé de vous dire que la fièvre typhoïde est capable, elle aussi, de provoquer des méningites basillaires susceptibles de faire naître consécuti-

vement des névrites ou des périnévrites optiques. Ainsi l'ophtalmoscopie ne rend pas ici les services que certains auteurs ont dit qu'elle devait rendre: elle démontre seulement une inflammation exsudative de la base du cerveau et de ses enveloppes, une gêne de la circulation intra-papillaire et rétinienne, mais ces phénomènes peuvent tenir à une fièvre cérébrale aussi bien qu'à une dothiémentérie. Telle est la conclusion à laquelle est arrivé M. Galezowski. Cependant, si l'on considère que la méningite est rare après tout dans la dothiémentérie, surtout une méningite exsudative assez considérable pour provoquer les désordres matériels que je vous ai signalés, on est autorisé, quand on les constate, à croire bien plus à l'existence d'une fièvre cérébrale qu'à celle d'une fièvre typhoïde.

Je reviens aux convulsions. Rares, ainsi que je vous le disais dans la première période de la maladie, se présentant ordinairement dans la seconde sous la forme du vertige épileptique, elles reparaissent dans la troisième, où elles jouent un rôle considérable. Tantôt ce sont des convulsions internes, tantôt ce sont de grandes attaques d'éclampsie. Si l'on considère un enfant arrivé à cette phase de la fièvre cérébrale, on voit à certains moments son visage grimacer, ses yeux renversés en haut, portés en dedans, agités de petites oscillations; il a comme du mâchonnement. En examinant ce qui se passe du côté des membres, on voit le pouce se plier et se porter dans la paume de la main ou sur les doigts également fléchis; puis à cette contracture succède un relâchement complet. Ces convulsions presque exclusivement toniques, qui se succèdent quelquefois pendant des heures entières, surviennent non-seulement dans les membres et dans le visage, mais attaquent aussi les muscles du larynx, le diaphragme, et gênent singulièrement la respiration.

A mesure que la maladie approche du terme fatal, les accidents convulsifs se généralisent et revêtent la forme des graves attaques d'éclampsie. Ils se répètent toutes les heures, toutes les demi-heures, plus souvent même, et c'est généralement après une de ces attaques que l'enfant succombe dans un état de demi-asphyxie. En d'autres cas, la mort arrive au milieu d'un coma profond, et le tremblement des membres, les soubresauts de tendons, la carphologie sont les phénomènes ultimes d'une agonie qui se prolonge plus ou moins longtemps.

Bien souvent, messieurs, nous voyons s'arrêter cette effrayante série de symptômes, et le malade qui, depuis plusieurs heures, plusieurs jours, était dans un état tel, que nous attendions la mort à chaque instant, semble tout à coup se reprendre à la vie. Il s'éveille, reconnaît ou semble reconnaître les personnes qui l'entourent, leur répond, leur parle; et il faut la triste habitude de cette terrible maladie pour ne pas partager les espérances que cette lueur de mieux a fait naître dans le cœur d'une pauvre mère; il faut un grand courage de la part du médecin pour tempérer cette joie qu'il ne peut partager, et qui, dans quelques heures, va être remplacée par un deuil si cruel.

Que de fois, messieurs, j'ai été accueilli presque par les embrassements



d'une famille heureuse ; que de fois j'ai été forcé de répondre à ces transports d'espérance par des paroles qui laissaient voir mes tristes pressentiments ! J'avoue pourtant que, dans les premières années de ma carrière médicale, je n'ai pu me défendre moi-même d'espérer, en présence de cette amélioration si extraordinaire.

Que vous dirai-je, maintenant, messieurs, du *traitement* d'une maladie dont le pronostic est aussi fatalement grave ? Bien des médicaments ont été employés pour la combattre ; pour ma part j'ai essayé une foule de remèdes, tous ont échoué, et dans ces deux cas de guérison que je vous citais comme deux exceptions trop rares pour qu'elles puissent en rien changer la règle générale, c'est à la nature et non à l'art que doit en être attribué l'honneur.

Les purgatifs, le calomel à hautes doses ou administré à doses fractionnées suivant la méthode de Law, l'iodure de potassium dont M. le docteur Otterburg annonçait avoir obtenu de bons effets, les larges vésicatoires appliqués sur le cuir chevelu entièrement rasé, les affusions froides, la glace constamment maintenue sur la tête, que sais-je encore ! j'ai tout mis en usage et toujours avec aussi peu de succès. Découragé de mes inutiles tentatives, j'ai comparativement traité des malades par des moyens énergiques et laissé les autres à l'expectation ; or, je dois avouer que la terminaison funeste m'a paru arriver plus rapidement chez les premiers que chez les seconds.

Cependant, quelque convaincu que je sois de mon impuissance, je ne saurais me décider à rester absolument inactif ; quoique, instruit par une longue expérience, je sache que mes efforts seront infructueux, je cherche encore à lutter ; mon intervention aura du moins pour résultat de ne pas enlever brutalement toute espérance à ceux qui entourent le malade, de soutenir leur courage, de ne pas leur laisser le regret de n'avoir rien fait pour sauver celui qu'ils confient à mes soins. Mais, convaincu aussi que les médications trop énergiques épuisent plus promptement la source de la vie, je cherche à faire le moins de mal possible, puisque je ne puis pas faire le bien.

Le calomel à très-faibles doses, et plutôt comme purgatif que comme altérant, le musc suspendu dans du sirop d'éther, les boissons antispasmodiques, sont les remèdes bien simples auxquels j'ai maintenant recours quand je suis libre d'agir. En même temps je nourris le malade, et je considère une légère alimentation comme le meilleur moyen de prolonger ses jours un peu davantage.

Quand, à l'autopsie, on a constaté la nature des *lésions anatomiques* de la fièvre cérébrale, on comprend l'inexorable gravité du pronostic, et comment le médecin se trouve désarmé.

Voici, messieurs, le cerveau de l'enfant qui a été l'occasion de cette leçon. A la base, au niveau du *chiasma* des nerfs optiques, derrière cet entrecroisement, les méninges épaissies sont infiltrées d'une matière fibro-plastique purulente. Cette infiltration ne s'étend pas aux enveloppes de l'encéphale au niveau des scissures interlobaires, où cependant elle est habituellement très-prononcée. Fait assez peu ordinaire aussi, nous ne rencontrons nulle part

ni tubercules, soit en masse, soit disséminés, ni ces granulations grisâtres opalines, de grosseur variable, qui ne dépassent pas habituellement le volume d'un grain de semoule.

En faisant une coupe de ce cerveau, nous arrivons dans les ventricules latéraux qui contiennent une certaine quantité de sérosité un peu trouble. Les grands centres, la voûte à trois piliers, le septum médian, le corps calleux, le plancher des ventricules, sont dans un état complet de ramollissement ; la substance cérébrale est réduite en bouillie.

J'ai fait apporter ici les *poumons*, et nous ne trouvons aucune trace de lésions tuberculeuses, ni dans leur parenchyme, ni dans les ganglions bronchiques, pas plus que nous n'en avons trouvé dans les ganglions mésentériques. Sous ce rapport, cette observation est une exception à la règle, car, — je parle de ce qui s'observe chez les enfants, — sur trente malades qui succombent à la fièvre cérébrale, vingt-neuf fois l'examen nécroscopique révèle la présence de ces altérations tuberculeuses qui font ici défaut.

Cela me semble prouver une fois de plus que la fièvre cérébrale, dite primitive, c'est-à-dire se déclarant chez des individus non tuberculeux, ne se comporte pas autrement que chez ceux qui le sont. Il n'y a de différence que dans les prodromes. On comprend en effet que le développement plus ou moins rapide des granulations, des masses tuberculeuses des méninges, se traduise par des symptômes particuliers qui constitueront la période prodromique de la fièvre cérébrale, au même titre que le développement des granulations du péritoine ou de la plèvre s'annoncera par quelques accidents particuliers ; mais quand survient une péritonite ou une pleurésie aiguë, la présence de ces granulations n'a pas d'influence sur les symptômes de la première période de l'affection ; elle en aura seulement sur l'issue de la maladie. Il faut dire toutefois que la présence des granulations et des tubercules dans les méninges, est une cause d'appel fluxionnaire tellement puissante du côté de l'encéphale, que tôt ou tard les enfants doivent succomber à l'inflammation dont cet appel fluxionnaire sera l'expression la plus élevée.

Si je refuse à la fièvre cérébrale le nom de méningite, c'est que l'affection des méninges ne me paraît occuper qu'un rang assez secondaire. Les lésions des enveloppes de l'encéphale cèdent de beaucoup le pas aux altérations anatomiques profondes qui ont leur siège dans le cerveau lui-même, à ce ramollissement qui détruit la voûte à trois piliers, le septum lucidum, le corps calleux, les couches optiques, la partie postérieure des lobes cérébraux, dans une étendue plus ou moins considérable. Or, s'il faut désigner la maladie d'après les lésions organiques qui la caractérisent, le nom d'*encéphalo-méningite* est celui qui lui conviendrait alors.