

de guérison, il y a encore des distinctions à établir au sujet des différentes périodes auxquelles on a l'occasion de l'observer. La plupart des auteurs admettent un peu arbitrairement, dans l'évolution de la maladie, trois périodes : l'une prodromique caractérisée par une modification de l'état général qui devient mauvais ; l'enfant maigrit, pâlit, devient triste, recherche la solitude, accuse quelques mouvements fébriles, de la céphalée intermittente, des troubles digestifs. Ces phénomènes durent de quelques jours à quelques semaines.

La seconde période se traduit par la céphalée tenace, intense, avec hyperesthésie générale, crainte des bruits, de la lumière, faciès hargneux, contracture de la nuque, vomissements cérébraux, constipation opiniâtre, état fébrile variable, avec pouls accéléré et irrégulier. Le patient est somnolent, redoute tout examen. De temps à autre il pousse un cri de souffrance.

Cet état peut se maintenir sans modification jusqu'à la fin ; mais le plus souvent, après huit ou quinze jours, la troisième période paraît, annoncée par un abaissement de la température, un ralentissement du pouls et de la respiration. L'enfant tombe dans le coma, les pupilles dilatées, le corps immobile en résolution. La température remonte au bout de quelques heures ou de quelques jours, le pouls s'accélère plus qu'à la première période. On voit se produire, mais non toujours, des accidents convulsifs ou paralytiques, ces derniers pouvant être temporaires ou permanents ; les phénomènes bulbaires entrent en scène : accélération extrême du pouls, ascension progressive de la température, troubles vaso-moteurs se traduisant par la coloration cyanosée des téguments, sueurs abondantes et mort.

Cette division schématique ne répond pas toujours à la réalité des faits ; il y a en effet des cas où le coma se montre d'emblée, d'autres où la connaissance persiste jusqu'à la fin. On peut néanmoins, pour un grand nombre de cas, admettre l'évolution indiquée précédemment. Or, la guérison ne peut être espérée qu'à la première ou à la seconde période. Le processus d'infection, de germination tuberculeuse, suivant l'ex-

pression de Bouchut, peut s'arrêter, et ainsi s'expliqueraient ces cas d'observation relativement commune, dans lesquels un enfant, avant d'aboutir à la méningite proprement dite, a passé plusieurs fois par la phase prodromique. La seconde période, qui traduit non plus seulement les tendances infectieuses de la tuberculose, mais l'infection réalisée avec la localisation dans la pie-mère, est encore susceptible d'une modification favorable. La guérison est déjà plus rare, exceptionnelle même, mais elle est admise par nombre d'auteurs. Lorsque la troisième période a fait son apparition, le pronostic est fatal et cela d'une façon absolue. C'est qu'en effet, comme nous l'expliquerons à propos de l'intervention chirurgicale, à la tuberculose et à l'inflammation méningées se sont surajoutées des lésions qui altèrent directement la substance nerveuse, et en particulier l'hydropisie des espaces sous-arachnoïdiens et des ventricules, l'hydrocéphalie, qui provoque par compression une véritable ischémie de l'encéphale.

Il faut tenir compte, dans l'appréciation d'une action médicamenteuse, d'une circonstance qui se réalise assez souvent dans le cours de la méningite, je veux parler des rémissions, des accalmies. Elles se montrent non seulement dans les premières périodes de la maladie, mais quelquefois au milieu des symptômes les plus menaçants, tels que ceux de la compression cérébrale. Il est vrai que ces rémissions spontanées sont fugaces et qu'après quelques heures ou quelques jours l'affection reprend le plus habituellement sa marche fatale. On a signalé des cas dans lesquels la rémission, survenue à la période comateuse, s'est prolongée seize jours (Barthez et Sanné). On doit donc, avant d'affirmer la guérison, attendre un délai assez long.

II

Prophylaxie.

Nous avons établi que l'étude de la méningite tuberculeuse était dominée par le fait de l'infection tuberculeuse et que, si

le traitement devait s'adresser aux phénomènes locaux produits du côté de l'encéphale, il devait avant tout être dirigé contre la maladie générale.

Il y a lieu d'abord d'appliquer quelques règles d'hygiène aux sujets suspects. De ce nombre sont ceux dont les parents ont été tuberculeux, dont un frère ou une sœur ont été emportés par une méningite, qui sont eux-mêmes porteurs de foyers caséux sous forme d'adénopathies externes ou profondes. Il est légitime, chez un enfant dont la nutrition est languissante, qui présente au cou, dans l'aîne, dans l'aisselle, des ganglions en grains de plomb, qui, à l'occasion d'une bronchite, a une toux coqueluchoïde, d'employer la *tuberculine* en injection sous-cutanée et à faible dose, comme moyen de révéler un foyer tuberculeux.

L'indication principale est de mettre l'encéphale dans le repos le plus complet. Il faut se garder de pousser les enfants suspects aux études, et de favoriser le développement de leur instruction. On a remarqué que les futurs méningitiques sont souvent des enfants précoces dont l'activité intellectuelle ne demande qu'à s'exercer. De pareils sujets ne doivent pas fréquenter les écoles ou les pensionnats. C'est à une véritable diète intellectuelle qu'il faut les astreindre, remplaçant les livres par des exercices physiques, des promenades, des jeux, des distractions qui développent leurs forces. Ce n'est que peu à peu et après avoir traversé la période dangereuse que l'enfant, vers l'âge de dix ans, sera soumis au régime commun.

Toute cause d'excitation cérébrale devra être écartée — ainsi des émotions, même agréables, qui saisissent trop vivement l'imagination d'un jeune enfant; à plus forte raison, les émotions dépressives, les chagrins, les frayeurs, toutes les circonstances qui font travailler le cerveau.

De même aussi, il faut éviter tout mouvement congestif vers les centres nerveux. Rilliet et Barthez recommandent de faire porter aux enfants les cheveux courts, de ne pas leur couvrir la tête avec un bonnet. Henke conseille de les faire coucher la tête un peu élevée. L'oreiller de plume est nuisible, à cause

de la chaleur qu'il développe; mieux vaut un traversin en crin; la constipation est fâcheuse et on doit assurer régulièrement les selles du sujet; de même les troubles gastriques qui impressionnent volontiers le cerveau sous forme de céphalées ou de migraines. Les auteurs signalent comme nuisible le refroidissement des extrémités inférieures. Il faut le prévenir par des frictions, par des chaussures imperméables à l'humidité, par des lotions stimulantes.

La marche au soleil tête nue, le séjour dans une chambre surchauffée, l'exposition brusque à un froid intense, seront évités.

Il y aurait lieu, à propos de la méningite tuberculeuse, de rappeler les précautions indiquées par les hygiénistes pour prévenir l'invasion et l'infection de la tuberculose. C'est là un sujet qui ressortit plutôt à l'étude de la tuberculose en général. Nous n'avons pas à l'aborder ici. Nous passerons sous silence aussi la question complaisamment étudiée par les anciens auteurs de la *révulsion* ou de la *dérivation préventive*. Rilliet et Barthez ne touchaient pas volontiers aux maladies du cuir chevelu chez les enfants suspects et l'opinion populaire au sujet des éruptions rentrées peut se prévaloir de patronages très sérieux. D'autres auteurs appliquaient des *vésicatoires*, des *cautères* ou des *sétons* à la nuque, et l'injection d'essence de térébenthine proposée par M. Fochier pour combattre la septicémie puerpérale et même d'autres infections, donne à ces anciennes pratiques un regain d'actualité.

III

Traitement de l'infection tuberculeuse.

Les connaissances que l'on a acquises sur la nature de la tuberculose ont éclairé et précisé les procédés curatifs employés précédemment, plutôt qu'ils n'en ont révélé de nouveaux. A vrai dire, pour ce qui concerne cette forme particulière de tuberculose qui aboutit à la méningite, les médications qui