

se fait guère attendre : quelques heures c'est la règle, quelques jours c'est l'exception ; au reste dans ces cas graves la température est toujours élevée comme nous venons de le voir. Un phénomène qui accompagne les contractures, et se montre même souvent avant elles, est l'exagération des reflexes tendineux.

Un autre symptôme qui peut vous être utile pour formuler ce diagnostic et le pronostic est la déviation conjuguée des yeux et de la tête qui se fait le plus souvent dans la direction du foyer ; ce symptôme est lié à l'atteinte du lobe pariétal et lorsqu'il existe il est d'un mauvais augure : même si la température est peu élevée, si la déviation conjuguée est persistante on devra hésiter à porter un pronostic favorable. Cette déviation peut être utilisée non seulement comme facteur de gravité mais encore dans les cas où la survie a lieu, pour indiquer de quel côté siégera la paralysie qui accompagne si souvent l'hémorragie ou le ramollissement cérébral. Si comme on l'a dit : « le sujet regarde sa lésion » l'hémiplégie sera à gauche s'il regarde à droite et vice versa. Charcot a décrit un autre signe de gravité, ce qu'il appelle le décubitus malin aigu, débutant du 2^o au 4^o jour à la région fessière du côté paralysé par une tache rouge qui, en quelques jours, aboutit à des escharres gangreneuses brunâtres sèches ; la formation de ce décubitus, moins précoce que la déviation conjuguée et l'élévation thermique, est toujours fatal. Charcot attribue ce décubitus à un trouble trophique, à une altération des tissus dépendant uniquement de l'influence nerveuse. Il faut donc rechercher avec soin son apparition qui se fait sur le milieu de la région fessière et non à la région sacrée.

Avec tous ces signes vous pouvez répondre avec quelque assurance à la question qui, je le répète, vous sera toujours posée par l'entourage. « Le sujet succombera-t-il à l'apoplexie ou