Le strabisme est habituel, ainsi que la tension de la fontanelle. Le tableau clinique est constitué principalement par des attaques de convulsions cloniques, qui alternent avec le coma et sont parfois accompagnées de paralysie. La durée de la maladie a été de deux à quatre jours en moyenne ; la durée la plus courte a été de trente heures et la plus longue de dix à douze jours.

Nous ne connaissons chez les enfants plus âgés que deux observations de la forme foudroyante qui simule la méningite franche ; l'une nous est personnelle, l'autre a été publiée par Rohrer (1). Dans les deux cas, la méningite était limitée à la convexité de l'encéphale et siégeait au niveau de la zone motrice (2).

Dans notre cas, une jeune fille de cinq ou six ans, qui paraissait jusqu'alors être en bonne santé, est prise subitement vers midi de céphalalgie et de fièvre. Nous ne la voyons qu'à six heures du soir et nous la trouvons en proie à de violentes convulsions ; le côté droit de la face, l'épaule et le bras droit sont agités de secousses très nombreuses, presque rythmiques ; la fièvre est très vive, la chaleur de la peau âcre et mordicante. Sous l'influence d'affusions froides répétées, les convulsions cessent dans la soirée, la température se rapproche de la normale, mais la connaissance ne revient pas, et le membre supérieur droit est atteint d'une paralysie flaccide. L'enfant succombe dans le coma sans convulsions le lendemain matin. Nous constatons à l'autopsie un dépôt tuberculeux qui paraît ancien, le long des artères calleuses dans le fond de la scissure interhémisphérique, d'où il s'étend sur la face interne de l'hémisphère gauche ; sur la convexité du même hémisphère, vers la partie moyenne de la scissure de Rolando, la pie-mère est adhérente, fortement congestionnée, et la substance cérébrale sous-jacente est ramollie. Nous ne trouvons aucune lésion dans les autres parties de l'encéphale ; la base du cerveau est parfaitement saine et il n'y a pas d'hydrocéphalie interne. C'était évidemment la localisation de la poussée inflammatoire aiguë à la zone motrice qui avait déterminé l'explosion formidable à laquelle nous avions assisté, tandis que le foyer ancien était resté latent, parce qu'il était localisé à une partie non excitable de l'encéphale.

L'observation de Rohrer se rapproche par plusieurs points de la nôtre. Une petite fille de six ans, qui jouissait d'une bonne santé, est prise à midi, au retour de l'école, de vomissements et d'une légère céphalalgie. Les vomissements se renouvellent dans la soirée avec quelques vertiges. La fièvre devient intense, l'enfant perd connaissance et est prise de convulsions toniques et cloniques des deux extrémités avec trismus ; les convulsions, qui avaient cédé à des affusions froides, reprennent bientôt après et la malade meurt deux heures et demie après leur début. A l'autopsie, on trouva un exsudat et des granulations tuberculeuses le long des deux scissures de Sylvius ; la base du cerveau était saine.

(1) Rohrer, *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1878, p. 501.

(2) Dans un mémoire de Combe (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1898, p. 194) sur la méningite en plaque, publié depuis notre précédente édition, nous trouvons une observation relative à un enfant de quatre ans et demi analogue à la nôtre.

Forme latente. — Enfin, dans certains cas rares, la tuberculisation méningée passe complètement inaperçue ou ne se révèle qu'un ou deux jours avant la mort par un peu d'assoupissement ou quelques mouvements convulsifs. Dans ces cas, l'autopsie peut faire constater la présence non seulement de granulations méningées, mais même de lésions inflammatoires de la pie-mère, parfois aussi de tubercules cérébraux dans la substance des hémisphères.

Cette forme latente est plus fréquente lorsque les enfants sont atteints depuis longtemps de phtisie pulmonaire que dans les cas de tuberculisation généralisée récente (Rilliet et Barthez).

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la méningite tuberculeuse régulière est facile quand on peut avoir des renseignements complets ou suivre l'enfant dès le début de la maladie. Dans les formes irrégulières, il est plus difficile ; il se fondera sur l'apparition d'accidents cérébraux dans le cours d'une affection tuberculeuse du poumon.

L'*ophtalmoscopie*, dont on a naguère vanté l'importance dans le diagnostic des maladies cérébrales de l'enfance (Heintzel, Bouchut), a permis de reconnaître dans quelques cas de méningite la présence de tubercules sur la choroïde, d'une neuro-rétinite ou d'une papille étranglée due à la compression des vaisseaux de la base du crâne par l'exsudat inflammatoire ou par l'hydrocéphalie. Néanmoins l'ophtalmoscope est rarement utile, car le plus souvent il ne révèle aucune altération appréciable du fond de l'œil, et habituellement, lorsque des lésions se développent en ce point, elles ne deviennent apparentes qu'à un moment où les symptômes et la marche de la maladie ne laissent plus aucun doute sur sa nature.

Nous recommandons un autre signe, parfois précoce, de la méningite tuberculeuse, qui nous a permis de reconnaître celle-ci avant l'apparition des symptômes cérébraux proprement dits, c'est l'*ataxie statique* (D'Espine). Pour le constater, on met l'enfant sur ses pieds et l'on voit se produire alors de grandes oscillations du tronc, qui finissent fatalement par une chute, si l'on ne retient pas le petit malade. Parfois celui-ci peut faire quelques pas, mais en titubant, comme s'il était ivre. Une grande angoisse se peint en même temps sur ses traits. Nous considérons ce phénomène comme un moyen utile pour distinguer dans les cas difficiles une méningite tuberculeuse d'une céphalalgie nerveuse ou hystérique, ou bien d'un embarras gastrique. Ce signe n'est pas absolument pathognomonique pour la méningite tuberculeuse, puisqu'il a été signalé chez un ma-

lade atteint d'abcès du cerveau, mais dans ce dernier cas, l'étiologie permet en général d'établir le diagnostic.

L'*éclampsie* pourra être difficilement confondue avec la méningite tuberculeuse; elle s'en distingue par des convulsions plus générales et plus complètes, et surtout par un état de santé presque normal entre les attaques.

L'*hystérie* peut débuter exceptionnellement chez les enfants par des symptômes imitant ceux de la méningite tuberculeuse; la marche de la maladie éclairera le diagnostic. Ollivier (1) en rapporte un exemple intéressant relatif à une petite fille de six ans.

La première période de la méningite peut être simulée par un *embarras gastrique* ou par les phénomènes d'auto-intoxication résultant de la *dilatation de l'estomac*; la somnolence, la respiration suspirieuse, le ralentissement du pouls, la céphalalgie, les vomissements feront quelquefois soupçonner une méningite tuberculeuse au début, mais on se rassurera bientôt s'il n'apparaît aucun des symptômes de foyer (paralysie, etc.), qui viennent tôt ou tard caractériser cette affection.

On confondra rarement la méningite tuberculeuse avec la *méningite franche*. En effet, dans cette dernière, la fièvre est dès le début beaucoup plus vive; on observe un délire bruyant, souvent furieux, ou des attaques de convulsions coup sur coup, une marche beaucoup plus rapide. Les accidents méningitiques irréguliers qui peuvent survenir dans le cours de la phtisie avancée, simulent parfois la méningite franche par leur courte durée et l'apparition du délire dès le premier jour, mais l'existence concomitante de la phtisie permettra toujours de les rapporter à leur véritable cause. Dans la forme foudroyante, au contraire, qui survient dans le cours d'une bonne santé et qui est propre aux très jeunes enfants, le diagnostic sera à peu près impossible. Il est enfin des cas de méningite qui ressemblent à la méningite tuberculeuse par leurs symptômes, mais qui en diffèrent parce que les rémissions sont le point de départ d'une amélioration réelle et parfois d'une guérison complète. Ces cas appartiennent probablement le plus souvent à la méningite simple non tuberculeuse (hydrocéphalie aiguë vraie). Il existe également des méningites de nature syphilitique, qui peuvent guérir par le traitement mixte (calomel et iodure) et qui ne diffèrent de la méningite tuberculeuse que par leur terminaison heureuse sous l'influence de cette médication.

Le diagnostic avec les *scléroses* et les *tumeurs cérébrales* sera indiqué plus loin.

Le diagnostic de la méningite tuberculeuse avec la *fièvre typhoïde* peut offrir des difficultés sérieuses chez les enfants, surtout dans la

(1) Ollivier, *Assoc. franç. pour l'avancement des sciences*, 1891.

forme aiguë généralisée de la tuberculose. Nous l'avons exposé ailleurs (Voy. p. 152).

Marshall Hall (1) a décrit sous le nom de *maladie hydrocéphaloïde* un état cérébral particulier dû probablement à une anémie de l'encéphale et qui survient chez des enfants épuisés par une diarrhée chronique ou par une perte de sang abondante. Cet état peut en imposer quelquefois pour une méningite tuberculeuse secondaire à forme irrégulière; il présente deux stades. Dans le premier (*stade d'irritation*), on observe de la fièvre et une irritabilité nerveuse extrême; l'enfant grince des dents, soupire et pousse des gémissements pendant le sommeil; il a de la diarrhée et du tympanisme. Dans le second (*stade de collapsus*), le visage devient pâle, les joues sont froides et décolorées, les paupières sont demi-closes, le regard est vague, les pupilles sont peu sensibles à la lumière, la respiration devient suspirieuse et irrégulière, et l'on voit apparaître parfois du râle trachéal. L'enfant peut succomber rapidement dans un état comateux ou à une attaque de convulsions, si on ne lui administre pas des stimulants énergiques, tels que les ammoniacaux, le cognac, l'opium. Il suffira de connaître la possibilité et la nature de ces accidents nerveux dans le cours de la diarrhée infantile, pour ne pas les confondre avec une vraie méningite. Il ne faut pas oublier cependant que les complications cérébrales de la gastro-entérite sont dues parfois à une phlegmasie de nature infectieuse (hydrocéphalie aiguë, phlébite du sinus longitudinal supérieur).

PRONOSTIC. — Le pronostic de la méningite tuberculeuse est des plus graves. Rilliet, tout en regardant comme apocryphes la plupart des exemples de guérison de la méningite tuberculeuse rapportés par les auteurs, en a publié cependant quelques observations incontestables. Dans trois cas qui lui sont personnels et dont un a été suivi d'autopsie, après une récidive, il a constaté la disparition complète des symptômes de la méningite. La guérison a eu lieu tantôt après la première période, tantôt au début de la seconde, exceptionnellement même dans le cours de la troisième période après plusieurs semaines de maladie, mais les enfants ont été presque tous emportés par une récidive dans la même année ou quelques années plus tard. Lebert (2) a également constaté deux fois dans les méninges des granulations tuberculeuses cicatrisées, à l'autopsie de sujets morts d'une autre affection. R. Blache (3) et Klein (4) ont cité quelques observations d'enfants qui, après avoir présenté des signes évidents de méningite tuberculeuse, ont guéri. Quant à nous,

(1) Marshall Hall, *Lect. on the nervous System*, 1836, p. 66.
(2) Lebert, *Klinik der Brustkrankheiten*, 1874, II, p. 415.
(3) R. Blache, *Union médicale*, 12 avril 1881.
(4) Klein, *France médicale*, 1891, nos 66 et 67.

nous n'avons jamais vu guérir ou s'améliorer d'une manière durable les enfants atteints de cette maladie. Cadet de Gassicourt (1), qui a recueilli ou observé quelques cas de guérison de méningite simulant la méningite tuberculeuse, reconnaît qu'il s'agissait de méningites développées autour de tumeurs tuberculeuses, de gommes syphilitiques, de scléroses cérébrales ou de néoplasmes de diverses natures.

TRAITEMENT. — Il faut chercher à préserver par une hygiène bien entendue les enfants prédisposés à la tuberculisation méningée; les cheveux devront être courts; la tête sera peu couverte et élevée pendant le sommeil; on développera avant tout les forces physiques de l'enfant et on laissera reposer aussi longtemps que possible ses facultés intellectuelles; on ne permettra des études proprement dites qu'après l'âge de onze ou douze ans. Rilliet recommande en outre de respecter toutes les éruptions chroniques du cuir chevelu. (Voy. *Tuberculose*, p. 380, pour la prophylaxie en général.)

Lorsque la maladie est déclarée, on évitera toute médication violente, telle que les sangsues, les vésicatoires ou les frictions stibiées sur la tête, moyens dont l'inefficacité est notoire et qui tourmentent inutilement l'enfant. On se bornera à prescrire l'*iodure de potassium* à l'intérieur (de 30 centigrammes à 1 gramme par jour chez les jeunes enfants, de 2 à 4 grammes chez les enfants plus âgés) et des frictions sur le cuir chevelu préalablement rasé avec l'*onguent napolitain* ou avec une *pommade iodoformée* (vaseline 30 grammes, iodoforme 4 grammes). Les frictions avec cette dernière pommade, préconisées par Nilsson, auraient donné quelques succès; nous les avons essayées nous-mêmes, et elles ne nous ont pas réussi lorsque la maladie était confirmée, mais nous avons vu quelques cas où les symptômes nous paraissaient être ceux des prodromes d'une méningite tuberculeuse, s'amender et guérir, lorsque nous les avions employées.

On cherchera en outre à atténuer les accidents les plus pénibles. On combattra la constipation par des purgatifs doux (huile de ricin, calomel et scammonée, etc.), la céphalalgie par l'application d'une vessie de glace ou de compresses froides sur la tête et des bains de pieds sinapisés, les vomissements par la glace à l'intérieur et la potion de Rivière, les convulsions et le délire par le *bromure de potassium* à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes par jour suivant l'âge, par le *chloral* à la dose de 20 à 50 centigrammes ou par l'*opium* (1 à 10 gouttes de laudanum suivant l'âge).

La *ponction lombaire*, qui a rendu des services pour le diagnostic de la méningite tuberculeuse, ne peut être recommandée comme moyen thérapeutique, elle a quelquefois amené des améliorations

(1) Cadet de Gassicourt, Traité clinique des maladies de l'enfance, 1884, t. III, p. 597.

passagères, mais nous ne connaissons aucun cas où elle ait été suivie de guérison.

CHAPITRE III

ABCÈS DU CERVEAU

ÉTIOLOGIE. — L'abcès du cerveau est une maladie assez rare, plus encore chez l'enfant que chez l'adulte. Meyer, dans un relevé de 90 cas, n'en a trouvé que 15 au-dessous de vingt ans et que 3 au-dessous de dix ans. La plupart des observations que nous avons recueillies dans les auteurs se rapportent à des enfants de neuf à quatorze ans. L'abcès du cerveau peut néanmoins se rencontrer aussi dans le premier âge. Lallemand cite le cas d'un abcès idiopathique chez un enfant de neuf mois. Wyss trouva tout l'hémisphère gauche transformé en un vaste kyste purulent chez un garçon d'un an qui avait fait une chute sur la tête quelques semaines auparavant. La maladie paraissait dater de plusieurs mois chez un enfant de quatorze mois, à l'autopsie duquel Warner constata la présence de deux abcès dans les hémisphères.

D'après Gerhardt, plus des deux tiers des cas observés chez les enfants se rapportent à des garçons.

Dans quelques cas, la maladie paraît se développer spontanément sans cause appréciable. Le plus souvent, elle se déclare à la suite d'un *traumatisme* ou d'une *otorrhée* ancienne compliquée de carie du rocher.

L'encéphalite traumatique survient parfois après une chute, des coups sur la tête ou une plaie pénétrante du crâne par instruments piquants, tels que la pointe d'un clou ou des ciseaux ; elle peut se produire même sans plaie et sans fracture du crâne, par simple commotion ou contusion de l'encéphale. L'abcès traumatique siège ordinairement dans les lobes frontaux ou pariétaux.

L'*oreille moyenne* est le point de départ le plus fréquent, chez l'enfant, des suppurations méningées et cérébrales. Ces complications sont exceptionnelles dans l'otite aiguë ; en effet, la muqueuse et les os encore intacts offrent une barrière suffisante à l'invasion microbienne. Dans quelques cas rares d'otite suraiguë, on a vu la propagation se faire au cerveau par l'intermédiaire des veines thrombosées de la caisse (1). L'otite chronique, avec suppuration de l'antre et des cellules mastoïdiennes et la carie du rocher qui la complique souvent, constituent un danger permanent d'infection intra-cranienne. Le danger est moindre quand le pus se fait jour sous le périoste de l'os

(1) Mac-Ewen, *loc. cit.*