

## HUITIÈME LEÇON.

### MÉNINGITE SIMPLE.

Ses différences d'avec la méningite tuberculeuse. — Rapidité quelquefois extrême de sa marche. — Preuves à l'appui. — Lésions anatomiques. — Union fréquente avec la méningite spinale. — Extrêmement rare comme affection idiopathique. — Traitement.

*Inflammation de la substance cérébrale consécutive à une maladie de l'oreille.* — Digression concernant l'otite. — Ses symptômes. — Distinction d'avec une inflammation du cerveau. — Traitement. — Otorrhée chronique avec maladie du temporal. — Exemple.

*Thrombose des sinus de la dure-mère.* — Circonstances dans lesquelles elle se montre. — Elle succède quelquefois à une abondante collection de pus dans un organe éloigné. — Observations à l'appui.

Nos deux précédentes réunions ont été consacrées à l'étude de l'une des formes de l'inflammation cérébrale chez les jeunes sujets. Nous avons trouvé que la méningite tuberculeuse était propre, presque exclusivement, à des enfants dont la santé avait été jusque là médiocre, qui avaient offert quelques indices de tuberculisation ou qui appartenaient à une famille dans laquelle existait la phthisie. Nous avons vu son développement se produire graduellement, sa marche être lente avec des rémissions irrégulières, mais son issue rester presque toujours fatale.

Les altérations de structure découvertes après la mort ont presque toujours été légères à la convexité mais très-apparentes à la base, où les membranes présentaient, outre les produits ordinaires de l'inflammation, une disposition granuleuse particulière, due au dépôt de matière tuberculeuse. Le liquide

épanché dans les ventricules est presque toujours transparent et on constate la présence de la tuberculose dans quelques viscères, souvent dans un grand nombre.

**Méningite simple.** — Nous observons quelquefois des cas où l'*inflammation des membranes du cerveau* a donné lieu à des altérations qui contrastent remarquablement avec celles de l'hydrocéphalie proprement dite. Nous trouvons les membranes fortement injectées, un abondant épanchement de lymphe et de pus, surtout à la convexité du cerveau, où il forme quelquefois une couche assez épaisse pour masquer la vue des circonvolutions. En outre, le liquide qui occupe la cavité de l'arachnoïde, aussi bien que celui des ventricules, est trouble et mêlé à de la lymphe, tandis que les membranes ne présentent pas trace de la matière granuleuse, si remarquable dans la méningite tuberculeuse, et que les différents organes sont habituellement exempts de tubercules; ou s'il en existe, c'est en quantité relativement minime et sans importance.

Si nous recherchons quels symptômes traduisent cette maladie pendant la vie du patient, nous trouverons, très-probablement, qu'ils présentent des raisons de plus pour la séparer de la méningite tuberculeuse; nous apprendrons que l'invasion s'est faite chez un enfant antérieurement bien portant; qu'elle s'est manifestée tout d'abord par des convulsions, ou que celles-ci n'ont pas tardé à survenir; qu'elles se sont souvent reproduites, et probablement qu'elles ont continué, presque sans intermission jusqu'à ce que la mort survint. On nous apprendra que la maladie s'est déclarée par de violents vomissements, et une excitation fébrile intense, et qu'ayant eu ce début sévère, elle a marché rapidement et sans rémission vers sa terminaison fatale, qui peut s'être produite dans l'espace de peu d'heures, et a rarement été reculée au delà de la première semaine.

Quelques cas de cette *encéphalite* ou plus exactement de cette *méningite simple*, sont rapportés par Gælis (1) sous le nom de *coup-d'eau* (water-stroke). J'en choisis un, parmi eux, comme un bon spécimen de la forme la plus aiguë de la maladie.

(1) *Praktische Abhandlungene*, etc., vol. I, case 2.

« Une petite fille, âgée de 14 mois, qui était bien portante, forte et grasse, fut saisie soudainement, à 5 heures du matin, après une nuit agitée, d'une fièvre violente avec des convulsions générales effrayantes. On obtint aussitôt les secours de la médecine, et moins de 30 minutes après le début, 4 sangsues qui tirèrent 3 onces de sang, étaient appliquées derrière les oreilles ; on administra du calomel ainsi que d'autres remèdes, et on appliqua des sinapismes à la plante des pieds. Ces moyens procurèrent promptement une amélioration dans les symptômes, mais celle-ci ne dura qu'un temps très-court : la fièvre redevint aussi intense qu'auparavant, les convulsions se reproduisirent accompagnées d'opisthotonos et l'enfant tomba dans le coma. L'hémiplégie survint ensuite, ainsi qu'une contraction extrême des pupilles ; la perte de la vue fut complète ; il se produisit des tressaillements spasmodiques dans les muscles de la face, et 13 heures après l'apparition des convulsions, en dépit du traitement le mieux approprié et le plus énergique, l'enfant mourut.

« Les vaisseaux du cuir chevelu étaient gorgés de sang et les os du crâne étaient le siège d'une congestion si intense qu'ils avaient une coloration bleu foncé ; les tissus étaient remplis d'un sang coagulé mélangé de lymphes, et tous les vaisseaux du cerveau ou des membranes étaient remplis, ou dilatés par le sang.

« Une grande quantité de lymphes coagulées couvrait les circonvolutions cérébrales et le corps calleux, comme une fausse membrane et fournissait un revêtement délicat aux ventricules latéraux dont les parois étaient ramollies et en partie détruites. Les ventricules contenaient environ trois onces d'un sérum trouble et il y avait une quantité considérable de lymphes à la base du cerveau. »

Comme je n'ai jamais eu l'occasion d'observer cette forme rapide de méningite, j'en tirerai un autre exemple de la précieuse collection de faits contenus dans l'ouvrage du D<sup>r</sup> Abercrombie sur les maladies cérébrales (1).

« Une petite fille, âgée de 2 ans, le 21 mai 1826, fut saisie soudainement, le matin, d'une violente et longue attaque de convulsions. Elles la laissèrent dans un état d'assoupissement et de

1) Cas. 10, p. 52.

torpeur, au milieu duquel elle ne semblait pas reconnaître les personnes autour d'elle. Elle était dans cet état depuis quatre heures, quand reparurent les convulsions, qui se reproduisirent pour la troisième fois pendant la nuit suivante et furent très-violentes et très-longues. Je la vis le matin du 23, et pendant que j'étais assis à ses côtés survint une attaque convulsive qui fut très-forte et très-longue, portant sur toutes les parties du corps et produisant des distorsions particulièrement effrayantes à la face et aux yeux. La physionomie était pâle et exprimait l'épuisement ; le pouls fréquent. L'action des intestins avait été provoquée abondamment par une médecine qu'avait prescrite le D<sup>r</sup> Beelby ; les matières évacuées étaient noires et anormales. De nouvelles purgations, ainsi que des émissions sanguines locales, l'application du froid sur la tête et les vésicatoires furent mis en œuvre. Après cette attaque elle resta exempte de convulsions jusqu'à l'après-midi du 23. Pendant ce temps elle demeura dans un état demi-comateux, avec de fréquents soubresauts ; un pouls fréquent mais faible, des pupilles un peu dilatées ; elle prit des aliments. Dans l'après-midi du 23 les convulsions reprirent avec une intensité plus grande ; le 24 il y eut pendant toute la journée une succession constante de paroxysmes avec diminution graduelle des forces vitales, et l'enfant mourut dans la soirée.

« La dure-mère enlevée, la surface du cerveau apparut, sur plusieurs points, recouverte par le dépôt d'une membrane adventice entre l'arachnoïde et la pie-mère ; on la trouvait surtout dans les espaces qui séparent les circonvolutions ; et en quelques points, elles s'enfonçaient un peu entre celles-ci. L'arachnoïde une fois détachée parut saine, mais la pie-mère, dans toute son étendue, était congestionnée au plus haut degré, spécialement entre les circonvolutions, et quand on eut fait au cerveau des coupes verticales, les espaces qui séparent les circonvolutions se trouvèrent marqués par une ligne accusée d'un rouge vif, due à la membrane enflammée ; il n'existait ni épanchements dans les ventricules, ni aucune autre altération. »

Il n'y aurait aucune utilité à multiplier ces relations, attendu que bien qu'il y ait une grande variété dans la durée de la maladie, ses traits généraux restent cependant les mêmes dans presque tous les cas, et seront, je pense, reconnus par vous

comme accusant une maladie très-différente de la méningite tuberculeuse.

On remarque, quelquefois, que les lésions anatomiques varient, soit quant à leur degré, soit quant à leur étendue, sans qu'on observe dans les symptômes une différence correspondante. A l'exception de sa marche, qui fut plus rapide, le cas de Gælis différerait peu de celui rapporté par Abercrombie. Je crois que dans la majorité des cas la membrane ventriculaire est malade, et il est certainement plus commun de voir la maladie s'étendre aux membranes de la base que se limiter exclusivement à celles de la convexité. Mon expérience personnelle, qui malheureusement ne s'étend qu'à six autopsies complètes, me conduirait à croire que le travail inflammatoire s'étend en général aux membranes de la moëlle épineuse, et les symptômes observés pendant la vie, même quand on n'a pas la possibilité de faire l'examen *post mortem*, confirment cette opinion.

L'inflammation aiguë des membranes du cerveau est heureusement extrêmement rare, excepté comme résultat d'une fracture du crâne ou d'une blessure de la tête ou du cou, et pour cette raison se présente plus souvent à l'observation du chirurgien qu'à celle du médecin. Dans les neuf cas qu'il m'a été donné d'observer, j'ai été dans l'impossibilité de découvrir aucune cause occasionnelle capable de produire la maladie, mais je n'ai pas toujours été aussi attentif que je l'aurais dû à la propagation de l'inflammation de la caisse du tympan; et il ne peut être douteux, que l'otorrhée, longtemps continuée, et l'extension de la maladie à l'os temporal, ne soient des moyens efficaces de production de maladies sérieuses du cerveau et de ses membranes. Ce fait contribue à donner de l'importance à tout mal d'oreille chez un enfant, et vous empêchera de le considérer comme un bobo insignifiant, réellement douloureux, mais ne réclamant d'autres remèdes que ceux qui se trouvent dans la nurserie.

L'exposition aux rayons du soleil, au froid, à l'humidité, et l'excès de fatigue sont donnés, avec assez de probabilité, comme des causes de méningite, quoique je ne puisse rien dire à leur sujet; tandis que comme maladie secondaire, et sous une forme quelque peu masquée, la méningite vient quelquefois compliquer les fièvres éruptives, spécialement la scarlatine et la fièvre typhoïde.

Dans le traitement de cette affection sous sa forme idiopathique, les remèdes doivent être pour la plupart les mêmes que nous emploierions pour combattre l'inflammation aiguë de tout autre organe essentiel. Les saignées, les purgatifs, les mercuriaux, et l'application du froid, sont les grands moyens d'action sur lesquels nous devons compter, et ils doivent être employés d'une main libérale, si nous voulons avoir quelque chance de sauver notre malade. Tout espoir de succès cependant, repose en grande partie sur ce fait que nous aurons vu le malade au début même de la maladie. Le cas de Gælis que je vous ai rapporté vous a montré quel désordre considérable peut se produire en 13 heures, et on a rapporté des exemples où des lésions encore plus importantes ont été trouvées après un ensemble de symptômes de durée encore plus courte. Même dans les cas qui ne suivent pas une marche d'une rapidité aussi excessive, et dans lesquels les lésions trouvées après la mort sont moins considérables, une intervention aussi rapide qu'active n'est guère moins nécessaire; car si la vie se prolonge pendant un jour ou deux, sans qu'on vienne à bout de triompher de la maladie, le malade tombe souvent dans un état d'épuisement pendant lequel on ne peut plus guère risquer un traitement actif.

**Inflammation secondaire à l'otite.** — Mais en dehors des cas dans lesquels les membranes cérébrales du cerveau sont toutes affectées, on en rencontre quelquefois d'autres où l'extension graduelle de la maladie, procédant des os du crâne, comprend non-seulement les membranes mais, dans beaucoup de circonstances, la substance cérébrale, produisant un ramollissement étendu, ou même donnant lieu à la formation d'un abcès distinct. Des exemples de ceci sont fournis, de temps à autre, par des enfants atteints d'une maladie scrofuleuse des vertèbres cervicales, chez lesquels une vie de souffrance se termine par une mort pénible; une inflammation du cerveau promptement mortelle peut encore se développer chez un enfant qui, depuis longtemps, a un écoulement d'oreille avec des accès de douleur de temps à autre. Des menaces vagues d'une lésion dans la tête peuvent avoir existé depuis quelque temps, juste suffisantes pour éveiller vos appréhensions, mais non assez sérieuses, ni assez définies pour motiver une intervention décidée; et quand la mort

surviendra, vous vous trouverez dans l'impossibilité presque absolue de concilier l'existence de lésions si étendues, et durant depuis si longtemps, que démontre l'autopsie, avec l'absence longtemps continuée de symptômes cérébraux bien accusés.

Dans l'ouvrage d'Abercrombie sur les maladies du cerveau (1) se trouve rapportée l'histoire d'un garçon âgé de 14 ans qui, pendant deux ans avait été atteint de mal de tête avec écoulement par l'oreille droite; une semaine avant la mort, la douleur augmenta et fut accompagnée d'une grande faiblesse, d'étourdissements et de quelques vomissements; il resta dans cet état, sans stupeur ou aucun autre symptôme important, jusqu'au dernier jour, où il fut saisi soudainement de convulsions et mourut. On trouva un abcès au milieu du lobe moyen de l'hémisphère du côté droit, et un autre dans le cervelet; il y avait une carie étendue du rocher avec épanchement de 3 onces (90 grammes) de liquide dans les ventricules.

J'ai rapporté ce fait pour graver dans vos esprits la nécessité de considérer avec la plus vive anxiété l'indice, même le plus léger, d'un trouble cérébral chez les enfants qui ont souffert d'une otorrhée chronique. Votre sollicitude doit redoubler, si l'écoulement par le conduit auditif avait jamais été accompagné de la formation d'un abcès derrière l'oreille, ou de la formation d'un clapier entre le cartilage et l'os, attendu que ces conditions rendraient très-probable l'existence d'une carie de l'os et l'extension, par les progrès du mal, jusqu'à ce qu'elle ait atteint la membrane d'enveloppe du cerveau.

Et ce n'est pas le seul enseignement que vous ferez bien d'avoir présent à l'esprit; un autre qui n'est guère moins important, est, que même dans les cas où il s'est produit une grande amélioration, celle-ci ne doit pas vous faire considérer le danger comme touchant à sa fin, toutes les fois que des symptômes cérébraux ont succédé à une maladie de l'oreille interne. Un garçon âgé de 8 à 9 ans avait souffert pendant deux ans, de crises de douleurs d'oreille, qui avaient été suivies, un mois avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital, de la formation d'un abcès derrière l'oreille droite. Pendant 4 jours il avait eu des nausées avec beaucoup de céphalalgie frontale, et à son admission existait

(1) Page 39, cité d'après M. Parkenson, dans le *London medical reporter*, V, march. 1817.

une paralysie de la paupière droite; le pouls était irrégulier, les pupilles dilatées et l'enfant demeurait assoupi, au point d'avoir presque perdu la conscience. Du 14 août au 15 septembre, on peut dire que son état parut sans espoir; mais l'amélioration commença alors, et un mois après, l'enfant paraissait tout à fait bien; il avait repris de l'embonpoint, était gai, avait bon appétit et le pouls était régulier; il serrait fortement avec la main et il n'y avait pas de différence de force d'un côté sur l'autre: la seule chose remarquable en lui, c'est qu'il marchait avec effort, le corps droit, les coudes en dehors, comme s'il allait, à la manière d'un danseur de corde, essayer à se balancer. On l'envoya au bord de la mer, et là, pendant 6 semaines, l'amélioration continua; l'enfant se plaignit alors de la tête, pendant un jour ou deux, et le lendemain survinrent de violentes convulsions au milieu desquelles il mourut après 36 heures.

Outre un abondant épanchement, dans les ventricules latéraux, il y avait deux abcès dans le lobe droit du cervelet. Le plus considérable des deux avait la forme et était du volume environ d'un petit œuf de poule, parfaitement ankysté, avec une substance crétacée tapissant toute sa surface interne, et contenant du pus très épais. Derrière celui-ci se trouvait un autre abcès plus petit, et de date plus récente, contenant du pus semblable, mais dépourvu de membrane d'enveloppe. Il n'y avait point de lésion des membranes du cerveau, excepté un léger épaississement correspondant à la surface interne d'une carie de l'apophyse mastoïde du temporal droit.

**Otite.** — La possibilité d'une inflammation, soit du cerveau, soit de ses membranes, consécutive à des attaques d'otite, donne, comme vous l'avez vu, à cette affection, sa principale importance. Mais, même en dehors de cette conséquence grave, cette petite maladie mérite attention, en raison des souffrances violentes qui l'accompagnent. Dans bien des circonstances, par contre, des alarmes sans motif résultent de ce que l'on suppose que des symptômes dépendant d'une inflammation de l'oreille se rapportent à un désordre dont le cerveau serait le siège. Celui-ci peut, en effet, suivre l'autre, et c'est pour cela qu'il est d'autant plus nécessaire d'être familiarisé avec les signes diagnostiques qui distinguent la moins dangereuse de ces affections de celle qui l'est le plus.

Le nom d'*otite* a été appliqué à l'inflammation de parties très-différentes de l'organe de l'ouïe, et dans le langage ordinaire on n'a établi aucune distinction entre l'affection du conduit auditif externe, et celle des parties de l'oreille plus profondément situées derrière la membrane du tympan. La douleur d'oreille des petits enfants, et de ceux qui sont plus âgés, est due quelquefois à l'inflammation de l'une de ces parties, quelquefois à celle de toutes. Elle est plus fréquente, sous toutes ses formes, dans l'enfance qu'à l'âge adulte, et elle mérite d'autant plus de fixer l'attention que le degré de souffrance qui l'accompagne n'est pas du tout un *criterium* d'après lequel on puisse juger de son importance. Limitée au canal auditif externe, l'inflammation, bien que susceptible de disparaître sous l'influence des plus légères causes, et bien que très-douloureuse, donne rarement lieu à un écoulement permanent de l'oreille, ou à un affaiblissement persistant de l'ouïe; l'inflammation de la muqueuse qui tapisse la cavité du tympan, lorsqu'elle survient comme une affection aiguë idiopathique, est associée habituellement à une affection du conduit auditif externe, et aggrave beaucoup les souffrances de l'enfant. Elle suit souvent une marche relativement chronique, accompagnée d'un malaise plutôt que d'une douleur vive, mais qui trahit les progrès du mal dans l'intérieur de l'oreille, de façon à conduire à une dureté persistante de l'ouïe.

La surdité qui suit la scarlatine et la rougeole est due à une inflammation qui se termine par la sécrétion de pus dans la caisse, d'où il s'échappe à travers la membrane du tympan: désordre qui peut se réparer, quand l'inflammation décline, par l'occlusion de l'ouverture, ou qui peut devenir tout à fait incurable par la chute des osselets de l'oreille. Chez les sujets scrofuleux, le mal qui a commencé de cette façon peut s'étendre à la portion pétreuse du temporal et de là, quelquefois, jusqu'au cerveau. Le même résultat peut également suivre un écoulement purulent longtemps continué, et provenant de l'inflammation chronique du conduit auditif externe; et c'est cette circonstance qui donne à l'otorrhée, dans l'enfance, sa plus grave signification.

**Symptômes.** — Le détail des symptômes et des modes de traitement de ces différentes affections est plutôt du ressort d'un

(1) On peut consulter avec fruit deux publications du Dr Tynbee; l'une

chirurgien, au reste (1), que du mien. Je ne dois pas les passer entièrement sous silence. Les douleurs d'oreilles sont très-fréquentes avant que la première dentition soit complétée, et ne sont en aucune façon rares chez de jeunes enfants, encore complètement incapables d'indiquer le siège de leurs souffrances. L'invasion se fait quelquefois d'une manière toute soudaine, mais d'habitude l'enfant est chagrin et souffrant pendant une période qui varie de quelques heures à un ou deux jours, avant que la douleur vive se fasse sentir. Pendant cette période prodromique, cependant, il criera souvent, lorsqu'on viendra à le secouer ou à le remuer un peu brusquement; le bruit paraît lui être désagréable, et il ne tient pas à ce qu'on cherche à le faire jouer: les enfants qui sont encore à la mamelle n'ont aucune disposition à teter, tandis qu'ils prennent bien à la cuiller. L'enfant tend à laisser reposer sa tête sur l'épaule de sa mère, ou, s'il est couché dans son berceau, il remue avec peine la tête d'un côté à l'autre, et alors il cache sa face dans l'oreiller. Si vous l'observez de près, vous verrez que c'est toujours le même côté de la tête qu'il cherche à cacher dans l'oreiller ou à reposer sur le bras de sa nourrice, et qu'aucune autre position ne semble lui procurer du repos, excepté celle qu'il aura adoptée après beaucoup d'agitation, et à laquelle il reviendra, si on l'en a dérangé. Ce doux appui fourni à l'oreille semble calmer le petit malade; il pleure pour s'endormir, mais, après un petit somme, quelque nouvel élanement douloureux le réveille, ou quelque mouvement accidentel le dérange, il pousse des cris perçants, refuse de se laisser calmer et peut continuer ainsi pendant des heures. Quelquefois l'oreille externe est rouge et l'enfant applique souvent la main sur le côté malade; mais ni l'un ni l'autre de ces symptômes n'est constant. Rarement l'intensité de la douleur dure plus de quelques heures; alors, dans beaucoup de circonstances, s'effectue par l'oreille un écoulement de pus mal lié, et l'enfant va tout aussitôt bien. Dans quelques cas, la disparition de la maladie d'un côté est suivie d'une attaque semblable du côté opposé,

est une brochure sur l'otorrhée et l'otite; l'autre, qui se trouve dans le XXXIV<sup>e</sup> vol. du *Médecin-chirurgical Transactions*, sur « *les affections de l'oreille qui produisent une maladie du cerveau*, » et aussi le chapitre XIV de son ouvrage sur les maladies de l'oreille, 8<sup>e</sup> v., London 1860. Il y a aussi de bonnes remarques pratiques sur l'otite interne dans une publication du Dr Schwartze J.-F. Kinderkr., vol. X, p. 305.

et les mêmes souffrances aiguës se reproduisent pour se terminer de la même façon. Quelquefois aussi cette guérison complète n'a pas lieu, mais la douleur se calme ou même cesse complètement pendant un jour ou deux et reparait alors. Aucun écoulement ne se produit, ou bien il s'en établit un insignifiant et l'enfant n'a, pendant des semaines entières, que de rares intervalles d'un bien-être complet. Chez les tout petits enfants, la douleur d'oreille ne suit jamais cette marche chronique que j'ai observée quelquefois chez des enfants plus âgés, et dans ces cas la maladie a pour siège la caisse du tympan. Chez les enfants qui sont trop jeunes pour exprimer leurs souffrances par la parole, la violence des cris, unie à l'absence de tout signe d'une maladie de la poitrine ou du ventre, conduit naturellement à suspecter qu'il existe quelque chose du côté de la tête. Il y a trois circonstances qui peuvent vous prouver que le cas n'est pas celui d'une hydrocéphalie ordinaire : l'enfant ne vomit pas, il n'y a pas de constipation, et il n'y a que très-peu de fièvre. Les cris violents et irrités, la crainte du mouvement et le soulagement évident que procure le repos sur un des côtés de la tête sont des preuves de l'existence d'une souffrance d'oreille, tandis que, dans beaucoup de cas, le mouvement de la main vers la tête et la rougeur du conduit auditif externe concourent à rendre le diagnostic facile. En cas de doute, vous pourrez vous assurer que la cause de la douleur est dans l'oreille en pressant légèrement le cartilage vers l'intérieur, ce qui produira une douleur très-manifeste du côté malade, tandis que la même manœuvre du côté opposé n'occasionnera aucune souffrance.

**Traitement.** — Le traitement de cette douloureuse maladie est très-simple. Dans bien des circonstances, la douleur est beaucoup soulagée par des fomentations chaudes ou par l'application sur l'oreille d'un cataplasme chaud de son et de fleurs de camomille.

On peut laisser tomber de temps à autre dans l'oreille quelques gouttes d'huile additionnées d'un peu de laudanum. Tandis que si la douleur est très-violente ou dure depuis longtemps, il peut être sage d'appliquer quelques sangsues à l'apophyse mastoïde. Si la douleur d'oreille se répétait fréquemment, on pourrait appliquer derrière l'oreille un petit vésicatoire ou produire une légère vésication à l'aide du vinaigre cantharidé.

Après tous les avertissements que je vous ai déjà donnés, il est à peine nécessaire d'ajouter que vous devez avoir toujours présente à l'esprit la possibilité du développement d'une inflammation du cerveau, et que tout indice de son approche doit être immédiatement combattu.

Dans les cas où il existe depuis longtemps un écoulement d'oreille consistant en une matière putride, quelquefois teintée ou tachée de sang, on peut employer les injections astringentes, mais avec la plus grande précaution, tandis que leur emploi ne serait nullement à conseiller si l'exfoliation osseuse avait lieu, attendu que, dans de tels cas, non-seulement il y a désorganisation de l'oreille interne, mais que la dure-mère elle-même a très-probablement été atteinte. Les soins de propreté, le lavage de l'oreille par l'injection d'eau chaude simple ou additionnée de 0,05 à 0,10 centigrammes d'acétate de plomb pour 30 grammes d'eau, constituent le seul traitement ; le seul qu'il soit prudent de mettre en œuvre ; tandis qu'il faut donner à la santé générale du malade l'attention la plus vigilante.

**Thrombose des sinus.** — Il me reste encore à signaler une singulière forme d'affection cérébrale, qui, bien que n'étant pas spéciale aux enfants, se voit pourtant plus souvent chez eux que chez l'adulte ; je veux parler de la *thrombose des sinus de la dure-mère*. Chez les grandes personnes, elle succède habituellement à quelque blessure de la tête, mais chez l'enfant on l'a observée, en général, comme consécutive à une otorrhée purulente ancienne avec maladie de l'os temporal, ou à une affection des sinus frontaux, ou bien encore à un abcès du cuir chevelu. Dans quelques cas, aussi, elle paraît produite par la présence de vastes collections purulentes sur des points éloignés. M. Tonnelé, qui a publié un travail très-estimable sur l'inflammation des sinus de la dure-mère chez les enfants (1), rapporte un fait où celle-ci coïncidait avec un épanchement pleurésique, et j'en rapporterai un autre à peu près semblable, d'une part à cause de sa rareté, de l'autre parce qu'il est un exemple excellent des lésions anatomiques que l'on rencontre en pareille circonstance.

Une petite fille bien portante fut atteinte de la scarlatine à l'âge de 8 mois ; l'éruption n'était pas grave, mais après sa dis-

(1) *Journal hebdomadaire*, vol. V, p. 337, 1825.

parition la malade ne retrouva pas sa santé antérieure, et continua à rester agitée et fiévreuse; quelquefois elle vomissait, et les paupières étaient souvent un peu enflées. Quinze jours après l'apparition de l'éruption, elle eut un ou deux violents accès de convulsions, mais celles-ci cessèrent après l'incision des gencives, et ne parurent en aucune façon avoir de rapport avec la maladie suivante. Elle resta mal portante jusqu'à l'âge de 10 mois et demi, époque à laquelle la mère nota, outre la bouffissure des paupières, une enflure des jambes et de l'abdomen, ce qui la détermina à recourir à mes soins alors que l'enfant était âgée de 11 mois.

Il y avait un œdème très-prononcé des jambes; on percevait distinctement la fluctuation à travers les parois abdominales, les urines étaient rarees et fortement altérées. En trois semaines à peu près son état s'était considérablement amélioré, la sécrétion urinaire était devenue plus abondante, l'anasarque avait beaucoup diminué, et la circonférence de l'abdomen était d'un pouce et demi (environ 4 centimètres) moindre qu'avant. Une attaque de convulsions survint alors sans aucune cause apparente, ne fut suivi d'aucun autre symptôme cérébral et ne se reproduisit pas. Après une nouvelle semaine, un écoulement de matière séro-purulente se fit par l'ombilic, et continua pendant plusieurs jours dans la proportion d'un quart de pinte à une demi-pinte chaque jour (environ 150 à 200 grammes). Cet écoulement fut plutôt suivi d'une amélioration que d'un affaiblissement de la santé; mais après une durée de 11 jours, la fièvre et la dyspnée se montrèrent soudainement, avec matité à la percussion du côté droit de la poitrine, et absence du murmure respiratoire en ce point. L'écoulement cessa pendant une semaine, alors que les symptômes thoraciques étaient dans toute leur intensité, et se reproduisit ensuite, mais en petite quantité. L'enfant, à partir de cette époque, devint plus faible, plus maigre, et tomba en étisie. Aucun symptôme nouveau ne se montra jusqu'au moment où elle fut saisie d'une extrême faiblesse, allant presque jusqu'à la syncope. Elle se ranima cependant, sous l'influence de l'usage des stimulants, mais 48 heures plus tard, la faiblesse revenait et se terminait par la mort, sans apparence de convulsions; juste 5 mois et demi après l'attaque de scarlatine, et 2 mois après que l'enfant avait été confiée à mes soins.

A l'autopsie, on trouva une pleurésie du côté droit, avec épan-

chement d'environ 180 grammes de pus dans la plèvre droite et une péritonite avec 1 litre 1/4 du même liquide dans l'abdomen; on pouvait suivre le trajet fistuleux à travers lequel le liquide s'était échappé vers l'ombilic.

La dure-mère adhérait fortement aux os le long du tiers postérieur du sinus longitudinal, au pressoir d'Hérophile et le long du sinus latéral gauche; mais partout ailleurs il était facile de la détacher du crâne.

Les sinus du côté droit étaient sains, mais le sang dans leur intérieur était presque entièrement coagulé.

La moitié postérieure du sinus longitudinal, le pressoir, les sinus gauches, latéral et occipital, étaient oblitérés par un coagulum fibrineux, tel qu'on en trouve dans les veines enflammées, et le caillot s'étendait jusque dans la veine jugulaire interne. Les parois du sinus longitudinal et celles du sinus latéral dans sa moitié interne, étaient très-épaissies et leur membrane interne avait perdu son poli et était inégal et d'un aspect sale.

Il y avait un peu de congestion de l'arachnoïde, une quantité notable de liquide dans les ventricules, et sur les sections de la substance cérébrale se montrait un pointillé sanguin plus considérable que d'habitude, surtout du côté gauche. La base du cerveau était parfaitement saine à droite, mais il y avait une congestion veineuse considérable au niveau du lobe moyen gauche; les veines cérébrales, en ce point, étaient distendues par un coagulum et leurs parois étaient épaissies. Vers la partie antérieure du lobe moyen gauche, il y avait quatre foyers apoplectiques, où le sang avait gardé sa couleur naturelle. Chacun de ces épanchements était en rapport avec une veine obstruée et distendue. Le caillot le plus fort s'enfonçait de 25 millimètres dans la substance cérébrale; les autres n'avaient que peu de volume.

Je ne puis vous signaler aucun symptôme pathognomonique de cette affection; elle survient, comme dans l'exemple précédent chez des enfants très-débilités, et bien que d'habitude elle soit consécutive à quelque blessure ou à quelque affection à la tête, ou dans son voisinage, vous vous souviendrez pourtant de la possibilité de sa production lorsqu'il existe, quelque part, une vaste collection de pus, et tirerez une très-mauvaise conclusion de l'apparition de quelques symptômes cérébraux, en pareille circonstance.

Il y a maintenant longtemps que j'ai observé ce cas, et fait à son sujet les remarques précédentes. Depuis, je n'ai observé aucun autre exemple où la thrombose fût aussi étendue, et ses résultats aussi caractéristiques ; c'est pourquoi j'en ai fait mention, bien que le sujet ait perdu de sa nouveauté depuis que cet état a été décrit par divers auteurs, qui l'ont éclairé de la lumière que les recherches de Virchow ont jetée sur la formation des caillots dans les vaisseaux sanguins.

Le travail le plus complet sur ce sujet, est celui de Von Dusch (1), qui divise tous les cas de thrombose des sinus en deux classes, suivant quelles sont le résultat d'une inflammation de voisinage, ou qu'elles dépendent de l'influence indirecte de causes débilitantes. Les effets des blessures locales du crâne, et l'extension de la maladie de l'oreille interne sont des exemples du premier mode de production ; mais le dernier semble avoir été de beaucoup, le plus fréquent au début de la vie, et, dans beaucoup de cas, à l'influence des causes débilitantes est venue s'ajouter, pour en favoriser le développement, une cause ou une autre de nature à entraver la respiration ; de façon que le cœur droit ne pouvait plus se vider convenablement, et qu'ainsi le mouvement circulatoire du sang était retardé.

Les recherches de Von Dusch pas plus que les observations des autres écrivains, n'indiquent de symptômes pathognomoniques de cette affection, et la seule conclusion à laquelle nous puissions arriver à ce sujet, est, que si des accidents cérébraux surviennent soudainement chez des sujets préalablement débilités, et ne suivent la marche d'aucune forme ordinaire d'affection cérébrale, on trouvera probablement que de tels symptômes étaient dus à la formation d'une thrombose dans les sinus.

(1) L'essai de Von Dusch sur la thrombose des sinus cérébraux est traduit dans le vol. XI des publications de la New-Sidenham Society, in-8°, Londres, 1861. — Le Dr Löshner, de Prague, a fourni plusieurs cas intéressants, dans le *Wierteljahrschrift* et dans le *Jarbuch für Kinderheilkunde*, t. IV, p. 49, une analyse qui traite surtout de l'absence de tout signe caractéristique pendant la vie, et un cas, avec remarques, par le Dr Langenbeck, de Göttingen, se trouvent aussi dans le *Journal für Kinderkrankheiten*, t. XXXVI, p. 75, 1861. Dans *Gerghad's Lehrbuch der Kinderkrankheiten*, Tubingen 1871, p. 500., il y a aussi un chapitre très-intéressant sur ce sujet.

Une réflexion de plus, que nous devons à la sagacité du Dr Gehrhardt, d'Iéna, c'est que la production de la thrombose peut probablement expliquer la tension soudaine de la fontanelle antérieure, l'agrandissement de la cavité crânienne et les symptômes d'hydrocéphalie qui quelquefois remplacent la dépression de la fontanelle et des sutures, telle qu'on la peut observer dans la diarrhée et quelques autres maladies de la première enfance, capables de produire l'épuisement.