

**Caractères anatomiques.** — Dans un premier degré, le tissu du ganglion est gonflé, rougeâtre, rouge-brun, humide et friable; il peut finir par se ramollir et par offrir une diffuence semblable à celle que la rate présente dans les fièvres typhoïdes. A une époque encore plus avancée, on trouve du pus disséminé, infiltré, puis réuni en un ou plusieurs foyers. On a prétendu que, dans l'adénite, l'inflammation occupait le tissu cellulaire interstitiel; on invoque en faveur de cette opinion la possibilité qu'il y aurait de faire passer du mercure des lymphatiques afférents dans les vaisseaux efférents, en traversant les ganglions enflammés; cependant ce fait n'est pas encore suffisamment établi, et, le fût-il d'ailleurs, il ne serait pas encore tout à fait concluant.

**Symptômes.** — Lorsqu'un ganglion s'enflamme, il augmente de volume; il durcit et devient le siège de douleurs continues, lancinantes; il finit par former une tumeur phlegmoneuse, saillante; la peau participe bientôt à la phlegmasie. Celle-ci peut se terminer par résolution ou être suivie de suppuration, d'induration, très-rarement de gangrène. Cette maladie, lorsqu'elle est simple, a presque toujours une heureuse issue; il est inutile de dire que je ne parle ici que de l'adénite externe et de celle qui ne se lie à aucun état général grave.

**Étiologie.** — L'inflammation des ganglions lymphatiques est presque toujours symptomatique d'une inflammation qui siège sur un point plus ou moins éloigné. Ainsi les ganglions sous-maxillaires et ceux des parties latérales du cou s'enflamment dans les maladies du cuir chevelu, dans l'érysipèle et les ulcères de la face, dans les cas de stomatite, de dentition difficile, d'angine simple, et surtout d'angine couenneuse. L'inflammation des ganglions axillaires reconnaît ordinairement pour cause une excoriation, une piqûre aux doigts, une plaie, une cause d'irritation sur les parois de la poitrine. Enfin, la phlegmasie des ganglions du pli de l'aîne est ordinairement consécutive à une maladie des organes génitaux externes ou à quelque inflammation placée sur le membre inférieur, comme une solution de continuité, une pression excessive du pied par une chaussure trop étroite, etc. Les ganglions placés dans les cavités splanchniques ne s'enflamment guère aussi que d'une manière consécutive: tels sont les ganglions bronchiques, si souvent altérés dans la pneumonie; tels sont surtout les ganglions mésentériques, qui passent par tous les degrés de l'inflammation aiguë dans les cas de fièvre typhoïde, et fréquemment aussi dans la dysenterie. Cependant il est incontestable que quelquefois l'inflammation des ganglions a lieu primitivement et sans qu'on puisse saisir aucun changement appréciable dans les parties voisines: c'est ce que nous avons vu dans la peste. Une pression forte, des frottements continuels exercés sur une région pourvue de ganglions peuvent parfois enflammer ceux-ci. Ainsi, au rapport de M. Follet (*Gazette médicale* de 1844), les jeunes soldats étaient jadis atteints fréquemment d'engorgements sous-maxillaires, ce qu'on attribuait au frottement exercé par un col trop dur. Cette cause est réelle; mais elle n'est pas pourtant la seule qui agit dans la production de cette affection, qui est très-commune dans l'armée; on ne saurait notamment méconnaître l'influence du froid. Je renvoie d'ailleurs à l'excellent mémoire publié sur ce sujet par M. Larrey dans le XVI<sup>e</sup> volume des *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*.

**Traitement.** — L'adénite aiguë réclame à peu près le même traitement que le phlegmon, c'est-à-dire les émissions sanguines locales, les bains, les cataplasmes. Si la suppuration se déclare, il faut ouvrir l'abcès dès que la présence du pus est certaine. Les vésicatoires, que quelques personnes emploient pour favoriser la résolution de l'engorgement ou la résorption du pus, m'ont paru n'avoir aucun avantage. Si l'induration persiste à l'état chronique, on devra

employer les douches salines, sulfureuses, les fondants, les résolutifs en topiques et en frictions (pommades iodurées, mercurielles, etc.). Enfin si la maladie résiste, on n'a plus d'autres ressources que l'extirpation.

## INFLAMMATION DE L'APPAREIL DE L'INNERVATION.

### DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRALE

Le mot *méningite* est une expression collective servant à désigner l'inflammation simultanée de l'arachnoïde et de la pie-mère, tandis que les mots *arachnitis* ou *arachnoïdite* et celui de *pie-mérite* emportent l'idée d'une inflammation bornée à l'arachnoïde et à la pie-mère, ce qui d'ailleurs est extrêmement rare. Il n'est pas douteux pour nous que la dure-mère ne soit susceptible de s'enflammer d'une *manière primitive*. Si les faits rapportés par Abercrombie offrent quelques doutes, il n'en est pas de même des deux qui sont consignés dans le travail de M. le docteur Albers, de Bonn (1); mais, comme ils se rapportent à la dure-mère spinale, nous nous proposons d'y revenir un peu plus loin. Si l'inflammation primitive de la dure-mère est encore un fait douteux pour beaucoup d'auteurs, la plupart cependant conviennent que cette membrane est susceptible d'inflammation, consécutivement à une altération des os et du crâne. Disons pourtant que, jusqu'à présent, on n'a pu saisir aucun symptôme capable de révéler sûrement une pareille altération.

**Historique. Divisions.** — Sous le nom de *phrenitis*, les anciens auteurs ont confondu l'inflammation des méninges, celle du cerveau et beaucoup de délires purement sympathiques; mais aujourd'hui ces affections, distinctes sur le cadavre, le sont aussi presque toujours sur le vivant. Dans le courant du siècle dernier, et même jusque dans ces derniers temps, quelques auteurs, trop préoccupés de l'épanchement séreux qu'on observe assez souvent dans la méningite, considérèrent cette altération comme le caractère fondamental d'une maladie spéciale qu'on nommait *hydrocéphale aiguë*. Mais il est aujourd'hui incontestable qu'il faut rapporter à la méningite ou à la méningo-encéphalite presque toutes les observations d'hydropisie aiguë du cerveau qui ont été publiées. Enfin les recherches des modernes ont encore démontré que, sous le point de vue tant anatomique que pathologique, il fallait distinguer deux espèces de méningites, qu'on a confondues jusque dans ces derniers temps: dans l'une, on constate seulement les caractères propres aux inflammations du tissu séreux; dans l'autre, il y a production dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de granulations particulières qui sont de nature tuberculeuse. C'est là, à proprement parler, le seul caractère anatomique de la maladie; la phlegmasie des méninges n'est alors qu'un accident qui peut manquer et manque en effet assez souvent. (Voyez dans le tome II l'histoire de l'infiltration tuberculeuse des méninges.)

Il ne sera question, dans cette partie de l'ouvrage, que de la méningite simple, que nous étudierons à l'état aigu et à l'état chronique. La méningite, telle que nous la comprenons dans cet article, a été l'objet de quelques travaux importants: nous citerons entre autres ceux de MM. Andral (2), Guersant (3), Abercrombie (4), ainsi que la monographie publiée en 1821 par Parent-Duchâte-

(1) *Gazette médicale de Paris*, année 1833.

(2) *Clinique médicale*, t. V.

(3) *Dictionnaire de médecine*, art. MÉNINGITE.

(4) *Des maladies de l'encéphale*, traduit de l'anglais par Gendrin. Paris, 1835.



let et Martinet, mais dans laquelle on a confondu sous le nom de méningites, des affections aujourd'hui très-distinctes.

#### De la méningite aiguë.

**Caractères anatomiques.** — L'injection simple de lapie-mère, coïncidant avec un état poisseux de l'arachnoïde, a été considérée par quelques auteurs comme devant se rapporter à la première période de la méningite. Toutefois ces lésions ne nous semblent pas suffisantes pour caractériser une phlegmasie des méninges; mais il suffit que celle-ci persiste pendant quelques heures seulement pour voir survenir d'autres altérations de nutrition et de sécrétion, qui ne laissent aucun doute sur le caractère de la maladie.

L'injection vive qu'on aperçoit à la surface du cerveau siège exclusivement dans la pie-mère, ou dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; elle ne pénètre probablement jamais l'arachnoïde, qui est toujours incolore et transparente. C'est en raison de cette circonstance que quelques médecins ont soutenu, bien à tort, que dans la méningite l'arachnoïde était toujours intacte. Il arrive, en effet, fréquemment que, sans être injecté, le tissu de cette membrane est devenu opaque, friable, cassant; sa surface peut être inégale et dépolie; enfin il n'est pas rare de trouver dans sa cavité même une sérosité lactescente, du pus ou des fausses membranes. Cependant presque toujours les produits de l'inflammation existent à peu près exclusivement dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. On y trouve ou une sérosité opaque, d'aspect purulent, ou bien une couche de pseudo-membranes répandues uniformément ou par plaques irrégulières tantôt sur les circonvolutions seulement, le plus souvent jusqu'au fond des anfractuosités. La pie-mère, qui paraît être, dans ce dernier cas, le siège presque exclusif de la maladie, est alors d'un rouge vif; son tissu est humide, friable; elle se sépare assez facilement du cerveau; mais lorsque la phlegmasie s'est propagée à la surface des circonvolutions, on ne peut l'en détacher qu'en entraînant en même temps avec elle un peu de substance cérébrale devenue rouge, plus molle ou bien plus consistante que de coutume, mais très-friable aussi. Cette altération du cerveau existe communément sur une assez grande étendue; elle caractérise la forme d'encéphalite qu'on a nommée *diffuse*, et qui, en raison de sa coïncidence avec l'inflammation des méninges, est plus souvent désignée sous les noms de *céphalo-méningite* et de *méningo-encéphalite*.

La méningite est rarement générale; elle est plus souvent bornée à la convexité des hémisphères; quelquefois elle n'occupe que la base; elle peut même être circonscrite à un des lobes du cerveau, du cervelet, à la protubérance ou à la moelle allongée; enfin l'inflammation peut gagner l'intérieur des ventricules, surtout des ventricules latéraux: ces cavités sont alors plus ou moins distendues, leurs parois sont ramollies, et elles contiennent un liquide floconneux ou séro-purulent. La méningite de la convexité est plus commune chez les adultes, tandis que chez les enfants l'inflammation paraît envahir plus fréquemment les méninges qui tapissent la base du cerveau.

**Symptômes. Marche.** — La méningite peut avoir un début brusque ou bien être précédée de quelques prodromes, dont les plus fréquents sont un malaise général, de la pesanteur de tête, quelques vertiges, de la torpeur intellectuelle et des épistaxis. Cependant, après une durée qui varie entre quelques heures et plusieurs jours, la maladie débute. On peut, eu égard aux symptômes qui

surviennent, diviser le cours de l'affection en deux périodes, qui sont la période d'*excitation* et celle de *collapsus*.

**Première période.** — Dans les cinq sixièmes des cas au moins, le début de la méningite est marqué par une céphalalgie qui presque toujours est très-vive: elle est accompagnée d'agitation, d'insomnie, de fièvre intense, et souvent aussi de constipation et de vomissements: ceux-ci sont parfois assez opiniâtres. Mais la céphalalgie forme surtout alors le caractère prédominant; elle est ordinairement lancinante, elle arrache des cris au patient; parfois elle est plutôt sourde, obtuse et compressive. Elle augmente presque toujours par les mouvements et par les secousses du corps, et souvent aussi par l'impression d'une lumière trop vive ou de sons trop aigus. Rarement générale, elle n'occupe le plus souvent qu'une partie circonscrite de la surface du crâne, spécialement le front, plus rarement les tempes, le sinciput et l'occiput, ou seulement une moitié du front. D'ailleurs, on peut rarement juger par la place que la douleur occupe du siège et de l'étendue de l'altération des méninges. La céphalalgie est à peu près la seule lésion de sensibilité qui existe dans la méningite intra-crânienne. Ce n'est, en effet, que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'on constate simultanément quelques douleurs dans d'autres parties du corps. Cependant à la céphalalgie se joignent bientôt de l'agitation et du délire; celui-ci est souvent calme: il ne consiste alors que dans un marmottement continu de mots inintelligibles. Beaucoup de ces malades, interrogés et distraits de leurs idées, répondent assez exactement; mais, chez un grand nombre d'autres, il y a dès le début un délire furieux qui force à les fixer dans leur lit à l'aide de la camisole. Quelle que soit d'ailleurs sa forme, le délire est en général continu; cependant il n'est pas très-rare de le voir cesser momentanément et être remplacé par des intervalles plus ou moins lucides. C'est encore à cette époque qu'on constate les troubles dans les divers organes locomoteurs, tels que des soubresauts des tendons, un tremblement des membres ou de véritables mouvements convulsifs, comme ceux qui caractérisent le tétanos ou l'épilepsie. Les convulsions, plus communes chez les enfants que chez les adultes, sont ordinairement partielles; les parties qui en sont le plus souvent le siège sont, dans leur ordre de fréquence, les masséters, les muscles de la partie postérieure du cou, et ceux des extrémités supérieures. Enfin, dans un dixième des cas, on constate du strabisme; celui-ci est tantôt permanent, tantôt il est passager. Cette déviation de l'axe visuel explique souvent les troubles de la vue, notamment la diplopie qu'on observe chez quelques-uns des malades. Les mouvements convulsifs alternent ordinairement avec un peu d'assoupissement ou avec un état comateux, quelquefois avec des paralysies partielles; mais ces accidents, qui d'ailleurs peuvent être observés dès le début, marquent ordinairement le passage de la première période de la maladie à la seconde; ils coïncident le plus souvent avec la diminution ou avec la cessation de la céphalalgie. Après une durée qui est ordinairement de trois à quatre jours, et qui peut varier depuis moins d'un jour jusqu'à un septénaire, la maladie arrive à sa seconde période ou période de collapsus.

**Deuxième période.** — A cette époque l'état d'exaltation cesse; le délire est remplacé par un assoupissement dont on peut d'abord retirer les malades, mais qui devient ensuite permanent. Aux mouvements convulsifs succède une résolution des membres, tantôt égale des deux côtés, tantôt plus marquée dans une moitié du corps; quelquefois la paralysie est partielle: elle est circonscrite à la face, à un membre ou seulement à quelques muscles, à l'élevateur de la paupière supérieure, par exemple; celle-ci est alors en état de prolapsus. Ces