

## SEPTIÈME LEÇON.

### MÉNINGITE TUBERCULEUSE.

(Suite.)

Variétés dans sa marche et ses modes de début. — Invasion insidieuse chez les sujets phthisiques. — Ressemblance de ses symptômes avec ceux de la fièvre typhoïde — d'un simple embarras gastrique. — Importance sérieuse de la continuation des vomissements dans les cas d'embarras gastrique.

*Pronostic.* — Maladie presque toujours mortelle. — Apparences d'amélioration souvent trompeuses. — Durée de la maladie.

*Traitement.* — *Prophylaxie.* — Traitement de la maladie. — Règles pour les émissions sanguines : l'emploi des purgatifs, des mercuriaux, l'application du froid. — Diète du malade. — Circonstances dans lesquelles on peut employer les opiacés utilement. — Quand faut-il appliquer les vésicatoires? — Efficacité prétendue de la pommade au tartre stibié employée comme contre-stimulant. — Conclusions touchant le traitement.

Il est à peine nécessaire de faire observer que la méningite ne suit pas toujours exactement la marche que je vous ai décrite dans notre dernière réunion, puisque chaque cas, en effet, présente quelque légère particularité dans l'importance relative des différents symptômes, la date de leur apparition, ou l'ordre dans lequel ils se succèdent. Les convulsions, par exemple, qui ne manquent presque jamais (1), surviennent plus tôt dans un cas que dans l'autre. Chez l'un, elles portent sur tous les mus-

(1) Les convulsions sont loin d'être un symptôme précoce. Elles n'apparaissent en général qu'à la fin de la deuxième, ou dans le cours de la troisième période de la maladie, et nous sommes, en ce qui les concerne, du même avis que MM. Rilliet et Barthez. « Nous sommes arrivés, disent ces auteurs, à cette conséquence curieuse, que la méningite, sans complication tuberculeuse de la substance encéphalique, ne débute presque jamais par des con-

cles du corps, chez l'autre elles sont limitées à un côté. Elles sont suivies dans un cas, par la paralysie, dans l'autre par un état de raideur et de contracture des membres. De même le coma survient quelquefois progressivement, et d'autres fois fait invasion d'une manière soudaine; chez un enfant il se prolonge, chez un autre il est promptement suivi de la mort. Les pupilles, quelquefois, deviennent de bonne heure insensibles à l'action de la lumière, et d'autres fois elles restent contractiles, bien que lentement, presque jusqu'au moment de la mort. C'est encore ainsi que le strabisme peut exister sous différentes formes; qu'il peut exister un mouvement de rotation constant des yeux, ou que l'un et l'autre de ces symptômes peuvent manquer, sans que d'ailleurs nous puissions rapporter ces variétés dans les signes à aucune différence positive dans les lésions anatomiques. Mais, quelques différences qu'il puisse y avoir, sous ce rapport, entre un cas de méningite tuberculeuse et un autre, ces différences n'ont qu'une importance secondaire. En effet, que ces symptômes surviennent tard ou de bonne heure; qu'ils soient légers ou très-accentués, de courte ou de longue durée, l'apparition de l'un d'entre eux détermine le caractère de la maladie d'une manière trop claire, pour qu'on puisse s'y méprendre, et elle n'indique pas le début, mais le plein développement du mal. Les déviations au mode d'attaque commun sont d'une bien plus grande importance, puisqu'elles peuvent nous conduire à méconnaître la nature de la maladie, précisément pendant le temps où le traitement peut avoir beaucoup d'utilité.

Les enfants robustes et bien portants sont comparativement peu atteints de méningite tuberculeuse; et, dans un grand nombre de cas, les indices d'une santé qui décline précèdent pendant des semaines et même des mois les véritables symptômes prémonitoires de la maladie. Vous pouvez cependant être tellement absorbés par le soin de surveiller les premiers, que vous laissiez passer les derniers inaperçus ou en méconnaissiez la signification. Votre sollicitude est mise en éveil par

vulsions. Lors donc que l'on voit ce symptôme apparaître dès le début de la maladie on doit penser qu'il existe, outre les tubercules miliaires des méninges, quelque tubercule cérébral; ou bien s'il s'agit d'un sujet jusque là très-bien portant, sans tache originelle tuberculeuse, surtout s'il a subi l'influence de quelque cause occasionnelle, chute sur la tête, insolation, on doit admettre la possibilité d'une méningite simple.

la diminution graduelle des forces de l'enfant et l'amaigrissement des chairs. Vous remarquez qu'il devient sujet à des accès de fièvre irréguliers; qu'il tousse un peu, perd son appétit; que les fonctions de l'intestin sont presque toujours dérangées, qu'il existe généralement de la constipation, et que fréquemment l'enfant se plaint, d'une manière vague, de douleur dans les membres ou de pesanteur dans la tête. Ces symptômes, qui dépendent du dépôt général de matière tuberculeuse dans les différents organes, dont les autopsies démontrent l'existence dans presque tous les cas, vous font redouter l'invasion de la phthisie, et vous auscultez souvent la poitrine, dans la pensée d'y découvrir quelques signes d'une affection des poumons. Avec le temps, l'enfant devient pis: il est plus lent, plus triste, tousse davantage et a plus de fièvre, mais ne se plaint pas plus de la tête, ou tout au plus dit que la toux y provoque de la douleur. Les parents pensent que l'enfant doit avoir pris froid, et vous ne voyez pas d'indice de quelque nouveau désordre; car bien que nonchalant et triste, l'enfant continue à aller et venir dans la maison, et quelquefois à jouer, mais, il est vrai, sans beaucoup de goût. Un traitement simple semble faire un peu de bien, et tout naturellement vous espérez que l'aggravation des symptômes ne sera que temporaire; mais, après une nuit agitée plus que d'ordinaire, survient une attaque de convulsions ou bien l'engourdissement s'exagère dans l'espace de peu d'heures, et, sans aucune cause évidente, se transforme en un profond coma, et en peu de jours survient la mort.

Une petite fille, d'environ huit ans, fut amenée à l'hôpital des Enfants, en décembre. Elle était très-pâle, très-languissante, et si amaigrie qu'elle paraissait arrivée à une période avancée de la phthisie. La mère disait que la santé de l'enfant depuis sa naissance avait été délicate, mais qu'elle n'avait jamais été malade, jusqu'au mois de juillet précédent, où survint la coqueluche, qui peu de jours après fut compliquée de rougeole avec diarrhée. Elle se remit de ces affections, qui la laissèrent pourtant très-maigre et très-faible; la coqueluche ne disparut complètement que tard dans l'automne.

Du moment où cessa la coqueluche, la santé de l'enfant fit des progrès, mais son appétit ne fut jamais très-bon et elle semblait par degrés devenir de plus en plus incapable de manger le pain grossier de la pauvreté. Survinrent ensuite,

quelquefois, des vomissements après l'ingestion des aliments, et il lui arrivait alors, par moment, de se plaindre de la tête. C'est à la suite de ces nouveaux symptômes que sa mère, au bout de quelques jours, l'amena à l'hôpital. Elle suivit le traitement externe à peu près pendant une quinzaine de jours, pendant lesquels aucun nouveau symptôme ne se montra; mais l'enfant devint chaque jour plus faible, et en conséquence fut admise dans l'établissement le 16 décembre. — Comme les signes de phthisie fournis par l'examen de la poitrine ne consistaient qu'en une légère diminution de la résonnance du côté gauche en arrière, et une respiration rude et soufflante à l'expiration, on était fondé à espérer que le désordre pulmonaire n'était pas très-considérable. On lui prescrivit du thé de bœuf, avec un peu de vin et une mixture contenant de l'acide cyanhydrique et de l'acide nitro-muriatique (1).

Pendant quelques heures le bien-être de l'hôpital produisit un changement en bien dans son état; mais dans la nuit du 19 elle dormit mal, se plaignit de la tête le matin suivant, et vomit après son déjeuner. Une seule dose de calomel agit heureusement sur l'intestin, des vésicatoires derrière les oreilles firent disparaître le mal de tête et les vomissements furent complètement arrêtés par l'acide prussique donné dans une mixture effervescente. — L'amélioration cependant ne dura que 24 heures. — Le 20 décembre, après une nuit agitée, l'enfant devint très-assoupie, refusa son thé de bœuf, ne demandant rien, ne se plaignant de nulle part; mais si on la pressait de questions, accusant une douleur de tête. — Un vésicatoire fut placé sur le cuir chevelu rasé; on cessa le vin, qui causait de la congestion de la face, et l'on tenta de la nourrir avec du thé de bœuf en lavement. — L'assoupissement, en dépit du vésicatoire, se transforma en coma le jour suivant, et elle resta ainsi privée de conscience, avec de légères secousses convulsives que présentaient parfois les muscles de la face pendant les deux derniers jours de sa vie, qui se termina d'une manière calme le matin du 25 décembre.

En examinant le corps, après la mort, les ganglions bronchiques, sur le côté gauche de la trachée, furent trouvés dans

(1) L'acide nitro-muriatique dilué contient environ le quart de son poids d'eau régale et se prend à la dose de 5 à 10 gouttes. L'acide hydrocyanique dilué contient 2 % d'acide anhydre et se prescrit à la dose de 2 à 8 gouttes.

un état de tuberculisation avancé, mais les poumons étaient entièrement exempts de tubercules. Les ventricules du cerveau contenaient un peu de liquide. L'arachnoïde de la base était moins transparente qu'à l'état normal, tandis qu'une légère couche de lymphé jaune, assez résistante, un peu plus épaisse sur le côté droit que sur le gauche, recouvrait le pont de Varole. Les deux hémisphères du cerveau étaient réunis par d'anciennes adhérences, le long de la scissure longitudinale, et les lobes antérieur et moyen étaient soudés suivant la scissure de Sylvius; mais il n'y avait presque aucun épanchement de matière hyaline ou granuleuse entre le pont de Varole et la commissure optique, point dans lequel il s'en trouve d'habitude un si marqué.

L'invasion de la maladie avait été marquée par peu de symptômes; et cela, j'imagine, par la même raison qui explique les lésions anatomiques peu importantes trouvées après la mort: c'est-à-dire que quand des souffrances longtemps prolongées ont affaibli à ce point les puissances vitales, il ne faut que très-peu de chose pour éteindre la vie.

Dans les cas semblables à celui-ci, vous n'aurez, il est vrai, très-probablement que peu de chose ou rien à faire, même si vous reconnaissez l'invasion de la maladie aux premiers indices de son approche: mais vous épargnerez aux amis du malade quelques regrets, et à vous-mêmes un reproche possible, si vous découvrez le danger à distance.

**Diagnostic de la méningite.** — Maintenant, quand chez un enfant, spécialement s'il est d'une famille de poitrinaires, vous voyez la santé décliner depuis quelques semaines ou quelques mois, sans cause évidente, je vous engage à veiller avec beaucoup de scrupule et de crainte sur l'apparition d'un degré inusité d'assoupissement et de nonchalance, ou sur l'aggravation de la toux, dont les renseignements fournis par l'auscultation ne peuvent donner une explication suffisante.

Une toux fréquente, courte, sèche, n'est pas rare au commencement de la méningite tuberculeuse; mais dans les cas où la toux existe depuis quelque temps, il est probable que vous en rapporterez l'aggravation à un désordre dans la poitrine, et perdrez de vue le lien qui peut l'unir à une affection du cerveau. C'est pourquoi informez-vous, dans tous les cas où il y a doute, s'il n'a pas existé de vomissement; car quelquefois celui-ci n'est

que peu important, s'est produit seulement après le repas, et alors d'une manière accidentelle, de sorte que les parents peuvent ne le considérer que comme un symptôme de peu d'importance. Assurez-vous de l'état des fonctions de l'intestin, surveillez le pouls très-attentivement; il peut n'être ni irrégulier ni intermittent, mais vous trouverez très-probablement une certaine inégalité dans la force et la durée de ses battements. S'il en est ainsi, vous pouvez être sûrs que le mal est dans la tête; et si chez un tel malade, la tête est le siège du mal, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent celui-ci dépend de l'approche de l'invasion de la méningite tuberculeuse.

Ne vous contentez pas de voir le malade une fois par jour, visitez-le matin et soir; restez près de lui quelque temps, examinez-le de près, et voyez jusqu'à quel point il est possible de le distraire. Mais si vous êtes encore étrangers à cette sorte de franc-maçonnerie qui prouve à un petit enfant que vous l'aimez, vous ne parviendrez probablement pas à découvrir la vérité.

Il peut arriver qu'un enfant, quoique délicat, ait été suffisamment bien portant jusqu'à huit ou quinze jours avant l'époque de votre visite, et qu'à ce moment il ait été pris de symptômes fébriles, avec un peu de mal de tête, et peut-être du vomissement et de la constipation. Vous apprenez que ces deux derniers symptômes n'ont été que de courte durée, mais que la fièvre n'a pas cessé depuis lors, que l'enfant a été très-taciturne, un peu endormi, montrant de la répugnance à tout ce qui pouvait le déranger, bien qu'il fit des réponses raisonnables quand on lui adressait la parole.

Vous considérez ce cas comme un de ceux auxquels on donne le nom de fièvre rémittente, et vous le traitez, sans qu'il en résulte ni amélioration ni aggravation, jusqu'à ce que l'apparition des convulsions ou du coma redresse votre diagnostic, mais malheureusement trop tard. Cette erreur serait certainement évitée trois fois sur quatre, si vous vouliez, une fois pour toutes, reconnaître ce fait, qu'à part la fièvre intermittente et les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde est la seule fièvre essentielle à laquelle nous ayons à faire, et que toutes les autres fièvres ne sont que le résultat de la sympathie de la constitution avec un désordre local dans un point quelconque. Mais il faut confesser qu'il n'est pas toujours aisé de faire la distinc-

tion entre les formes bénignes de la fièvre typhoïde, et les symptômes de début de la méningite tuberculeuse. Cependant, il vous sera d'un grand secours de vous souvenir que la fièvre typhoïde est très-rare avant cinq ans, et ne se rencontre presque jamais chez les enfants au-dessous de trois ans; tandis que la moitié au moins des cas de méningite tuberculeuse se montre chez les enfants qui n'ont pas accompli leur cinquième année. Encore n'est-ce pas là une preuve sur laquelle vous puissiez faire grand fond dans les cas douteux; mais, les symptômes présentent des différences qui vous mettront à même de porter un jugement, si vous avez acquis l'habitude d'une observation minutieuse et attentive. Le vomissement, auquel j'ai accordé tant d'importance, comme symptôme marquant l'approche de la méningite tuberculeuse, manque généralement, même au début de la fièvre typhoïde. S'il existe, il cesse promptement, et n'est pas suivi de ces nausées persistantes qui sont fréquentes dans la méningite.

Dans la fièvre typhoïde, les intestins sont souvent relâchés dès le début même, ou le deviennent promptement, et les matières évacuées n'ont aucune ressemblance avec les matières noires, couleur de boue et peu abondantes que rejettent les individus atteints de méningite tuberculeuse. Elles sont au contraire aqueuses, fécales, et d'une couleur légèrement jaune; la sensibilité douloureuse de l'abdomen, au toucher, est presque constante dans la fièvre typhoïde, plus grande dans les fosses iliaques que partout ailleurs, et on peut presque toujours constater la présence des gaz dans l'intestin.

La langue n'est pas humide comme dans la méningite tuberculeuse, et rarement très-chargée, mais elle présente un léger enduit d'une saburre jaune sur toute sa surface, vers la base et au centre, tandis que la pointe et les bords sont très-rouges; et elle devient sèche à une période peu avancée de la maladie. Dans la méningite tuberculeuse, le dégoût pour les boissons est généralement aussi prononcé que pour les aliments, tandis que dans la fièvre typhoïde il existe un vif désir de prendre des boissons, surtout froides, pour apaiser la soif, qui est vive. La chaleur de la peau dans la fièvre typhoïde, extrêmement élevée, est d'habitude plus grande et plus persistante que celle de la méningite tuberculeuse, dans laquelle, avec une sécheresse très-prononcée de la peau, on voit la température, ou n'être

pas beaucoup augmentée, ou présenter des fluctuations qui ne paraissent pas répondre à des changements dans la maladie. — C'est dans ces cas douteux que l'emploi du thermomètre comme auxiliaire des autres moyens de diagnostic se montre dans toute sa valeur.

Non-seulement dans la fièvre typhoïde la température est régulièrement plus élevée que dans la méningite, mais ses recrudescences et ses rémissions suivent des lois dont la connaissance doit nous sauver de l'erreur. Elle va croissant lentement, jour par jour, pendant la première période de la maladie, et ceci indépendamment de toute accélération correspondante du pouls, plus élevé chaque soir d'un demi-degré à un degré et demi, qu'il n'était le matin.

C'est là une règle si constante que Vunderlich et Griesinger (1), d'un côté, nient qu'une maladie aiguë dont la température au second jour de durée atteint 104 F. (40°) puisse être une fièvre typhoïde, et, d'un autre côté, nient également qu'il s'agisse d'une fièvre typhoïde si, dans la soirée du quatrième jour, la température n'atteint pas 103 F. (39°,4) ou si entre le huitième et le onzième jour elle reste constamment au-dessous de ce chiffre. D'autre part, dans la méningite tuberculeuse, la température ne semble obéir à aucune loi, n'avoir aucune relation avec la fréquence du pouls, mais se montre extrêmement variable, quelquefois très-élevée déjà à une époque peu avancée de la maladie, d'autres fois, restant à un chiffre bas, longtemps après le moment où la température de la fièvre typhoïde aurait atteint son maximum. Mais, de toutes les variations que présente la température, la plus remarquable est son abaissement soudain pendant quelques heures de la journée, et son élévation également brusque peu après, sans qu'il existe de changement correspondant dans les symptômes ou la marche de la maladie.

Le pouls, dans la fièvre typhoïde, est beaucoup plus fréquent que dans la méningite tuberculeuse; il continue à l'être pendant toute la durée de la maladie, ne devient jamais inégal ou irrégulier et présente une fréquence en rapport direct avec l'élévation de la température de la peau. — Dans la fièvre typhoïde, l'enfant se plaint peu de la tête, mais le délire se montre de bonne heure, surtout le soir; dans la méningite, au contraire, le vrai délire ne survient presque jamais avant une période avancée de

(1) Voyez Roger, *op. cit.*, pages 295, 320-328.

la maladie, et n'existe quelquefois jamais. — Dans la fièvre typhoïde existent des recrudescences et des rémissions distinctes : le malade étant mieux le matin, au moment de la chute de la température, est de nouveau moins bien quand la nuit approche et que la température s'élève ; tandis que s'il existe dans la méningite tuberculeuse des fluctuations nombreuses, nous n'observons pas de périodes *déterminées*, où la gravité des symptômes s'amende ou s'exaspère d'une manière constante.

Avec de l'attention, il sera difficile que vous preniez un cas de méningite commençante pour un simple embarras gastrique, bien qu'il y ait beaucoup de points de ressemblance entre les deux. Le vomissement et la constipation se montrent dans les deux maladies, et il y a habituellement dans la dernière un certain degré de mal de tête, bien que celui-ci soit rarement intense et persistant. Un simple embarras gastrique ne présente généralement pas un grand trouble fébrile ; l'expression de la physionomie, un peu lourde, ne présente pas le caractère d'anxiété et de détresse propre à la méningite tuberculeuse, et la langue est en général beaucoup plus chargée qu'au début d'une attaque de cette maladie. Le soulagement qui suit l'emploi des remèdes, dans la moins dangereuse de ces maladies, est aussi rapide que complet ; le vomissement cessera après l'emploi d'un émétique : l'administration d'un purgatif actif sera suivie d'une purgation abondante, et, en un jour ou deux, le malade sera complètement rétabli.

La persistance du vomissement, dans un cas que vous auriez considéré comme un simple embarras gastrique, doit éveiller grandement vos soupçons, même quand un purgatif aurait puissamment agi sur l'intestin et qu'il n'existerait aucun indice manifeste d'un désordre du côté de la tête.

J'ai vu un cas où la continuation d'un vomissement persistant pendant six semaines après la disparition d'une attaque de diarrhée, courte mais sévère, fut le seul symptôme de maladie chez un enfant de cinq ans. A la fin il fut un peu assoupi, et une ou deux fois, pressé de questions, dit qu'il avait mal à la tête. Un peu moins de deux jours après s'être plaint de la tête, l'enfant fut saisi d'une violente attaque de convulsions et mourut dans le courant de la semaine suivante, après avoir présenté tous les symptômes de la méningite tuberculeuse, dont on trouva les lésions à l'autopsie.

Avant d'abandonner la question du diagnostic de la méningite tuberculeuse, nous devons pour un moment examiner quel peut être, sous ce rapport, le degré d'utilité de l'ophthalmoscope. Actuellement je crois que l'ophthalmoscope, comme moyen de diagnostic, est dans la position où se trouvait l'auscultation il y a quelque cinquante ans, et je prévois qu'avec le temps il nous rendra beaucoup plus de services qu'il ne le fait à présent ; aussi, je vous demande de ne considérer mon opinion comme applicable qu'au présent, et au présent seulement, et de plus comme étant celle d'un homme inexpert dans l'emploi de l'instrument. Mon impression est que dans les affections aiguës du cerveau, il ajoute aux informations que nous pouvons tirer d'autres sources.

Son emploi, toujours difficile chez l'enfant, le devient encore davantage sous l'influence de la frayeur, de l'agitation, de l'impressionnabilité à la lumière, qui caractérisent la méningite tuberculeuse, ou les désordres qui lui ressemblent ; en outre les signes de névrite optique, que l'instrument nous permet quelquefois de découvrir, ne sont ni assez constants, ni d'une valeur assez uniforme pour nous permettre de tirer aucune conclusion rigoureuse, ou de leur existence constatée dans un cas, ou de l'impossibilité où nous sommes de les découvrir dans un autre. C'est pourquoi je pense que nous ne devons négliger aucun des moyens ordinaires d'arriver au diagnostic, puisque, jusqu'à présent, tout ce que nous pouvons raisonnablement attendre de l'ophthalmoscope, c'est la confirmation d'une opinion fondée sur d'autres motifs que ceux qu'il peut nous fournir (1).

**Pronostic.** — Une recherche qui n'a guère moins d'importance que celle concernant les moyens de distinguer la maladie

(1) Avec le plus sincère respect pour les recherches du Dr Clifford Allbutt, je ne suis point jusqu'à présent disposé à souscrire à son opinion, que la guérison de la méningite tuberculeuse n'est pas rare ; et les cas présumés de méningite, rapportés dans l'appendice de son ouvrage, neme semblent rien moins que concluants, car autant que j'en puis juger par le court exposé des symptômes, ce n'étaient pas du tout des cas de méningite.

Son traité sur l'emploi de l'ophthalmoscope (Londres, 8v., 1871) n'en est pas moins digne des plus grands éloges, en raison de ses recherches patientes et soignées, et de leur exposition lucide. C'est de beaucoup la plus large contribution aux connaissances que nous possédons actuellement sur le nouveau moyen de diagnostic.

d'une autre affection, est celle qui a pour objet le pronostic que nous devons adopter, les inductions auxquelles nous devons nous arrêter, d'après la marche de la maladie, soit sur les espérances, soit sur les craintes à concevoir. Malheureusement le pronostic, dans la méningite tuberculeuse, est si défavorable, que nous pouvons à peine parler des circonstances qui le règlent; car dans presque toutes les variétés de conditions, de symptômes, de traitement, les malades meurent. Ce n'est que dans des cas bien rares que j'ai vu une autre terminaison que la mort, suivre, même les symptômes prémonitoires de l'épanchement d'eau dans le cerveau. Une fois, j'ai vu la guérison survenir après l'apparition des symptômes qui marquent la seconde période, et une autre fois j'ai observé, avec surprise, la maladie céder après l'apparition des convulsions, suivies de coma. Dans cet exemple, il s'agissait d'une enfant de trois ans et demi appartenant à une famille de phthisiques, et dont un frère plus jeune avait succombé, un an auparavant, à une hydrocéphalie. La maladie, chez elle, suivit la marche ordinaire, sans être arrêtée par le traitement habituellement employé. Les convulsions survinrent, suivies du coma; la déglutition était très-difficile, les pupilles très-dilatées et presque immobiles, le pouls très-faible et très-fréquent, en un mot tout annonçait la mort que chacun regarde comme habituelle au milieu de tels symptômes. On donnait encore des aliments, attendu que la déglutition n'était pas absolument impossible, et on administrait de l'ammoniaque et de l'éther, qui après un temps furent abandonnés pour de la quinine. L'absence de conscience persista pendant des journées et le premier retour d'un mouvement volontaire apparut dans l'effort que fit l'enfant en levant la main pour maintenir la tasse qu'on avait portée à ses lèvres. Elle retrouva ensuite la faculté visuelle, mais elle ne pouvait encore remuer les jambes, ni émettre aucun son articulé. Elle ne retrouva l'usage de la parole qu'après quelques semaines, et la force de marcher qu'après plusieurs mois; la démarche resta longtemps chancelante et incertaine, et l'enfant semblait à demi idiote. Quand je la revis, trois ans s'étaient écoulés et la guérison était probablement aussi complète qu'elle pourra jamais l'être; l'enfant, bien que non dépourvue d'intelligence, n'avait jamais repris son embonpoint, ni l'apparence de la santé, et ses manières n'étaient pas celle d'un enfant ordinaire; ainsi elle marchait d'un pas mal

assuré, avait une expression de physionomie étrange et un sourire égaré. Si bien que je m'étonnais que la maladie persistant à l'état latent ne se fût pas encore reproduite. Je ne sais ce qui, dans la suite, est advenu de cette enfant.

Je sais que d'autres praticiens sont arrivés à des résultats de beaucoup plus favorables que ceux auxquels m'a conduit ma propre expérience, et je modifierais avec joie ma manière de voir s'il était possible; mais je demeure convaincu qu'un examen attentif des cas donnés par différents auteurs, comme des exemples de guérison, prouvera à chacun que la maladie dont il s'agissait n'était presque jamais une méningite tuberculeuse, et qu'il s'agissait d'une affection n'ayant avec elle qu'une très-légère ressemblance. Il est digne de remarque, en effet, comme l'observe très-bien M. Rilliet (1), dans une remarquable publication sur ce sujet, que presque tous les cas dans lesquels la guérison a été notée ont été observés avant que la nature réelle de la maladie fût bien comprise, et que depuis qu'on en a reconnu la nature tuberculeuse, pas un exemple de guérison authentique n'a été publié par les médecins français. Guersant, de Paris, qui probablement avait vu plus d'enfants malades qu'aucun homme actuellement vivant, donne la proposition suivante comme le résultat de son expérience :

« La méningite tuberculeuse, dit-il, peut quelquefois se terminer par la guérison, dans sa première période, quoiqu'il reste toujours quelque doute sur la nature de pareils cas; dans la seconde période je n'ai pas vu guérir un enfant sur cent et ceux même qui paraissent avoir guéri, ou bien sont morts plus tard par un retour de la même maladie sous sa forme aiguë, ou ont succombé à la phthisie. »

La précision de détail avec laquelle M. Rilliet rapporte la guérison d'un de ses malades, ne permet pas de douter qu'il ne s'agit d'un cas de méningite tuberculeuse à la troisième période, et la possibilité même de l'erreur disparaît devant cette circonstance, que l'enfant fut enlevé cinq ans plus tard par la reproduction des mêmes symptômes, et qu'à l'examen *post mortem*, on put distinguer clairement l'ancienne lésion existant à la base, des produits de la maladie récente à laquelle avait succombé l'enfant. Ce fait, cependant, et les quelques autres épars dans

(1) *Arch. générales de méd.*, décembre 1853.

les annales médicales, ne doivent être considérés que comme des exceptions qui confirment la règle d'après laquelle l'hydrocéphalie, suivant la loi de la maladie tuberculeuse en général, est presque toujours incurable, et devient d'autant plus fréquemment mortelle que l'organe qui en est le siège est plus important.

Puisque la maladie est invariablement mortelle, il peut vous sembler superflu, de ma part, de dire rien de plus touchant le pronostic ; mais je veux vous mettre en garde contre la déception que pourraient vous causer *certaines apparences trompeuses d'amélioration* qui ne sont pas rares, même dans des cas où la nature de la maladie est depuis deux ou trois jours parfaitement clairé. Il y a plusieurs années, une petite fille de trois ans me fut apportée dans un état de coma profond, et présentant les symptômes de la troisième période d'une hydrocéphalie aiguë dont elle mourut quarante-huit heures après, sans avoir repris un instant connaissance. La mère m'apprit que 14 jours auparavant l'enfant avait été prise de vomissements avec de la fièvre et beaucoup d'assoupissement, mais que ces symptômes ne durèrent que 3 jours, que l'enfant alla mieux et retrouva sa gaieté, jusqu'au matin du jour qui précéda celui où elle me fut apportée.

C'est alors que sa mère la trouva plongée dans le coma et dans l'état même où je la voyais. Un observateur plus expérimenté que la mère de cet enfant, aurait probablement remarqué quelque particularité qui ne lui aurait pas permis de se fier à cette amélioration ; mais il est évident que la cessation des nausées, la diminution de la fièvre et le retour de la gaieté succédant à une fièvre vive, avec assoupissement et fréquents vomissements, constituait un changement très-considérable, et cependant, durant tout ce temps, la maladie continuait et produisait le ramollissement très-étendu que l'on découvrit après la mort, à la partie postérieure et dans le centre du cerveau. Les cas les plus propres à vous induire en erreur sont ceux, pour la plupart, où la maladie survient d'une manière insidieuse, avec des symptômes peu violents et au sujet de laquelle vous avez hésité, peut-être quelque temps, avant d'être convaincus qu'une affection si grave pût revêtir une forme si douce. Le traitement pendant quelques jours ne produit aucun effet, la maladie restant stationnaire ; mais à la fin, vos espérances augmentent en voyant que les vomissements ont cessé et que vous avez triomphé de la constipation. La chaleur de la tête a disparu, le pouls présente beau-

coup moins d'irrégularités qu'avant, ou peut même n'en plus présenter du tout ; l'agitation de l'enfant s'est calmée et son aspect est presque naturel. L'enfant peut être un peu somnolent, ou être endormi au moment de votre visite ; mais le récit qu'on vous fait à son sujet paraît satisfaisant ; son sommeil est calme et la mère se réjouit ; son cher petit n'a pas eu de repos aussi bon depuis quelque jours ; il sera, pense-t-elle, et vous pouvez le croire aussi, beaucoup mieux à son réveil. Il ne s'éveille pas ! mais il avale bien quand on lui donne à boire avec une cuiller et la mère est encore contente ; bientôt on observe de petites secousses de la face et des mains, et l'enfant ne s'éveille toujours pas, vous ne pouvez même l'éveiller ; le sommeil s'est transformé en coma et le coma finira par la mort. Défiez-vous toujours du sommeil qui succède à une agitation persistante dans le cas de maladie du cerveau.

Dans d'autres circonstances, bien que la maladie ne soit pas survenue d'une manière aussi insidieuse et qu'elle ait atteint une période où tous ses caractères sont bien marqués, vous pouvez, pendant quelques heures, être amenés à concevoir, et peut-être à exprimer des espérances mal fondées, parce que les symptômes se sont un peu amendés, que l'enfant a eu quelques heures d'un sommeil calme, a cessé de vomir, ne se plaint plus de la tête, ou que son visage s'est éclairé d'un rayon de gaieté. Vous ne devez pourtant pas oublier que c'est un des caractères de la méningite tuberculeuse, de présenter des rémissions irrégulières qui ne durent qu'un petit nombre d'heures, et qu'à votre visite prochaine vous pouvez constater le retour de tous les symptômes ; peut-être même avec addition de quelque nouveau.

En général, aussi, vous pouvez éviter l'erreur en observant que le changement a lieu soudainement ; que l'état qui se produit est précisément l'opposé de celui qui existait avant ; une excitation anormale étant remplacé par une apathie qui n'est pas moins insolite ; une grande loquacité remplaçant un silence obstiné ; ou bien le pouls qui avant était à 130 étant tombé tout d'un coup à 90 par minute. D'autres fois, bien qu'il y ait un apaisement général dans tous les symptômes antérieurs, quelque nouveau peut cependant s'être montré ; pas plus formidable, peut-être, qu'un léger degré de strabisme qui n'existait pas avant, mais pourtant assez important pour indiquer que le