

crâne. Au point de vue du traitement, la distinction sur laquelle on a tant insisté, entré deux formes séparées, l'une inflammatoire et l'autre qui ne l'est pas, n'a donc point de raison d'être, et se trouve en opposition avec toutes les données positives de l'observation et de l'expérience. Si l'on considère, en outre, que tous les symptômes de l'hydrocéphale aiguë peuvent se rapporter également à plus ou moins de compression sur différentes parties du cerveau, que cette compression peut dépendre d'une congestion, d'un épanchement ou d'un exsudat et qu'enfin nous ne possédons aucun moyen de déterminer ni la nature ni le degré de ces troubles dans un cas donné, on doit admettre, à mon avis, qu'il est impossible dans l'immense majorité des cas, pour ne point dire toujours, de décider s'il y a une méningite ou une cérébrite accompagnant l'hydrocéphale aiguë. Enfin, les symptômes de la « maladie hydrocéphaloïde » si bien décrite par Marshal-Hall et dans laquelle on retrouve tous les phénomènes de l'hydrocéphale, dont elle ne se distingue du reste que par la circonstance qu'ils surviennent à la suite de causes d'épuisement, devraient suffire pour nous arrêter avant d'avoir recours à un système de moyens débilitants.

Mais supposé qu'il fût possible de reconnaître dans un cas donné l'existence d'une exsudation en train de se faire dans le crâne, serait-il rationnel d'avoir recours aux saignées générales ou locales? Les considérations dans lesquelles nous sommes entrés (p. 591 et suiv.) — premièrement l'impuissance de ces moyens (et des antiphlogistiques en général), à remplir le but que l'on a en vue et secondement, l'impossibilité de modifier la circulation à l'intérieur du crâne, à moins d'agir sur la force d'impulsion du cœur (p. 499 et suiv.) — répondent amplement à cette question. Il s'en suit donc que l'incertitude du diagnostic et les fâcheux effets résultant d'ordinaire d'un système débilitant (les sujets étant presque toujours des enfants faibles), non seulement s'opposent à ce traitement, mais expliquent sans doute suffisamment, la grande mortalité admise par tout le monde, dans cette maladie. Pour des raisons du même genre, l'usage du calomel, dans le but de provoquer l'absorption de matières dont il n'existe aucun moyen de constater la présence, nous paraît tout aussi peu raisonnable, même en supposant qu'il fût prouvé, et nous savons le contraire, que cette substance ait la propriété de favoriser l'absorption.

D'ailleurs, les deux premières observations que nous avons rapportées, sont des exemples de ce que peut faire un mode de traitement opposé dans l'hydrocéphale aiguë, et, quant au troisième malade, nous croyons que la méthode suivie était la seule permise dans des conditions aussi désespérées, pour ne pas dire, nécessairement fatales. Le but était de venir en aide à la constitution générale et de ranimer l'activité nutritive du malade. Ce sont là, du reste, dans tous les cas coïncidant avec une constitution scrofuleuse, les indications qu'il faut suivre avec plus ou moins d'insistance, suivant la gravité et la durée de la maladie. Le calomel administré à titre d'altérant a manqué complètement son but.

MÉNINGITE CÉRÉBRALE.

OBS. IV. — *Méningite aiguë générale, survenant à la suite d'une pleuro-pneumonie.*

COMMÉMORATIF. — David Murray, 45 ans, pontonnier, entre à l'hôpital le 18 janvier 1854. Cet homme avait des habitudes d'ivrognerie; un étudiant du cours le vit, une semaine avant son entrée, offrant alors tous les signes du délirium tremens. Il nous raconte que le 15 (qui fut le premier jour de dégel, à la suite du temps rigoureux et de la neige que nous avons eue), pendant qu'il était à son travail, il fut exposé à toutes les intempéries; cependant il ne ressentit rien de fâcheux, jusqu'au surlendemain 15. Ce jour là, à 4 heures du matin, il s'éveilla avec un grand malaise et vomit à plusieurs reprises. Il garda le lit, se sentant de la fièvre, et, dans l'après-midi, il commença à tousser. Le 16 au matin, il éprouva une vive douleur dans le côté droit de la poitrine, environ sept à huit centimètres au-dessous du mamelon. La douleur augmentait chaque fois qu'il toussait ou bien qu'il faisait une inspiration profonde et l'empêchait de se coucher de ce côté. Il n'a pas eu de frisson ni de mal de tête.

SYMPTÔMES A L'ENTRÉE. — La respiration se fait avec difficulté et par des inspirations interrompues, provoquant de la douleur. En arrière, sur toute la moitié inférieure du poumon droit, on observe une matité prononcée à la percussion; crépitation bruyante à l'inspiration; bronchophonie. Les crachats sont rares, formés d'une matière comme gélatineuse, avec des marbrures brunes, couleur de rouille. Il n'y a pas de dyspnée. Le pouls est à 120, fort et plein. Peau chaude et sèche; langue sèche, chargée d'un enduit et comme crevassée; soif vive, pas d'appétit, selles régulières. Il ne se plaint pas de céphalalgie à présent, mais il dit que la nuit il est agité et qu'il dort mal. Rien à noter quant aux autres fonctions. — Donner 0,06 centig. de tartrate d'antimoine en solution toutes les deux heures.

MARCHE DE LA MALADIE. — 22 janvier. La pneumonie a suivi son cours naturel (voir *Pneumonie*). Le 20, la crépitation avait disparu mais elle est revenue aujourd'hui. Hier soir on a prescrit une potion diurétique contenant 4 gram. d'éther nitrique alcoolisé. Le pouls est à 150, faible; lors de la visite, le malade répond d'une manière un peu confuse aux questions qu'on lui fait. — 25 janvier. Hier après midi on observa qu'il marmottait d'une façon incohérente; cependant il fut calme jusque vers huit heures du soir. A ce moment, il entra dans un délire violent: ses yeux et sa contenance ont une expression égarée et farouche, il veut se lever, ne prétend plus être gardé, et se débat avec violence contre ceux qui s'efforcent de le retenir. Il parle peu, mais il murmure des choses inintelligibles. Les pupilles sont très dilatées. Le pouls est très rapide et faible. On fait raser la tête et on y fait des applications froides continues. Cependant, comme il survenait de la prostration, on donne franchement du vin et des stimulants. De temps en temps il se débat encore avec violence; du strabisme se manifeste en dernier lieu, et le malade meurt épuisé, le matin à cinq heures.

Autopsie. — Trente-une heures après la mort.

Corps considérablement amaigri.

TÊTE. — Après avoir enlevé la calotte du crâne, on voit la dure-mère d'une teinte jaunâtre uniforme, ce qui dépend d'une exsudation récente produite au-dessous d'elle. Lorsqu'on enlève celle-ci, le tissu sous-arachnoïdien apparaît infiltré d'un exsudat mou, dont toute la surface des hémisphères et du cervelet est recouverte, cet exsudat est aussi abondant à la base qu'à la partie supérieure du

cerveau. En coupant dans la substance cérébrale, on observe que le même exsudat jaunâtre accompagne les replis de la pie-mère entre les circonvolutions. Les ventricules latéraux contiennent environ 45 grammes de sérosité trouble. Les parois ventriculaires sont un peu congestionnées, les plexus choroïdes sont sains; le septum lucidum est un peu mou; les autres portions du cerveau sont normales.

THORAX. — Les trois quarts inférieurs du poumon droit présentent, en arrière, les caractères de l'hépatation grise; mais la partie antérieure est saine. Les plèvres recouvrant le poumon sont en partie adhérentes, au moyen de quelques lambeaux de lymphé récents. Les autres organes thoraciques sont sains.

ABDOMEN. — Le foie, augmenté de volume, pèse près de 5 kilog., sa couleur est pâle et il est mou. La rate est également molle et pulpeuse. Les autres organes abdominaux sont sains.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — L'exsudat épanché dans la cavité sous-arachnoïdienne est entièrement transformé en pus. Le liquide trouble des ventricules latéraux contient également un peu de pus et quelques cellules épithéliales. Le tissu cérébral est sain. Les cellules du foie renferment une quantité anormale de granules graisseux. La portion malade du poumon droit est infiltrée d'une matière moléculaire liquide et de globules de pus, la plupart plus ou moins affaissés et tous très granuleux. Il y a là évidemment un travail de désintégration.

Commentaire. — Chez cet homme adonné à l'intempérance et atteint de pneumonie, dont la marche promettait une terminaison favorable, il survint le septième jour de la maladie, à midi, un peu de confusion dans les idées. Dans le cours de l'après midi, il y avait déjà un délire violent avec strabisme et dilatation des pupilles. La nuit, il tombe dans le coma et meurt le lendemain à cinq heures du matin. Notons qu'au début de la pneumonie, il avait vomé, symptôme se rapportant peut-être à une irritation du cerveau; mais cet état, malgré la fièvre qui se déclara bientôt, ne sembla pas s'en être aggravé d'une manière remarquable. A l'inspection de la tête après la mort, on trouva la cavité sous-arachnoïdienne et les replis de la pie-mère, sur toute la surface du cerveau, chargés de matière purulente, et environ 45 grammes de sérosité troublée, panchée dans les ventricules latéraux. Voici donc un exemple de mort très rapide par suite de méningite. Il faut attribuer cette issue, en partie à des habitudes d'intempérance et en partie à cette circonstance que la nouvelle affection se produisit à une époque où le sujet était déjà considérablement épuisé par l'attaque pneumonique. Dans ce cas, comme dans celui de l'obs. III, il est à remarquer que l'occurrence d'une exsudation étendue n'est pas du tout incompatible avec la dépression des forces de l'économie, or c'est là un fait entièrement opposé à la relation prétendue qu'il y aurait entre l'inflammation et un état sthénique de la constitution. En somme, l'étendue aussi bien que la fatalité de l'affection cérébrale, doivent probablement être attribuées à l'épuisement de l'énergie vitale, au moment de la nouvelle manifestation.

La pneumonie a suivi sa marche naturelle et le jour où la méningite a commencé, la crépitation de retour se faisait entendre. Nous avons pu voir après la mort que tout l'exsudat pneumonique était ramolli et converti en pus, déjà en voie de subir une désintégration rapide (voir Pneumonie).

Obs. V. — *Méningite aiguë de la base du cerveau. — Effusion séreuse dans les ventricules accompagnée de ramollissement blanc de la substance cérébrale. — Phthisie.*

COMMÉMORATIF. — Hélène Walker, 21 ans, servante, entrée le 4 juillet 1855, était depuis quelques années sujette à de la toux et à de la dyspnée. Cependant, elle déclara n'avoir jamais eu d'indisposition sérieuse jusques il y a onze jours. Elle éprouva alors un frisson, de la douleur dans la tête, de la soif et les autres symptômes de la fièvre. Le mal de tête variait d'intensité, était tantôt léger et d'autres fois très violent.

SYMPTÔMES A L'ENTRÉE. — Elle présente des signes de grande faiblesse et d'abattement. Elle se plaint, d'une violente douleur frontale s'aggravant vers le soir. Le regard marque la stupeur et l'accablement; les pupilles sont naturelles. Il n'y a point de mouches volantes, ni de tintement d'oreilles, ni de vertiges. La conscience est entière, mais avec tendance à la stupeur. Les symptômes fébriles ont, à présent, la plupart disparu. Il n'y a pas de soif mais l'appétit est altéré, la langue est chargée; le pouls est à 84. En examinant la poitrine, on constate tous les signes de la phthisie et des cavernes dans les deux poumons. Les autres fonctions s'accomplissent normalement. La malade demande qu'on lui ordonne un vomitif, ce dont elle a éprouvé autrefois du soulagement; on lui prescrit une poudre composée d'ipécacuanha et de sulfate de zinc.

MARCHE DE LA MALADIE. — 5 juillet. Le vomitif n'a procuré aucun soulagement. La céphalalgie persiste; pour le reste même état. *Appliquer six sangsues aux tempes.* — 6 juillet. Cette nuit il y a eu un peu de divagation des idées et même un peu de délire. Aujourd'hui on remarque une dépression profonde et de la stupeur. Comme il n'y a pas eu de selle, on prescrit une goutte d'huile de Croton sur du sucre et on en fera suivre l'administration, au besoin par un lavement. — *Raser les cheveux et faire des applications froides. — Beef-tea et alimentation.* — 7 juillet. Cette nuit il y eut beaucoup d'incohérence dans les idées et du délire. A la visite, la malade marmotte entre ses dents; ses yeux sont appesantis, les pupilles contractées; la langue est blanche et humide. Ne prend aucun aliment; il y a une selle; le pouls est à 120, régulier mais faible. — 8 juillet. Pas de changement, à part un commencement de coma. *Appliquer un vésicatoire à l'occiput.* — 9 juillet. Coma interrompu de temps en temps par un délire avec murmure à voix basse; carphologie; pouls presque imperceptible. — Mort dans la matinée du 10.

Autopsie. — Trente-six heures après la mort.

Corps fluet, mais pas très amaigri.

TÊTE. — Les surfaces arachnoïdiennes sont très sèches. Les ventricules latéraux contiennent environ 40 grammes de sérosité légèrement trouble. Les parois ventriculaires et les portions centrales blanches du cerveau, dans leur voisinage, ont une consistance pulsatrice et se désagrègent facilement lorsqu'on y fait tomber un filet d'eau; la coupe acquiert ainsi une surface rugueuse à bords déchiquetés, mais conservant sa couleur naturelle. A la base, les pédoncules cérébraux sont tapissés d'un exsudat mou, jaunâtre, situé dans la cavité sous-arachnoïdienne, s'étendant aux couches optiques et même un peu à l'espace perforé postérieur. On ne trouve pas de tubercule dans les méninges. Il reste environ 60 grammes de sérosité amassée dans les dépressions occipitales, après l'ablation du cerveau.

POITRINE. — Les deux poumons sont infiltrés de tubercules, principalement les lobes supérieurs. Il existe une cavité de la dimension d'une noisette, au sommet

du poumon gauche, et il s'en rencontre plusieurs communiquant ensemble dans le lobe supérieur du poumon droit.

ABDOMEN. — Les organes abdominaux sont sains.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. Dans le liquide un peu trouble des ventricules, on distingue quelques cellules épithéliales ayant appartenu aux plexus choroïdes, elles subissent la dégradation grasseuse. Le ramollissement blanc pultacé qui entoure les ventricules ne contient pas de cellules ni de masses granuleuses; il se compose de tubes s'écrasant facilement entre les verres et présentant alors de nombreuses et larges varicosités, des cercles à doubles contours, etc. (Fig. 441). L'exsudat de la base est essentiellement moléculaire, mais contient ça et là des traces de pus.

Commentaire. — Ce cas ressemble sous beaucoup de rapports à ceux précédemment relatés à l'article hydrocéphale et fournit un exemple d'une méningite aiguë avec des exsudats, chez un sujet phthisique et épuisé. Dans ce cas comme dans les précédents, les sangsues appliquées aux tempes dans le but de combattre le mal de tête, n'ont été d'aucun secours, même temporairement. Le lendemain de leur application, tous les symptômes de la veille, et surtout la faiblesse étaient seulement plus prononcés; en d'autres termes, la maladie marchait sans s'arrêter, vers la terminaison fatale. La nature de l'exsudat à la base du crâne, ainsi que le commencement de dégénérescence grasseuse dans la sérosité des ventricules, sont des indices que ces lésions étaient de date plus ancienne qu'on ne pourrait le supposer, en se basant uniquement sur les symptômes observés.

OBS. VI. — *Méningite aiguë de la base du cerveau. — Épanchement de sérosité dans les ventricules latéraux. — Tubercules dans le pont de Varole et dans les poumons.*

COMMÉMORATIF. — John Robertson, âgé de 55 ans, soldat libéré, entré le 25 juin 1850, est adonné à l'ivrognerie. Dans ces derniers temps, s'étant trouvé réduit à une grande misère, il n'avait qu'un bien pauvre régime et des vêtements à l'avenant, c'est à dire insuffisants. Le 15, il éprouva du mal de tête avec symptômes fébriles. Le 21, il survint du vomissement, de la toux avec expectoration et le 25, il y eut beaucoup d'agitation et de délire la nuit. Depuis lors, ces symptômes sont restés les mêmes.

SYMPTÔMES À L'ENTRÉE. — Le sujet est plongé dans une prostration profonde. Il reste immobile sur le dos; souvent il prononce des paroles incohérentes, mais on l'éveille facilement et alors il répond aux questions en termes sensés. Les traits sont pâles, les yeux injectés, les pupilles un peu contractées. Il n'y a de douleur nulle part. Les mains et les bras sont dans un état continu de tremblement; il empoigne les couvertures. Les évacuations restent volontaires et normales. La langue est blanche et sèche, la digestion se fait difficilement. La poitrine est partout sonore; expiration prolongée et rude; un peu de toux mais sans expectoration; pouls à 64, faible. Avant son entrée à l'infirmerie, le malade a été traité par le calomel et les antimoniaux. — Aujourd'hui on prescrit: 90 gram. de Whisky dans la journée. Alimentation. Pr. Ether nitrique alcoolisé 15 gram., mixture de scille 110 gram., Eau 45 gram. M. A prendre 15 gram. toutes les quatre heures. Raser la tête et appliquer un vésicatoire.

MARCHE DE LA MALADIE. — 26 juin. Le malade a passé une nuit agitée et a eu beaucoup de délire. Aujourd'hui il n'y a pas de mieux. Râles humides à la base

des deux poumons en arrière; affaiblissement progressif. *Alimenter.* — 27 juin. Il a refusé toute espèce d'aliment et de boisson. Commencement de coma. Les extrémités se refroidissent; la face est livide, la respiration laborieuse. Le pouls à 60 est à peine sensible. On a dû pratiquer le cathétérisme; les urines sont normales. Il n'y a plus eu de selles depuis deux jours. Pr. Carbonate d'ammon. 1 gram. 10 centig., mixture camphrée 120 gram. m. En donner 15 gram. toutes les quatre heures. — 28 juin. Affaiblissement progressif, mort à 4 heures du matin.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort.

Corps un peu amaigri.

TÊTE. — Les circonvolutions de la surface des hémisphères cérébraux sont légèrement aplaties, mais ne sont point anormalement sèches. La substance cérébrale est saine. Les ventricules latéraux sont distendus par une sérosité trouble, légèrement teinte de sang, dont on retire environ 60 grammes. La substance centrale du cerveau est saine. Le tissu sous-arachnoïdien, à la base, est partout infiltré d'un épanchement récent de lymphe coagulée. Dans l'épaisseur du pont de Varole on rencontre une masse tuberculeuse de la grosseur d'un pois, elle est ferme à l'extérieur mais ramollie vers le centre; une zone de vaisseaux congestionnés l'entoure. Les membranes recouvrant les hémisphères ainsi que les autres parties du cerveau sont normales.

THORAX. — Cœur sain. Les plèvres des deux côtés mais surtout au sommet du poumon, sont unies par des bandes de lymphe. Les deux poumons indurés et ratatinés contiennent plusieurs concrétions crétacées et calcaires; les bords antérieurs sont emphysémateux; les parties postérieures et inférieures sont engorgées et les bronches sont plus ou moins remplies d'un mucus purulent. Ça et là, parsemés dans l'épaisseur des portions inférieures des deux poumons, on rencontre des amas de vieux tubercules, convertis en matière calcaire; leur volume varie entre celui d'un grain d'orge et celui d'un noyau de cerise.

ABDOMEN. — Il ne présente rien d'anormal.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — La sérosité trouble des ventricules latéraux, contient un grand nombre de cellules granuleuses et quelques globules sanguins. La lymphe de la base du cerveau est moléculaire; on y remarque ça et là des amas de globules de pus en voie de désintégration. La substance nerveuse autour de la masse tuberculeuse du pont de Varole est normale.

Commentaire. — Chez ce sujet, nous avons affaire à une prostration si grande, que dès son entrée même, nous avons prescrit des stimulants et l'alimentation, mais sans parvenir à arrêter l'épuisement. Il est digne de remarque que cet individu, malgré sa constitution tuberculeuse, dont nous avons vu des traces dans le cerveau et dans les poumons, fût parvenu à se tirer d'affaire. C'est au point même que replongé au sein de nouvelles causes d'épuisement, il en est résulté une exsudation simple ou inflammatoire et non plus une exsudation tuberculeuse. La structure de l'exsudat de la base du crâne, ainsi que les cellules granuleuses constatées dans la sérosité des ventricules, indiquent que la lésion datait déjà de quelque temps. Ici, comme dans le cas précédent, il me semble que la céphalalgie et la fièvre du début indiquaient la période de congestion et d'exsudation; le vomissement annonçait un commencement, et la stupeur un état de compression plus intense du cerveau, causée par l'épanchement qui continuait.

Le siège de la méningite est dans la cavité sous-arachnoïdienne, où se

trouve une quantité de tissu aréolaire lâche, richement doté de vaisseaux sanguins. Il résulte de là, généralement, que l'exsudat versé dans cette cavité, au lieu de se transformer en fibres, ce qui est l'ordinaire sur les surfaces séreuses, suit la loi qui détermine sa transformation en pus. Ce que l'on prend généralement pour une couche récente de lymphé coagulable recouvrant les circonvolutions dans la méningite, est en réalité une couche de pus. Je l'ai constaté maintes fois. Il y aurait lieu de s'étonner que l'exsudation ne se fasse point dans la cavité de l'arachnoïde, n'était cette circonstance que les parois solides et résistantes du crâne s'opposent absolument à tout agrandissement de cet espace. Et de fait, plus considérable est la quantité d'exsudat ou d'épanchement, surtout dans les parties profondes du cerveau, plus les deux feuillets de l'arachnoïde, doivent être pressés l'un contre l'autre. Ainsi s'explique la sécheresse de cette membrane, dans la méningite avec épanchement dans les ventricules.

L'exsudat, dans la méningite aiguë, consiste principalement en globules de pus, offrant un aspect moléculaire des mieux caractérisés, et associés à une multitude de molécules et de granules libres. Dans les formes chroniques, on voit les corpuscules purulents se désagréger, et le tout se réduire en une masse granulaire amorphe, mêlée de plus ou moins de granules de graisse. On constate encore fréquemment que les vaisseaux sanguins, dont cette masse est traversée, sont en train de subir la dégénérescence graisseuse.

Lorsque les ventricules sont le siège d'une exsudation, on trouve généralement dans le liquide, des cellules épithéliales à forme globulaire, présentant diverses variétés, suivant qu'elles sont gonflées par endosmose ou qu'elles ont subi la dégénérescence graisseuse et se sont transformées ainsi en cellules granulaires.

J'ai observé aussi dans ces cas, une grande variété de transformation dans les villosités des plexus choroïdiens. Tantôt leur couche épithéliale est considérablement épaissie, tantôt elle est soulevée sous forme de petites bulles, probablement l'état rudimentaire d'une production kystique simple. Elles contiennent fréquemment encore un nombre plus ou moins grand de corps amyloïdes (fig. 429). Toutefois la relation de ces corps à une affection active des ventricules n'est pas encore démontrée.

Pour ce qui est du diagnostic, nonobstant les efforts tentés afin de distinguer la méningite des circonvolutions de celle de la base, ou même ces deux affections d'un simple épanchement dans les ventricules, c'est en vain que je cherche les symptômes précis, sur lesquels on pourrait s'appuyer et qui indiqueraient le siège du mal. La douleur dans la tête, les vomissements, l'assoupissement et le coma produisant de la lenteur et plus tard de l'accélération du pouls, phénomènes auxquels succèdent plus ou moins de jactitation et des convulsions avant la mort, forment le cortège des symptômes principaux. Le mode d'invasion graduelle et la succession de ces symptômes sont également caractéristiques et différent de ce qui s'observe à l'occasion des attaques soudaines, causées par une

hémorrhagie, ainsi que de la marche lente de la cérébrite chronique. Ce sont là évidemment, tous les résultats d'une compression générale du cerveau et voilà pourquoi il est impossible de distinguer l'épanchement simple d'avec la méningite. L'état fébrile qui accompagne cette dernière ne saurait servir de signe distinctif, et les autres symptômes sont à peu près les mêmes.

Jusqu'à présent le traitement de la méningite, qu'elle fût réelle ou supposée, consistait dans l'emploi des antiphlogistiques. Cependant il est impossible d'affirmer que l'on en ait jamais retiré le moindre bon résultat. Le début de l'affection est généralement méconnu, les vomissements et les douleurs dans la tête, aussi longtemps que le patient conserve sa conscience, n'amènent guère à soupçonner une méningite. C'est seulement lorsque l'exsudat ou l'épanchement est déjà assez abondant pour déterminer de l'assoupissement et de la stupeur, que les soupçons s'éveillent, aussi ne comprend-on guère comment les saignées et les purgatifs seraient capables de faciliter son absorption. De plus, nous avons constaté la tendance de cette espèce d'exsudat à se transformer en pus; partant le traitement qui favorise l'évolution des productions cellulaires, comme nous l'avons exposé précédemment (sect. III, p. 229 et suiv.), doit être le plus efficace. Pour cela il faut du temps, et au lieu d'affaiblir l'énergie vitale, il faut plutôt la soutenir. Il n'en est pas moins vrai cependant, qu'il est bien difficile, dans la pratique, de suivre ces indications. L'assoupissement et le coma empêchent sérieusement d'user des moyens de nourrir le malade, par la raison que les aliments ne sauraient être ingérés en quantité suffisante et que la dépression nerveuse met tout le système glandulaire dans un désarroi tel, qu'il en résulte une profonde altération des fonctions nutritives. Dans ces conditions, les membranes muqueuses deviennent malades, la langue et la gorge se sèchent, l'estomac se contracte, les intestins se resserrent et les malades m'ont souvent semblé mourir littéralement épuisés par manque d'alimentation. Les tissus s'altèrent d'autant plus que l'absence de volonté et de sensation, de même que dans les cas de fièvre, favorise la formation d'eschares aux parties déclives, sur lesquelles porte le poids du corps.

Tous ces phénomènes s'observent d'une manière remarquable dans ces cas exempts de complication et où le tissu du cerveau lui-même n'est le siège d'aucune lésion organique. Le malade est alors privé seulement de ses facultés intellectuelles; il est réduit à la condition d'un animal auquel on aurait enlevé les lobes cérébraux. Cependant, l'homme ne saurait continuer à vivre, à cause de la compression subie par l'encéphale, d'où résulte le dérangement des fonctions nutritives, tandis qu'un oiseau, après avoir été soumis à semblable mutilation, peut être nourri et conservé en vie pendant plusieurs mois.

Néanmoins il est du devoir du médecin de soutenir l'économie autant que possible, d'alimenter et même de donner de légers stimulants, de prévoir la possibilité d'eschares au dos et au sacrum et d'employer toutes

les précautions pour les éviter, de faire évacuer les intestins, et de vider la vessie de temps en temps par des moyens artificiels et, de cette manière, de neutraliser autant que la chose est possible, la torpeur de toutes les fonctions. On s'efforce ainsi de gagner du temps, afin que l'exsudation puisse subir toutes ses transformations naturelles, et finalement être absorbée.

Selon moi, la collection de sérosité simple dans les ventricules ou à la surface du cerveau, qu'elle s'accompagne ou non d'exsudats, est consécutive à une obstruction des vaisseaux et se rapproche bien plus des hydropisies que des inflammations. De la lymphe épanchée dans le tissu sous-arachnoïdien, à la base, comprime les vaisseaux se rendant aux plexus choroïdes et à la membrane qui tapisse les ventricules, et ainsi amène un épanchement; ce dernier, par conséquent, est consécutif à l'exsudat et ne le précède point. C'est la collection séreuse qui occasionne tous les désordres en comprimant le cerveau et produit la somnolence et le coma. S'il en est ainsi, ces symptômes doivent être considérés comme secondaires, au lieu d'être primitifs, et on pourrait comparer cette lésion à l'ascite ou à l'anasarque qui succède à une affection hépatique ou rénale (1). J'ai observé, de temps en temps, dans les ventricules du cerveau, ce qu'on pourrait appeler une méningite desquamative, occasionnée par les mêmes changements intimes qui produisent l'affection correspondante des reins. Ces considérations pathologiques, à mon avis, s'opposent formellement à l'emploi des saignées et des antiphlogistiques, après que l'exsudat et l'épanchement sont déjà constitués.

(1) Cette opinion se trouve singulièrement confirmée par un cas qui s'est rencontré dans mes salles de clinique pendant l'été de 1857. Le sujet de l'observation était un agent de police, nommé George MacLeod, âgé de 25 ans, doué d'une robuste constitution. Un mois avant son admission à l'hôpital, il avait éprouvé de la céphalalgie qui n'avait cessé de prendre graduellement plus d'intensité. Neuf jours avant son entrée, il survint du vomissement reparaissant surtout après les repas. A son arrivée, le malade était somnolent, puis fut bientôt pris de coma; le pouls était à 60 et la respiration lente. Dans l'espace des neuf jours qui suivirent, il se trouva deux ou trois fois moins assoupi et une fois même, il répondit aux questions, mais d'une manière confuse. Finalement le pouls acquit de la rapidité et le malade mourut sans avoir présenté de convulsion ni de paralysie. L'autopsie révéla un exsudat chronique, ferme, ayant plus de trois millimètres d'épaisseur à la base, entourant les artères basilaires et carotides et infiltré dans la cavité sous-arachnoïdienne, de façon à environner le pont de Varole. Les ventricules contenaient 60 grammes d'une sérosité claire. L'examen microscopique montra une induration déjà chronique, en voie de subir, ainsi que les vaisseaux, un commencement de dégénérescence graisseuse. La sérosité ne contenait rien de particulier, à part quelques cellules épithéliales. Ici, les ventouses, les sangsues, la glace appliquée sur la tête, préalablement rasée, et les révulsifs, ne produisirent aucun résultat avantageux, la seule chose qui sembla produire quelque soulagement, fut d'évacuer les intestins au moyen de lavements. Vers la fin, on administra de l'eau-de-vie et du beef-tea. L'exsudat de la base, selon moi, s'était produit longtemps avant l'entrée du malade à l'hôpital, mais ce fut seulement après que se forma, dans les ventricules, l'épanchement qui comprima le cerveau et produisit le coma.

Obs. VII. — *Méningite chronique. — Epanchement séreux dans les ventricules. — Masse tuberculeuse dans le lobe gauche du cervelet. — Tubercules crétacés dans les poumons et cicatrices fibreuses.*

COMMÉMORATIF. — James Scott, 50 ans, clerc d'écrivain public, entré le 29 octobre 1849. Le seul renseignement que l'on puisse obtenir de lui, c'est qu'il fut pris de vomissements la semaine précédente et qu'il a continué à être malade depuis lors.

SYMPTÔMES A L'ENTRÉE. — Le sujet semble en proie à une grande dépression mentale. Il existe une surdité considérable et de la confusion dans les idées, de sorte qu'il est incapable de répondre aux questions. Il ne se plaint point et ne paraît éprouver aucune souffrance. Les yeux sont un peu injectés. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre. La peau est chaude et sèche. Le pouls à 70 est plein. Le malade boit avidement l'eau qu'on lui présente. On ne constate point de paralysie; les autres fonctions s'exécutent normalement. *Raser la tête et y faire des applications froides. — Donner une mixture saline.*

MARCHE DE LA MALADIE. — 30 octobre. Même état; selles rares. Céphalalgie légère s'accompagnant de divagation des idées. *Extraire 250 gram. de sang, au moyen de ventouses appliquées à la nuque.* — 31 octobre. La saignée ne procure aucun soulagement. La stupeur se prononce d'avantage et s'accompagne de temps en temps de légères contractions dans la face et dans les mains. Au moment de la visite le coma est complet. — *Lavement à la térébenthine.* Le malade expire vers une heure.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort.

Corps robuste et bien bâti.

TÊTE. — Après avoir enlevé la calotte crânienne on constate une sécheresse anormale des méninges et l'aplatissement des circonvolutions. Les ventricules latéraux sont fortement distendus et contiennent 60 grammes de sérosité transparente. La substance du cerveau est ferme et normale. Le lobe gauche du cervelet avait contracté une adhérence solide avec la dure-mère qui le recouvre. En le coupant en travers, on trouve dans son intérieur, une masse indurée de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui repose inférieurement sur une couche mince de tissu cérébelleux ramolli, d'environ trois millimètres d'épaisseur et offrant une teinte rougeâtre. Cette masse de couleur jaunâtre et de consistance caséuse, est plus dense au centre. Les autres parties du cerveau sont intactes.

POITRINE. — Les plèvres, au sommet des deux poumons, adhèrent entre elles par des bandes de lymphe anciennes. Immédiatement au-dessous de ces adhérences, des deux côtés, on reconnaît plusieurs masses crétacées enkystées, ayant le volume de petits pois et entourées de tissu pulmonaire noir et induré. A la surface externe du sommet du poumon gauche, il existe une cicatrice dense et fibreuse, mesurant à peu près sept centimètres et demi. Les glandes bronchiques sont augmentées de volume et infiltrées de tubercules chroniques généralement crétacés. Les autres organes thoraciques sont normaux.

ABDOMEN. — Les organes abdominaux n'offrent rien à noter, à l'exception du scrotum où l'on remarque plusieurs fistules chroniques.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Le centre et la circonférence de la masse tuberculeuse ressemblent beaucoup à ce qui se trouve représenté dans les fig. 439, 440; mais la substance cérébrale externe contenait un plus grand nombre de cellules granulaires. Le liquide séreux des ventricules offre seulement quelques cellules épithéliales.

Commentaire. — Dans ce cas, les méninges recouvrant la moitié gauche du cervelet étaient épaissies et adhérentes à la dure-mère : au-dessous on rencontra une masse tuberculeuse du volume d'un œuf de pigeon. Depuis quand cette lésion existait-elle là? C'est ce qu'il est impossible de dire; mais sa présence, en comprimant les vaisseaux à la base du crâne, était bien de nature à rendre toute congestion temporaire plus sujette à se terminer par un épanchement. C'est ce qui doit s'être produit, quelle qu'ait pu être la cause excitante et il en est résulté l'hydropisie des ventricules avec les symptômes qui en sont la suite ordinaire, je veux dire les phénomènes de compression sur le cerveau, qui ont amené la mort. Cette observation vient aussi à l'appui de l'opinion que ces épanchements sont plutôt le résultat de lésions préexistantes que la conséquence directe d'une inflammation.

Obs. VIII. — *Méningite cérébrale chronique. — Induration entourée par un ramollissement d'une portion de l'hémisphère cérébral gauche.*

COMMÉMORATIF. — M^{me} Swan, âgée de 55 ans, femme d'un carrossier, est entrée le 8 décembre 1830. Elle avait toujours joui d'une bonne santé, mais il y a environ quatre ans, ayant contracté la syphilis et pris une grande quantité de mercure, elle commença à se plaindre de douleurs de tête, de dyspepsie, parfois de vomissements, de constipation et d'assoupissement. Il y a environ six mois, elle eut une attaque nerveuse qui lui dura une demi-heure. Depuis lors, elle a continué à en avoir à des intervalles de deux à trois semaines. Elles s'annonçaient par un mal de tête violent, par du tintement d'oreilles, par des vertiges et de l'obscurcissement de la vue, puis disparaissaient, en laissant à leur suite une grande débilité musculaire. Pendant ces accès qui lui duraient plus ou moins de temps, elle était insensible, il survenait de l'écume à la bouche, des contractions partielles des membres et principalement du bras droit. La dernière attaque eut lieu il y a environ deux mois; seulement, il y a quatre semaines, elle éprouva, sans avoir d'accès ni d'insensibilité, des contractions dans les muscles du bras droit, en même temps qu'une sensation d'engourdissement dans les doigts de la main. Elle remarqua qu'il lui en était resté moins de force dans le bras droit et un peu d'engourdissement dans la jambe gauche.

SYMPTÔMES À L'ENTRÉE. — La malade est débilitée et considérablement amaigrie. Il y a beaucoup de confusion et même souvent de la divagation dans les idées. Elle se plaint d'une douleur intense dans la tête. Il n'y a cependant aucune injection de la face ni des yeux et pas de délire. On remarque de la difficulté et de la lenteur dans l'articulation des mots. Le côté droit de la face est légèrement paralysé. La langue, lorsqu'elle est hors de la bouche, se dévie un peu à droite. Il n'y a pas de diminution de la sensibilité. La motilité est diminuée dans le bras droit, au point de ne pouvoir fermer la main, ni tenir convenablement un objet quelconque; la sensibilité, au contraire, est restée intacte. La jambe droite ne présente aucun signe de diminution de la motilité; il y a pourtant un sentiment de traînement de ce membre, lorsqu'il est en mouvement. Le pouls est régulier et de force normale; il n'y a pas de toux; anorexie; langue humide, blanche; pas de vomissement ni de nausée; constipation; menstruation irrégulière et très peu abondante, n'ayant plus reparu depuis six semaines. Les urines sont troubles et ont une pesanteur spécifique de 1025, elles s'éclaircissent quand on les chauffe.

MARCHE DE LA MALADIE. — Jusqu'au 4 janvier 1831, la malade reste à peu près dans le même état. La confusion des idées et la difficulté de la parole sont un peu moins grandes certains jours que d'autres. Le traitement a consisté en quelques applications de sangsues et en dernier lieu dans l'emploi d'un vésicatoire à la nuque et de purgatifs. Ce 4 janvier on l'a trouvée dans le coma; elle ne répond plus aux questions, bien qu'elle semble avoir le sentiment qu'on s'adresse à elle. Les pupilles sont modérément dilatées; la respiration est stertoreuse. Il existe de légères contractions dans les muscles du côté droit de la face. Le bras droit est légèrement fléchi et il faut employer beaucoup de force si on veut le redresser. — 5 janvier. Il semble y avoir du mieux; pas de stupeur; expression moins paresseuse. La respiration n'est plus stertoreuse. La malade a proféré quelques mots: elle n'a plus eu de vomissements ni de nausées. On observe encore parfois des contractions dans les muscles du côté droit de la face; bras droit moins contracté et moins raide. On prescrit l'administration immédiate d'un lavement purgatif. — 6 janvier. Retour du coma; respiration facile; contractions des muscles de la face, du bras et parfois de la jambe, du côté droit. Le pouls est plutôt plein et lent. Le lavement a bien opéré. La sensibilité reste intacte dans les parties affectées. — 7 janvier. A peu près même état; il semble ne plus y avoir de conscience, mais il reste toujours de la sensibilité. Pouls fréquent et plus petit qu'hier. Rigidité croissante du bras et de la jambe du côté droit, toujours avec quelques contractions passagères. — 8 janvier. Pouls fréquent et très petit. Respiration non stertoreuse; décubitus du côté gauche; rigidité telle des muscles du cou, que la tête en est devenue complètement immobile. La sensibilité paraît persister encore, bien que la malade ne puisse ni parler, ni entendre, ni pousser la langue. On remarque aussi de temps en temps, des contractions dans le côté droit de la face, dans la jambe, dans le bras droit; la contraction de ce dernier va jusqu'à la raideur. Mort dans la matinée du 9.

Autopsie. — Trente heures après la mort.

Raideur cadavérique bien marquée.

TÊTE. — Il existe des adhérences solides entre la voûte osseuse et la dure-mère, considérablement épaissie à cet endroit. L'arachnoïde recouvrant la moitié postérieure de l'hémisphère cérébral gauche est également épaissie, plus dense et opaque; elle adhère fermement à la pie-mère sous-jacente. L'épaississement et l'adhérence sont surtout prononcés dans un espace ayant environ la grandeur d'une pièce de deux francs, situé à cinq centimètres, au côté externe de la faux et à la partie antérieure du tiers moyen de l'hémisphère. L'arachnoïde, soudée à la pie-mère, en cet endroit, a trois millimètres d'épaisseur et, après avoir été minutieusement disséquée, elle laisse à découvert une tache décolorée, à la surface des circonvolutions sous-jacentes, mesurant à peu près quatre centimètres d'avant en arrière et deux centimètres et demi transversalement. Le centre de cette tache présente une induration au toucher, mais la circonférence en est molle et pulpeuse. Le centre est occupé par un dépôt dur de la grosseur d'un pois, d'une couleur jaune brillante, entouré d'une aréole violette, passant à la teinte rosée, puis disparaissant peu à peu, en s'approchant des bords de la tache. Les coupes faites à travers cette portion malade, montrent que cette décoloration s'étend en profondeur, et forme un noyau de la grosseur d'une noix. Dans son épaisseur, ce noyau renferme cinq autres petites masses indurées, dont les dimensions varient depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'un pois; ces masses ressemblent au dépôt central, noté plus haut. Les contours de la masse entière présentent les mêmes colorations et la même consistance que nous avons vues à la surface, sauf peut-être, que la décoloration est plus graduelle, en allant vers le centre, et cette masse se transforme en un ramollissement blanc de l'hémisphère