

quelquefois si léger, qu'il n'est perceptible que quand la membrane se trouve éclairée de certaines façons ; d'autres fois il est porté si loin, que le toucher éprouve une sensation de rugosité. Il est dû à la présence d'excroissances papillaires de nouvelle formation, consistant dans l'agglomération de cellules arrondies, avec noyaux transparents, qui proviennent d'une couche de cellules inégalement distribuées et qui sont surajoutées à la membrane ventriculaire elle-même.

Ces altérations, bien qu'observées dans la méningite tuberculeuse, se trouvent à leur plus haut degré d'expression dans l'hydrocéphalie chronique interne et sont la preuve d'une action inflammatoire qui remonte dans quelques cas à l'époque même de la vie fœtale. — De temps à autre, la membrane ventriculaire, au lieu de présenter les altérations décrites ci-dessus, est épaisse, pulpeuse et ramollie, au point de se déchirer au moindre attouchement ; ou bien elle participe à la diffusion des parties centrales du cerveau. Ceci, pourtant, est un cas tout à fait exceptionnel ; et l'opacité, le manque de poli, l'épaississement, l'augmentation de consistance, et l'état granuleux de sa surface, sont les altérations que présente presque invariablement la membrane des ventricules. Il ne m'a pas été possible de m'assurer s'il y a une relation déterminée entre ses altérations et la quantité du liquide épanché ou le degré du ramollissement central, mais il est rare de trouver les altérations de la membrane ventriculaire portées à leur plus haut degré, sans qu'il y ait une quantité de liquide considérable dans les ventricules, et autour d'eux, un ramollissement du cerveau important.

Il est clair qu'il y a dans la méningite tuberculeuse deux éléments, entre lesquels n'existe pas une relation constante, et qui même ne sont pas associés d'une manière invariable. L'un d'eux se manifeste par l'affection de la membrane à la base du cerveau, et est caractérisé par le dépôt de matière tuberculeuse aussi bien que par les produits exsudatifs de nature inflammatoire. L'autre se traduit par l'affection de la membrane ventriculaire, les altérations qu'elle subit et celles de la substance cérébrale adjacente.

Ce serait un sujet bien digne d'intérêt, de déterminer l'exact rapport de ces deux éléments ; de découvrir lequel se produit le premier et prédispose à l'autre, lequel contribue le plus à amener la mort ; de s'assurer des symptômes qui indiquent l'

et l'autre de ces groupes d'altérations, et d'arriver de cette façon, si cela est possible, à trouver le moyen de distinguer les cas susceptibles d'être traités, avec quelque chance, de ceux où le traitement est inutile, et qui ne laissent point de place à l'espérance. On entend quelquefois répéter cette plainte, que le champ de la science a été si complètement moissonné, par les premiers moissonneurs, qu'il ne reste presque plus rien à glaner pour ceux qui viennent après. Mais c'est assurément là une plainte vaine tant qu'il reste des problèmes comme ceux-ci, qui n'ont pas encore été résolus, et dont la solution exacte intéresse également et le médecin praticien et le pathologiste.

Il arrive quelquefois que, chez des enfants qui sont morts de méningite tuberculeuse, nous trouvons de larges plaques de *matière tuberculeuse*, déposées sous la membrane d'enveloppe de la convexité du cerveau, et s'étendant à la profondeur d'environ une ligne dans la substance. De temps à autre, aussi, on rencontre des masses tuberculeuses de forme sphéroïdale, de dimensions variables, logées dans la substance cérébrale. Cette dernière disposition n'est pourtant pas fréquente : elle n'existait que 8 fois sur les 80 cas qui ont servi de base à mes observations sur l'anatomie morbide de la maladie, et encore dans ces cas, il avait existé, pendant la vie des malades, des symptômes particuliers qui portaient à soupçonner qu'il y avait dans la maladie quelque chose autre qu'un simple épanchement d'eau, dans le cerveau.

Les complications de la méningite tuberculeuse consistent presque exclusivement en des dépôts tuberculeux dans différents organes, et dans les résultats divers auxquels ces dépôts peuvent donner lieu. Les poumons, et les ganglions bronchiques, sont les parties le plus souvent et le plus sérieusement envahies par le tubercule ; à la suite viennent, sous ce rapport, la rate, le foie, les glandes mésentériques, et l'intestin. L'association de la méningite à l'ulcération tuberculeuse des intestins est un fait qui, bien que peu fréquent, ne doit pas être perdu de vue, puisqu'il peut donner lieu à de la diarrhée, et vous conduire ainsi à une erreur de diagnostic, si vous considérez la constipation comme un symptôme de l'hydrocéphalie.

Mais passons à l'examen des symptômes de la méningite tuberculeuse. Nous ne pouvons cependant faire plus aujourd'hui, que de prendre une idée des principaux traits de la ma-

ladie, remettant à notre prochaine réunion toute tentative pour compléter cette esquisse.

Symptômes de la méningite tuberculeuse. — La *première période*, ou *période prodromique*, présente beaucoup des caractères de la congestion cérébrale associée à un état fébrile, qui présente des exacerbations et des rémissions, à des périodes irrégulières. L'enfant devient triste, maussade, peu disposé à se mouvoir, et est sans beaucoup de goût pour ses amusements ordinaires; d'autres fois, ses dispositions sont très-variables: il s'arrêtera au milieu de son jeu, pour courir se jeter dans le sein de sa mère, il porte la main à sa tête et y accuse de la douleur, ou bien se plaint seulement d'être fatigué, d'avoir envie de dormir et demande qu'on le mette au lit. Quelquefois il est étourdi; ce dont vous serez averti, non pas tant parce qu'il se plaindra de vertiges que parce que vous le verrez se tenir soudain immobile, regarder autour de lui d'un air égaré, et ensuite commencer à pleurer sous l'influence de cette sensation étrange; ou bien, paraissant sortir d'un songe, retourner tout de suite à ses jeux. L'enfant, dans les bras de sa nourrice, trahit cette même sensation par son regard alarmé, un cri soudain, et la manière brusque dont il se cramponne à sa nourrice. Si l'enfant marche, on peut observer qu'il traîne une jambe, boite en marchant, bien que légèrement, et rarement autant à un moment qu'à l'autre, de sorte que les parents et le médecin peuvent être disposés à attribuer cette démarche à une mauvaise habitude contractée par l'enfant. L'appétit est généralement mauvais, bien que quelquefois très-variable, et l'enfant, fort occupé à jouer, peut tout d'un coup jeter ses jouets, demander à manger et refuser ce qu'on lui présente; ou bien, en prenant rapidement une bouchée, il en paraît dégoûté presque avant d'avoir goûté; ouvre la bouche, tire la langue et fait un haut le cœur, comme s'il allait vomir. La soif est rarement vive, et dans certains cas, il y a une aversion réelle pour la boisson aussi bien que pour la nourriture, suivant toute apparence parce qu'elles excitent ou augmentent l'envie de vomir. Mais, l'estomac ne rejette que rarement tout, et tel aliment qui, à un moment, provoque le vomissement, est conservé dans un autre. Quelquefois, l'enfant vomit seulement après avoir mangé; d'autres fois, même pendant l'état de vacuité de l'estomac,

il rejette sans beaucoup d'effort, mais sans aucun soulagement, quelques mucosités verdâtres. Ces efforts de vomissement se produisent rarement plus de deux ou trois fois par jour; mais ils peuvent se répéter pendant plusieurs jours de suite, en même temps que la tête devient, probablement, plus pesante et est beaucoup plus douloureuse. Les fonctions de l'intestin, pendant ce temps, sont troublées et généralement il existe de la constipation dès le début, bien que l'état, sous ce rapport, varie quelquefois au commencement de la maladie. Les matières évacuées sont habituellement peu abondantes, quelquefois pâles, souvent de différentes couleurs, manquant presque toujours de bile, souvent couleur de boue et très-fétides. La langue n'est pas sèche, généralement plutôt rouge à la pointe et sur les bords. Elle est couverte à sa face supérieure d'un enduit blanc, qui devient jaunâtre vers la base. Dans quelques cas je l'ai vue très-humide, et recouverte uniformément d'une saburra blanche. La peau est sèche, mais ne présente pas une grande chaleur; les narines sont sèches, les yeux sans expression, le pouls accéléré, mais dépassant rarement 120, chez les enfants de 4 ans et au-dessus; ni plein ni fort, mais présentant souvent des pulsations inégales en force et en durée. L'enfant est assoupi et quelquefois demande 2 ou 3 fois dans la journée à ce qu'on le mette au lit; mais il est agité, dort mal, grince des dents pendant le sommeil, tient les yeux demi-entr'ouverts, s'éveille au plus léger bruit, ou même s'éveille en sursaut et tout effrayé, sans aucune cause appréciable. A la nuit on remarque, souvent pour la première fois, l'intolérance à la lumière, par ce fait que l'enfant se plaint de la présence de la bougie dans la chambre.

J'ai à peine besoin de vous dire que vous ne pouvez espérer trouver tous ces symptômes dans chaque cas, ni même, lorsqu'ils existent, de les voir persister, attendu que l'état de l'enfant varie notablement dans l'espace de quelques minutes; l'entrain succédant quelquefois à la dépression, et l'enfant goûtant de temps à autre un sommeil réparateur au milieu des sommes interrompus et fatigans de la nuit. Ce n'est pas dans une visite précipitée, de quelques minutes, que vous acquerrez ces informations. Il ne faut pas ménager votre temps, si vous êtes désireux d'approcher de la perfection dans l'art de conduire les maladies de l'enfance.

La durée de cette première période est très-variable, mais n'excède pas en moyenne 4 ou 5 jours ; si la maladie n'est pas reconnue, ou si le traitement a dû échouer, elle passe à la *seconde période*, pendant laquelle la nature de l'affection devient très-évidente, en même temps que tout espoir de guérison est à peu près perdu. L'enfant n'a plus aucun moment de gaieté, et ne cherche plus à s'asseoir, il demande à ce qu'on le laisse tranquille au lit, la figure prend une expression permanente d'anxiété et de souffrance. Les yeux sont souvent fermés et les sourcils froncés, l'enfant cherchant ainsi à garantir de la lumière sa rétine trop sensible. La peau continue à être sèche, la face est souvent congestionnée et la tête chaude, bien que ces symptômes soient d'une durée très-variable, se produisant et disparaissant sans cause apparente, on peut constater l'augmentation constante des battements de la carotide ; et si le crâne n'est pas ossifié, on peut apprécier par la vue et le toucher, à travers la fontanelle antérieure, que le soulèvement cérébral se produit plus fortement. L'enfant a maintenant une grande aversion pour tout ce qui le dérange ; il reste couché dans une sorte d'assoupissement, d'où il ne sort que si on lui parle ; et s'il est assez âgé pour répondre, il se plaint alors ordinairement de douleur, de fatigue ou d'envie de dormir. D'autres fois il reste couché la face tournée du côté opposé à la lumière, ou tout à fait tranquille, ou se plaignant à voix basse, ou bien encore, poussant de temps à autre ce cri bref, perçant, lamentable, que Coindet de Genève regardait comme caractéristique de la maladie, et pour cette raison appelait *hydrencéphalique*. L'enfant n'accuse pas autrement la douleur, que par ce faible gémississement et ce cri plaintif passager.

Il est à cette règle des exceptions : à quelques enfants, l'intensité de la souffrance arrache des cris de douleur, ou bien il s'écrient : Ma tête ! ma tête ! de manière à faire pitié. A l'approche de la nuit, les symptômes présentent presque toujours une exacerbation manifeste ; et fréquemment le calme de la journée est remplacé par un état d'excitation bruyante, pendant laquelle alternent le délire et des cris de douleur arrachés par le mal de tête. Ceci n'est pourtant, en aucune façon, une règle constante ; une augmentation d'agitation constituant, souvent, la seule différence qui existe entre l'état de la nuit et la stupeur dans laquelle l'enfant reste plongé pendant le jour. Au commencement de

cette période le pouls est accéléré, quelquefois à un haut degré, et dans beaucoup de cas, est inégal quant à la force et à la rapidité des battements. L'irrégularité du rythme ou l'intermittence distincte des battements constitue la modification qui vient immédiatement après, et que l'on perçoit en même temps qu'une diminution considérable de la fréquence, diminution par laquelle le pouls tombe en peu d'heures de 120 à 90 ou 80. En même temps que ces modifications dans les caractères généraux du pouls se produisent, sa force de résistance est évidemment diminuée, puisqu'il suffit de la plus légère cause de fatigue, celle par exemple qui résulte du changement de position dans le lit, pour augmenter souvent la fréquence du pouls de 20 pulsations et plus à la minute. L'enfant tient quelquefois ses yeux si fortement fermés qu'on peut à peine parvenir à voir l'état des pupilles. En général, les pupilles n'ont pas subi grande modification, ou bien l'une d'elle est quelquefois plus dilatée et plus lente à se contracter que l'autre ; dans d'autres cas, il existe du strabisme, bien qu'à un très-léger degré et d'un seul côté.

Il est rare que le vomissement se prolonge au delà du début de cette période ; mais sa cessation n'est suivie d'aucun désir de manger ou de boire. La constipation devient d'habitude plus forte qu'elle n'était avant, les évacuations continuent à être aussi peu naturelles, tandis que les gaz disparaissent des intestins, et que l'abdomen prend cette forme excavée à laquelle quelques écrivains ont donné une grande importance, la considérant comme caractéristique de la maladie.

La transition de cette période à la *troisième* s'effectue quelquefois graduellement par la progression de l'état d'assoupissement jusqu'à ce qu'il arrive à une stupeur dont il est impossible de tirer l'enfant. D'autres fois, cependant, cette stupeur survient très-soudainement, succédant immédiatement à une attaque de convulsions. Les convulsions, d'habitude, portent beaucoup plus sur un côté que sur l'autre, et quand l'attaque est terminée, on trouve généralement un des côtés paralysé d'une manière complète ou incomplète, tandis que de l'autre l'enfant exécute des mouvements automatiques constants, portant la main à la tête, étendant et fléchissant alternativement la jambe. Le côté où les convulsions ont prédominé est généralement, mais non toujours, le plus atteint par la paralysie consécutive. Au plein de la troisième période, l'enfant reste étendu sur le dos dans un état de

complète insensibilité, avec une jambe étendue et l'autre repliée vers l'abdomen. Avec ses mains tremblantes l'enfant pince ses lèvres, fouille son nez jusqu'à ce que le sang vienne; ou bien il tient une des mains sur les parties génitales, tandis qu'avec l'autre il se frotte la tête ou la face. Pendant un moment la tête est chaude et la face rouge, puis la chaleur tombe et la rougeur s'efface, bien qu'il y ait habituellement une augmentation constante de température vers l'occiput. Quelquefois la peau est sèche, et ensuite, bien que les extrémités soient froides, on voit apparaître une sueur profuse sur quelques parties du corps ou sur la tête. Le pouls perd souvent son irrégularité, mais en même temps il devient plus petit et plus rapide, jusqu'à ce qu'à la fin on ne puisse plus le compter qu'au cœur. Les paupières alors, ne sont que très-incomplètement closes, et il y a, dans le plus grand nombre des cas, un certain degré de strabisme. L'impression de la lumière a cessé d'être pénible, car les pupilles dilatées, ou bien restent sans mouvement sous l'influence de leurs stimulants, ou bien exécutent des oscillations, se contractant et se dilatant alternativement, jusqu'à ce qu'à la fin elles reviennent à leur état primitif de dilatation. L'enfant, à cette époque, exécute souvent des mouvements automatiques de la bouche, comme s'il mâchait ou cherchait à avaler quelque chose. Il arrive aussi, généralement, que, bien que la sensibilité soit abolie complètement, l'enfant avale encore ce qu'on place dans sa bouche et que le pouvoir de la déglutition, dans bien des cas, est tout à fait le dernier à disparaître.

Une attaque de convulsions met quelquefois fin, alors, à cette scène pénible; mais souvent la vie se prolonge pendant des journées, bien que l'enfant soit réduit à l'état d'un squelette, et que ses traits soient si changés par la maladie, que des personnes l'ayant vu peu de temps avant, pourraient à peine le reconnaître. Souvent la tête se rétracte à un certain degré en arrière et l'occiput s'enfonce dans l'oreiller; les paupières sont largement ouvertes et les yeux tournés en haut, de façon à ce que les trois quarts de l'iris se cachent sous la paupière supérieure; pendant qu'un horrible regard louche, dû au mouvement constant de rotation des yeux ajoute au désordre des traits. A ce moment de la maladie les pupilles sont fixes et vitreuses, le blanc des yeux injecté de sang, et sa surface couverte par une abondante sécrétion des glandes de Meibomius qui s'accumule dans les angles.

Une jambe et un bras sont raides et sans mouvement, l'autre au contraire agité par un mouvement constant de contraction, tandis que les mains sont souvent fermées et les poignets fléchis sur l'avant-bras. En même temps, il existe souvent des soubresauts des tendons tels, qu'ils mettent dans l'impossibilité de compter le pouls; et les muscles de la face sont, de temps à autre, tirés par des contractions spasmodiques. Une sueur visqueuse abondante se produit vers la tête, la respiration est laborieuse, la déglutition devient difficile, et l'enfant est sur le point d'étouffer dans les efforts de déglutition, ou laisse sortir le liquide par les angles de la bouche. On ne sait exactement combien de temps peut durer cet état. Le retour des convulsions habituellement précipite la solution, mais quelquefois il s'écoule plusieurs jours pendant lesquels on attend à chaque instant la mort, priant instamment pour qu'elle vienne mettre un terme aux souffrances du malade.