

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 continus 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^e 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 la pie-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

paralysies sont tantôt permanentes, tantôt elles sont passagères : elles cessent et reviennent irrégulièrement, et elles alternent quelquefois avec de la contracture et avec des mouvements convulsifs. Enfin, il n'est pas rare de voir, dans un point du corps assez limité, comme la face, quelques muscles, tels que ceux des paupières, être paralysés, tandis que tous les autres sont agités par des secousses convulsives. Chez les malades dont nous parlons, les évacuations alvines sont involontaires, et l'on observe souvent une rétention d'urine. Enfin, la sensibilité est obtuse ou même complètement abolie : le malade, insensible à tout ce qui l'entoure, ne paraît plus entendre ni voir. Quoique, dans un grand nombre de ces cas, les pupilles soient contractiles et régulières, cependant on les trouve communément très-dilatées; fréquemment elles sont inégales entre elles et irrégulières. La figure, presque constamment pâle, exprime la stupeur, et l'on n'observe guère ces alternatives de rougeur et de pâleur que nous verrons être si communes dans l'infiltration tuberculeuse des méninges. Au milieu de ces graves symptômes, le pouls acquiert souvent une grande fréquence et devient irrégulier, intermittent; cependant il arrive parfois que sa fréquence n'est pas plus grande qu'à l'état normal; il peut même se faire que le pouls batte avec plus de lenteur que de coutume : ce qui, d'après les faits analysés par M. Andral, serait même le cas le plus commun. La chaleur du corps a souvent alors beaucoup diminué; à cette même époque, la respiration s'accélère et devient entrecoupée; enfin, la mort arrive tantôt lentement, quelquefois brusquement au milieu d'un accès convulsif. La durée de cette période varie entre un et cinq jours : il est rare qu'elle se prolonge davantage. En somme, la maladie offre une durée moyenne de un à deux septénaires, très-rarement elle dépasse le troisième; il est également fort rare qu'elle se termine en trois ou quatre jours.

D'après ce qui précède, on voit que la méningite a une marche continue, mais sujette pourtant à des irrégularités, à des aggravations qui cependant sont moins fréquentes ici que dans la méningite tuberculeuse, et simulent moins que dans celle-ci l'intermittence ou la rémittence. Il est des symptômes de la méningite, comme certains troubles cérébraux par exemple, qui s'amendent parfois d'une manière soudaine, et cela au moment même où tout semble indiquer une agonie prochaine : tels sont le délire et le coma, qui peuvent diminuer suffisamment quelque temps avant la mort, pour qu'on obtienne parfois de la part des malades des réponses assez lucides.

Variétés. — Je viens de décrire les symptômes les plus ordinaires de la méningite et sa marche la plus habituelle; la maladie pourtant ne se traduit pas toujours par les mêmes phénomènes, et ceux-ci d'ailleurs ne se reproduisent pas constamment dans l'ordre de succession que nous avons indiqué. Ainsi la céphalalgie, le délire et les vomissements peuvent manquer; la méningite peut débiter alors brusquement par des mouvements convulsifs épileptiformes qui se reproduisent à des intervalles très-rapprochés; ou bien, la période d'excitation faisant même défaut tout à fait, la maladie débute spontanément par la paralysie ou par un état comateux : c'est ce qu'on observe le plus communément dans la méningite qui se déclare dans le cours du rhumatisme articulaire. Disons, toutefois, que les faits de ce genre sont rares. Il n'est pas bien prouvé d'ailleurs que, dans tous les cas, la période d'excitation ait complètement manqué; car il arrive quelquefois que celle-ci n'est caractérisée que par quelques phénomènes très-fugaces, qui peuvent échapper à une observation superficielle. Il est, par contre, des individus qui ne dépassent pas la première période, soit que la maladie se termine par résolution, soit, ce qui est plus

commun, qu'elle ait une issue fâcheuse avant que les accidents de collapsus puissent se déclarer. Dans ce dernier cas, les malades meurent emportés communément par la violence du délire ou par des accidents convulsifs; la vie semble s'éteindre alors chez eux par suite de la superstimulation du cerveau.

Ces différentes modifications que la maladie présente sont le plus souvent indépendantes de l'âge des malades et du siège de l'affection; cependant il est incontestable que le délire manque plus rarement dans la méningite de la convexité des hémisphères que dans celle de la base, tandis que le coma survient plus fréquemment, du moins comme symptôme primitif, dans la seconde que dans la première, ou bien encore lorsqu'un épanchement se forme dans les ventricules.

D'après une note que Prus a communiquée aux auteurs du *Compendium de médecine*, la méningite chez les vieillards se présenterait rarement avec l'appareil symptomatique qu'on observe chez l'enfant et chez l'adulte. Ainsi, le matin, ce qui frappe chez le vieillard, c'est la stupeur, une intelligence saine, mais lente, une langue sèche, une fièvre modérée et une céphalalgie générale; la chaleur du corps est presque naturelle, excepté au front où elle est vive. Le soir, elle s'élève; les yeux s'injectent; il y a un délire presque toujours tranquille, ne se trahissant que par l'incohérence des réponses que font les malades; parfois même ils répondent juste, mais ils se livrent à des actions peu raisonnables : ainsi ils se lèvent sans cause, vont se coucher dans le lit d'un voisin, etc. Si la maladie n'est pas enrayée, les individus tombent dans la somnolence ou dans le coma, et ils meurent après un espace de temps qui varie entre cinq et vingt jours.

Ces anomalies dans les symptômes et dans la marche se remarquent souvent aussi dans les méningites secondaires, c'est-à-dire dans celles qui surviennent dans le cours des maladies aiguës ou chroniques. On pourrait presque dire que l'affection est alors parfois latente. En effet, la céphalalgie est généralement obtuse et passe souvent inaperçue; les vomissements manquent souvent, et l'on n'est averti de la complication cérébrale que par l'agitation des malades, par un délire parfois léger, incomplet, auquel succède un état comateux, au milieu duquel la vie s'éteint.

Guérison. — Nul doute pour nous que la méningite ne puisse se terminer par la guérison; mais la chose pourtant nous paraît être tout à fait exceptionnelle. C'est ce que prouve la rareté excessive des adhérences de l'arachnoïde et de la pie-mère chez les individus qui succombent à des maladies étrangères au cerveau. Si, en effet, la méningite avait, aussi fréquemment que quelques-uns le prétendent, une heureuse issue, on trouverait quelquefois dans la boîte crânienne des pseudo-membranes, des adhérences analogues à celles que nous rencontrons tous les jours dans les séreuses, et qui sont le vestige incontestable d'une phlegmasie plus ou moins ancienne; or rien n'est plus rare. Il faut donc admettre que, lorsque la méningite guérit, ce ne doit être que dans les cas où elle est très-circonscrite et lorsqu'elle n'a pas franchi la première période.

Dans les cas de terminaison heureuse, quelques malades se rétablissent promptement et complètement; chez d'autres, par contre, le travail de résolution se fait lentement : aussi les facultés intellectuelles restent pendant longtemps obtuses ou perverties, il y a des malades qui conservent pendant un temps plus ou moins long la perte d'un sens, ou bien ils ont des paralysies bornées à un ou plusieurs muscles, etc. Presque jamais on ne voit la méningite passer à l'état chronique.

Diagnostic. — La méningite simple offre de nouveaux points de contact avec l'infiltration tuberculeuse des méninges. Nous verrons plus tard, en parlant de cette dernière, qu'il est possible le plus souvent de les distinguer pendant la vie : cette connaissance importe d'ailleurs beaucoup pour le pronostic. En ayant égard aux symptômes d'excitation de la première période, à la violence de la céphalalgie et à l'appareil fébrile, il sera toujours facile de différencier la méningite des congestions et des hémorrhagies cérébrales qui sont essentiellement caractérisées par des phénomènes de compression cérébrale survenant primitivement et d'emblée. Dans la congestion surtout, les accidents surviennent tout à coup, arrivent presque aussitôt à leur summum d'intensité et disparaissent rapidement. Cette marche particulière, le début différent, l'état apyrétique enfin, ne permettront pas de confondre une congestion cérébrale simple avec une méningite. C'est encore à l'aide de ces mêmes caractères qu'on établira le diagnostic différentiel de la méningite d'avec l'épilepsie et le tétanos : c'est ce que nous indiquerons d'ailleurs avec plus de détails en traitant de ces maladies. Je renvoie également aux articles *Convulsions*, *Ramollissement du cerveau*, *Encéphalite*, *Manie*, *Délire aigu* et *Delirium tremens*, pour connaître les caractères qui distinguent ces affections de la méningite.

Il ne faut jamais oublier que les signes prédominants de la méningite, tels que la céphalalgie, le délire, le coma, les convulsions, sont plus fréquemment des troubles sympathiques qu'ils ne se rattachent à une lésion des centres nerveux; on devra donc, toutes les fois que ces accidents se développent, s'assurer, par l'étude des commémoratifs et par l'exploration attentive de tous les organes et de toutes les fonctions, qu'il n'existe nulle part de lésions capables d'expliquer les troubles cérébraux qu'on observe. Les fièvres éruptives, le travail de la dentition chez les enfants, la pneumonie chez les adultes, les fièvres puerpérales, la phlébite et les maladies par infection, sont les affections qui excitent surtout le délire et la plupart des accidents qui marquent la première période de la méningite. Nous avons vu également que la fièvre typhoïde, dans sa forme ataxique, pouvait simuler une phlegmasie des méninges, en raison du délire, puis du coma, de la contracture et des soubresauts, qu'on observe si communément dans son cours. Cependant l'existence de la diarrhée, du météorisme, du gargouillement de la fosse iliaque, le développement de la rate, le râle sibilant, l'éruption des taches lenticulaires et les sudamina permettront toujours de rapporter à leur cause réelle les troubles cérébraux qu'on observe. En supposant même que la plupart des symptômes qui précèdent manquent, on pourra encore, d'après la marche des accidents, reconnaître le véritable caractère de la maladie. Dans la fièvre typhoïde, en effet, les symptômes cérébraux (la céphalalgie exceptée) ne se montrent jamais dès le début; ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'ils apparaissent : le contraire a lieu dans la méningite. Il faudrait encore dans le doute rechercher si la proportion de fibrine est augmentée, ou si elle ne dépasse pas les limites de l'état physiologique. On ne pourrait guère confondre avec une méningite cérébrale les fièvres pernicieuses à formes délirante, convulsive, apoplectique, à cause des intermittences complètes, ou tout au moins des rémittences que ces dernières présentent non-seulement dans les symptômes cérébraux, mais encore dans la fièvre. Dans la méningite, par contre, il y a une marche continue, du moins dans les symptômes fondamentaux; et s'il y a de la rémittence quelquefois, ce n'est que dans quelques-uns des accidents, spécialement dans le coma et les convulsions; tandis que l'appareil fébrile persiste presque toujours au

même degré. Quelle que soit la maladie avec laquelle on compare la méningite, M. Roger croit qu'on peut trouver dans la température du corps un élément précieux de diagnostic. Dans la méningite, en effet, il y a une inconstance très-grande dans les résultats thermométriques. Ainsi la température offre tantôt une élévation excessive, comme 42°,50, et tantôt, vers le milieu de la maladie, elle descend à 35 degrés. Ce contraste ne se rencontrerait que dans la phlegmasie des enveloppes cérébrales; on ne le constaterait ni dans les pyrexies ni dans aucune autre inflammation; de sorte que, lorsqu'on le trouve chez un malade qui offre des troubles cérébraux, on devrait presque à coup sûr diagnostiquer une phlegmasie méningée, soit simple, soit granulée. C'est là une opinion qui mérite d'être vérifiée par des observations nouvelles.

S'agit-il d'un vieillard qui présente des signes de délire, soit en paroles, soit en actions, avec une langue sèche et brune, avec une chaleur vive de la tête, sans qu'aucune lésion des organes thoraciques et abdominaux explique cet état, il faudra surveiller le malade et se préoccuper de l'existence possible d'une méningite.

La méningite une fois reconnue, on peut aussi déterminer quelquefois son siège : c'est ainsi que la roideur des muscles de la partie postérieure du cou, occasionnant le renversement de la tête en arrière; le rapprochement violent des mâchoires (*trismus*) par suite de la contraction spasmodique des masséters; le resserrement du pharynx produisant la dysphagie, indiquent que la phlegmasie a probablement envahi les méninges qui recouvrent la partie inférieure des hémisphères cérébraux et la base du cervelet. On a dit aussi, mais avec moins de raison, que le strabisme avait la même valeur. On ne peut non plus rien conclure sur le siège de la méningite, d'après l'existence ou la prédominance du délire, du coma ou des convulsions. On a prétendu, il est vrai, que le premier caractérisait surtout la méningite de la convexité des hémisphères, et le second la méningite de la base; mais des faits nombreux ont démontré que ces deux symptômes se montraient à peu près également, quel que fût le siège de la maladie. Seulement il paraît démontré que le délire est un symptôme prédominant dès le début de la méningite de la convexité, tandis que le coma, qui n'arrive guère qu'à la seconde période de celle-ci, se manifeste plus souvent d'emblée dans la méningite de la base. Quant aux convulsions, aux contractures, à la rigidité, il semble prouvé que ces accidents sont plus communs lorsque la méningite est générale que lorsqu'elle est limitée. Le coma n'est pas un signe certain d'épanchement, puisque nous avons vu qu'il pouvait survenir dès le début et résulter quelquefois d'une sorte de collapsus dans lequel le cerveau tombe après avoir été surexcité. L'hémiplégie qui survient dans le cours d'une méningite indique souvent que la phlegmasie n'occupe qu'un des hémisphères, ou que, si celle-ci est générale, la maladie prédomine probablement dans le côté opposé à la paralysie. Cependant il y a à ce sujet de trop nombreuses exceptions pour oser jamais affirmer dans un cas donné que les choses existent ainsi; car nous avons eu de fréquentes occasions de nous convaincre que des hémiplégies plus ou moins complètes pouvaient exister, quoiqu'à l'autopsie on trouvât l'injection des méninges et l'épanchement du tissu sous-arachnoïdien aussi marqués d'un côté que de l'autre. Enfin, le trouble des organes des sens, spécialement celui des yeux, comme le strabisme, la contraction ou la dilatation des pupilles, leur inégalité, en un mot, les diverses altérations de la vision, non-seulement n'appartiennent pas en propre à la méningite, mais ils ne sauraient ni caractériser une de ses périodes, ni indiquer le siège spécial de la phlegmasie. En résumé, nous voyons qu'aucun

des symptômes de la méningite, pris isolément, n'est pathognomonique; que chacun d'eux peut manquer, et que nul d'entre eux ne saurait caractériser une forme spéciale de la maladie. On voit donc combien les symptômes de la méningite sont irréguliers quant à leur manifestation, à leur fréquence, à leur marche et à leur durée. Cette irrégularité s'explique lorsqu'on réfléchit que les désordres fonctionnels sont bien moins l'effet de la phlegmasie des méninges que le résultat de l'impression que cette maladie produit sur le cerveau: or on conçoit que cette impression doit être très-différente suivant les individus et suivant aussi qu'il y a ou non complication d'encéphalite.

Il est inutile de dire qu'on ne peut déterminer pendant la vie si la phlegmasie prédomine dans la pie-mère ou dans l'arachnoïde, ou si elle est bornée à l'une de ces membranes seulement. Il est également impossible d'affirmer si la méningite existe seule ou si elle se complique d'une inflammation des circonvolutions cérébrales (*méningo-céphalite*); car, dans l'un et l'autre cas, les symptômes sont exactement les mêmes, et la maladie suit la même marche: c'est ce qui justifie jusqu'à un certain point les anciens médecins d'avoir confondu sous le titre de *phrénitis* l'inflammation des méninges et celle du cerveau. Il est également impossible de déterminer, même à l'inspection cadavérique, si l'inflammation a commencé par les méninges ou si elle ne les a envahies que consécutivement à l'invasion du cerveau. Nous croyons donc, d'accord avec M. Calmeil, que le mode de développement de la céphalo-méningite est encore inconnu, et que, hors les cas où la phlegmasie succède à une blessure, on n'est pas fondé à lui assigner d'une manière positive son point de départ.

Pronostic. — La méningite est une maladie des plus graves; il est difficile même de préciser le chiffre de sa mortalité. Nous croyons pourtant que la guérison n'a lieu que très-exceptionnellement, et nous pensons qu'on ne doit accepter qu'avec une réserve excessive les résultats des auteurs qui prétendent n'avoir perdu que la moitié ou le tiers de leurs malades: car tout porte à penser qu'ils ont dû confondre avec des méningites certaines manies aiguës, des délires purement sympathiques et des affections typhoïdes à prédominance cérébrale. Ce sont là des erreurs dont les hommes expérimentés ne sont pas toujours à l'abri, et qui sont journellement commises par des praticiens moins instruits. Un délire violent avec une grande excitation générale est une circonstance qui aggrave le pronostic. Il en est de même de celui qui survient en quelque sorte primitivement, ou après une courte excitation, comme on le voit dans la méningite rhumatismale; il suffit souvent alors de quelques heures pour que la terminaison fatale ait lieu. Les mouvements convulsifs, quelle que soit leur forme, constituent un accident des plus sérieux, et qui pardonne rarement. D'après ce que nous avons dit plus haut, il faut prendre garde de s'en laisser imposer par les améliorations partielles qui surviennent quelquefois peu avant la mort. Quelque diminution que l'on observe dans le délire ou dans le coma, quelques rares que deviennent les convulsions, si les autres symptômes ne diminuent pas aussi de gravité, on devra plutôt craindre qu'espérer. D'ailleurs, on n'aura confiance dans les rémissions qui surviennent qu'autant que celles-ci portent sur la plupart des accidents, et qu'elles ont déjà une certaine durée.

Étiologie. — La méningite simple est une maladie qu'on observe à tous les âges. Assez commune, dit-on, dans les deux premières années de la vie, ce qui est contraire à ma propre observation, elle diminuerait de fréquence de deux à quinze ans. Elle deviendrait plus commune après la puberté, et surtout dans la période comprise entre vingt et quarante. Cependant, dans nos hôpitaux d'adultes, la méningite est une des maladies les plus rares; c'est à peine

si, dans le courant d'une année, j'en observe une ou deux au plus, bien que mon service soit un des plus nombreux et des plus actifs. Les hommes sont, dit-on, pour le moins, deux ou trois fois plus souvent atteints de méningite que les femmes. Une constitution forte, un tempérament lymphatique, les professions pénibles qui exposent ceux qui les exercent aux intempéries, semblent être tout autant de causes prédisposantes de la méningite. Les causes efficientes les plus ordinaires sont les contusions du crâne, avec ou sans fractures, l'insolation, l'abus des boissons alcooliques, une violente secousse morale, une maladie aiguë ou chronique. Les affections dans le cours desquelles on voit survenir le plus fréquemment une méningite, sont la pneumonie, la maladie de Bright, la péritonite, la pleurésie, le rhumatisme articulaire aigu, l'érysipèle de la face, la phthisie pulmonaire. A ce sujet, nous relèverons une opinion professée par MM. Rilliet et Barthez, savoir: que toute méningite survenant chez un tuberculeux est nécessairement tuberculeuse, quand même la pie-mère ne contiendrait aucune granulation grise. Une méningite ne peut être tuberculeuse qu'autant qu'on trouve dans la pie-mère les granulations caractéristiques que je décrirai ailleurs.

Traitement. — La gravité de la méningite et sa marche ordinairement rapide exigent l'emploi de moyens prompts et énergiques. Parmi eux, les émissions sanguines tiennent le premier rang; elles seront pratiquées, quels que soient l'âge des sujets et la période à laquelle la maladie est parvenue, pourvu que l'état du pouls le permette; c'est même d'après lui qu'on détermine le nombre de saignées à faire et la quantité de sang que l'on pourra retirer. Les saignées locales, consistant en une ou plusieurs applications de sangsues derrière les oreilles, devront être préférées, chez les enfants très-jeunes, aux saignées générales, tandis que chez les sujets plus âgés, et chez les adultes surtout, il faudra recourir simultanément à la phlébotomie. La saignée sera faite au bras; la saignée des veines du pied ou de la jugulaire, ou bien encore l'ouverture des artères temporales que quelques personnes préfèrent, n'offrent aucun avantage, et entraînent souvent plusieurs inconvénients. Quant aux saignées locales, nous croyons que des sangsues appliquées aux apophyses mastoïdes, en petit nombre, mais renouvelées au fur et à mesure qu'elles tombent, de manière à entretenir un écoulement de sang continu, auront plus d'efficacité que les scarifications à la nuque, et même que l'application d'un grand nombre de sangsues sur le crâne préalablement rasé. L'expérience n'a pas encore prouvé qu'il soit bien préférable d'appliquer les sangsues tout le long des sutures, comme le veulent quelques médecins. Concurrément avec les émissions sanguines, on emploiera les révulsifs sur les extrémités inférieures (sinapismes, pédiluves irritants, ventouses Junod) et sur le tube digestif, lorsqu'une complication n'en contre-indique l'emploi. On donnera la préférence aux huileux, aux purgatifs salins, et surtout au calomel. En même temps on tâchera de diminuer l'afflux du sang vers le cerveau, en tenant la tête très-élevée, en la plaçant sur un oreiller de crin ou de balle d'avoine, en entretenant autour du malade une température fraîche; on a aussi conseillé la compression des carotides, moyen difficile à employer d'une manière continue et partant peu efficace; enfin, on fait des applications froides sur la tête. Les uns, après avoir coupé les cheveux très-près de la peau, appliquent des compresses froides que l'on renouvelle fréquemment, ou bien ils placent sur le front une vessie contenant une certaine quantité de glace pilée. Enfin, il en est qui conseillent les affusions ou l'irrigation continue. M. Rilliet donne la préférence à ce dernier moyen. Quelle que soit la méthode qu'on suive, il importe de savoir que les applica-

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 pomade émétisée ou le recouvrir d'un emplâtre épispastique. Delarroque 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 1841. 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 ecthymas, 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 récidive. 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 pétéchies, 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 traitons 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'hémorrhagie 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 avons 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.