

affaibli au réveil, il se plaint de maux de tête, alors l'attention s'éveille. Bientôt, la perte d'appétit, l'apparition de vomissements, une constipation opiniâtre, la pâleur et l'aspect misérable du sujet, inspirent la crainte d'une maladie sérieuse. Ces manifestations peuvent, pendant de longues semaines, demeurer obscures, s'accompagner d'alternatives dans le degré de la température et dans la fréquence du pouls, sans qu'il soit possible de rien décider. Le diagnostic ne devient plus clair que le jour où se déclare une attaque épileptiforme, où la céphalalgie augmente d'intensité, où l'enfant devient somnolent, pousse des cris d'anxiété pendant son sommeil et se dérobe avec effroi à tout attouchement (hypéresthésie cutanée); — il s'impose enfin lorsqu'apparaît un symptôme central, la paralysie des muscles oculaires. A ce moment encore, on peut observer des rémissions et de réelles améliorations, bien que, la plupart du temps, elles ne soient que passagères. Le dénouement est toujours incertain, et peut même devenir fatal malgré les apparences les plus favorables.

b) Chez **l'adulte**, la distinction entre la forme aiguë et la forme chronique est moins caractéristique et moins accusée que chez l'enfant. Les malades, qui peuvent très bien ne présenter aucun signe d'une affection tuberculeuse, se plaignent de douleurs vagues dans la tête, de lassitude générale, d'abattement; leur sommeil est agité, interrompu. Vers le matin surtout, ils se sentent épuisés, somnolents; l'appétit s'en va et les vomissements font souvent leur apparition à cette époque. Dans des cas isolés, on a vu des symptômes cérébraux se montrer au début; on a même vu l'affection s'annoncer sous les apparences du delirium tremens, principalement là où l'usage de l'alcool n'était pas entièrement banni. Le sensorium s'entend au bout d'un intervalle de temps plus ou moins long: le malade n'a plus sa conscience exacte, fait des réponses confuses aux questions qu'on lui pose et produit l'impression d'une personne dont l'esprit serait affecté. Le délire se déclare assez souvent, délire où domine surtout l'exaltation, et, par-dessus tout, la céphalalgie, tenace, inquiétante: même au milieu de la perte de connaissance la plus complète, on voit le patient porter la main à son front, se déjeter continuellement dans son lit en poussant des gémissements plaintifs et réagir bien visiblement contre les attouchements et les chocs imprimés au crâne. La participation de quelques nerfs crâniens, principalement de l'oculo-moteur commun et de l'abducteur, se manifeste par du ptosis passager, de l'inégalité des pupilles, du strabisme; l'examen ophtalmoscopique révèle parfois l'engorgement de

la papille. Il va sans dire que si l'on parvient à déceler la présence de tubercules dans la choroïde, on possédera un élément de diagnostic précieux. Le facial paraît également assez souvent atteint, d'où contractures spasmodiques ou phénomènes parétiques dans le domaine de ce nerf: ces faits ne peuvent en rien nous surprendre, quand on réfléchit que la base du cerveau est le siège principal de l'inflammation. Il peut se produire aussi des troubles moteurs, consistant, soit en convulsions généralisées ou limitées à une moitié du corps, soit en accidents hémiparétiques ou hémiplegiques, en troubles de langage: ils autorisent à supposer que l'écorce cérébrale est également envahie par la lésion tuberculeuse. Plus on constatera de ces troubles reconnus comme manifestations centrales, plus forte sera la probabilité de l'existence d'un ramollissement circonscrit de nature tuberculeuse dans l'écorce du cerveau.

Il n'est pas rare non plus de voir se développer, dans les quatre extrémités, une raideur tonique particulière, paraissant être d'origine réflexe. Les réflexes qui, au début, se montraient augmentés, n'offrent dans la suite plus rien de caractéristique: ils vont en diminuant peu à peu, pour disparaître complètement vers la fin. Remarquons que le trouble de la sensibilité, l'hypéresthésie, se montre moins souvent ici que dans les formes de méningite dont nous avons parlé antérieurement. La température, d'ordinaire un peu plus élevée que la normale, n'offre rien de régulier: il se produit souvent des rémissions, bientôt suivies de nouvelles élévations; la plupart du temps, elle se tient entre 38,5 et 39°; on ne peut formuler de règle à ce sujet; *Strümpell* a observé, pendant l'agonie, un abaissement de température pouvant aller jusqu'à 31°. Le pouls se comporte tout aussi irrégulièrement: en général, il est ralenti dans les premiers temps de l'affection, ne marquant que 40 à 50 pulsations par minute, quoique, quelques heures après, il puisse en accuser de 100 à 120.

Du côté des autres organes, on ne remarque guère de signes pouvant faire croire qu'ils participent sérieusement à l'affection. Particulièrement dans les cas où la tuberculose miliaire est en jeu, on peut observer le phénomène de *Cheyne-Stokes*, qui consiste dans des pauses respiratoires complètes, alternant avec un groupe d'inspirations d'abord superficielles, puis, de plus en plus profondes. Il constitue souvent un signe défavorable pour le pronostic.

**La marche** de la méningite tuberculeuse des adultes n'offre rien de bien caractéristique; tantôt aiguë, tantôt chro-

nique, elle présente parfois de longues rémissions, parfois est uniformément progressive. Il semble avantageux d'établir une division de son cours en stades, malheureusement, au lit du malade, il n'est donné que bien rarement d'en constater la réalité. D'ordinaire, on distingue une **période d'excitation cérébrale**, une **période de compression cérébrale** et une **période de paralysie**. La première est caractérisée par la céphalalgie, les vomissements, le délire; la seconde, par la lenteur du pouls, les paralysies; enfin la troisième, par l'accélération du pouls, l'élévation de la température, le coma profond. Je le répète, cette distinction n'offre aucune utilité pratique, les stades ne se présentent pas à l'observateur séparément et successivement, mais empiètent les uns sur les autres. Les recherches instructives de *Hirschberg* (v. bibl.) ont montré que le début de l'affection lui-même peut se faire de façons très différentes et qu'il est parfois difficile de poser le diagnostic même au stade des symptômes centraux. On doit toujours soupçonner l'évolution d'un processus tuberculeux cérébral chez un phthisique présentant subitement des phénomènes d'excitation ou de paralysie motrice ou sensorielle.

**Le diagnostic** peut, dans chaque forme de la méningite, offrir de grandes difficultés; il faut en excepter toutefois la méningite cérébro-spinale épidémique dont le diagnostic sera facilité par l'existence d'autres cas de la même maladie et la coïncidence fréquente d'un herpès labial.

Le typhus est l'affection qui peut le mieux prêter à confusion et les observations si probantes de *Curschmann* établissent à l'évidence que dans certains cas, où il existait manifestement des symptômes méningitiques, on trouvait, comme agent infectieux, le bacille du typhus, dans la substance de la moëlle. On pourrait croire que la courbe si caractéristique de la température, la tuméfaction de la rate, l'aspect des selles et la roséole, suffiraient à rendre impossible toute méprise, il n'en est cependant pas toujours ainsi et les circonstances ne permettent pas d'exclure le typhus dans tous les cas; en un mot, le diagnostic différentiel est alors simplement impossible.

Si l'urémie doit entrer en ligne de compte, on examinera les urines (cylindres, etc.); leur rétention et l'apparition des convulsions permettront d'établir le diagnostic.

Si l'on hésite entre une pneumonie croupale et la méningite, ce qui ne sera que rarement le cas, il faudra se rappeler que les deux affections peuvent se présenter combinées, et ne pas oublier, qu'en l'absence de méningite, on peut très bien observer l'hypéresthésie marquée de la peau, l'incerti-

tude de la démarche et la raideur de la nuque: ainsi, lorsque l'inflammation pulmonaire s'accompagne d'œdème de la glotte, la respiration est tellement laborieuse que le patient fixe la tête pour pouvoir mettre en jeu les muscles accessoires de la respiration, de sorte que la raideur de la nuque peut se montrer même dans la position horizontale (*Wernicke*). On ne pourra considérer comme sûrement méningitiques que les symptômes bien déclarés de la base du cerveau, tels, par exemple, qu'une paralysie des muscles oculaires d'une certaine durée.

On rencontre plus souvent une combinaison de delirium tremens et de méningite, et on serait parfois bien embarrassé de discerner ce qui, du délire, du tremblement et des convulsions épileptiformes, revient à chacune de ces affections.

Nous ne pouvons passer sous silence une particularité remarquable signalée par *Reynaud* (v. bibl.): il se présente des cas où tous les symptômes de la méningite tuberculeuse semblent réunis et qui sont cependant suivis, après quelques semaines, d'une guérison complète: on en est alors réduit à supposer que l'on avait devant les yeux une pseudo-méningite de nature hystérique. Il est de toute évidence qu'avant de poser pareil diagnostic, qui, à notre avis, sera toujours très douteux, on devra examiner très soigneusement les antécédents et autres symptômes, l'individualité du malade, l'influence héréditaire, etc., etc.

Que la présence de vers intestinaux puisse, comme le prétend *Devaux*, donner lieu à des symptômes méningitiques, cela ne peut se présenter qu'exceptionnellement; le diagnostic ne pourra d'ailleurs jamais rester longtemps en suspens. De même, un examen rationnel permettra d'éviter facilement la méprise avec l'éclampsie infantile.

**Le pronostic** est très sérieux dans tous les cas de méningite: jamais, on ne peut prédire, avec quelque certitude, quelle sera la terminaison; alors même que la marche semble des plus favorable, qu'il y a absence totale de symptômes inquiétants, ceux-ci peuvent se développer subitement en une nuit, et le malade, que l'on avait quitté la veille dans une situation satisfaisante, peut être retrouvé le lendemain matin dans un état désespéré. D'un autre côté, il ne faut pas non plus perdre trop tôt tout espoir; les symptômes alarmants peuvent s'amender et l'on a vu plus d'une fois l'amélioration se montrer alors que le patient paraissait être perdu sans retour. Cependant, il est incontestable que la méningite reste toujours une des plus graves affections que l'on connaisse, et que sa guérison com-

plète est rare : la méningite cérébro-spinale épidémique seule offre parfois une terminaison plus favorable.

Les guérisons que l'on observe sont, le plus souvent, des guérisons défectueuses; supposons, qu'à côté de la méningite, il se forme à l'intérieur de l'oreille, un épanchement hémorragique de nature inflammatoire, il s'établira une surdité qui, chez les très jeunes enfants, deviendra souvent de la surditité; supposons encore que, dans les mêmes conditions, il se soit déclaré une complication purulente du côté du globe oculaire, panophtalmie, choroïdite, il peut en résulter de graves troubles de la vue, parfois une phtisie du bulbe, et, de là, une amaurose complète. Dans ces deux cas, la méningite elle-même pourra aboutir à guérison, mais il persistera, d'un côté, de la surditité, de l'autre, un affaiblissement ou une perte complète de la vue : dans les cas les plus défavorables, ces deux accidents pourront se développer à la fois, sans cependant que l'intelligence en soit altérée.

La cécité peut encore survenir quand, à la suite d'une névrite optique progressive, le nerf optique subit la dégénérescence et l'atrophie de sa papille. Souvent, la guérison des méningites de la convexité est suivie d'un grand état de faiblesse intellectuelle.

**Le traitement**, dirigé au début contre l'inflammation, doit viser plus tard à la résorption de l'exsudat. On cherche à atteindre le premier but par des saignées locales et des applications froides, des frictions à l'onguent gris (4 à 8 gr. pro die) faites sur la tête préalablement rasée. Parfois, on obtient une atténuation des redoutables symptômes de la maladie, mais, bien souvent aussi, on n'arrive à rien, ou seulement à des résultats passagers.

Le badigeonnage du cuir chevelu avec la teinture d'iode, est bientôt empêché par la tension douloureuse, intolérable, qui se produit et que l'on ne parvient à calmer un peu que par l'application de la glace.

Quoiqu'il n'ait pu être démontré que l'action dérivative sur l'intestin, que l'on cherche à obtenir par de fortes doses de calomel, agisse réellement comme antiphlogistique, on ne doit pas cependant la négliger; on administre donc le calomel jusqu'à l'apparition des selles caractéristiques. Le second but, la résorption de l'exsudat, sera poursuivi par l'administration de fortes doses d'iodure de potassium (4 à 6 gr. pro die) prises dans du lait chaud, médicament qui semble doublement indiqué dans la forme gommeuse de l'affection.

On combat le coma par des ablutions froides sur la

tête, le patient étant plongé dans un bain tiède : l'eau employée pour ces ablutions doit avoir 12 à 15° R, celle du bain doit en comporter 26 à 27. Ce moyen pourra être continué pendant 8 à 10 minutes; souvent, on voit le patient revenir à lui, quoique l'amélioration soit la plupart du temps de courte durée; malgré les conditions défectueuses où l'on se trouve et les inconvénients que le procédé offre, surtout en clientèle privée, il constitue cependant un moyen indispensable auquel on devra recourir plusieurs fois pendant la journée.

Symptomatiquement, contre les grands maux de tête et l'exaltation, on peut donner la morphine : ce médicament sera encore employé contre les vomissements opiniâtres, souvent très difficiles à arrêter : il peut arriver que tous les moyens internes, pilules de glace, champagne frappé, opium, teintures aromatiques, etc., aussi bien que toutes les frictions à l'essence de moutarde, échouent complètement; on devra s'adresser alors à la morphine et il n'est pas rare d'obtenir, avec une seule injection sous-cutanée, ce que l'on avait inutilement demandé à tous les autres médicaments. Il va de soi qu'il faudra veiller à la régularité des selles.

Mais on ne peut espérer retirer de succès de tout le traitement, qu'à la condition de donner au malade une nourriture convenable et substantielle. Si l'on n'a pas soin de veiller sur son alimentation, le malade est fatalement condamné, en dépit de toutes les mixtures et frictions possibles. Ici, plus que dans n'importe quelle autre maladie, le médecin visera avant tout à la conservation des forces du patient, de façon que celui-ci se trouve éventuellement en état de traverser une maladie de plusieurs semaines. Même dans les cas désespérés, l'administration continue du vin trouve ici la meilleure et la plus pressante de ses indications, elle est de beaucoup plus importante que le traitement médicamenteux. En même temps que le vin, on donnera, toutes les heures, une cuillerée à café de jus de viande de bœuf, que l'on fait préparer de la façon suivante: de la viande de bœuf bien tendre, débarrassée de sa graisse, est découpée en morceaux de la grosseur d'un dé; on la chauffe insensiblement, après addition d'un peu de sel, dans un récipient en verre hermétiquement clos et placé dans un bain-marie. La cuisson doit être prolongée jusqu'au moment où l'on constate la disparition des morceaux : deux livres de viande donnent à peu près une tasse à café de jus.

L'intervention opératoire n'est indiquée que tout à fait exceptionnellement; ainsi, si les circonstances sont favorables et si l'on est en droit de supposer un épanchement consi-

dérable dans les ventricules, épanchement qui se traduit par l'accroissement des symptômes de compression cérébrale, alors on pourra recourir à la trépanation.

Le traitement de la méningite tuberculeuse des enfants sera exactement conforme aux données que nous venons d'exposer. Cependant, on en retranchera les frictions à l'onguent gris, et on administrera à l'intérieur le calomel, 3-5 centigr. toutes les deux heures. On essaiera, de plus, les frictions de pommade à l'iodoforme sur le cuir chevelu; chaudement recommandées dans ces derniers temps. Ici encore, l'entretien des forces du malade joue le principal rôle; on aura toujours à sa portée du lait additionné d'un peu de vin de Hongrie ou de quelques gouttes de cognac.

#### Bibliographie.

- Gottwald, Meningitis tuberculosa. Diss. inaug. Breslau 1870.  
 Seitz, Die Meningitis tubercul. der Erwachsenen. Berlin 1874.  
 Strümpell, Zur Pathologie und pathol. Anatomie der epidemischen Cerebrospinalmeningitis. Deutsches Arch. f. klin. Med.  
 Chantemesse, Etude sur la méningite tubercul. de l'adulte. Thèse de Paris, 1884.  
 Leichtenstern, Ueber epidemische Meningitis. Deutsche med. Wochenschr. 31, 1885.  
 Bull, Ueber die Kernig'sche Flexionscontractur der Kniegelenke bei Gehirnkrankheiten. Berl. kl. Wochenschr. 47, 1885.  
 Reynaud, Arch. de Neurol. XIV, 42, pag. 409, 1887.  
 Schultze, Verhandl. des VI. Congresses für innere Med. Wiesbaden 1887.  
 Hirschberg, Abnorme Form der Meningitis tuberculosa. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 41, Heft 6, 1887.  
 Leyden, Bemerkungen über Cerebrospinalmeningitis und über das Erbrechen in fieberhaften Krankheiten. Zeitschr. f. klin. Med. XII, 4, 1887.  
 Lardier, Méningite a frigore, effet remarquable du tannin. Rambervillers 1887.  
 Herrmann, Breslauer ärztl. Zeitschr. 16, 1887.  
 Richter, Ibid. 11, 14, 1887.  
 Devaux, Oxyures et symptômes pseudo-méningitiques. Progr. méd. Nr. 46, 1887.  
 J. Simon, Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse. Gaz. des Hôp. Nr 132. Novbr. 1887.  
 Ferret, Progrès méd. XV, 41, 1887.  
 Wolff, Félix, Bemerkungen über das Verhalten der Cerebrospinalmeningitis zu den Infektionskrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. 50, pag. 1080, 1887.  
 Weichselbaum, Ueber die Aetiologie der acuten Mening. cerebro-spin. Fortschr. d. Med. 18, 19, 1887. («Diplococcus intercellularis meningitidis.»)  
 Hofmann v., Ueber die acute Meningitis in angeblich ursächlichem Zusammenhange mit Misshandlungen oder leichten Verletzungen. Wiener med. Wochenschr. 6, 1888.

## Deuxième Section.

### Maladies des nerfs crâniens.

On distingue aux n. crâniens une origine, très vraisemblablement située dans l'écorce cérébrale et dans la zone nucléaire de la moëlle allongée, et un trajet, en partie central, s'effectuant dans la substance cérébrale, en partie périphérique, comprenant tout leur cours en dehors du cerveau; or, la maladie peut atteindre les n. crâniens soit à leur origine, à leur centre, soit dans leur trajet. Dans la section suivante nous nous occuperons des affections de la substance cérébrale elle-même: comme il est facile de le comprendre, nous allons être exposés, ou bien à parler de faits qui appartiennent plutôt à la suite, ou bien à nous répéter quand nous les retrouverons plus tard. Malgré ces inconvénients, nous croyons devoir, pour des raisons pratiques, traiter ici in toto la pathologie des n. crâniens. En général, on peut avancer que les lésions centrales des n. crâniens ne constituent le plus souvent qu'une partie des manifestations de maladies générales du système nerveux, et que les lésions périphériques peuvent survenir d'une façon complètement indépendante, à la suite du refroidissement ou de traumatisme, par exemple. Dans bien des cas, il nous est impossible de nous prononcer sur la nature, centrale ou périphérique, de l'affection.

Pour l'intelligence des chapitres suivants, il ne sera pas inutile de remettre en mémoire les rapports anatomiques des n. crâniens. Les quelques considérations que nous présentons ne peuvent remplacer les études spéciales, mais elles sont données pour permettre de s'orienter plus facilement.