

tions froides ne conviennent qu'au début, pendant la période d'excitation, et qu'elles sont nuisibles lorsque le coma et la résolution surviennent. Quelques médecins, au nombre desquels on peut compter Romberg (de Berlin), proposent de remplacer les lotions froides par des applications chaudes. C'est ainsi qu'on entoure alors la tête de compresses trempées dans de l'eau ou dans une infusion de camomille chaude; on en renouvelle l'application avant leur refroidissement. L'expérience n'a pas encore sanctionné chez nous cette méthode, qui mérite pourtant d'être expérimentée. Lorsque les accidents ataxiques continuent de s'accroître, on leur oppose les antispasmodiques, mais leur utilité est très-contestable. Le moyen qui nous paraît être alors le moins souvent inefficace consiste dans les affusions froides à la température de 15 à 20 degrés, pendant quelques secondes ou une à trois minutes au plus. Enfin lorsque la période d'excitation est remplacée par l'état comateux; lorsque tout indique une forte compression du cerveau, les émissions sanguines peuvent être encore employées, surtout si on les a négligées au début; mais c'est alors qu'il faut recourir aux révulsifs puissants, tels sont les vésicatoires aux extrémités et à la nuque: on peut même, dans les cas où le péril est imminent, mettre un séton au cou ou bien raser le crâne, l'oindre avec la pommade émétisée ou le recouvrir d'un emplâtre épispastique. Delarrouque a publié, dans le *Bulletin thérapeutique* de 1844, un petit travail pour prouver les bienfaits de cette méthode; le vésicatoire à la tête n'était employé par lui que lorsqu'il avait retiré 130 à 200 grammes de sang par la section de l'artère temporale. Arrivé à la période dont nous parlons, on tâchera de modifier la nutrition en donnant les mercuriaux, tels que le calomel, qu'on administre à l'intérieur à doses fractionnées; on fera aussi concurremment, avec l'onguent napolitain, des frictions aux tempes, sur le front ou derrière les oreilles. Les mercuriaux sont même indiqués dès le début de la maladie. Il est inutile de dire que les boissons douces et qu'une diète absolue devront seconder l'action des moyens qui précèdent. Il faudra, pendant la convalescence, user des plus grands ménagements, et surveiller avec la plus vive sollicitude l'hygiène des malades.

De la méningite chronique.

La méningite chronique simple, soit primitive, soit consécutive à la méningite aiguë, est excessivement rare, hors le cas de démence, et il est impossible aujourd'hui d'en tracer l'histoire anatomique et surtout symptomatique. Il faut bien se garder de prendre, comme on le fait trop souvent, pour des indices d'une phlegmasie chronique, certaines opacités qui existent fréquemment sur l'arachnoïde viscérale au voisinage de la grande scissure interlobulaire. Ces plaques blanches ne sont pas produites, comme certaines taches du péricarde, par un dépôt de matière albumineuse; mais elles sont le résultat d'une simple perversion de nutrition indépendante de tout travail inflammatoire. On en trouve d'absolument semblables sur les autres séreuses viscérales. M. Lélut en a rencontré chez des individus de tout âge, bien qu'ils n'eussent jamais eu de symptômes cérébraux; il a constaté notamment cet épaississement de l'arachnoïde chez vingt à vingt-cinq suppliciés.

La méningite chronique se rencontre presque toujours, comme complication, dans les lésions organiques du cerveau; plus fréquemment encore on l'observe chez les sujets en démence, et elle forme un des caractères anatomiques les

plus fréquents qu'on trouve dans la paralysie générale progressive; j'en parlerai bientôt lorsque je traiterai de cette dernière affection.

DE LA MÉNINGITE RACHIDIENNE ET CÉRÉBRO-SPINALE

L'arachnoïde et la pie-mère rachidienne peuvent s'enflammer isolément; mais le plus souvent, c'est-à-dire dix-huit fois sur vingt, d'après M. Calmeil, ces membranes sont affectées simultanément avec celles du cerveau: voilà pourquoi la maladie mérite, dans la plupart des cas, le nom de *cérébro-spinale*.

Je confondrai dans une description commune la méningite spinale simple, sporadique, et la méningite épidémique; car il n'y a entre elles qu'une différence de degré et de violence.

Historique. — La méningite cérébro-spinale, signalée vaguement par les anciens, qui paraissent l'avoir vue régner plusieurs fois épidémiquement, connue de Prosper Alpin, n'a pourtant été convenablement décrite que par les modernes. Ayant acquis, dans ces derniers temps, une fréquence inusitée, spécialement parmi les soldats, elle a été étudiée avec beaucoup de soin par MM. Lamothe et Lespès (1), Faure-Villard (2), Chauffard (3), Forget (4), Rollet (5), Michel Lévy (6), etc.; mais le travail le plus complet, le plus remarquable que nous ayons, est, sans contredit, la relation qu'a publiée le professeur G. Tourdes sur une épidémie qui a régné à Strasbourg de 1840 à 1844. Le travail de ce savant médecin, rédigé dans un excellent esprit, est d'un grand intérêt, et peut être cité comme un modèle de description.

Anatomie pathologique. — Les caractères anatomiques de la méningite rachidienne ne diffèrent guère de ceux de la méningite cérébrale: on retrouve en effet la même injection de la pie-mère et les mêmes produits de sécrétion albumino-fibreuse ou purulente. Ceux-ci ne sont presque jamais épanchés dans la cavité de l'arachnoïde, mais ils infiltrent le tissu cellulaire subjacent, où ils forment une couche plus ou moins considérable; ils offrent toujours plus d'épaisseur à la face postérieure de la moelle qu'antérieurement, où le plus souvent même ils manquent complètement. La moelle épinière a ordinairement sa consistance normale; parfois elle paraît même plus ferme; enfin, dans quelques cas, elle est assez ramollie à sa surface pour qu'en la séparant des méninges celles-ci en entraînent de petits fragments.

La méningite spinale est plus fréquente à la région cervicale qu'aux régions dorsale et lombaire; elle peut être circonscrite à un espace très-limité: c'est ce qui a lieu particulièrement lorsque la phlegmasie est consécutive à une altération des vertèbres; ce n'est guère que dans ces cas qu'elle existe à l'état chronique. On trouve alors une adhérence des deux feuillets de l'arachnoïde, ou bien son feuillet viscéral, opaque, semble épaissi; cependant un examen attentif démontre que cet épaississement dépend du tissu cellulaire subjacent, et que le feuillet arachnoïdien y est complètement étranger. Enfin, on trouve aussi des adhérences morbides entre l'arachnoïde et la pie-mère, ou bien entre celle-ci et la surface de la moelle. Quelques personnes ont encore voulu re-

(1) *Gazette médicale*, 1838.

(2) *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. XLVIII.

(3) *Revue médicale* de 1842.

(4) *Gazette médicale* de 1842.

(5) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. X.

(6) *Gazette médicale de Paris*, 1846.

garder comme résultant d'une phlegmasie chronique la présence des lamelles cartilagineuses qui hérissent quelquefois la face interne du canal rachidien ; mais aucun fait ne justifie une pareille supposition.

Les lésions caractérisant la méningite cérébro-spinale sont tantôt plus, tantôt moins marquées. Il est même des cas où la mort est si prompte, qu'on ne trouve presque rien dans les centres nerveux ; c'est à peine s'il existe un peu d'injection des méninges et un état poisseux, ou bien un peu de sécheresse de l'arachnoïde.

Il n'est pas rare de trouver sur les cadavres des individus morts de méningite cérébro-spinale des traces de phlegmasies dans plusieurs autres organes, spécialement dans les autres séreuses splanchniques, et jusque dans les articulations et dans la tunique vaginale ; on parle aussi de diverses lésions intestinales, telles que développement des follicules de Brunner, épaissement ou ramollissement de la muqueuse ; la rate serait aussi, dans beaucoup de cas, augmentée de volume et ramollie.

Je n'ai parlé, jusqu'à présent, que de l'inflammation de l'arachnoïde et de la pie-mère ; la dure-mère pourtant peut dans quelques cas rares participer à l'inflammation, mais cela n'a guère lieu que lorsque la phlegmasie est consécutive à une altération des os. Cependant on lit dans la *Gazette médicale* de 1833 un travail du docteur Albers (de Bonn), qui semble établir la possibilité de l'inflammation primitive de la dure-mère. Cette membrane, devenue très-opaque, épaissie, avait acquis en outre une coloration d'un rouge de cinabre et qui résista à la macération pendant deux jours.

Symptômes. Marche. — La méningite spinale peut avoir une invasion brusque, foudroyante : c'est ce que M. Tourdes a constaté plusieurs fois pendant l'épidémie de Strasbourg, où l'on vit des hommes pleins de force et de santé passer sans transition à un état des plus graves, et succomber en quelques heures, avant même que les lésions caractéristiques eussent eu le temps de se développer. Le plus souvent pourtant on note des prodromes, tels que frissons, céphalalgie, douleurs des membres, dysurie, rétention d'urine, nausées, vomissements. Mais en raison de la coïncidence presque constante d'une méningite intra-crânienne, les symptômes de la méningite spinale sont souvent masqués au début par des troubles cérébraux : ceux-ci pourtant sont parfois consécutifs. Quoi qu'il en soit, dans la méningite spinale, les malades éprouvent une douleur plus ou moins vive, parfois sourde, obtuse, quelquefois violente, déchirante, dans le dos (*rachialgie*). Presque toujours circonscrite aux régions lombaire, dorsale, et surtout cervicale, elle s'irradie parfois vers les membres, augmentant par les mouvements musculaires et souvent par la pression. En même temps les muscles de la partie postérieure du tronc sont pris de contraction convulsive ; celle-ci varie depuis la simple rigidité jusqu'à une contracture telle, que la tête et le tronc sont fortement renversés en arrière, comme dans l'opisthotonos. Cette contraction tétanique peut être permanente ; le plus souvent pourtant elle présente des rémissions plus ou moins complètes, et elle se renouvelle soit spontanément, soit à l'occasion des mouvements qu'on imprime aux malades. Une contracture analogue peut affecter divers autres muscles du corps : ainsi il y a quelquefois du trismus, de la roideur dans les muscles des avant-bras et des mollets ; mais rarement il existe des secousses convulsives et épileptiformes, excepté pourtant dans les muscles de la face. Les membres supérieurs et inférieurs peuvent souvent exécuter avec précision leurs mouvements habituels ; cependant ils sont ordinairement plus faibles ; souvent aussi ces parties sont le siège de crampes, tandis que la peau présente une exal-

tation de sensibilité telle, que la moindre pression exercée sur elle ou le plus léger mouvement imprimé arrache des cris aux malades. Cette exaltation se remarque surtout aux membres. En même temps la respiration s'accélère et devient difficile ; le pouls est fréquent, fébrile ; au début pourtant il est aussi souvent ralenti qu'accélééré. La peau est chaude et baignée de sueurs ; il y a de la constipation, l'urine s'échappe involontairement, ou bien elle est retenue dans la vessie par suite de la paralysie de cet organe. On constate presque toujours divers accidents qui dépendent de la coïncidence d'une méningite cérébrale : ce sont surtout la céphalalgie, le délire ou le coma, et le strabisme. Enfin la plupart des auteurs signalent la fréquence des éruptions cutanées dans le cours de cette affection. Ainsi M. Tourdes a vu un *herpes labialis* chez les deux tiers de ses malades ; on a signalé l'existence de quelques taches rosées lenticulaires, plus souvent il survient des pétéchies, des ethymas, de l'impétigo et de la miliaire. Quelquefois des eschares se déclarent sur le sacrum et aux trochanters.

En résumé, la méningite spinale est essentiellement caractérisée par la douleur rachidienne, par la roideur tétanique et par l'exaltation de la sensibilité générale. Ces divers accidents offrent souvent des rémissions et même des intermittences complètes, mais il est rare que l'appareil fébrile suive les mêmes variations ; du reste ils ne cessent jamais complètement, comme les troubles cérébraux peuvent le faire. Cependant, au bout de quelque temps, les accidents ne présentent plus de rémission ; ils s'aggravent sans cesse, et la mort survient au milieu des symptômes convulsifs épileptiformes, ou bien par suite de la gêne croissante de la respiration, et dans un état d'asphyxie lente. En général, la roideur et les contractures persistent jusqu'aux derniers moments : dans quelques cas, assez rares pourtant, on observe dans les derniers jours un état de résolution ou de paralysie. M. Tourdes n'a noté celle-ci que 3 fois sur 99 sujets ; elle est presque toujours limitée, n'occupant, par exemple, qu'une jambe ou un bras.

Terminaisons. Durée. — La mort est la terminaison la plus ordinaire de la méningite spinale ; quelques jours ou même quelques heures suffisent parfois pour emporter les malades ; mais la plupart atteignent un, deux ou trois septénaires et au delà ; on en a vu beaucoup qui ne succombaient même qu'au quarantième ou cinquantième jour, après avoir eu des eschares au sacrum et être tombés dans le marasme (Tourdes, Chauffard). L'épanchement intra-rachidien est-il susceptible de s'ouvrir une issue au dehors ? Quelques faits semblent prouver cette possibilité. M. Champion (de Bar-le-Duc) a vu, par exemple, un épanchement purulent formé dans les membranes se faire jour entre la troisième et la quatrième vertèbre lombaire dans les muscles spinaux, et y former un foyer. On conçoit qu'en pareil cas la paralysie pourrait devenir moindre en raison d'une diminution dans la compression de la moelle ; cependant jusqu'à présent aucun malade n'a guéri de cette manière. Ceux, en fort petit nombre, chez lesquels la maladie a eu une heureuse issue sont revenus lentement à la santé, et ont présenté souvent une maigreur et un affaiblissement extrêmes. Il ne paraît pas que jusqu'à ce jour on ait constaté ni rechute ni récurrence. On ne sait rien sur la forme chronique de la méningite rachidienne.

Diagnostic. — Le diagnostic est en général facile ; nous dirons plus tard comment on pourra distinguer la méningite spinale d'avec la myélite et d'avec le tétanos, qui, de toutes les affections, sont les seules avec lesquelles on pourrait la confondre. (Voyez, en outre, ce que nous avons dit plus haut du diagnostic de la méningite crânienne.)

Il n'y a nulle difficulté non plus à diagnostiquer la méningite cérébro-spinale d'avec la fièvre typhoïde. Peut-être serait-il moins aisé de différencier l'inflammation des méninges rachidiennes d'avec un accès de fièvre pernicieuse à forme tétanique; mais le doute ne pourrait exister qu'au premier accès, car la répétition des mêmes accidents à des époques fixes éclairerait aisément sur la nature de l'affection.

A l'exemple de M. Albers, je ne rechercherai pas s'il y a des caractères distinctifs entre l'inflammation de la dure-mère rachidienne et celle des autres enveloppes de la moelle; car l'étude attentive des deux faits réunis par le professeur de Bonn prouve, au contraire, contre son opinion, que l'inflammation de toutes ces membranes si intimement unies entre elles se révèle par des symptômes semblables, et rien, comme le dit Ollivier, ne justifie le diagnostic différentiel que M. Albers a cherché à établir.

Pronostic. — Que la méningite soit sporadique ou bien épidémique, son pronostic est également des plus graves. Dans l'épidémie de Strasbourg, la mortalité a été, dit-on, de 60 pour 100, et même de 70 ou 80, en ne comprenant que les cas graves. Un délire intense, les convulsions violentes des muscles rachidiens, les accidents typhoïdes, les pétéchiés, la gangrène, sont des accidents de fâcheux augure.

Étiologie. — La méningite spinale est une des maladies aiguës qu'on observe le plus rarement dans nos hôpitaux. Je ne crois pas en avoir observé plus d'un seul cas en douze ou quinze ans. Il n'en est pas de même dans certaines localités et surtout dans certaines villes de garnison où, comme à Rochefort, la population civile fut frappée comme le furent les militaires et les forçats. Dans la grande majorité des cas, la maladie s'est circonscrite dans les casernes, frappant presque partout les nouvelles recrues, le plus souvent spontanément, sans causes provocatrices, quelquefois après une impression de froid ou après quelque excès. On n'a pu trouver ni dans l'air, ni dans le climat, ni dans l'alimentation, ni dans le casernement, la source du développement de ces épidémies, qui, depuis 1837 surtout, ont sévi en France sur divers points du territoire. M. Boudin a, dans un excellent travail publié en 1849 dans les *Archives*, soutenu l'opinion que la méningite cérébro-spinale était contagieuse; mais les faits invoqués par ce savant médecin, quoique dignes d'attention, ne m'ont pas encore tout à fait convaincu; je crois qu'avant d'admettre une pareille doctrine, il importe de recueillir des documents plus nombreux et plus précis.

Traitement. — Le traitement consiste dans l'emploi des saignées générales, auxquelles on associera les saignées locales faites à l'aide de sangsues, et surtout de ventouses, qu'on applique en grand nombre tout le long du rachis. Cependant aujourd'hui la plupart des médecins s'accordent pour reconnaître que les émissions sanguines ont une utilité restreinte. Dans la première période on a en outre prescrit avec avantage des bains prolongés avec ou sans affusion. Lorsque l'état du pouls ne permet plus de recourir aux émissions sanguines, on promène le long du rachis des vésicatoires volants, et l'on tâche aussi de favoriser l'absorption des liquides épanchés, à l'aide des mercuriaux administrés comme on le fait dans la méningite cérébrale. La médication révulsive est celle qui inspire le plus de confiance à M. Rollet; il l'emploie avec la plus grande énergie. Après avoir largement saigné et appliqué nombre de sangsues et de ventouses de la nuque au sacrum, il fait à la période du collapsus, avec le cautère actuel rougi à blanc, six à huit eschares de 15 millimètres de diamètre dans les gouttières vertébrales, en même temps qu'il couvre les membres de sinapismes et de larges vésicatoires ammoniacaux. Le péril imminent des

malades, l'inutilité des autres moyens, pourraient seuls justifier une médication si violente.

Les sédatifs ont aussi trouvé plusieurs partisans; la plupart préfèrent l'opium. Ce médicament employé par M. Chauffard à Avignon, par M. Boudin et par les professeurs Tourdes et Forget à Strasbourg, paraît avoir été souvent utile. On a conseillé de le donner dès le début, associé ou non aux émissions sanguines, et d'en porter la dose à 30, 40 et 60 centigrammes et plus par jour. Les malades ont une remarquable tolérance pour ce remède, et cette tolérance est d'autant plus grande que les symptômes sont plus graves; il faut proportionner les doses à l'intensité des accidents. Lorsque le délire est violent, les douleurs et le tétanos intenses, M. Boudin débute par 50 centigrammes et même 1 gramme d'extrait thébaïque, administrant ensuite toutes les demi-heures 5 centigrammes, jusqu'à ce qu'il survienne de la somnolence ou une rémission dans les symptômes. A mesure que la maladie rétrograde, la tolérance pour l'opium cesse, et l'on peut voir alors ce fait remarquable d'individus chez lesquels 5 centigrammes d'opium provoquent le sommeil, tandis que des doses vingt fois plus grandes étaient impuissantes à le faire pendant la violence des symptômes. Les résultats obtenus jusqu'à présent autorisent à essayer ce remède: c'est en effet la méthode qui compte en sa faveur le plus de succès.

M. Boudin emploie l'opium sans émissions sanguines préalables. Cette pratique doit-elle être imitée dans tous les cas? Les faits sont encore insuffisants pour le dire. Bien que les saignées seules n'aient pas donné des résultats bien favorables dans le traitement de la méningite cérébro-spinale, je les crois néanmoins indiquées au début lorsque la réaction est forte et lorsque les sujets sont vigoureux: c'est ainsi d'ailleurs qu'ont agi la plupart de ceux qui ont vanté l'opium. Les succès obtenus par ce médicament ont sans doute engagé à recourir à d'autres sédatifs. C'est ainsi qu'on a conseillé les inspirations d'éther ou de chloroforme; on les fait dès le début nombreuses et rapprochées, jusqu'à ce qu'on obtienne du sommeil et du calme; mais les faits rapportés jusqu'à ce jour sont encore en assez petit nombre, et sont d'ailleurs peu concluants. L'opium devra donc être préféré aux agents anesthésiques.

Disons enfin que quelques médecins, considérant l'affection comme une sorte de fièvre pernicieuse, ont eu recours contre elle au sulfate de quinine; mais ce médicament ne peut rien contre la maladie.

Nature. — D'après l'opinion générale, la méningite cérébro-spinale serait une phlegmasie légitime devant occuper dans le cadre nosologique la place que nous lui avons assignée. Cependant deux de nos médecins militaires les plus distingués ont émis récemment une opinion différente. Pour M. Boudin, la maladie dont nous parlons ne serait rien autre qu'une variété du typhus. Il se fonde sur ce que cette forme de la maladie aurait été observée pendant les typhus qui ont régné de 1805 à 1815, sur la possibilité de sa transmission, sur l'insuccès des antiphlogistiques, ainsi que sur l'absence, dans quelques cas, de tout désordre anatomique. On peut objecter à ces diverses raisons que la transmissibilité de la maladie n'est pas encore établie sur des preuves suffisantes; que les altérations révélées par l'autopsie siègent exclusivement vers les centres nerveux, à moins de complications, et qu'elles sont constantes, excepté dans les cas rares où la mort est survenue dans la période congestive. Si les antiphlogistiques sont presque toujours impuissants, ils le sont de même dans la plupart des phlegmasies de l'axe cérébro-spinal, que celles-ci soient spontanées ou bien traumatiques. Si du pus a été trouvé dans les méninges cérébro-rachidiennes pendant quelques épidémies de typhus, cela ne prouve

pas que les deux affections soient de nature identique, mais seulement que l'une peut compliquer l'autre; quelquefois aussi on a dû rapporter à la maladie prédominante des cas de méningite simple : ce sont là des erreurs qui ont été commises dans toutes les épidémies. Les analyses du sang ayant démontré une augmentation de la fibrine, sont une preuve nouvelle que la méningite cérébro-spinale doit être classée plutôt dans les phlegmasies que dans les pyrexies.

Pour M. Michel Lévy, la maladie ne serait pas une phlegmasie simple, mais elle serait l'effet d'une altération indéterminée du sang qui se révélerait par une tendance à la suppuration de la part des membranes séreuses du corps. Cependant nous dirons que dans la majorité des cas la maladie est concentrée dans les méninges, et qu'on ne saurait bâtir toute une théorie sur quelques faits exceptionnels et sur une simple supposition.

Pour nous donc, la méningite cérébro-spinale est une phlegmasie qui emprunte sa gravité à son siège, à son état souvent épidémique, ainsi qu'aux conditions plus ou moins fâcheuses au milieu desquelles elle se développe.

DE L'ENCÉPHALITE

Quoique le mot *encéphale* serve à désigner toute la masse nerveuse qui est logée dans le crâne, l'usage néanmoins a conservé l'expression d'*encéphalite* pour caractériser seulement l'inflammation qui envahit le cerveau, le cervelet et la protubérance. La phlegmasie de la moelle allongée ne pouvant être séparée de celle qui occupe les parties inférieures de ce cordon nerveux, nous en traiterons à l'article *Myélite*.

Divisions. — L'histoire de l'encéphalite est difficile à tracer, puisque, sous ce nom, on a confondu les maladies les plus diverses, depuis l'injection et l'apoplexie capillaire jusqu'aux transformations et dégénérescences organiques. Cependant, depuis quelques années, on a fait de louables efforts pour mettre fin à une confusion très-déplorable; aussi la science doit-elle beaucoup sous ce rapport à Abercrombie (1), Lallemand (2), à MM. Andral (3), Calmeil (4), Cruveilhier (5), Rostan (6), Durand-Fardel (7).

L'encéphalite est distinguée, d'après sa marche, en *aiguë* et en *chronique*; d'après son siège, en *diffuse* et en *partielle* ou *locale*, suivant qu'elle s'étend superficiellement sur une grande surface ou qu'elle occupe un point circonscrit. Il a déjà été question de la première espèce à l'occasion de la méningite, avec laquelle elle coexiste presque toujours, et dont on ne peut la distinguer pendant la vie. Enfin, suivant que l'inflammation occupe le cerveau, le cervelet ou le mésocéphale, la maladie est désignée sous les noms de *cérébrite*, de *cérébellite* et de *mésocéphalite*.

Anatomie pathologique. — Dans un premier degré de l'inflammation, la pulpe cérébrale présente dans une étendue plus ou moins considérable un piqueté rouge très-fin : il semble alors que le sang pénètre un plus grand nombre de vaisseaux capillaires. Quelquefois, au lieu de ce piqueté fin, ou bien à une période un peu plus avancée de la maladie, on constate une coloration

(1) *Maladies de l'encéphale*, traduit de l'anglais. Paris, 1835.

(2) *Lettres sur l'encéphale*, 1820, voyez surtout les six premières.

(3) *Clinique médicale*, t. V.

(4) Dans le *Dictionnaire de médecine*, t. XI, et *Maladies inflammatoires du cerveau*.

(5) *Anatomie pathologique*, liv. XXXIII.

(6) *Recherches sur le ramollissement du cerveau*. Paris, 1823, 2^e édition.

(7) *Thèse inaugurale*, année 1846, n^o 261, et *Traité du ramollissement*. Paris, 1848, in-8^o.

plus ou moins uniforme, s'étendant même parfois jusque dans les parties saines circonvoisines. La teinte, généralement plus foncée dans la substance grise que dans la médullaire, varie depuis le rose tendre jusqu'au rouge livide du cramoisi. Il est rare alors que la portion du cerveau malade n'ait pas subi quelque changement dans sa nutrition. La partie semble généralement être gonflée et augmentée de volume; c'est ce qui est prouvé d'ailleurs par l'aplatissement des circonvolutions correspondantes. En même temps la pulpe nerveuse paraît plus consistante et plus friable, ou bien elle est manifestement ramollie. Souvent à cette même période le sang, s'étant échappé des vaisseaux, a produit de petites ecchymoses, ou bien, infiltré seulement dans la pulpe nerveuse, il se combine intimement avec elle; parfois enfin il forme de très-petits caillots apoplectiques disséminés çà et là. Dans ce dernier cas, M. Cruveilhier dit qu'il existe une *apoplexie capillaire*. Cette expression dépeint très-bien l'état anatomique dont nous parlons; cependant elle a l'inconvénient d'assimiler une certaine période de l'encéphalite avec l'hémorragie cérébrale, qui, comme nous le verrons plus tard, est une maladie essentiellement distincte de celle que nous décrivons actuellement. Mais est-ce à dire pourtant qu'on ne doit pas admettre une apoplexie capillaire indépendante de tout travail inflammatoire, et qui serait pour les capillaires ce qu'est l'apoplexie proprement dite pour les vaisseaux plus volumineux? Cette question me paraît insoluble dans l'état actuel de la science.

En résumé, la première période de l'encéphalite est caractérisée par l'injection, par la coloration rouge, l'induration, la friabilité, ou bien par un ramollissement plus ou moins considérable de la pulpe nerveuse. Cette dernière lésion est la plus fréquente.

Le degré du ramollissement varie depuis une simple diminution de consistance jusqu'à cet état où la pulpe cérébrale est convertie en bouillie peu épaisse, homogène, qu'on entraîne facilement sous un filet d'eau. Sa coloration est non moins variable; l'intensité de la couleur rouge ou noire est en rapport avec la quantité de sang qui infiltre le tissu, et avec son degré de combinaison plus ou moins intime avec lui. La plupart des médecins regardent la coloration rouge comme nécessaire pour caractériser le ramollissement inflammatoire du cerveau. Ils contestent, en effet, la même origine à tous ceux qui ont lieu sans modification dans la coloration normale, et à plus forte raison à tous ceux qui s'accompagnent d'une décoloration du tissu altéré, à moins pourtant qu'il ne soit prouvé que la blancheur du ramollissement est produite par la présence du pus. Cette question, qui a été agitée et résolue différemment par les hommes les plus éminents de ce siècle, est un des points les plus obscurs de l'anatomie pathologique, et qui ne nous paraît pas encore susceptible d'une solution satisfaisante. Il est incontestable que presque tous les ramollissements inflammatoires du cerveau offrent une coloration rouge ou violacée, parfois jaunâtre; cependant ne peut-il pas se faire qu'un ramollissement atonique soit ensuite coloré par un afflux qui a lieu consécutivement? D'autre part, on rencontre assez fréquemment dans la pratique, des individus qui succombent rapidement avec des accidents cérébraux et avec les symptômes d'une vive réaction inflammatoire, et à l'autopsie desquels on ne trouve d'autre altération pour expliquer les uns et les autres qu'un ramollissement blanc, pulpeux du cerveau sans qu'on puisse rapporter cette coloration à la présence du pus. Ici l'état anatomique est en désaccord avec l'expression symptomatique. Mais de ce qu'il y a eu de la fièvre et l'appareil des maladies phlogistiques, on ne saurait en conclure rigoureusement que le ramollissement est de nature inflammatoire,