

lequel la céphalalgie reste le seul phénomène morbide appréciable peut varier depuis quelques heures jusqu'à plusieurs jours. Voici, à cet égard, ce que nous montrent nos observations.

Ainsi, ce temps a duré :

- Dans l'obs. XX... plusieurs jours (nombre indéterminé).
 obs. VI... deux jours.
 obs. XVII... cinq jours.
 obs. VIII... huit jours.
 obs. XVIII... huit jours.
 obs. IX... douze jours.
 obs. XI... treize jours.
 obs. IV... deux mois,
 obs. II... plusieurs mois.
 obs. I... une année.
 obs. XXVI... plusieurs années.

Relativement aux obs. I, II et XXVI, il faut noter que les deux premières ont pour objet des tumeurs développées dans les méninges, et que dans la dernière l'apparition de la céphalalgie, plusieurs années avant l'invasion de la méningite aiguë, peut trouver sa cause dans les adhérences celluleuses que nous trouvâmes entre les deux feuillets de l'arachnoïde qui tapisse la convexité des hémisphères.

Dans les observations de MM. Parent, Martinet, Dance et Charpentier, nous en trouvons également un certain nombre dans lesquelles, pendant un temps plus ou moins long, la céphalalgie se montre comme le seul symptôme. Chez plusieurs des malades de M. Dance, en particulier, nous voyons cette céphalalgie exister plus de quinze jours, sans qu'aucun autre phénomène morbide l'accompagne.

Précédant ainsi les autres symptômes, il est des cas où cette céphalalgie ne semble d'abord avoir rien de grave. Tantôt elle ressemble à une simple douleur rhumatismale; tantôt on la prendrait pour une névralgie; elle en avait surtout le caractère chez le malade dont il est question dans notre huitième observation. Il est des individus qui, pendant quelque temps, n'ont paru avoir qu'une *migraine* plus ou moins violente; la méprise était surtout facile dans les cas où, peu de temps après l'apparition du mal de tête, survenaient des vomissements plus ou moins abondants.

La seconde série, avons-nous dit, renferme les cas dans lesquels la céphalalgie, tout en se montrant encore au début, s'accompagne, dès le moment de son apparition, d'autres symptômes, soit d'un simple mouvement fébrile, soit de différents désordres d'innervation. Il est des cas rares dans lesquels la céphalalgie persiste avec une grande intensité pendant toute la durée de la maladie; mais le plus souvent il se développe du côté du système nerveux des accidents plus graves qui l'empêchent bientôt de pouvoir être perçue ou accusée par le malade. On peut donc établir qu'en général la céphalalgie n'existe que pendant la première période des méningites. Ce n'est que très-rarement qu'on la voit survenir après cette première période.

La céphalalgie est à peu près la seule modification de la sensibilité que l'on rencontre dans les cas ordinaires de méningite. Sur les vingt-huit observations que nous avons rapportées, il n'y en a que quatre qui nous aient offert quelque autre trouble du côté de cette faculté. Dans l'une (obs. VII), la sensibilité de la peau était exaltée d'une manière singulière; dans deux autres (obs. XVI et XXXVIII), la sensibilité cutanée devint obtuse dans les derniers temps de la maladie. Dans ces trois cas, les lésions trouvées après la mort ne nous ont, d'ailleurs,

présenté rien de spécial. Quant à l'autre cas, c'est celui qui est mentionné dans l'obs. I. La peau des membres abdominal et thoracique du côté droit sentait moins finement les corps, et de temps en temps les doigts de la main droite devenaient complètement insensibles. Mais notez que dans ce cas il y avait une lésion du cerveau lui-même, puisque l'hémisphère gauche se trouvait comprimé par une tumeur développée dans la dure-mère.

Parmi les nombreuses observations de MM. Parent et Martinet, nous n'en avons trouvé qu'une seule, la soixante-dix-septième, dans laquelle il soit question d'une modification de la sensibilité cutanée; dans ce cas, elle était diminuée. On constata après la mort que l'arachnoïde de la convexité et des parties latérales des hémisphères cérébraux était épaissie, rouge, laiteuse, dans une grande partie de son étendue; aucune autre lésion n'existait.

Dans les cas rapportés par M. Dance, il n'y en a que deux où il soit question d'une modification de la sensibilité. Dans l'un (obs. VII), on nota vers la fin de la maladie une insensibilité générale: du côté de la convexité des hémisphères, les méninges étaient sèches, rouges, comme ecchymosées; à la base, une exsudation plastique les recouvrait; la substance grise des circonvolutions était injectée. Dans l'autre cas (obs. V), le malade éprouva des douleurs qui, partant des rachis, se propageaient par élancements dans les membres inférieurs. Mais dans ce cas il y avait, comme lésion spéciale, une infiltration séreuse de la pie-mère rachidienne; à l'intérieur du crâne, on trouva l'arachnoïde sèche, friable, comme dépolie; aucune injection des méninges; les circonvolutions comme tassées, les ventricules distendus par une grande quantité de sérosité limpide.

Les faits dont nous venons de présenter l'analyse sont assez

nombreux pour que nous puissions établir que, dans la méningite des adultes, ce n'est qu'exceptionnellement que l'on observe des modifications dans la sensibilité cutanée; lorsqu'elles existent, elles tiennent à des dispositions particulières des individus, et non à des lésions spéciales. Ce n'est non plus que rarement que l'on observe des douleurs de quelque importance dans d'autres parties du corps que dans le crâne.

Que si nous comparons, sous le rapport de leur nature et de leur fréquence, les lésions de la sensibilité générale qu'on observe dans les cas de méningite aiguë, avec celles que l'on remarque dans les cas de fièvres typhoïdes, nous trouverons que, dans les deux genres de maladies, ces lésions ne diffèrent guère, ni par leur nature, ni par leur fréquence. Ainsi leur existence ne saurait servir à établir le diagnostic différentiel de la méningite aiguë et des fièvres graves.

Terminons cette étude des modifications de la sensibilité dans la méningite, en recherchant de quelle manière sont troublés dans cette maladie les organes des sens. Nous n'aurons rien à dire de l'organe de l'odorat, ni de celui du goût; nous ne nous arrêterons qu'à ceux de la vue et de l'ouïe.

Les modifications de l'organe de la vue ont été depuis longtemps notées par les pathologistes comme pouvant servir à caractériser un certain nombre d'affections aiguës ou chroniques des membranes du cerveau. Ces modifications peuvent se rapporter aux trois chefs suivants:

- 1^{er} chef. Modifications des mouvements du globe de l'œil.
- 2^e chef. Modifications de la pupille.
- 3^e chef. Modifications de la vision elle-même.

Les mouvements du globe de l'œil peuvent être altérés de plusieurs manières: tantôt ce globe est continuellement agité de mouvements irréguliers, comme convulsifs; tantôt il reste

immobile; tantôt enfin le strabisme s'établit, soit d'un seul côté, soit des deux côtés à la fois. Il ne nous a pas été possible de rapporter à une lésion déterminée ces diverses altérations des mouvements des yeux; et, d'un autre côté, nous les avons observées dans des cas de fièvres dites adynamiques, et surtout ataxiques, sans lésion appréciable des centres nerveux. (*Voyez* le volume de notre Clinique où il est question de ces fièvres.) Disons toutefois que le strabisme, lorsqu'il est permanent, nous paraît avoir plus de valeur, comme signe d'une méningite, que les mouvements désordonnés du globe de l'œil, ou que son immobilité.

L'état de la pupille est loin d'être toujours le même dans les différents cas de méningite. Plusieurs médecins pensent que cette ouverture, resserrée et mobile dans la première période de la maladie, se dilate et devient immobile dès qu'un épanchement séreux ou purulent s'est effectué, soit autour de la masse encéphalique, soit dans les ventricules.

Nous ne pensons pas qu'une semblable règle soit toujours exacte. Avec des lésions identiques, les pupilles peuvent présenter, suivant les individus, l'aspect le plus différent; et de plus, avec des lésions dissemblables, ces ouvertures peuvent offrir un aspect identique. C'est déjà ce qu'avaient fort bien reconnu MM. Parent et Martinet. Leurs observations nous montrent des cas de dilatation des deux pupilles, 1° avec épanchement dans les deux ventricules latéraux; 2° avec épanchement dans un seul ventricule; 3° avec une simple infiltration séreuse ou purulente autour du cerveau (à la convexité ou à la base); 4° sans aucune de ces lésions. Dans quatre cas où la dilatation ne portait que sur une seule pupille, l'épanchement existait cependant dans les deux ventricules. Dans un autre cas où il n'y avait également qu'une seule pupille dilatée, l'épanchement avait lieu dans un seul ventricule, celui

du côté opposé à la pupille qui était dilatée. Quant à la contraction des pupilles, MM. Parent et Martinet citent des observations où cette contraction coïncidait avec un épanchement dans les ventricules, et d'autres observations dans lesquelles aucun épanchement n'existait.

Dans les douze cas de méningites aiguës, exempts de toute complication, qu'a rapportés M. Dance, il y en a dix où les pupilles sont dilatées à différents degrés, et deux seulement où elles sont étroites. Mais dans ces deux derniers cas, les lésions ne sont pas différentes de celles que présentent les douze autres cas; ce sont des épanchements floconneux dans les ventricules, des dépôts pseudo-membraneux dans la pie-mère, tant à la base que sur la convexité du cerveau.

M. Guersent, auquel on doit l'article *méningite* du dictionnaire en vingt-un volumes, et dont la grande expérience doit faire autorité en semblable matière, n'admet la dilatation comme phénomène habituel que dans la dernière période de la maladie; avant cette époque il dit que tantôt on trouve les pupilles dilatées, et tantôt contractées.

Dans quinze de nos observations seulement, nous avons tenu compte de l'état des pupilles. Nous croyons devoir mettre ici en regard de l'état des pupilles, dans ces quinze cas, les lésions trouvées après la mort dans les méninges.

1° Cas dans lesquels a été observée la dilatation des pupilles.

Obs. VII. Vive injection de la portion de pie-mère qui tapisse l'extrémité antérieure de chaque hémisphère; teinte rosée, et léger ramollissement de la couche la plus superficielle des circonvolutions.

Obs. XXVI. Infiltration purulente de la pie-mère, tant à la base que sur la convexité; ventricules remplis d'une liquide floconneux.

Obs. XIV. Infiltration séreuse de la pie-mère de la convexité du cerveau.

Obs. XX. Épanchement séreux dans les ventricules.

Obs. XXI. Idem.

Obs. XXII. Idem.

Obs. XXIII. Idem.

2° Cas dans lesquels a été observée la contraction des pupilles.

Obs. V. Rougeur et épaissement des méningites étendues sur le lobe antérieur de l'hémisphère gauche.

Obs. XVI. Infiltration purulente de la pie-mère à la base du cerveau.

3° Cas dans lesquels a été noté un état naturel des pupilles.

Obs. IV. Épanchement sanguin entre l'arachnoïde et la dure-mère, comprimant de haut en bas l'hémisphère gauche du cerveau.

Obs. VI. Rougeur des méninges de la convexité de l'hémisphère gauche du cerveau, avec injection de la substance grise des circonvolutions.

Obs. XI. Infiltration purulente de la pie-mère de la convexité; injections de quelques circonvolutions.

Obs. XVII. Infiltration purulente de la pie-mère de la base du cerveau et du cervelet.

4° Cas dans lesquels a été observée une alternative de dilatation et de contraction des pupilles.

Obs. IX. Injection vive de la pie-mère sur la partie latérale moyenne de l'hémisphère droit; masse tuberculeuse entre deux circonvolutions de la partie latérale moyenne de l'hémisphère gauche.

Obs. XIX. Épanchement séro-purulent dans les ventricules

latéraux, avec état granuleux de la membrane qui en tapisse les parois.

De tous ces faits, comment ne pas conclure que ce serait bien vainement que l'on chercherait à rattacher tel état des pupilles à telle altération des méninges? Leur dilatation, par exemple, n'annonce pas nécessairement une compression du tissu du cerveau par un liquide épanché à sa périphérie, ou qui distend ses ventricules; notre observation VII en est la preuve.

Du reste, abstraction faite de la nature et du siège de la lésion qui a frappé les méninges, les pupilles, dans les diverses affections des méninges, peuvent présenter les divers états qui suivent :

1° Conservation de l'aspect naturel des pupilles.

2° Dilatation des pupilles : $\left\{ \begin{array}{l} \text{dilatation égale.} \\ \text{dilatation inégale.} \\ \text{dilatation d'une seule.} \\ \text{dilatation de l'une, et contraction de l'autre.} \end{array} \right.$

3° Contraction des pupilles : $\left\{ \begin{array}{l} \text{égale.} \\ \text{inégale.} \\ \text{de toutes deux.} \\ \text{d'une seule.} \end{array} \right.$

4° Alternatives de contraction et de dilatation des pupilles.

Mais ces diverses modifications des pupilles se rencontrent également dans une foule de cas, où les méninges, non plus que le cerveau, n'offrent après la mort aucune lésion appréciable. Nous les avons observées avec toutes leurs nuances chez

les individus atteints de fièvres graves, dont l'histoire est consignée dans les autres volumes de la Clinique. Qui ne sait en outre combien, même dans l'état de santé, varie l'état de la pupille? et si l'iris est ainsi soumis dans ses mouvements à mille influences diverses, si elle est sous l'empire de bien d'autres modifications des centres nerveux que celles que pourra jamais nous révéler l'anatomie pathologique, comment accorder une grande confiance aux signes qu'on pourrait déduire des différents états de la pupille pour diagnostiquer une méningite?

La vision elle-même, avons-nous dit, est souvent troublée dans les cas d'affections des méninges. Chez quelques malades elle est entièrement perdue; chez d'autres, elle est pervertie; ainsi la diplopie a été observée dans quelques cas; ailleurs on a noté des hallucinations. Plusieurs malades ont des éblouissements; un grand nombre ne peuvent pas supporter sans douleur l'impression exercée sur la rétine par les rayons lumineux.

Parmi ces diverses altérations de la vision, il n'en est aucune qui appartienne en propre à la méningite. Sans parler d'un grand nombre d'affections du cerveau lui-même dans lesquelles survient la cécité, nous rappellerons ici ce que nous ont déjà appris les observations consignées dans un autre volume de cet ouvrage, savoir, que, dans le cours des fièvres dites adynamiques ou ataxiques, la faculté de voir peut aussi complètement disparaître. Dans ces mêmes affections on voit également les malades être très-sensibles à la lumière, et ils ont bien souvent d'aussi forts éblouissements que dans aucun cas de méningite.

Très-peu de cas d'altérations de l'ouïe ont été notés dans les observations de méningites publiées par les auteurs; nos propres observations n'en font non plus qu'à peine mention. Toutefois on trouvera un exemple de surdité chez le malade dont

nous avons rapporté l'histoire dans la deuxième observation, et ce cas est d'autant plus remarquable que toute la lésion existait à la face supérieure d'un des lobes cérébelleux, loin par conséquent de la portion des centres nerveux qui a quelque rapport avec l'audition, et d'où les nerfs acoustiques tirent leur origine. Il y avait donc ici lésion de fonction, sans lésion appréciable de l'organe chargé de l'accomplir. Mais ici du moins on trouve encore sur le cadavre quelque partie altérée dans la masse encéphalique; toute cette masse et ses enveloppes sont au contraire dans l'état le plus sain, du moins en apparence, chez les individus atteints de fièvres graves, qui sont aussi, et plus souvent même que dans les cas de méningite, frappés de surdité.

A mesure que nous avons étudié les diverses altérations de la sensibilité présentées par les individus atteints de méningite, nous avons pu nous convaincre que de ces altérations aucune n'existe constamment, qu'aucune n'est nécessairement liée à l'existence de telle ou telle forme de méningite. C'est qu'effectivement les désordres fonctionnels que celle-ci développe sont beaucoup moins sous la dépendance même de l'affection des méninges, que sous celle du cerveau. C'est cet organe qui les produit, et dès lors ils devront être aussi variables que le sera chez les individus la manière dont le cerveau participe et répond à l'irritation de ses membranes. Ainsi s'explique également l'infinie variété des symptômes de la péricardite, parce que dans ce cas aussi la cause définitive des symptômes n'est pas dans le péricarde, mais bien dans le cœur. Ce que vous voyez sur le cadavre ne peut donc pas toujours vous apprendre ce qui a eu lieu pendant la vie, et l'anatomie pathologique ne nous donne certainement le dernier mot ni de la nature des maladies, ni de leur siège, ni de leur traitement. Combien cela n'est-il pas vrai pour les affections des méninges!