graves accidens : aussi avais-je engagé Pochelot à revenir dans mon service dès qu'il retomberait malade.

En effet, Pochelot ayant essayé, aussitôt après sa sortie, de reprendre les travaux de son état de carrier, qui exige, il est vrai, de grands efforts, se sent oppressé, sans forces; il éprouve des palpitations. Il rentre donc à l'hôpital le 10 mai, cinq jours seulement après en être sorti. Nous constatons de nouveau l'existence des signes caractéristiques de l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte. De plus, symptômes locaux et généraux, propres aux maladies du cœur. Ces symptômes vont s'aggravant sans cesse. Œdème des extrémités. Anasarque. Ascite manifeste. Mort le 11 juin (environ deux mois après l'invasion de la bronchite et de l'aorto-endocardite que l'autopsie démontra, et qui, sans aucun doute, était née en même temps que la bronchite, à en juger par les signes d'insuffisance valvulaire obtenus dès les premières journées de la maladie).

Autopsie. — Cœur incontestablement hypertrophié. On le coupe par le milieu, et l'on voit l'eau versée dans l'aorte s'écouler par le ventricule. Les valvules mitrales sont intactes. L'endocarde est sain partout, sauf aux valvules sigmoïdes aortiques. Celles-ci sont rouges, épaisses et raccourcies comme si elles se fussent retirées vers leur bord adhérent. Au-dessus de ces valvules, la membrane interne de l'aorte est elle-même rouge; elle paraît considérablement épaissie, et rugueuse en raison d'exsudations plastiques, qui se présentent sous une forme très irrégulière et comme ayant été troublées dans leur formation par le choc continuel de l'ondée sanguine. Puis l'épaississement et la rougeur de cette membrane interne s'étendent dans l'aorte jusqu'aux environs du tronc cœliaque.

Ces pièces anatomiques furent montrées par moi à la Société de Médecine de Paris, ainsi que je l'ai déjà dit (616). Quoiqu'ayant séjourné depuis plusieurs jours dans l'alcool, elles furent jugées, de l'aveu à peu près unanime des membres présens à la séance, comme le résultat le plus manifeste d'une inflammation aiguë de l'aorte et des valvules sigmoïdes. On s'accorda pareillement avec moi dans la pensée que les phénomènes d'insuffisance valvulaire avaient été dus à cette inflammation même, et rien qu'à cette inflammation.

ARTICLE XXXVII.

ENCÉPHALITE.

(Modern., — de Ἐγκέφαλος, encéphale.)

618. *Bibliographie.* — Entre l'inflammation de l'encéphale même et celle des méninges qui le recouvrent, il y a, ainsi que nous l'avons déjà bien reconnu (560), tant de points de contact, voire même, il faut le dire, encore un coup, tant de points de confusion dans l'état actuel de la science, que je dois renvoyer tout d'abord les lecteurs à la bibliographie de la méningite (557), par la même raison que, dans le courant de cet article, je n'aurai, sous une foule de rapports, qu'à les renvoyer à l'histoire de la méningite encéphalique (art. XXXI, § Ier), histoire où, comme de raison, je n'ai pu moins faire que d'anticiper souvent sur celle de l'encéphalite.

Toutefois, il me paraît nécessaire d'ajouter ici, en ce qui touche plus particulièrement à l'encéphalite même, l'indication des auteurs qui suivent.

DUCROS. *Essai sur la céphalite ou inflammation du cerveau.* Th. inaug. Paris, 1812, n° 106.

ROSTAN. *Recherches sur une maladie encore peu connue, qui a reçu le nom de ramollissement du cerveau.* Paris, 1823, 2e édition, in-8°.

ANDRAL. (*Clin. méd.* — t. V.) — Livre II, ordre IIIe, *Observations sur le ramollissement des hémisphères cérébraux* (p. 373-574); — livre III, sect. II, *Observations sur le ramollissement du cervelet* (p. 660-80); — livre III, sect. III, observ. Ire (p. 681-7. — *Kyste rempli de pus, au centre de l'hémisphère gauche du cervelet. Douleur au bas de l'occiput. Paralysie avec contracture des membres droits. Convulsions par intervalles. Intelligence libre.*)

DAVEAU. *Dissertation sur la paralysie générale, observée à Charenton.* Th. inaug. Paris, 1830, n° 79.

LALLEMAND. — (*Recherches anatomico-path. sur l'encéphale et ses dépendances.*) — Voir principalement les lettres I, II, III, IV, V et VI.

CALMEIL. — (Dans le *Répertoire*, — t. XI. — Art. *Encéphale.*) — § III, *Encéphalite diffuse* (Céphalo-méningite aiguë); — § IV, *Encéphalite locale*; — § V, *Abcès du cerveau.* — (pag. 491-556). — (*Ibidem*, — t. XXIII. — Article *Paralysie.*) Pages 133-58, *Paralysie générale des aliénés* (Péri-encéphalo-méningite chronique diffuse).

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) Livraison XXXIII, planche 3, *Abcès du cerveau.*

DURAND-FARDEL. *Recherches anatomico-pathologiques sur l'infiltr. sanguine et l'inflamm. aiguë du cerveau.* Thèse inaugurale déjà citée (248).

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium de méd. prat.*, — t. III, p. 263 — 311.) — Article *Encéphalite.*

619. *Nosologie* — A. Synonymes :

α. Au point de vue strict de la seule inflammation du parenchyme encéphalique : *Cephalitis*, de Sauvages (class. III, *Phlegmasiæ*, gen. XIX); Céphalite de Pinel (class. II, genr. XXXVII); — *Sphacelismus*, de Linné, XXXIIe genre de son *Genera morborum*, ordre des *Maladies phlogistiques parenchymateuses* (voir n° 66), d'après les termes hippocratiques de Σφάκελος et Σφακελισμὸς ἐγκεφάλου (voir l'*OEconomia* de Foës, art. Σφάκελος), lesquels termes, très certainement, servaient à représenter, non pas tant la gangrène, que le ramollissement inflammatoire de l'encéphale, ainsi que beaucoup de nos devanciers, entre autres Amatus Lusitanus (centuria I, curatio IX), les ont effectivement entendus.

β. Sous divers points de vue déjà exposés à propos de la méningite encéphalique : — *Phrenitis* des anciens et de Cullen (561. A. α); Fièvre cérébrale (561. A. γ); Hydrocéphale aiguë ou Maladie cérébrale des enfans (561. A. δ — et ε); Calenture des marins (561. A. ζ).

γ. Sous le point de vue des nosographes symptomatistes, et notamment en ce qui touche aux cas chroniques : Folie, Aliénation mentale, Démence, etc.; — Paralysie générale des aliénés, ou Paralysie générale chronique.

B. Nul doute qu'en théorie, et sous le rapport pur et simple de l'anatomie pathologique, on ne soit rigoureusement en droit de poser autant d'espèces d'encéphalite qu'il y a, dans l'encéphale, de parties distinctes, qui peuvent être, en effet, chacune à leur tour et selon le cas, le siége exclusif des phénomènes inflammatoires. On peut, par exemple, poser d'une part l'inflammation du cerveau, et, d'autre part, celle du cervelet (*Cephalitis cerebelli*, de Sauvages, *gen. cit.*, sp. 8). Bien plus, dans le cerveau proprement dit, on peut très bien distinguer, anatomiquement parlant, l'inflammation du lobe antérieur, celle de la couche optique, celle du corps strié, etc. Pourquoi pas, même, l'inflammation de la glande pituitaire (*Cephalitis Littriana*, de Sauvages, *ibid.*, sp. 5)? L'illustre nosographe de Montpellier avait bien eu la complaisance de consacrer dans son ouvrage cette espèce-là, sur la foi du célèbre anatomiste Littre, qui trouva, dans une autopsie, la glande pituitaire enflammée, dure, rouge, deux fois plus grosse que d'ordinaire, et contenant du pus, et prétendit même assigner à cette inflammation des symptômes caractéristiques. (*Observation sur la gl. pituit. d'un homme.* Dans *Histoire et Mémoires de l'Académie royale des sciences*, année 1707, pag. 125-40). Faut-il remarquer que, dans le livre de Sauvages, au lieu de la glande pituitaire, c'est la glande pinéale qui est accusée, sans doute par un *lapsus calami*, ou plutôt par une faute typographique? Ce n'est donc pas d'hier, on le voit, que datent les vaines prétentions de localisation rigoureuse et de raffinemens diagnostiques en fait de maladies cérébrales. Seulement aujourd'hui ces prétentions se portent sur d'autres points du cerveau, voilà tout. Nos contemporains ne songent guère à la glande pinéale. Mais tel ou tel d'entre eux affirme hardiment que l'inflammation des lobes antérieurs du cerveau a des symptômes caractéristiques et bien tranchés; que celle des couches optiques a les siens, etc. Et pourtant, jusqu'à présent, en bonne conscience, tous les systèmes établis sur quelques faits particuliers dans le but d'assigner une symptomatologie spéciale et caractéristique à l'inflammation de telle ou telle partie de l'encéphale, se sont trouvés faux et de mauvais aloi devant le contrôle d'une observation impartiale et sévère; ils se sont écroulés sous la masse des faits négatifs qui ne tardaient pas de se produire et de s'accumuler de jour en jour. Il semblerait, au moins, que l'inflammation d'une partie aussi distincte, aussi franchement séparée d'avec le reste de l'encéphale que le cervelet, dût constituer une maladie particulière des mieux tranchées, une maladie *sui generis*, avec des symptômes, une marche et des terminaisons qui lui fussent propres. Il n'en est rien cependant, en tant que nous contemplons toutes les données de la science actuelle. Bien entendu que je ne veux point désespérer de la science à venir. Mais jusqu'ici il a été impossible de faire à l'inflammation cérébelleuse sa juste et légitime part dans la sphère de la symptomatologie; tant se montrent disparates, sous le rapport des symptômes, les cas où l'autopsie vient à constater l'existence de cette inflammation! Ainsi, par exemple, lorsque Sauvages posait la *Céphalite du cervelet* en espèce nosographique à part, c'était d'après le fait que voici (fait observé sur la personne d'un soldat, en 1757, par un nommé Privat, médecin à Alais) : — « La » maladie avait commencé par une GRAVE CÉPHALALGIE; ensuite le ma- » lade était tombé dans un ASSOUPISSEMENT CAROTIQUE très profond, » où, gisant en supination, les yeux ouverts et fixes, avec un pouls égal, » fort, et paraissant normal comme la respiration elle-même, avec une » CARPHOLOGIE continuelle, il mourut au bout de cinq jours, à dater » depuis l'invasion de l'assoupissement. A l'ouverture du crâne, on ne » trouva rien autre chose qu'un abcès, de la grandeur d'une aveline, » dans le cervelet. » (Sauv., *loc. cit.*) D'un autre côté, voici une observation d'inflammation et de suppuration du cervelet qui s'est offerte à moi dans mon service de l'Hôtel-Dieu annexe (en 1840, internat de M. Charles Léger), et dans laquelle il n'y eut ni délire ni coma : — Catherine Fossety, âgée de trente-trois ans, entre à notre hôpital le 16 septembre (salle Sainte-Cécile, n° 8). Constitution robuste, menstruation parfaitement régulière. Depuis un temps très long, que la malade ne saurait déterminer, mais qu'elle fait remonter à plusieurs années, il y a une otite de l'oreille gauche : cette oreille-là est sourde, et, de plus, elle est le siége de douleurs continuelles et d'un écoulement

purulent. Tout récemment, Catherine F*** avait été traitée à l'hôpital de la Charité, pour une exacerbation excessive, disait-elle, de ses douleurs d'oreille. Elle était sortie, après avoir obtenu un certain amendement de son mal. Elle réclame de nouveau les secours de l'hôpital, parce que les douleurs sont redevenues depuis quelques jours très aiguës et véritablement intolérables. Ces douleurs ne se font pas sentir seulement dans la région de l'oreille, mais s'étendent jusque dans la région occipitale. Gémissemens continuels. Insomnie opiniâtre. La malade a crié toute la nuit. Lorsqu'elle se lève, comme pour échapper à son mal par le mouvement et l'agitation, elle marche d'un pas très assuré. Elle a, comme on dit, toute sa tête. Point de fièvre. (*Sangsues derrière l'oreille gauche, à plusieurs reprises, et chaque fois en grand nombre; opiacés*, etc.) Les douleurs persistent. Point de délire, point de phénomènes paralytiques ou convulsifs, point de coma. La perte de connaissance n'arrive qu'avec l'agonie. La mort eut lieu le 20 septembre, c'est-à-dire le cinquième jour que la malade était entrée à l'hôpital. *Autopsie cadavérique :* carie du rocher; destruction complète de la cavité tympanique, ainsi que du labyrinthe; nulle trace du limaçon et des canaux demi-circulaires : fusée de pus entre la dure-mère et le rocher, sur la face postérieure de cet os; traînée manifeste d'altérations inflammatoires sur les méninges; dans le lobe gauche du cervelet, très près de la surface extérieure, un abcès de la grosseur en viron d'un œuf de pigeon; tout autour de l'abcès, infiltration purulente; la substance cérébelleuse, dans tout le reste de ce lobe, est convertie en une bouillie grisâtre. — Eh bien, en fouillant dans les archives de l'art, et à ne prendre, même, que les observations qui présentent les meilleures garanties d'authenticité, rien de plus facile, assurément, que d'opposer par grandes masses les citations de faits aussi dissemblables entre eux que ceux que je viens de rapporter. Toutefois, l'avouerai-je? je suis fort porté à croire que le véritable type de l'inflammation du cervelet, sous le rapport des symptômes, est dans l'exemple observé par moi, et non dans le cas raconté par Sauvages; je suis fort porté à croire que cette inflammation, par elle-même, ne peut ni causer le délire, ni produire un état comateux ou carotique; et que, si de tels symptômes se sont parfois montrés dans les cas où elle existait, ils étaient dus alors à un ébranlement sympathique du cerveau même, du cerveau proprement dit, si ce n'est même à une inflammation réelle, dont les vestiges anatomiques étaient nuls ou équivoques, ou bien ont été méconnus par l'observateur, tout évidens qu'ils auraient pu être pour un observateur plus instruit ou plus attentif. Mais, après tout, ce n'est là qu'une présomption bien moins fondée sur l'observation clinique et nécroscopique que sur des inductions physiologiques; ce n'est pas là une

thèse qui me paraisse être susceptible d'une démonstration rigoureuse, et avoir le moindre droit d'être posée en dogme classique. En définitive, donc, la seule distinction sur laquelle il faille insister sous le rapport du siége en fait d'encéphalite, la seule qui soit importante dans l'intérêt de la pratique telle que la permettent les données positives de la science, c'est la distinction, d'ailleurs généralement admise, entre l'encéphalite diffuse et l'encéphalite locale : je dis 1° l'*encéphalite diffuse*, laquelle occupe tout ou grande partie de l'encéphale, et notamment des deux hémisphères cérébraux; 2° l'*encéphalite locale*, qui s'entend d'un foyer d'inflammation plus ou moins étroitement limité dans l'un de ces hémisphères (car il paraît bien constant qu'un foyer isolé d'inflammation dans l'un des lobes du cervelet est un cas rare, relativement à la fréquence des inflammations cérébrales).

C. Les phénomènes que l'encéphalite peut produire à titre de symptômes plus ou moins caractéristiques ne sont autres que ceux-là mêmes que nous avons vus à pareil titre figurer dans la description de la méningite (563. A. et C.). Ce sont la céphalalgie, les troubles et la perte des divers sens, le délire, les paralysies, les convulsions, les contractions tétaniques, et enfin le coma ou le carus. Ces symptômes, au surplus, se présentent, selon les cas, en combinaisons diverses, avec divers modes de manifestation successive, avec ou sans réaction fébrile et autres symptômes généraux, et suivant une marche sur-aiguë, subaiguë ou chronique. Cela dit et reconnu en thèse générale, je crois nécessaire, en outre, d'indiquer particulièrement, entre les diverses formes de maladie qui appartiennent ou sont prétendues appartenir à l'encéphalite, quelques unes des plus ordinaires, et, partant, des plus importantes : c'est là l'objet des propositions qui vont suivre.

α. La *fièvre cérébrale* (561. A. γ. — 563. B. — et 566. A.), — cette maladie terrible, que j'ai déjà signalée à propos de la méningite, et que j'ai particulièrement décrite en tant que maladie des enfans, qui, en effet, lui paient un si large et si pénible tribut, — la fièvre cérébrale, dis-je, n'est dans bon nombre de cas, sans le moindre doute, rien qu'une forme aiguë de l'encéphalite diffuse, rien qu'une encéphalite et pas autre chose, mais une encéphalite qui n'en arrive pas, il faut le dire, jusqu'à produire et à laisser dans le cerveau des empreintes décidément caractéristiques, des empreintes faites pour démontrer incontestablement lors de l'autopsie, par elles-mêmes et sans la considération rétrospective des phénomènes observés sur le vivant, la nature inflammatoire de la maladie. Il y a plus : puisqu'en pareille occurrence la maladie se montre foncièrement la même dans ses symptômes et dans sa marche que lorsque l'autopsie constate l'existence d'une hydrencéphale ou d'une méningite, force est d'en conclure avec Abercrombie (557),

avec Georget (560), et beaucoup d'autres auteurs excellens, que, même dans les cas de cette dernière sorte, l'hydrencéphale et la méningite sont des circonstances accessoires, et que l'inflammation du parenchyme encéphalique constitue le fond principal de la maladie. C'est là une opinion des plus fermement établies dans mon esprit. D'autant plus que, chez quelques sujets où j'avais réussi, à l'aide d'un traitement énergique, à vaincre la violence d'une fièvre cérébrale, où le retour de la raison, la chute de l'appareil fébrile, l'appétit et autres heureux signes semblaient prouver le franc déclin de la maladie et presque la convalescence, j'ai vu ensuite se développer et marcher d'une façon assez rapide cet ensemble symptomatique communément nommé *Paralysie générale des aliénés*, que je vais tout-à-l'heure enregistrer expressément sous une dénomination plus exacte (γ), qui est aujourd'hui unanimement reconnu comme le résultat d'une encéphalite diffuse chronique, et qui, en effet, chez les sujets en question, était, ainsi que l'autopsie le fit voir, liée aux altérations caractéristiques de cette affection. Témoin, entre autres, le fait suivant récemment observé dans mon service de l'Hôtel-Dieu annexe (salle Saint-Antoine, n° 14, année 1843, internat de M. Émile Chauffard) : — Louis-Augustin Lemenne, âgé de vingt-six ans, menuisier, entre à l'hôpital le 16 avril. Il était, disait-il, tombé malade ce jour-là même. Nous avons su depuis, par sa femme, venue d'Orléans, où il l'avait abandonnée, que quelque temps avant l'invasion de cette maladie il s'était dérangé de son train de vie ordinaire, et n'avait cessé de se livrer à la fainéantise, à l'ivrognerie et aux excès de libertinage. Quoi qu'il en soit, les symptômes présentés par Lemenne étaient tels que, le lendemain même de son entrée, le 17 avril au matin, je diagnostiquai une fièvre cérébrale, autrement dit, une encéphalite ou une méningo-encéphalite : diagnostic que, par malheur, l'autopsie n'a que trop bien justifié. Les symptômes principaux étaient, en effet, ceux que voici : décubitus dorsal; immobilité; face grippée et presque hippocratique; pupilles très dilatées; prostration des forces; céphalalgie atroce; cris et gémissemens continuels; tête ramenée en arrière, avec raideur du cou et même de toute la colonne vertébrale (léger degré d'opisthotonos); insomnie; du reste, ni délire, ni phénomènes de paralysie musculaire, ni perte d'aucun des cinq sens; pouls rare (55 pulsations par minute), et faible chaleur fébrile. Ce ne fut que le surlendemain, le 18, que se déclara un délire bruyant. Traitement : le 16, saignée de trois palettes, cinquante sangsues à la partie interne des cuisses; seize décigrammes de calomel, en huit doses, à prendre toutes les deux heures; le 17, nouvelle saignée de trois palettes, seize décigrammes de calomel; quatre-vingt-dix grammes de sirop d'extrait gommeux d'opium, à prendre dans

la journée par doses réfractées, comme le calomel; le 18, cent dix sangsues derrière les oreilles, seize décigrammes de calomel, cent vingt grammes de sirop d'opium. Les jours suivans, jusqu'au 23 avril, calomel et opium, suivant le même mode d'administration et aux mêmes doses. Stomatite et salivation à peu près nulles malgré cet énorme emploi du calomel; quelques effets purgatifs. Enfin, le 23 avril, une amélioration notable commença de se montrer dans l'état du malade : plus de délire. Je diminue progressivement la prescription du sirop d'opium; j'accorde des bouillons et des potages. L'amélioration va continuant jusqu'au 10 mai, où le malade mange une portion (nouveau régime alimentaire des hôpitaux de Paris). Le 15 mai, deux portions. Le malade, qui parle raisonnablement, qui se lève et marche, présente toutefois une grande lenteur de compréhension, un extrême affaiblissement de la mémoire, quelques douleurs sourdes dans la tête, une parole pénible et embarrassée, une diminution manifeste de la sensibilité cutanée. Le 30 mai, recrudescence de la céphalalgie; diminution de l'appétit, dévoiement, fièvre, subdelirium. Soixante grammes de sirop d'opium par jour : rien que des bouillons pour nourriture. Le 8 juin, la recrudescence de la maladie s'est apaisée; mais il y a toujours une torpeur considérable de la sensibilité, de l'intelligence et de la mémoire. Un séton à la nuque : une portion. Dès lors, l'état du malade, au lieu de s'améliorer, empire de jour en jour. La fièvre hectique s'établit. L'ouïe devient de plus en dure. La sensibilité, l'intelligence et la contractilité musculaire vont s'affaiblissant davantage. Excrétion involontaire des urines et des matières stercorales. Le 11 juillet, le malade tombe dans le coma. Mort le 16 juillet. — *Autopsie.* Traces évidentes d'une méningite de date déjà un peu ancienne : exsudation fibrineuse déjà concrète et ferme le long de quelques circonvolutions de la partie inférieure et latérale du cerveau, et surtout le long de la scissure de Sylvius. Les ventricules contiennent une grande quantité de sérosité, environ un verre et demi, avec quelques flocons de pus. Le septum lucidum, la voûte à trois piliers, les couches optiques, les corps striés, en un mot tout le plancher inférieur des ventricules latéraux présentent un ramollissement complet, ramollissement blanc sans injection : on dirait de la bouillie. Aucun autre vice organique dans les autres viscères du corps.

6. Les *convulsions subites de la première enfance* qui surviennent avec perte de connaissance, à l'improviste et sans symptômes cérébraux précurseurs (*Eclampsie* de plusieurs auteurs, d'après Sauvages, class. IV, *Spasmi*, gen. XVIII, *Eclampsia*), convulsions si fréquentes surtout dans les deux premières années de la vie, convulsions qui se présentent tantôt comme seul et unique mal au milieu d'une santé florissante, tantôt à titre de complication dans le cours de quelque affection aiguë