définitive ; on fera bien néanmoins de continuer l'usage des mercuriaux quelque temps encore après que les derniers accidents auront disparu.

Lorsque la syphilis est rebelle ou s'accompagne de tubercules, de tumeurs osseuses et de périostoses, on recourra à l'*iodure de potassium* à la dose de 10 à 60 centigrammes par jour, ou à un traitement mixte en ayant soin de ne donner, au moins au début, l'iodure et le sel mercuriel qu'à très faible dose. Le sirop de Gibert est la préparation que nous employons de préférence dans ce cas, en commençant par une ou deux cuillerées à café par jour d'un mélange d'une partie de ce sirop avec deux parties de sirop d'écorce d'orange amère.

Le plus souvent les accidents locaux de la syphilis guérissent sous l'influence du traitement général ; néanmoins on hâtera leur disparition par un *traitement local* approprié ; les plaques muqueuses, les ulcérations seront lavées tous les jours avec de l'eau additionnée d'une petite quantité de liqueur de Van Swieten ou cautérisées avec une solution de nitrate d'argent ; on saupoudrera les plis ulcérés de la peau avec un mélange de poudre d'amidon et de calomel.

On traitera les tumeurs osseuses saillantes, particulièrement la tuméfaction des phalanges des doigts, par la compression avec l'*emplâtre de Vigo* ; la poudre d'*iodoforme* est le meilleur topique contre les ulcérations consécutives à ces tumeurs. On traitera le décollement d'une épiphyse comme une véritable fracture ; on immobilisera les fragments au moyen d'un petit bandage inamovible légèrement compressif, qui sera laissé en place jusqu'à la consolidation complète de l'os. Quand l'épiphyse entièrement séparée se comporte comme un corps étranger, elle doit être enlevée par une opération chirurgicale (Taylor).

Pendant toute la durée du traitement, on surveillera avec grand soin l'alimentation de l'enfant ; toutes les fois que cela sera possible, le nouveau-né devra être allaité par sa mère, qui suivra elle-même un traitement mercuriel. Lors même qu'elle n'aurait présenté aucun accident syphilitique, elle peut sans danger nourrir son enfant (Voir p. 385). Si elle ne peut le faire, on recourra à l'allaitement artificiel ; en effet, à moins de trouver une nourrice déjà atteinte de syphilis, il serait coupable d'exposer une femme bien portante à contracter la maladie en donnant le sein à un enfant infecté. Fournier recommande en pareil cas l'allaitement par la chèvre. D'après son expérience, l'enfant s'accommode très bien de cette nourrice.

Pour un nouveau-né, nous préférons le lait d'ânesse. Les *bains de mer* ou plutôt le séjour prolongé sur le bord de la mer seront un adjuvant utile dans le traitement des lésions osseuses tertiaires, mais l'action favorable de la mer est moins marquée pour celles-ci que pour les affections scrofuleuses.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

CHAPITRE PREMIER

MÉNINGITE AIGUE SIMPLE

Confondue en grande partie dans les descriptions des anciens auteurs avec la méningite tuberculeuse, la méningite franche de l'enfance en a été nettement séparée par Rilliet, dont la monographie est restée classique.

ÉTIOLOGIE. — La méningite franche est une maladie relativement rare chez les enfants ; on l'observe surtout de cinq à sept ans ; Billard et Guersant l'ont signalée chez les nouveau-nés. Elle est tantôt *primitive*, tantôt *secondaire*.

La méningite primitive peut être le résultat d'une *insolation* ou d'un *traumatisme*, mais habituellement, surtout chez les enfants à la mamelle, on voit se développer cette affection au milieu d'une parfaite santé, sans pouvoir toujours reconnaître la cause qui l'a produite (Henoch).

La méningite peut sévir *épidémiquement*, surtout dans les mois froids et humides de l'année, sous la forme cérébro-spinale. La méningite cérébro-spinale épidémique frappe tous les âges et a été observée en particulier parmi les soldats des garnisons, mais elle sévit surtout chez les enfants. D'après les relevés d'Emminghaus, sur 1.435 individus atteints de cette affection dans diverses épidémies, 1.133 étaient âgés de moins de quinze ans ; elle paraît avoir atteint exclusivement ou principalement les enfants à Genève en 1805 (Vieusseux, Matthey), à Schlestadt en 1841 (Mistler), en Suède de 1854 à 1859 (Wistrand), en Silésie de 1863 à 1864, à Bromberg dans le grand-duché de Posen, où elle a frappé 140 enfants de deux à sept ans environ, etc. L'agent infectieux de cette maladie a été décrit pour la première fois par Weichselbaum (1), sous le nom de *méningocoque* ; c'est un diplocoque capsulé, le plus souvent intracellulaire, qui se distingue du pneumocoque par plusieurs caractères de forme et de culture, mais qui, pour Netter, ne serait qu'une simple variété de ce dernier. Il a été retiré par Heubner (2) à l'état pur du

(1) Weichselbaum, *Fortschr. der Med.*, 1887, p. 573 et 620.
(2) Heubner, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1896, t. XLIII, p. 1, et *Soc. de méd. int. de Berlin*, séance du 3 mai 1897.

liquide céphalo-rachidien obtenu par la ponction lombaire dans une dizaine de cas de méningite cérébro-spinale épidémique.

La forme secondaire de la méningite est beaucoup plus fréquente que la forme primitive. Tantôt elle survient par propagation d'une phlegmasie de voisinage, tantôt elle est une localisation d'une maladie générale. Dans le premier cas, elle se développe surtout après l'*otorrhée* avec carie du rocher, ou plus rarement après l'*otite aiguë*, la *phlébite des sinus* ou l'*érysipèle du cuir chevelu*. Dans le second cas, elle survient dans le cours de la scarlatine, du rhumatisme aigu, ou bien elle est une manifestation de la pyémie dans la périostite phlegmoneuse diffuse et dans l'infection puerpérale des nouveau-nés. Enfin elle peut être une complication de la pneumonie franche, et dans ce cas on a constaté dans les méninges la présence du pneumocoque, ou une complication de la fièvre typhoïde ; dans un cas de méningite consécutive à cette dernière affection, Breton (1) a trouvé dans le pus des méninges le bacille d'Eberth mélangé au streptocoque. Lévi (2) a trouvé des pneumocoques dans le cerveau de deux petits enfants morts de méningite séreuse. Dans les méningites d'origine otique, ce sont le streptocoque et le staphylocoque doré qui ont été retirés le plus souvent du pus cérébral.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Rilliet et Barthez ne décrivent comme méningite franche que la méningite *suppurée*.

Habituellement on trouve à la surface de la pie-mère une nappe de pus liquide, qui coiffe la convexité des hémisphères et peut s'étendre à la base du cerveau ainsi qu'au canal rachidien. L'arachnoïde participe souvent à l'inflammation ; les ventricules latéraux sont ordinairement sains et ne renferment pas de sérosité.

Quand la méningite est due à un traumatisme ou bien à la propagation d'une inflammation des os et des veines du voisinage, les lésions sont toujours plus marquées du côté de la lésion primitive. La substance cérébrale participe alors presque toujours à la suppuration.

Dans un certain nombre de cas qui appartiennent à la méningite *simple* aiguë, on constate à l'autopsie des lésions inflammatoires évidentes, telles qu'une vascularisation intense de la pie-mère et de la substance corticale du cerveau avec adhérence intime entre ces deux couches, souvent même un état poisseux de l'arachnoïde et une exsudation de lymphe plastique à sa surface sans suppuration proprement dite. Ces lésions se rencontrent dans les méningites secondaires qui compliquent la fièvre typhoïde et le rhumatisme, ainsi que dans quelques méningites cérébro-spinales épidémiques, où elles coïncident alors avec un ramollissement de la rate et d'autres

(1) Breton, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1891, p. 445
(3) Lévi, *Arch. de méd. expér.*, janvier 1897.

altérations viscérales qui s'observent généralement à la suite des fièvres graves. Parfois, les seules lésions constatées à l'autopsie à la suite des méningites survenues à la suite de la fièvre typhoïde (d'Espine) ou de l'influenza (Krannhals) (1), sont une congestion intense de la pie-mère et de la substance grise avec de petites apoplexies capillaires.

On a décrit sous le nom de *méningite séreuse* des encéphalopathies en général très aiguës, caractérisées à l'autopsie par un œdème du tissu cellulaire sous-arachnoïdien dont les mailles sont remplies d'un liquide clair ou parfois légèrement trouble et par un œdème du cerveau dont la coupe est anémique et humide. Au microscope, on trouve une infiltration leucocytaire considérable, surtout le long des vaisseaux, et souvent aussi des amas de corps granuleux (Schultze) (2) ; c'est donc un œdème de nature inflammatoire.

L'*hydrocéphalie aiguë* est une forme ventriculaire de la méningite séreuse, dans laquelle les ventricules latéraux, parfois aussi le troisième et le quatrième ventricule, sont distendus par une sérosité claire, jaunâtre, rarement trouble, sans lésions marquées des méninges ou de l'épendyme ; néanmoins habituellement l'examen microscopique révèle dans les méninges ou dans les plexus une diapédèse de leucocytes.

DESCRIPTION. — La méningite franche se distingue de la méningite tuberculeuse par la rapidité de sa marche, par la violence des symptômes nerveux et par l'intensité de la fièvre. Rilliet en a décrit deux variétés principales, la forme *phrénétique* et la forme *convulsive*. La méningite *cérébro-spinale épidémique* présente aussi quelques particularités dans ses symptômes, qui nécessitent une description séparée.

Forme phrénétique. — Cette forme, qui se rapproche de la méningite cérébrale aiguë des adultes, s'observe surtout dans la seconde enfance.

Le début est brusque, sans prodromes; la fièvre est annoncée quelquefois par un violent frisson et acquiert d'emblée une grande intensité. Nous avons vu le thermomètre atteindre 40°,4 dès le premier jour. En même temps, les enfants accusent une céphalalgie très vive qui leur arrache des cris aigus et que la moindre lumière exaspère. Ils sont pris de vomissements bilieux abondants et répétés pendant les deux premiers jours et plus rarement pendant toute la durée de la maladie. Dans quelques cas de méningite secondaire, ce symptôme manque complètement ; la constipation est habituelle, mais elle est moins opiniâtre que dans la méningite tuberculeuse (Rilliet et Barthez).

Dès la fin du premier jour ou dès le second jour apparaissent des

(1) Krannhals, *Arch. für klin. Med.*, t. LIV, 1894, p. 89.
(2) Consulter : Boenninghaus, *Die Meningitis serosa acuta*. Wiesbaden, 1897.

symptômes nerveux graves, précédés par un léger assoupissement ou par de l'anxiété et de l'agitation. Le plus souvent c'est un délire violent, furieux, qui est suivi au bout d'un ou deux jours de somnolence et de coma ou bien alterne avec eux. On observe en même temps quelques grimaces convulsives, des soubresauts de tendons, de la raideur de la nuque, parfois même un véritable opisthotonos avec contraction tétanique des membres; dans d'autres cas, il y a une résolution générale des muscles, plus rarement de l'hémiplégie. Au début les pupilles sont contractées, le globe oculaire est très douloureux à la pression; plus tard les pupilles sont complètement dilatées et insensibles.

Quelques enfants succombent déjà le second ou le troisième jour. Ordinairement la maladie poursuit sa marche jusqu'au sixième jour, au plus tard jusqu'au huitième. La fièvre et l'agitation persistent jusqu'à la fin, et il est rare de voir reparaître une lueur d'intelligence dans les derniers jours. Le pouls et la respiration s'accélèrent et deviennent irréguliers en même temps que la température atteint une élévation excessive, 42° et plus. Les rémissions sont très rares et ne durent que quelques instants. Dans un seul cas, Rilliet a observé un arrêt de la maladie, une convalescence apparente qui dura du onzième au vingt-neuvième jour et fut suivie d'une rechute mortelle après une insolation.

Dans les derniers jours, le ventre se rétracte comme dans la méningite tuberculeuse; on observe parfois des selles involontaires, et l'enfant succombe dans le coma ou au milieu de violentes convulsions.

Forme convulsive. — Cette variété, qui s'observe principalement chez les nouveau-nés et dans les deux premières années de la vie, a une marche plus rapide que la forme phrénétique.

Tantôt la maladie s'annonce brusquement par des convulsions et une fièvre intense, tantôt son invasion est plus lente; l'enfant maigrit, refuse le sein; en même temps, la température s'élève; quelques légères grimaces et un peu de somnolence préludent aux convulsions générales (Quinquaud).

Une fois établies, les convulsions se répètent à de courts intervalles; elles sont tantôt générales, tantôt limitées à un côté et sont alors en rapport avec une inflammation de la convexité sur les confins de la scissure de Rolando. Dans les intervalles des convulsions, l'enfant est assoupi, néanmoins il tressaille au moindre attouchement et au moindre bruit. La fontanelle est bombée et est le siège de pulsations énergiques; le pouls est au début régulier et vibrant, il bat 132 à 160 fois par minute. Le plus souvent le regard est fixe; les paupières sont demi-closes, et les globes oculaires sont dans une agitation continuelle; les pupilles sont contractées; il y a parfois du trismus et de la raideur de la nuque, dans quelques cas une hémiplégie bien caractérisée qui peut persister. Les vomissements et la constipation n'existent pas toujours; néanmoins chez un enfant de neuf mois, dont Henoch rapporte l'histoire, les vomissements avaient précédé de quatorze jours l'invasion de la maladie et continuèrent jusqu'au dernier moment.

La durée de la méningite à forme convulsive est en général de vingt-quatre à quarante-huit heures; elle dépasse rarement quatre ou cinq jours. Les rémissions sont exceptionnelles, elles ne durent en général que quelques heures. Dans une observation d'Abercrombie, tous les symptômes graves disparurent pendant deux jours après une attaque de convulsions initiales; on trouva néanmoins à l'autopsie une méningite suppurée.

La mort est la terminaison habituelle et survient dans le coma. Dans certains cas, la maladie dure plusieurs semaines pendant lesquelles l'enfant présente alternativement des symptômes d'irritation et de compression ou de paralysie cérébrale.

Parfois, l'enfant se remet complètement, ou, ce qui est plus fréquent, il conserve après la guérison des traces de la maladie du côté de l'intelligence ou de la motilité. La méningo-encéphalite de la première enfance est une des causes de l'hémiplégie spasmodique (Voir *Hémiplégie cérébrale infantile*), de l'idiotie ou de l'hydrocéphalie chronique.

Méningite épidémique (*Typhus cérébro-spinal*). — La méningite cérébro-spinale épidémique s'annonce par de la chaleur et de la rougeur de la peau, des frissons, de la courbature, des vomissements persistants, bientôt suivis d'une céphalalgie violente, de délire et d'opisthotonos : la fréquence de ce dernier symptôme est telle que, dans certains pays, on donne à la maladie le nom de *crampe de la nuque*. Chez les jeunes enfants, l'opisthotonos alterne avec des convulsions générales. Dans les deux tiers des cas environ, on observe une éruption d'*herpès* aux lèvres, au menton, aux oreilles, aux joues, aux parties génitales, plus rarement des pétéchies ou de la roséole. Les autres symptômes de la maladie diffèrent peu de ceux des autres formes de la méningite aiguë. La marche seule est quelquefois moins rapide, et la terminaison plus souvent favorable. Dans un grand nombre de cas, les symptômes s'amendent au bout de dix à quinze jours, et l'enfant entre en convalescence, mais il souffre encore pendant assez longtemps de céphalalgie et d'une grande faiblesse. Souvent aussi la maladie se prolonge pendant plusieurs semaines en s'accompagnant de symptômes paralytiques, tels que strabisme, ptosis, affaiblissement de l'ouïe et de la vue, difficulté de la parole, miction involontaire, etc.; cette forme, qui présente dans sa marche des rémittences et des paroxysmes survenant irrégulièrement, laisse quelquefois à sa suite un affaiblissement de l'intelligence et une paralysie plus ou moins complète des membres et des organes des sens.

Dans les premiers temps de l'épidémie, les cas sont en général

graves ou foudroyants ; la mort arrive au bout de deux ou trois jours ; au plus fort de l'épidémie, elle est habituellement retardée jusqu'au cinquième ou au sixième jour ; vers la fin de l'épidémie, les cas de guérison deviennent nombreux, et la maladie présente souvent une forme abortive dans laquelle les symptômes peuvent se borner à une céphalalgie plus ou moins vive avec douleur et raideur à la nuque.

La méningite cérébro-spinale paraît s'être manifestée parfois chez les enfants en dehors de toute influence épidémique (Henoch) (1).

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la méningite est très important en pratique par la gravité du pronostic qu'il entraîne ; il n'est pas toujours facile, surtout chez les jeunes enfants, à cause du retentissement banal sur l'encéphale soit des auto-intoxications intestinales ou urémiques, soit des toxines des maladies infectieuses (fièvres éruptives, fièvre typhoïde, pneumonie, angines, etc.).

En présence d'accidents cérébraux brusques, il faut s'enquérir d'abord si l'enfant a fait une chute ou si on l'a laissé tomber, ce que les bonnes cherchent souvent à cacher. Ensuite, il faut examiner avec soin l'appareil auditif, soit par la palpation et la percussion de la région mastoïdienne et squameuse, soit par l'otoscope.

La prédominance de la céphalalgie et des vomissements n'a qu'une importance relative ; il n'en est plus de même pour tout symptôme de foyer indiquant une lésion même fugitive de la convexité ou de la base du cerveau. Les plus fréquents dans la méningite aiguë franche sont les convulsions limitées à un côté du corps, à la face ou au bras, surtout quand elles sont suivies d'un affaiblissement passager ou permanent de la motilité; le strabisme et le myosis, les pupilles oscillantes, les troubles vaso-moteurs sont également des indices précieux.

Bouchut avait depuis longtemps attiré l'attention sur les *fausses méningites*. On a cru dernièrement simplifier le problème en réunissant toutes les difficultés du diagnostic sous le nom de *méningisme*, qui ne résout pas celles-ci. Il vaut mieux les étudier séparément.

Les *convulsions essentielles de l'enfance* se distinguent de celles de la méningite par leur apyrexie ou par le peu d'intensité de la fièvre qui les accompagne et surtout par le fait que dans l'intervalle des crises l'enfant reprend toute sa connaissance ; l'assoupissement ne dure que quelques heures. On tiendra compte également des commémoratifs (rachitisme, syphilis héréditaire, prédisposition familiale aux convulsions, indigestion, vers intestinaux, etc.).

Les commémoratifs, l'absence totale de fièvre, la présence de l'albuminurie, distinguent les *accidents cérébraux urémiques* de la méningite à forme comateuse ou convulsive.

(1) Henoch, *Charité Annalen*, XI, 1886.

Les *convulsions initiales* des maladies aiguës telles que la pneumonie, les fièvres éruptives, etc., pourront être facilement prises au début pour les accidents d'une méningite, mais, dans ce cas, les convulsions ne se renouvellent généralement pas après le premier jour, et elles sont bientôt suivies de l'apparition des symptômes caractéristiques de l'affection qui les a provoquées. Si, au contraire, les convulsions persistent et si elles coïncident avec le coma, la céphalalgie, la raideur du cou, une fièvre très intense, des vomissements, le strabisme, des pupilles inégales, punctiformes ou oscillantes, on devra craindre une méningite aiguë.

Nous avons parlé, à propos de la *grippe* (p. 263), du diagnostic de la forme pseudo-méningitique de cette affection avec la méningite aiguë.

La forme fébrile de l'*hémorragie méningée* peut simuler une méningite franche, mais s'en distingue par des convulsions moins violentes, par une fièvre moins élevée et par la contracture des extrémités.

La *pneumonie franche à forme cérébrale* peut simuler complètement la méningite ; il ne faut pas oublier que cette dernière peut survenir comme complication, dans le cours d'une pneumonie du sommet surtout. Le diagnostic de la méningite se fondera sur la persistance des convulsions et de l'encéphalopathie et sur l'apparition des symptômes de localisation cérébrale.

La *fièvre typhoïde* peut présenter dans son cours des accidents cérébraux graves simulant la forme phrénétique de la méningite, mais ces symptômes n'éclatent jamais dès le début, et le délire n'atteint la même violence que lorsque la maladie est compliquée d'une véritable méningite.

Le diagnostic avec la *méningite tuberculeuse* sera indiqué plus loin.

PRONOSTIC. — Quoique moins grave que la méningite tuberculeuse, la méningite franche guérit très rarement quand elle est étendue et va jusqu'à la suppuration. La méningite épidémique est la forme qui guérit le plus souvent.

TRAITEMENT. — **Prophylaxie.** — Des pansements antiseptiques en cas de traumatisme cranien et le traitement précoce des affections inflammatoires de l'appareil auditif constitueront la meilleure prophylaxie de la méningite aiguë.

Dans les cas de méningite cérébro-spinale épidémique, on recommandera l'isolement des malades et les mesures de désinfection.

Thérapeutique. — Le traitement antiphlogistique est conseillé par tous les auteurs contre la méningite aiguë ; il doit être appliqué

de bonne heure et gradué suivant l'âge. Des sangsues aux apophyses mastoïdes dans la forme ordinaire, ou à l'anus dans la forme cérébro-spinale, l'application de la glace sur la tête préalablement rasée, le mercure administré à l'extérieur en frictions ou à l'intérieur sous la forme de calomel à doses réfractées, les bains froids, si la température est élevée, mais surtout les bains tièdes prolongés et répétés avec affusions sur la tête, telles sont les ressources de la thérapeutique dans les premiers jours. Plus tard, il faut s'abstenir des sangsues, les émissions sanguines paraissant alors hâter plutôt que retarder la terminaison fatale.

Dans le cours de la maladie, plusieurs auteurs, tels que Rilliet et Barthez, Chauffard, Forget, recommandent l'*opium* pour combattre le délire, dans la forme épidémique surtout. Ce médicament calme les symptômes nerveux, comme dans le délirium tremens; Rilliet cite un cas de guérison chez un enfant de sept mois atteint de méningite, auquel il fit prendre journellement 7 centigrammes d'opium pendant huit jours consécutifs.

Quand le délire est violent, il faut surveiller l'enfant de près. Il vaut mieux le faire coucher sur un matelas étendu par terre que de le lier dans son lit ou de lui mettre la camisole, moyen barbare qui torture l'enfant sans le calmer.

La *ponction lombaire*, proposée par Quincke (1) en 1891, comme moyen curatif de la méningite séreuse avec symptômes de compression du cerveau, est pratiquée dans l'espace qui sépare les apophyses épineuses de la seconde et de la troisième vertèbre lombaire (2), avec une aiguille creuse ou un trocart (3) dont le diamètre varie de $0^{mm},6$ à $1^{mm},2$. Pour faciliter la pénétration de l'aiguille, le malade est couché en arc sur le côté gauche avec la tête et les jambes fléchies; il suffit en général chez l'enfant d'enfoncer le trocart à une profondeur de 2 ou 3 centimètres pour pénétrer dans le sac arachnoïdien et pour faire suinter à grosses gouttes le liquide céphalo-rachidien. La quantité écoulée a varié de quelques centimètres cubes à 60 et même 80 grammes. Dans un certain nombre de cas, l'opération a été suivie des signes évidents d'une décompression cérébrale indiquée par l'affaissement de la fontanelle et le retour de la connaissance; mais le plus souvent, l'amélioration n'a été que passagère et le nombre des guérisons imputables à la ponction est infime;

(1) Quincke, *Berlin. klin. Woch.*, 1891, p. 929 et 965.

(2) Chipault préfère la ponction sacro-lombaire (voir : Vallée, *Thèse de Paris*, 1896).

(3) Marfan se sert d'une simple aiguille de Pravaz, ayant de 5 à 6 centimètres de long. Son point de repère est une ligne horizontale tangente à la pointe la plus élevée de la crête iliaque et qui passe sur l'apophyse de la quatrième vertèbre lombaire. Il plonge l'aiguille immédiatement au-dessus, sur la ligne médiane, en la dirigeant non pas horizontalement comme l'indique Quincke, mais un peu obliquement de bas en haut (*Presse méd.*, 1895, p. 141).

aussi est-elle abandonnée par la plupart des médecins d'enfants aujourd'hui comme moyen curatif. Il n'en reste pas moins que presque toujours la ponction a été bien supportée et qu'elle n'a paru que très rarement accélérer la terminaison fatale. Elle a rendu de grands services au point de vue du diagnostic, en permettant le plus souvent de reconnaître dans le liquide recueilli les microbes caractéristiques de l'affection (bacilles tuberculeux, méningocoques, etc.).

CHAPITRE II

MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Décrite pour la première fois d'une manière complète par Robert Whytt (1768) sous le nom d'*hydropisie des ventricules du cerveau*, puis sous le nom de *fièvre cérébrale* par Capuron, Chardel, etc., cette maladie a reçu dans le mémoire couronné de Fabre et Constant (1835) le nom de *méningite tuberculeuse*, qu'elle a gardé depuis lors.

ÉTIOLOGIE. — La méningite tuberculeuse atteint également les enfants de toutes les classes de la société. Rare dans les premiers mois de la vie, elle commence à être fréquente à partir de la seconde année. C'est de trois à cinq ans qu'elle fait le plus de victimes; elle devient plus rare après sept ans. Les garçons y sont plus sujets que les filles.

Manifestation d'une maladie générale et infectieuse, elle survient sous l'influence des mêmes causes que les autres affections tuberculeuses. Elle frappe principalement, mais non exclusivement, les enfants nés dans un milieu tuberculeux et peut se développer successivement chez plusieurs membres d'une même famille. Quelques malades observés par Rilliet et Barthez appartenaient à des familles d'hypocondriaques ou d'aliénés.

Les enfants prédisposés à la méningite tuberculeuse sont ordinairement d'une constitution frêle et délicate. Ils présentent parfois un embonpoint remarquable, un teint frais et coloré, mais même alors leurs cils sont longs et soyeux, leurs chairs sont flasques et molles, et leur caractère est très impressionnable.

La maladie est habituellement rapportée par les parents aux causes occasionnelles les plus diverses, telles que la dentition, les vers, une frayeur; l'action de ces causes est très problématique. Par contre, les travaux intellectuels exagérés ou prématurés, une chute ou un coup sur la tête peuvent favoriser ou hâter l'éclosion de la méningite tuberculeuse. (Voir *Tuberculose*.)

La *voie de pénétration du bacille* dans les méninges est le plus