

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<sup>e</sup> édition.

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

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,

puisqu'il est prouvé aujourd'hui qu'il existe des lésions et des troubles fonctionnels indépendants de tout travail inflammatoire, qui excitent néanmoins la fièvre au même degré que ceux qui ne reconnaissent pas d'autre origine. Nous reviendrons encore sur ce même sujet lorsque nous traiterons du ramollissement simple du cerveau.

La troisième période de l'encéphalite est marquée par la formation du pus qui tantôt est infiltré dans la pulpe cérébrale, et tantôt réuni en collections plus ou moins grandes. Lorsque du pus se forme dans le tissu cérébral ramolli, on voit la coloration rouge s'affaiblir et être remplacée peu à peu par une teinte d'un blanc opaque, sale, jaune ou verdâtre, suivant la couleur du pus. Comme l'observe Lallemand, la décoloration est surtout remarquable dans la substance grise, qui, dans la période précédente, présentait communément une teinte plus foncée que celle de la substance médullaire; cette teinte finit par se confondre, ainsi que celle de la substance blanche, en une couleur tantôt uniforme, tantôt présentant des nuances variant du blanc sale jusqu'au vert. Cependant doit-on attribuer à une infiltration purulente tous les ramollissements blancs, crémeux, et même ceux dans lesquels la substance blanche est plus pâle qu'à l'état normal? Lallemand a soutenu cette opinion avec un admirable talent; mais il a été forcé de convenir que souvent l'inspection des parties ne révélait point manifestement la présence du pus, et que l'existence de ce produit ne pouvait alors être admise que par analogie. Nous croyons néanmoins que rien ne saurait remplacer la démonstration, et du moment que la suppuration ne se révèle pas à nous d'une manière manifeste, il faut, sinon contester absolument la nature inflammatoire du ramollissement, du moins n'émettre à ce sujet qu'une opinion très-dubitative, lors même que les accidents observés pendant la vie sembleraient confirmer cette supposition. D'ailleurs il n'est pas naturel de croire que du pus infiltre un ramollissement parfaitement blanc, à moins de supposer qu'une matière plus ou moins colorée comme l'est ce liquide, puisse se mêler à un corps blanc sans en modifier la teinte.

Cependant, si du pus existe, il finit tôt ou tard, lorsque la vie se prolonge suffisamment, par se réunir en un ou plusieurs foyers, qui peuvent avoir le volume d'un poix, d'une noix, d'un œuf et plus; car il en est qui occupent tout un lobe, et même la plus grande partie d'un hémisphère. Le pus baigne tantôt directement la substance du cerveau, tantôt il est enkysté. Si l'abcès est très-superficiellement placé, les circonvolutions sont aplaties, et souvent le cerveau présente dans ce point une coloration verdâtre, jaune ou d'un blanc opaque. En pressant à ce niveau, on sent manifestement de la fluctuation. Si l'on incise sur ce point, on voit s'écouler un pus presque toujours inodore et d'un blanc crémeux, quelquefois jaune, verdâtre et floconneux. Si le foyer est récent, ses parois sont anfractueuses et inégales, ramollies, infiltrées de pus; si, au contraire, l'altération remonte déjà à une époque éloignée, la cavité est tapissée par une fausse membrane tomenteuse ayant quelque analogie avec le tissu muqueux: on peut quelquefois la diviser en plusieurs feuillets superposés. Ce kyste se forme plus ou moins rapidement. Abercrombie l'a vu déjà bien formé dès le douzième jour; mais, dans la plupart des cas, il n'est organisé qu'au bout d'un mois. Il existe, d'ailleurs, à ce sujet, une foule de variétés dont il est presque toujours impossible de déterminer la cause. La substance cérébrale qui entoure l'abcès est tantôt un peu injectée, tantôt elle a une teinte jaunâtre ou verdâtre; sa consistance est parfois diminuée, mais le plus souvent elle est devenue plus considérable. Ces abcès coïncident fréquemment avec diverses lésions, dont les unes sont primitives et les autres consécutives: ce sont surtout

des altérations dans les os du crâne, particulièrement une carie du rocher. Celle-ci coexiste fréquemment avec un abcès du lobe moyen, lequel communique, dans quelques cas très-rares, avec l'oreille interne (Morgagni, Itard, Lallemand, etc.), et peut devenir ainsi une des sources du pus dans l'otorrhée.

Enfin, on a cité la gangrène comme pouvant être produite par l'encéphalite: cependant cet accident est fort rare. Quoique les caractères du sphacèle du cerveau ne soient pas encore suffisamment connus, on devra néanmoins croire à l'existence d'une gangrène, lorsque la substance nerveuse, devenue d'un brun noirâtre, se séparera par fragments ou sous forme de débris, lors même qu'elle n'exhalerait encore aucune odeur putride.

Les lésions qui caractérisent l'encéphalite aiguë sont plus fréquentes dans le cerveau que dans le cervelet; c'est à peine si, jusqu'à présent, on en a observé quelques exemples dans la protubérance. Depuis Lallemand et M. Cruveilhier, on a prétendu que le ramollissement inflammatoire était surtout commun dans les points les plus vasculaires, c'est-à-dire dans la couche corticale ou dans les parties qui renferment le plus de substance grise. Cependant quelques relevés contradictoires, mais ne s'appuyant encore que sur un nombre de faits bien insuffisant, doivent faire élever quelques doutes sur l'exactitude de cette proposition. Quant aux collections purulentes, on les rencontre surtout au centre des hémisphères ou dans les lobes moyens, et tout porte à croire, d'après leur siège, qu'elles se sont d'abord formées dans la substance médullaire.

*Lésions qu'on a regardées comme caractérisant l'inflammation chronique du cerveau. Quelles sont les altérations qui peuvent succéder à l'encéphalite? —* Parmi les lésions que nous venons d'étudier, il en est deux qu'on rencontre aussi à l'état chronique: ce sont le ramollissement blanc par infiltration purulente et les abcès; ces derniers sont alors toujours enkystés. Mais il est d'autres lésions qu'on a aussi regardées comme spéciales à l'état chronique: ce sont les ulcérations et différentes espèces d'indurations. L'ulcération de la substance cérébrale, qui peut se former d'une manière aiguë, est une altération fort rare, sur laquelle nous ne possédons encore que des renseignements fort incomplets. Elle est caractérisée par une destruction plus ou moins étendue de la substance cérébrale et de la portion correspondante de la pie-mère et de l'arachnoïde. L'ulcération est tantôt recouverte d'une exsudation albumineuse sanguine, ou baignée par une matière pulpeuse grisâtre; enfin, d'autres fois la surface est détergée, tapissée par une membrane celluleuse, et, à une époque un peu plus avancée, par une membrane épaisse, dure, cartilagineuse ou même cornée, ce qui constitue une véritable cicatrice. L'ulcération se fait toujours lentement et envahit successivement des parties qui tantôt sont saines, mais qui, le plus souvent, sont le siège ou d'une induration, ou d'un ramollissement avec injection ou infiltration purulente.

L'induration simple du cerveau, c'est-à-dire celle dans laquelle le tissu de l'organe offre partiellement, ou dans toute son étendue, la consistance qu'il acquiert lorsqu'on le fait macérer dans de l'acide nitrique affaibli, a été regardée comme un caractère anatomique certain de l'encéphalite chronique; cependant il est impossible d'émettre sur la nature de cette altération aucune opinion plausible. Si même on réfléchit que cette induration a presque toujours lieu sans injection des tissus, qu'elle occupe le plus souvent toute la masse encéphalique et qu'on ne retrouve point ordinairement ces colorations ardoisées, bleuâtres, qui, pour la plupart des tissus, sont des vestiges de congestions ou de phlegmasies anciennes, on devra supposer que l'inflammation est étrangère

à sa production, et qu'elle se manifeste sous l'influence d'une de ces perversions de nutrition dont nous observons de si fréquents exemples dans l'économie. Ce que nous disons ici de l'induration simple, générale, s'applique également à la plupart de ces indurations locales qui s'accompagnent en outre d'une transformation fibreuse, fibro-cartilagineuse ou osseuse des tissus. Nul doute que ces différents produits ne surviennent le plus souvent sans le concours d'aucun travail inflammatoire, mais quelquefois aussi une encéphalite circonscrite en est le point de départ. Lorsqu'en effet la destruction du cerveau s'arrête dans sa marche, une partie des liquides infiltrés et des tissus altérés est résorbée; l'autre portion se concrète, durcit, et forme une cicatrice dont l'aspect et la composition varient suivant les produits morbides aux dépens desquels elle est constituée, et suivant l'époque à laquelle on l'examine : c'est ainsi que, d'abord blanchâtre et albumineuse, elle durcit et peut devenir plus tard fibro-cartilagineuse et même osseuse. Ces sortes de cicatrices sont situées dans la profondeur de l'organe ou à sa superficie; elles peuvent produire tous les accidents primitifs et consécutifs qui accompagnent la plupart des produits accidentels qui se forment dans le cerveau : mais il n'est nullement démontré, comme le prétend Abercrombie, qu'une portion du cerveau, venant à être frappée d'induration à la suite d'un travail inflammatoire, puisse plus tard s'isoler à l'aide d'un kyste, pour former une de ces tumeurs si communes dans l'encéphale, et qui sont réellement constituées par quelques produits accidentels.

**Symptômes. Marche.** — L'encéphalite partielle, la seule dont nous devons traiter, peut débiter brusquement par des secousses convulsives ou par une roideur tétanique, bornée à un membre, ou à une moitié du corps, et occupant simultanément la face et les membres : cependant, dans la plupart des cas, la maladie est précédée par quelques symptômes de congestion cérébrale. Ainsi le plus grand nombre des malades accusent pendant un ou plusieurs jours une céphalalgie partielle ou générale, ou bien une simple pesanteur de tête, des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements d'oreille; ils sont agités ou abattus; il y a de la somnolence chez les uns, et une insomnie opiniâtre chez d'autres. Quelques-uns éprouvent des crampes, des roideurs ou des fourmillements bornés à un membre, à une moitié du corps, ou occupant tous les membres; il y a aussi parfois embarras momentané de la parole. Cependant bientôt les facultés intellectuelles s'affectent; il y a un délire aigu, loquace, ou une obtusion des idées, ou bien un état semi-comateux et un affaiblissement de la mémoire; souvent il y a du strabisme; la figure est animée, et les yeux sont injectés. Vers la même époque, les membres d'une moitié du corps, et c'est là un des premiers symptômes, deviennent le siège de roideur et de contracture; les mâchoires sont serrées; la sensibilité est obtuse parfois, par contre, elle est exaltée; enfin ces parties peuvent être agitées de temps en temps par des secousses convulsives, auxquelles succède bientôt une paralysie plus ou moins complète du sentiment et du mouvement. Au milieu de ces désordres, le pouls peut rester assez calme; dans la plupart des cas, cependant, il s'accélère, il est vif, la chaleur de la peau s'élève, et, comme nous l'avons vu pour la méningite, mais un peu moins fréquemment que dans cette dernière, on observe des nausées, des vomissements et de la constipation. Tel est l'ensemble des symptômes qu'on note dans cet état de la maladie qu'on peut nommer la première période. Les symptômes ultérieurs varient ensuite beaucoup suivant la marche que suit l'affection.

Dans la plupart des cas, les symptômes d'excitation, tels que les contractures,

les mouvements convulsifs et l'exaltation de la sensibilité, diminuent ou cessent, et sont remplacés par la paralysie du sentiment et du mouvement. Cette dernière peut être permanente ou bien alterner avec la roideur et les mouvements convulsifs. Quelquefois ces phénomènes opposés se remarquent simultanément; c'est ainsi que la jambe peut être dans la résolution, tandis que le bras est contracturé, et réciproquement. Les symptômes paralytiques coïncident ordinairement avec l'affaiblissement des facultés intellectuelles : ainsi le coma est de plus en plus profond, les pupilles sont dilatées, le malade est étranger à tout ce qui l'entoure, la déglutition est difficile, les évacuations sont involontaires, ou bien l'urine est retenue dans la vessie. Enfin, la respiration s'accélère et la mort survient lentement, ou bien la vie se termine brusquement au milieu d'un accès convulsif. Ce mode de terminaison est plus commun dans la période spasmodique de la maladie, et, dans ce cas, la mort arrive avant qu'aucun symptôme de paralysie ait été observé. Enfin, l'encéphalite ayant produit une collection de pus, peut avoir une issue funeste sans que son existence ait été révélée pendant la vie par de la contracture ou par des convulsions; l'intelligence s'est seulement affaiblie, puis les malades, dans les vingt-quatre ou trente-six dernières heures de la vie, tombent dans le coma et dans un état de résolution générale. On dirait, dans ce cas, que le cerveau est presque resté étranger à la formation du pus, que ce liquide a été seulement déposé dans l'organe, et qu'à la manière d'un corps étranger ordinaire, il n'a agi sur la pulpe nerveuse que par son volume ou par des lésions consécutives (ramollissement, hémorrhagie, méningite) qu'il a développées, et qui expliquent souvent à elles seules les symptômes des derniers moments.

Ainsi l'encéphalite n'est pas une de ces maladies dont la marche soit franche et régulière. Les alternatives de délire et de coma, de paralysie et de contracture, le retour à l'intelligence, ont fait dire depuis longtemps que l'encéphalite présentait des caractères pernicieux ou ataxiques. Ces rémittences peuvent se remarquer à toutes les époques de la maladie, même à la dernière période, lorsque, par exemple, un vaste abcès remplit tout un lobe. Cette irrégularité des symptômes est difficile à expliquer; on peut néanmoins s'en rendre compte jusqu'à un certain point, en supposant qu'indépendamment de la lésion permanente (ramollissement, abcès), et autour d'elle, il se forme une congestion plus ou moins forte, qui détermine des symptômes cérébraux proportionnés aux variations qu'elle subit. La maladie suit la même marche, et les symptômes se développent à peu près dans le même ordre de succession dans l'encéphalite spontanée que dans celle qui est traumatique.

Des faits nombreux ont aujourd'hui mis hors de doute qu'on ne pouvait se fonder sur aucun des symptômes de la maladie ou sur la prédominance d'aucun d'eux pour localiser l'altération dans telle ou telle partie du cerveau. Enfin, aucun accident particulier ne peut faire distinguer les cas dans lesquels le cerveau est seulement injecté et ramolli, de ceux dans lesquels du pus est déjà infiltré ou bien réuni en foyer. Les abcès du cerveau ont surtout une marche des plus insidieuses; la plupart se forment à notre insu, ou du moins ne sont précédés que par les accidents qui annoncent une simple congestion ou une phlegmasie circonscrite.

Quelles que soient la forme et la période de la maladie, personne en France n'a observé, ni dans l'encéphalite ni dans la méningite, ce bruit de souffle, isochrone aux battements artériels, qui, au rapport du docteur Fischer (de Boston), serait appréciable en appliquant l'oreille sur le crâne, surtout au-dessus de l'extrémité antérieure de la suture sagittale, et qui dépendrait de la

compression que le cerveau augmenté de volume ou qu'un épanchement intracranien exerceraient sur les vaisseaux artériels.

**Durée. Terminaisons.** — La plupart des malades atteints d'encéphalite aiguë succombent dans le cours du premier et du second septénaire. Cependant chez quelques-uns l'affection suit une marche beaucoup plus lente : dans ces cas, l'intelligence se conserve pendant longtemps ; les phénomènes spasmodiques manquent rarement, mais ils sont souvent peu marqués ; tandis que la paralysie, quoique lente dans sa marche, existe presque dès le début, et finit par prédominer. En général, dans la cérébrite chronique, telle que celle qui est anatomiquement caractérisée par un abcès enkysté, on observe à peu près les mêmes symptômes que dans l'état aigu, et ceux-ci se succèdent peu à peu dans le même ordre : seulement leur intensité est moins considérable, leur marche est plus lente, puisqu'il n'est pas rare que la maladie ne se termine qu'au bout de quatre ou cinq mois seulement, et parfois plus tard encore. Dans ce cas, la mort survient, tantôt par suite du progrès naturel de l'affection, tantôt par l'effet des maladies consécutives. D'ailleurs c'est surtout dans l'encéphalite chronique qu'on observe ces variations, ces irrégularités de marche que nous avons signalées pour l'état aigu. Comme Lallemand l'a remarqué avec raison, cette irrégularité dans les symptômes s'explique par une succession non interrompue et variable de méningites, d'encéphalites et de congestions, qui se répètent à des époques plus ou moins éloignées, et sont séparées par des améliorations si prononcées, qu'on les prend souvent pour des guérisons véritables. Enfin, l'encéphalite chronique ne diffère point, par ses symptômes et par sa marche, des autres lésions organiques du cerveau.

Jusqu'à présent nous avons parlé de l'encéphalite comme d'une maladie dont l'issue était toujours funeste ; celle-ci est, en effet, la terminaison presque constante de la maladie. Cependant quelques faits autorisent à penser que l'encéphalite peut guérir par résolution, puisqu'on a vu des malades recouvrer l'intégrité de toutes leurs fonctions. Ce sont là, à proprement parler, les seuls cas où l'on puisse dire qu'il y a eu guérison ; car lorsque l'inflammation, parvenue à un état de ramollissement fort avancé, se termine par la formation d'une cicatrice dure, qui devient même consécutivement le siège de diverses transformations organiques, on ne peut pas dire précisément que la maladie soit guérie, puisque la plupart des individus conservent pendant toute leur vie de la contracture, de la paralysie et divers troubles intellectuels ; cette cicatrice, agissant en outre comme un corps étranger, finit presque toujours par produire autour d'elle diverses lésions consécutives. Il n'existe encore aucun fait concluant qui prouve que des abcès cérébraux aient jamais guéri par la résorption du liquide, ou bien par suite de son issue à l'extérieur. Le pus peut bien être évacué à travers une solution de continuité récente ou ancienne des os du crâne, ou bien à travers l'ethmoïde ou le rocher cariés ; mais cette évacuation, qui souvent est suivie d'une rémission momentanée dans les accidents de compression, n'a jamais, que je sache, amené une guérison radicale.

**Diagnostic.** — Nous ayons vu qu'il était impossible de distinguer la méningo-encéphalite de la méningite simple. Celle-ci diffère de l'encéphalite, par la céphalalgie, qui est plus vive ; par les troubles des sens, et par ceux des organes digestifs, qui sont plus communs ; par la vivacité du délire et l'intensité de la fièvre ; par la rareté et la circonscription de la paralysie. Dans l'inflammation des méninges, enfin, les symptômes spasmodiques occupent presque toujours les deux côtés du corps. Dans l'encéphalite simple, au contraire, la douleur de tête et la fièvre ont une médiocre intensité ; il existe dès le début

de la roideur et de la contracture ; plus tard, la paralysie se déclare ; elle est toujours plus ou moins progressive. Cette succession dans les accidents permettra de distinguer l'encéphalite de l'hémorragie cérébrale dont les accidents se déclarent brusquement ; mais souvent il sera presque impossible de la différencier d'avec le ramollissement.

M. Durand-Fardel croit pourtant qu'il y a une forme d'encéphalite qui, anatomiquement caractérisée par l'injection et par le ramollissement des circonvolutions avec adhérence des méninges, offrirait, comme accidents prédominants, des symptômes apoplectiques tout à fait semblables à ceux d'une hémorragie cérébrale. Les faits rapportés par M. Durand-Fardel ne nous semblent pas à l'abri de toute objection ; car, malgré le soin avec lequel les observations ont été recueillies, il ne nous est pas démontré que, pour la plupart du moins, sinon dans tous, les symptômes apoplectiques n'aient pas été précédés de quelques prodromes propres à l'encéphalite et étrangers aux hémorragies.

Certains ramollissements inflammatoires ou atoniques des parties blanches centrales du cerveau ressemblent beaucoup, par leur début, à la fièvre typhoïde. Comme dans cette dernière, il existe de la céphalalgie, des étourdissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, de l'insomnie, du délire, quelquefois des épistaxis, de la diarrhée et toujours une fièvre assez intense. Cependant on pourra s'éclaircir sur la véritable nature de l'affection, en notant que, dans le cas de ramollissement, il y a absence des principaux symptômes abdominaux et de râles dans la poitrine ; ajoutons qu'au bout de peu de jours on voit survenir de la roideur, ou de la paralysie dans une moitié ou dans les deux côtés du corps, et souvent dès le début on constate du strabisme ou de la diplopie, accidents qui doivent toujours mettre en garde et empêcher qu'on ne porte un diagnostic prématuré.

Une fois fixé sur la nature de la maladie, il est impossible de localiser l'altération dans telle ou telle partie du cerveau ; il est même souvent difficile de déterminer si la maladie est bornée à un seul côté ou si les deux hémisphères sont atteints simultanément, puisqu'une encéphalite locale peut produire de la contracture ou des secousses convulsives dans les deux côtés. Cependant il faut convenir que ce cas est rare, et que le plus ordinairement, lorsque les symptômes spasmodiques ou de paralysie se montrent simultanément dans les deux côtés, on trouve une lésion dans les deux hémisphères à la fois, ou bien l'altération dont l'un d'eux est le siège est assez considérable pour avoir pu exercer une compression sur le côté sain. Nous avons dit aussi qu'il était impossible de préciser le genre d'altération qui existe : cependant, si les symptômes sont impuissants pour résoudre ce problème, il y a parfois certaines circonstances qui peuvent venir en aide au diagnostic. C'est ainsi que, lorsque chez un malade atteint d'une otorrhée ancienne, se liant à une altération des os, on voit diminuer l'écoulement, et survenir de la céphalalgie, du délire, de l'agitation, des convulsions, du coma et de la fièvre, on peut presque affirmer qu'un abcès se forme ou que peut-être il est déjà formé dans le lobe moyen. Il est impossible d'établir pendant la vie le diagnostic différentiel de l'encéphalite chronique d'avec les affections cérébrales à marche lente. On ne peut avoir ici que des présomptions d'après la connaissance des commémoratifs.

**Pronostic.** — Il est peu de maladies aiguës aussi graves que l'encéphalite ; en effet, elle tue presque tous les individus qu'elle frappe, et ceux, en petit nombre, qui survivent, restent jusqu'à la fin de leurs jours infirmes, paralytiques ou en état de démence. La variété qui débute par des mouvements convulsifs est de toutes la plus grave.

**Étiologie.** — On n'est pas encore suffisamment fixé sur la nature des causes prédisposantes et efficientes qui peuvent produire l'encéphalite. On sait pourtant que cette maladie atteint deux ou trois fois plus souvent l'homme que la femme; mais on n'est pas encore suffisamment fixé sur l'époque de la vie à laquelle la maladie prédomine, les uns ayant indiqué l'enfance, d'autres l'âge viril. On ne sait non plus rien de précis sur le rôle que jouent les affections tristes de l'âme, les travaux de l'esprit et la température: quelques faits autorisent à penser que la maladie peut survenir sous une influence héréditaire. L'encéphalite reconnaît souvent comme cause déterminante une violence extérieure sur les os du crâne, l'insolation ou les excès alcooliques. Nous avons dit aussi que l'inflammation de l'oreille interne, soit qu'elle dépende primitivement de la carie du rocher, soit que, bornée d'abord à la muqueuse, elle finisse par altérer cet os, est une cause d'encéphalite, laquelle se termine ici presque toujours par la formation d'un abcès. Le virus vénérien a été considéré par Lallemand comme pouvant aussi exercer une influence directe et primitive sur le cerveau et l'enflammer; mais cette opinion ne nous semble être encore nullement démontrée; il est, au contraire, incontestable pour tous que le virus vénérien, en altérant les os du crâne, peut devenir ainsi l'occasion indirecte d'une encéphalite. Enfin, celle-ci se développe fréquemment au pourtour d'un caillot ou d'une tumeur du cerveau: dans tous ces cas on dit qu'elle est consécutive.

**Traitement.** — Le traitement ne diffère en rien de celui que nous avons indiqué précédemment pour la méningite; ce sont les antiphlogistiques combinés avec les mercuriaux et appliqués suivant les mêmes règles. Peut-être pourrait-on essayer aussi la méthode contre-stimulante qui échoue généralement dans les phlegmasies des membranes séreuses; quelques faits autorisent du moins à employer ce traitement dans l'encéphalite aiguë. Dans la période de collapsus, et lorsque la maladie passe à l'état chronique, il faut insister sur les révulsifs puissants portés sur le tube digestif et surtout sur la peau: tels sont un séton, un ou plusieurs cautères à la nuque, ou bien un large vésicatoire sur le cuir chevelu.

DE LA PÉRIENCÉPHALITE CHRONIQUE DIFFUSE, OU PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

Il y a une paralysie remarquable par sa marche, sans cesse envahissante, qui, débutant communément par un embarras de la langue, par un tremblement des lèvres ou par l'affaiblissement des membres, s'étend progressivement à la plupart des muscles du corps; l'intelligence est en même temps plus ou moins gravement atteinte, elle ne reste presque jamais intacte; c'est cette paralysie que mon très-regrettable ami le professeur Requin a fort bien caractérisée en l'appelant *paralysie générale progressive*.

**Historique.** — Cette affection nous paraît être la même que celle qui, après avoir été méconnue jusqu'à la fin du dernier siècle, fut signalée en 1798 par Haslam, puis par Esquirol, par Georget, mais qui n'a été bien décrite que depuis une quarantaine d'années par M. Delaye, dans sa thèse soutenue en 1824, et surtout par les docteurs Bayle et Calmeil, auteurs l'un et l'autre d'une monographie justement estimée. Plus récemment, M. Parchappe dans ses *Recherches sur l'encéphale*, MM. Baillarger et Lunier dans les *Annales médico-psychologiques* (année 1849), M. Brierre de Boismont dans le *Supplément du Dic-*

*tionnaire des dictionnaires*, MM. Lasègue, Jules Falret et Linas dans leurs thèses (1), ont su ajouter quelques faits nouveaux ou intéressants à ceux de leurs devanciers.

Jusque dans ces derniers temps, et malgré un fait consigné dans la thèse même de M. Delaye, la paralysie progressive, exclusivement étudiée par les médecins aliénistes, a été regardée comme une complication qu'on n'observait que dans les asiles d'aliénés. Cependant Requin, protestant dès 1846 dans son *Traité de pathologie* contre cette opinion, citait des faits de paralysie générale qu'il avait observés dans des conditions différentes, et depuis que l'attention a été éveillée par lui sur ce point, des observations assez nombreuses ont été recueillies dans les hôpitaux d'adultes. Il n'est pas d'année où je n'en rencontre quelques cas dans mon service d'hôpital, ainsi qu'en ville. Nous verrons plus tard que la maladie est la même que celle qui éclate dans les asiles d'aliénés.

**Anatomie pathologique.** — Chez les individus qui succombent à la paralysie générale, on trouve des lésions nombreuses dans la boîte crânienne. On constate des congestions, des épaissements et des opacités de l'arachnoïde, des fausses membranes, des épanchements séreux ou sanguins, tels que nous les décrivons ailleurs à propos de l'apoplexie méningée. Il existe en outre des indurations, et presque toujours, quelques-uns disent même toujours, un ramollissement périphérique des couches corticales qu'on entraîne lorsqu'on détache les membranes. Ailleurs, comme le note M. Calmeil (2), il existe une sorte de soudure entre la pie-mère et le cerveau; c'est avec peine qu'on les sépare; lorsqu'on y parvient, on a sous les yeux des surfaces excoriées, déchirées, rouges, saignantes, ramollies, parfois indurées et atrophiées, les adhérences dont je parle peuvent exister partout, mais on les constate plus spécialement à la face convexe, aux régions pariétales et à la face inférieure des lobes antérieurs. L'examen microscopique a révélé constamment alors dans la couche corticale une vascularisation très-grande, des dépôts plastiques, une déformation des cellules nerveuses, des tubes nerveux plus ou moins atrophiés. Le cerveau dans son ensemble est sensiblement réduit de volume; M. Parchappe a trouvé après des pesées nombreuses une différence de 179 grammes pour les hommes et de 157 pour les femmes entre le poids du cerveau dans la paralysie générale et le poids du même organe dans la manie aiguë.

On voit combien sont nombreuses les lésions qui existent dans les cas de paralysie générale, cependant les adhérences et le ramollissement de la substance corticale ont été généralement considérés comme constituant seuls le caractère anatomique de la maladie. On a, il est vrai, contesté le fait; on a dit que ces lésions pouvaient manquer. M. Lélut le premier a cité dans le premier volume des *Annales médico-psychologiques*, deux cas de démence paralytique sans lésion cérébrale; d'autres aliénistes distingués, MM. Thore et Aubanel, ont parlé de faits semblables, mais ils sont si rares, si exceptionnels, comparés aux autres, que le doute est permis. Il importe d'ailleurs de dire que beaucoup de lésions des couches corticales ne sont appréciables qu'à l'examen fait avec le microscope. Ce qui nous porte à croire que dans la paralysie générale les lésions ne font jamais défaut, c'est le témoignage d'un des plus éminents aliénistes de notre époque; M. Calmeil, ayant étudié les cerveaux des paralytiques à tous les degrés de l'affection, les a trouvés constamment le siège d'altérations visibles à l'œil nu ou par l'examen histologique. Aussi, pour l'observateur dont

(1) Années 1853 et 1857.

(2) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, t. 1<sup>er</sup>, p. 262.