

ARTICLE III.

LÉSIONS DE L'INTELLIGENCE.

Les facultés intellectuelles se sont montrées altérées dans la très-grande majorité des cas que nous avons relatés. Si en effet l'on fait abstraction des obs. I, II et XIII, dans lesquelles existaient des lésions toutes spéciales, lentement développées, et qui n'agissaient que sur un point circonscrit du cerveau, on trouvera que sur les vingt-cinq observations qui restent, il n'y en a qu'une seule (obs. XV) dans laquelle n'ait été remarqué aucun trouble de l'intelligence.

Sur cinquante-quatre observations de méningites aiguës relatives à des adultes (ouvrage de MM. Parent et Martinet), dans lesquelles il a été tenu compte de l'état de l'intelligence, il n'y en a que deux où l'intelligence soit restée intacte; et dans toutes les observations rapportées par Dance, il y a eu trouble des facultés intellectuelles.

L'altération de l'intelligence est donc, dans la méningite aiguë, un phénomène plus constant que les différentes altérations de la sensibilité et de la motilité (voyez les deux articles précédents). Recherchons maintenant de combien de manières diverses l'intelligence peut venir à se troubler dans le genre d'affection qui nous occupe.

L'altération de l'intelligence se montre sous deux formes principales chez les individus atteints de méningite : la première forme est celle du délire; la seconde est celle du coma.

Le délire peut offrir les plus grandes variétés sous le rapport de sa nature. Chez les uns il est bruyant, accompagné de cris, de vociférations, et d'un grand développement de forces mus-

culaires. Chez d'autres il est au contraire taciturne, et les malades paraissent en même temps profondément prostrés. Tantôt une seule idée les occupe, et cette idée peut porter sur les objets les plus divers; tantôt les idées les plus hétérogènes les occupent en même temps.

Il est des individus chez lesquels le désordre de l'intelligence arrive, dès qu'il paraît, au plus haut degré; il en est d'autres, au contraire, chez lesquels ce n'est que peu à peu, d'une manière insensible, que survient le dérangement des facultés intellectuelles. Ainsi ils ont l'air préoccupé, distrait; ils répondent avec lenteur, ou avec une sorte de paresse, aux questions qu'on leur adresse; ils tombent dans une sorte d'idiotisme; ou bien ils mettent dans leurs réponses, dans toutes leurs paroles, une vivacité inaccoutumée; quelques-uns deviennent tout-à-coup gais sans motif, ou, sans motif non plus, se laissent aller à un profond découragement.

En reprenant ainsi dans chaque observation les nombreuses variétés de formes de délire qu'elles nous a présentées, nous arriverions à cette importante conséquence, savoir: qu'aucune de ces formes ne caractérise la méningite, qu'il n'en est aucune qu'on ne puisse retrouver également dans les diverses irritations cérébrales, purement sympathiques, ou sans altération des méninges appréciable sur le cadavre. A l'appui de cette assertion, nous renvoyons aux observations consignées dans le volume de notre *Clinique* consacré aux fièvres.

Une fois que le délire s'est manifesté, il ne peut pas cesser, offrant seulement des alternatives d'exacerbation et de diminution; mais il peut aussi ne se montrer que d'une manière passagère. Il est des malades qui d'abord ne présentent qu'un trouble très-court des facultés intellectuelles; puis, au bout d'un temps plus ou moins long, ce trouble recommence, il se répète à des intervalles de plus en plus rapprochés; et enfin

il devient continu. Chez plusieurs individus le délire commence par n'avoir lieu que la nuit, et la netteté des facultés intellectuelles pendant le jour semble d'abord exclure l'idée d'une véritable méningite. Il est enfin quelques malades chez lesquels un délire qui durait depuis plusieurs jours vient tout-à-coup à disparaître peu de temps avant la mort, et en même temps que tout le reste s'aggrave.

On a donc eu tort, lorsqu'on a cherché à distinguer le délire, produit de la méningite, du délire, produit d'une irritation sympathique du cerveau, en établissant que le second seul pouvait se montrer d'une manière intermittente. De nombreuses observations ne nous permettent pas de douter que, dans la méningite aussi, le trouble des facultés intellectuelles peut être séparé par des intervalles de la plus parfaite lucidité.

L'époque de la maladie à laquelle le délire apparaît pour la première fois, est loin d'être la même chez tous les individus. Très-rarement ce phénomène marque le début de l'affection, de telle sorte que, lorsqu'inopinément au milieu d'un bon état de santé du délire survient, il n'est pas vraisemblable que ce délire dépende d'une méningite. Dans la très-grande majorité des cas, la céphalalgie le précède; et souvent six, huit, douze, et même quinze et vingt jours s'écoulent entre le moment où s'est manifesté le mal de tête, et celui où l'intelligence commence à se troubler.

Sur quarante observations de méningites aiguës, recueillies par nous ou par d'autres, dans lesquelles nous sommes sûr d'une part de l'époque précise de l'invasion de la maladie, et d'autre part du moment où l'intelligence a commencé à se troubler, nous avons trouvé que le délire s'était manifesté.

Le 1 ^{er} jour. . . . 3 fois.	Le 3 ^e jour. . . . 3 fois.
2 ^e 1	4 ^e 3

5 ^e jour. . . . 3	12 ^e jour. . . . 1 fois.
6 ^e 3	13 ^e 4
7 ^e 4	14 ^e 1
8 ^e 6	15 ^e 2
9 ^e 2	16 ^e 1
10 ^e 0	20 ^e 2
11 ^e 0	24 ^e 1

Puisqu'à très-peu d'exceptions près, le délire s'est montré à nous comme un phénomène constant dans la méningite aiguë, nous devons en conclure qu'il peut se produire dans cette maladie, quelle que soit la nature de la lésion dont les méninges sont le siège. Toutes les lésions, en effet, dont nos observations particulières nous ont offert des exemples ont été accompagnées de délire. Il est sans doute curieux de voir une simple congestion sanguine de la pie-mère, dans les cas même où elle est partielle, un peu de pus qui infiltre ses mailles, produire les plus graves désordres dans l'intelligence, tandis qu'une altération beaucoup plus profonde du cerveau, un vaste ramollissement, par exemple, existe bien souvent sans donner lieu au moindre trouble des facultés intellectuelles. Est-ce, comme on l'a dit, parce que l'irritation des méninges retentit surtout dans la partie la plus superficielle des circonvolutions cérébrales, et que c'est là surtout que l'intelligence a son siège?

S'il n'est pas d'altération des méninges survenue d'une manière aiguë, qui à sa suite n'entraîne presque nécessairement le délire, est-il indifférent, pour sa production, que ce soit telle ou telle partie de ces méninges qui se trouve plus particulièrement affectée? C'est ce que nous allons examiner.

Ici nous ne pouvons tenir compte que des cas dans lesquels le délire a persisté jusqu'à la fin, seul, et sans avoir été suivi

de coma. Nous n'avons trouvé que vingt-huit cas de ce genre recueillis par nous ou par d'autres.

Dans ces vingt-huit cas, la lésion a existé,

A la face supérieure des deux hémisphères cérébraux.	14 fois.
A la face supérieure d'un seul hémisphère.	15
A la face supérieure des deux hémisphères et à la base.	3
A la face supérieure des deux hémisphères, à la base, et dans les ventricules.	4
A la base seule.	0
Dans les ventricules seuls.	2

Sur ces vingt-huit cas, il y en a donc dix-neuf dans lesquels la lésion est bornée à la seule convexité des hémisphères, et deux seulement dans lesquels le délire persiste jusqu'à la mort, sans qu'il y ait lésion des méninges étendues sur la face supérieure du cerveau.

Chez l'individu qui fait le sujet de notre obs. xv, et qui ne nous offrit jusqu'à la mort ni délire, ni aucune autre altération de l'intelligence, la lésion occupait aussi les méninges de la convexité; c'était une sérosité abondante qui infiltrait la pie-mère, avec complication de tubercules disséminés sur cette membrane.

Chez le sujet de la dix-huitième observation, consignée dans l'ouvrage de MM. Parent et Martinet, qui se rapproche du précédent sous le rapport de la conservation de l'intelligence jusqu'à la fin, on trouva, au-dessous d'une nécrose du pariétal gauche, large comme une pièce de douze sous, une petite poche pleine de pus, circonscrite par de fausses membranes qui unissaient entre eux les deux feuilletts de l'arachnoïde.

Chez le sujet de l'obs. lxi consignée dans le même ouvrage, il n'y eut pas plus que chez les deux précédents de trouble dans les facultés intellectuelles; la pie-mère étendue sur la face supérieure de l'hémisphère gauche du cerveau était très-rouge, et une couche purulente concrète la tapissait. Au-dessus de la bosse pariétale gauche, le pus formait une sorte de foyer qui déprimait le cerveau. Ainsi, dans ce cas comme dans les deux autres, ce n'est pas par la différence du siège de la lésion qu'on peut expliquer l'absence du délire. Mais dans l'observation dont nous venons de parler en dernier lieu, il y avait une autre circonstance remarquable: bien que le malade comprit parfaitement les questions qu'on lui adressait, bien que son intelligence parût intacte, il ne pouvait pas parler, et la faculté d'articuler les sons était complètement perdue chez lui. Il n'y avait cependant chez lui aucune lésion particulière qui pût rendre compte de cette perte de la parole; le cerveau lui-même était intact, et le seul point où du pus épanché avait exercé sur lui une compression légère était loin des lobes antérieurs de chaque hémisphère.

Au lieu de délire, les individus atteints de méningite aiguë peuvent présenter un état de coma, qui tantôt existe dès le commencement de la maladie, et tantôt ne survient qu'à la suite du délire. Ce second cas est beaucoup plus fréquent que le premier, du moins chez les adultes.

Lorsqu'un malade succombe au milieu d'un état comateux, les lésions que l'on trouve dans les méninges ne sont pas différentes, par leur nature, ainsi que nous l'avons déjà vu, de celles que l'on rencontre dans les cas où la vie se termine au milieu d'un état de délire. Mais alors ces lésions sont-elles différentes par leur siège? Pour répondre à cette question essayons encore de résumer les faits observés.

Sur soixante-un cas, recueillis par nous ou par d'autres,

dans lesquels la mort est survenue au milieu d'un état comateux qui existait déjà, soit depuis plusieurs jours avec ou sans délire antécédent, soit au moins depuis vingt-quatre heures, nous avons trouvé que la lésion existait :

A la face supérieure des deux hémisphères cérébraux.	11 fois.
A la face supérieure d'un seul hémisphère.	6
A la face supérieure des deux hémisphères et à leur base.	5
A la face supérieure des deux hémisphères et dans les ventricules.	13
A la face supérieure des deux hémisphères, à leur base, et dans les ventricules.	8
Dans les ventricules latéraux.	9
A la base du cerveau.	4

Il suit de ce résumé que le coma peut également survenir aux diverses périodes de la méningite aiguë, quelle que soit la partie des méninges qui se trouve affectée. Nous n'établirons donc pas avec quelques auteurs que le délire appartient exclusivement à la méningite de la convexité, et que le coma est propre à la méningite de la base. Nous croyons que, quel que soit son siège, l'inflammation des méninges a pour effet de déterminer d'abord dans le cerveau une période d'excitation, annoncée par le délire, puis une période d'affaissement, ou réel ou apparent, qui se traduit par le coma. Dans la très-grande majorité des cas qui se terminent par la mort, ces deux périodes existent. Toutefois chez quelques individus la période d'excitation persiste au-delà du temps accoutumé, et ceux-là meurent avant d'être arrivés au coma. Chez d'autres au contraire les signes d'excitation sont très-courts, à peine appa-

rents, et l'état comateux se déclare, sans avoir été précédé de délire proprement dit. Il est enfin quelques cas dans lesquels ce coma est le premier symptôme; des individus, qui tout-à-l'heure étaient encore dans un bon état de santé, tombent tout-à-coup privés de sentiment, de connaissance et de mouvement. Nos obs. XXI et XXII offrent des exemples de cette forme apoplectique de la maladie. Chez les deux individus qui en font le sujet, on ne trouva autre chose qu'une énorme distension des ventricules par de la sérosité limpide. Cette forme, différente en cela de toutes les autres, appartient-elle exclusivement à l'hydropisie aiguë des ventricules? Il est possible qu'un simple épanchement de sérosité autour du cerveau, qui infiltre la pie-mère, et vient à comprimer brusquement la masse nerveuse, produise aussi cette forme apoplectique; mais dans tous les cas de ce genre observés jusqu'à présent, les ventricules étaient le siège principal de l'épanchement. Aux cas que nous avons cités, nous pourrions ici en ajouter un autre récemment publié par M. le docteur Martin Solon : l'individu qui fait le sujet de cette observation était un vieillard, âgé de soixante-seize ans, atteint d'une affection organique du cœur. L'hydropisie, symptomatique de cette affection, avait graduellement diminué, et le malade paraissait être dans un état satisfaisant. Un matin il se lève pour aller aux fosses d'aisance. Mais bientôt il rentre dans la salle, le visage violet, se dirige vers son lit, et tombe sans proférer un seul mot. Il était mort. A l'ouverture du corps, on trouva les sinus gorgés de sang, la surface du cerveau pâle, l'arachnoïde transparente, non épaissie, soulevée par un liquide séreux, limpide, incolore, qui infiltrait la pie-mère, et pouvait être évalué à cinq ou six onces. On trouva en outre les ventricules latéraux remplis d'une sérosité également limpide et transparente; les parois de ces ventricules, non plus que les parties blanches cen-

trales, ne présentèrent aucun ramollissement. Aucune autre lésion ne fut rencontrée dans le cerveau. Dans la poitrine, on constata l'existence d'une affection organique du cœur (dilatation de ses cavités, amincissement de ses parois, état cartilagineux de la valvule tricuspide).

Ainsi donc, en raison de la rapidité plus ou moins grande avec laquelle s'accomplit un simple épanchement séreux, soit simultanément dans les ventricules et autour du cerveau, soit seulement au sein des ventricules, des formes très-différentes de maladies peuvent apparaître.

Si, dans un très-court espace de temps, une très-grande quantité de sérosité vient à être exhalée par l'arachnoïde, il peut en résulter un état morbide semblable à celui que produit une très-abondante hémorrhagie cérébrale, en d'autres termes, une apoplexie. C'est alors une apoplexie séreuse, genre d'affection que les modernes nous paraissent avoir eu tort de rayer des cadres nosologiques. (Voy. notre obs. XXI, et un autre cas rapporté dans un des volumes précédents de la *Clinique*.)

Si la sérosité s'accumule un peu moins rapidement soit dans la pie-mère extérieure, soit dans les ventricules, il en résulte une maladie qui peut n'avoir d'autres symptômes que ceux qui accompagnent toute irritation des méninges. (Voy. notre obs. XX.)

Si enfin l'accumulation de la sérosité se fait d'une manière lente, il peut en résulter une troisième forme dont notre obs. XXII offre un exemple. Ici, la motilité reste intacte, et l'intelligence ne s'affaiblit plus que par degrés.

En définitive, dans les cas où le trouble de l'intelligence dépend d'une affection des méninges, la cause de ce trouble, pas plus que celle de la sensibilité ou de la motilité, ne peut

être rapportée à une altération spéciale soit par sa nature, soit par son siège, et toujours on ne peut se rendre compte de la diversité des lésions de l'intelligence, comme de celles de la motilité et de la sensibilité, qu'en en plaçant la cause dans la différence même d'impressionnabilité du cerveau.