

des améliorations temporaires se produisent et la vie se prolonge pendant plusieurs semaines.

Lorsque la méningite tuberculeuse est secondaire et qu'il existe dans d'autres parties du corps des lésions tuberculeuses anciennes, le tableau clinique se complique par l'addition des symptômes correspondant à ces lésions; si les granulations tuberculeuses, au lieu de se localiser dans les méninges cérébrales, envahissent à la fois un grand nombre d'organes, on observe, outre les signes de la méningite, ceux de la tuberculose aiguë généralisée qui a été décrite précédemment; la dyspnée s'exagère et la poitrine se remplit de râles, le ventre devient sensible à la pression et l'état typhoïde s'ajoute à l'état méningitique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le siège d'élection des granulations tuberculeuses est à la base du cerveau et principalement dans les scissures de Sylvius. Lorsque les malades succombent rapidement, les granulations tuberculeuses sont très petites, difficiles à voir; les méninges sont seulement rouges, injectées le long des scissures de Sylvius; les exsudats sont peu abondants. Pour mettre en évidence les granulations, il faut écarter les circonvolutions qui bordent la scissure de Sylvius et suivre les branches de l'artère sylvienne, on aperçoit alors de petits points blanchâtres disséminés sur les parois artérielles; on arrache ensuite l'artère sylvienne avec son chevelu de racines et on la place dans un vase rempli d'eau, de façon à faire flotter les plus petites ramifications que l'on détache avec des ciseaux, en ayant soin de choisir celles qui présentent des renflements; l'examen histologique de ces artéριοles permet de constater la structure typique des granulations tuberculeuses au niveau des renflements; tantôt les tubercules entourent complètement le vaisseau, tantôt ils sont développés d'un seul côté comme des anévrysmes sacciformes.

Lorsque l'évolution de la maladie est moins rapide, les tubercules deviennent plus volumineux, ils gagnent les plexus choroïdes, la toile choroïdienne et ils s'étendent même à la convexité des hémisphères. Des exsudats jaunâtres existent presque toujours alors au voisinage des tubercules, le long des scissures de Sylvius et autour des nerfs crâniens, en particulier au niveau du chiasma des nerfs optiques.

Les ventricules sont distendus par de la sérosité en quantité variable; nous avons vu que cette lésion avait été regardée pendant longtemps comme la principale. Le trigone cérébral qui baigne dans

l'épanchement ventriculaire est généralement ramolli, diffluent, ainsi que la surface des ventricules latéraux. Les méninges se détachent assez difficilement au niveau des points enflammés, la substance cérébrale sous-jacente est injectée, ramollie.

Pour rechercher les tubercules de la choroïde il faut énucléer les yeux, pratiquer une coupe perpendiculaire à l'axe antéro-postérieur et décoller avec soin la rétine, qui, devenue opaque sur le cadavre, empêcherait de voir les granulations tuberculeuses. La rétine une fois enlevée, les tubercules de la choroïde apparaissent sous forme de petites taches blanchâtres, arrondies, facilement visibles à l'œil nu sur le fond noir de la choroïde.

En général, il existe en même temps des tubercules dans les organes thoraciques et abdominaux.

Landouzy a cherché à expliquer par la théorie des localisations cérébrales quelques-uns des symptômes de la méningite tuberculeuse; il a fait remarquer avec raison que l'inflammation se propageant le long des scissures de Sylvius arrive au voisinage des circonvolutions motrices (frontale et pariétale ascendantes); les paralysies qui s'observent à une période avancée de la méningite s'expliqueraient par une encéphalite superficielle localisée aux points psycho-moteurs; il est possible aussi que l'irritation des zones motrices joue un rôle dans les phénomènes d'excitation, tels que contractures et convulsions; mais nous savons que l'irritation des méninges peut donner et donne très souvent lieu à ces phénomènes. L'excitation des points psycho-moteurs n'est donc pas indispensable et de fait les circonvolutions motrices sont souvent intactes chez des malades qui ont succombé à la méningite tuberculeuse, après avoir présenté des contractures et des convulsions. L'intégrité de la surface convexe des hémisphères explique pourquoi le délire a beaucoup moins d'intensité que dans la méningite inflammatoire. Les exsudats qui entourent les nerfs oculo-moteurs rendent compte du strabisme.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — La céphalalgie, les vomissements, la fièvre rémittente, la diminution de fréquence du pouls, le strabisme, les convulsions épileptiformes, les contractures, puis les paralysies des extrémités, l'existence de lésions tuberculeuses dans d'autres parties de l'économie, tels sont les principaux signes de la méningite tuberculeuse; la constatation de granulations tuberculeuses de la choroïde est pathognomonique.

Nous avons eu déjà l'occasion de signaler dans le cours de la des-

cription les principaux caractères différentiels de la méningite aiguë franchement inflammatoire et ceux de la méningite tuberculeuse; ces caractères peuvent se résumer ainsi :

Méningite aiguë franche : Début brusque, fièvre très vive, continue, céphalalgie intense, délire précoc et violent.

Méningite tuberculeuse : Début lent, insidieux, marche moins rapide et moins continue que dans la forme précédente, fièvre rémittente dépassant rarement 38°,5 à 39 degrés, céphalalgie moins intense, en général, que dans la méningite de la convexité, délire nul ou tardif.

Le diagnostic est encore facilité lorsqu'il existe des lésions tuberculeuses manifestes dans d'autres parties de l'économie; l'examen ophthalmoscopique peut trancher d'un coup la question, en permettant de constater l'existence de granulations tuberculeuses des choroïdes.

L'élévation peu considérable de la température, les vomissements, la céphalalgie, le ralentissement du pouls, l'absence de diarrhée, de douleur dans la fosse iliaque et de taches rosées séparent nettement la méningite tuberculeuse de la fièvre typhoïde.

La présence de vers intestinaux peut occasionner des troubles nerveux analogues à ceux de la méningite; la physionomie prend un air étrange, les pupilles se dilatent; il se produit des vomissements et des convulsions. La température du corps ne s'élève pas dans ce dernier cas au-dessus de la normale; l'administration des vermifuges tranche du reste la question lorsqu'elle est douteuse. Il ne faut pas oublier que les malades atteints de méningite tuberculeuse ont souvent des ascarides; l'élimination de ces vers n'a alors aucune influence sur la marche de la maladie, tandis que les accidents d'origine vermineuse disparaissent aussitôt après l'expulsion des parasites.

La méningite tuberculeuse se termine presque toujours par la mort; quelques faits tendent à démontrer que la guérison est possible, quoique tout à fait exceptionnelle.

Le *traitement* est analogue à celui de la méningite aiguë; les émissions sanguines seront employées seulement avec plus de réserve. L'application continue du froid sur la tête, le bromure de potassium à haute dose et les purgatifs constituent la médication la plus rationnelle et la moins inefficace d'après notre propre expérience. Lorsque les accidents aigus ont disparu, on peut insister sur les révulsifs et prescrire l'iodure de potassium, qui a été beaucoup préconisé par quelques auteurs.

WHYTT. Observ. on the dropsy of the brain. Édinb., 1768. — ODIER. Mémoire sur l'hydrocéphale interne (Mém. de la Soc. royale de méd., 1779). — COINDET. Mémoire sur l'hydrocéphale. Genève et Paris, 1817. — RUFZ. Quelques recherches sur les symptômes et les lésions anat. de la maladie connue sous les noms d'hydrocéphale aiguë, fièvre cérébrale, etc. Paris, thèse, 1835. — BAYLE, GUERSANT. Op. cit. — PIET. Thèse, Paris, 1836. — LEDIBERDER. Thèse, Paris, 1837. — VALLEIX. De la méningite tuberculeuse chez l'adulte (Arch. gén. de méd., 1838). — RILLIET et BARTHEZ. Op. cit. — ARCHAMBAULT. Article Méningite in Diction. encyclop. des sc. méd. — LE BOUTELLIER. De la méningite spinale tuberculeuse, thèse, Paris, 1872. — RENDU (H). Recherches cliniques et anat. sur les paralysies liées à la méningite tuberculeuse, thèse, Paris, 1873. — LANDOUZY (L). Paralysies liées aux méningo-encéphalites, thèse, Paris, 1876. — DREYFOUS. Essai sur les symptômes protuberantiels de la méningite tuberculeuse, thèse, Paris, 1879. — D'ESPINE et PICOT. Malad. de l'enfance.

DES NÉVROSES.

DÉFINITION. CLASSIFICATION.

Les névroses sont des maladies apyrétiques caractérisées par des troubles divers du système nerveux sans lésion matérielle *appréciable*.

La classe des névroses est destinée à disparaître, car tout effet a une cause, et il n'est pas admissible que des troubles morbides aussi graves que ceux du tétanos ou de l'épilepsie, aussi persistants que ceux de la paralysie agitante, par exemple, se produisent sans modifications préalables de quelques parties du corps. Déjà les progrès de l'anatomie pathologique ont rétréci le cadre des névroses qui comprenait, il n'y a pas bien longtemps : l'ataxie locomotrice, la paralysie infantile, la paralysie générale et l'éclampsie; les lésions des trois premières de ces maladies sont aujourd'hui bien connues; quant à l'éclampsie, elle ne constitue pas une entité morbide distincte; elle est caractérisée par des convulsions épileptiformes qui peuvent se développer sous l'influence de différents causes et en particulier dans l'urémie. Les épilepsies symptomatiques ont été séparées de l'épilepsie idiopathique et l'hémichorée post-hémiplégique de la chorée véritable. Enfin des faits déjà nombreux tendent à démontrer que le tétanos est dû à une myélite diffuse, mais de nouvelles recherches sont nécessaires pour trancher définitivement la question.

Il est impossible de classer les névroses au point de vue anatomique, puisqu'on ignore absolument quel est leur siège; la clinique seule peut fournir les bases d'une classification provisoire; nous décrivons :