

moyen de le savoir, c'est de pratiquer la ponction lombaire et d'examiner le liquide céphalo-rachidien."

Nous pratiquons le lendemain la ponction devant les élèves, prenant 20 grammes d'un liquide absolument limpide, mais qui sont avec un peu de pression.

Le cyto-diagnostic, fait au laboratoire par le Dr Derôme, révèle une lymphocytose assez abondante, confirmant le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Le malade est très mal toute la journée du 15. La température s'élève à 103 degrés F.; le coma est beaucoup plus prononcé; le pouls est irrégulier et intermittent, la transpiration bondante; on note des convulsions partielles du côté droit, qui se répètent à plusieurs reprises.

Le 16, à la visite, le malade est couché en chien de fusil, la nuque pliée en arrière; le pouls est rapide, presque imperceptible. Quand on touche la tête, une vive souffrance se peint sur la figure.

Le malade meurt dans la nuit.

Cette observation est, en somme, assez banale. Elle ne fait que confirmer des notions bien connues: par exemple, l'extrême acuité de la période terminale de la méningite tuberculeuse, qui peut d'abord demeurer insidieuse ou silencieuse; l'absence fréquente, même à la période aiguë, de symptômes méningitiques considérés comme significatifs, tel que le vomissement, ce qui rend le diagnostic clinique plus difficile; enfin l'extrême importance dans les cas de ce genre du cyto-diagnostic qui fournit la preuve la plus irréfutable de la méningite, et qui même précise sa nature.

Aussi, si je vous communique cette observation de méningite tuberculeuse, ce n'est que pour servir d'introduction au rapport anatomo-pathologique du Dr Derôme, pour vous mettre à même d'apprécier la jolie pièce que cet excellent collaborateur doit vous présenter. Vous constaterez, en examinant cette pièce, ainsi que la coupe histologique, que la méningite est bien de nature tuberculeuse, mais que les localisations dans le cas présent, sont un peu spéciales, puisqu'elles prédominent au sommet et nous offrent un exemple d'envahissement intra-ventriculaire. Nous ne connaissons rien des poumons; l'autopsie n'a pu être faite que sur la tête, et encore, pour l'obtenir, nous a-t-il fallu user de ruse avec l'inspecteur d'anatomie.

*Rapport du Dr Derôme. — "Macroscopie. —* La méningite tuberculeuse a à peu près respecté la base du cerveau. On ne trouve aucune granulation dans l'espace interpedunculaire et quelques unes très discrètes dans la région sylvienne. La région rolandique est indemne. D'un autre côté, les granulations sont très nombreuses tout le long de la scissure interhémisphérique; il existe en outre quelques placards fibrineux jaunâtres. A ce niveau, les méninges (pie-mère et arachnoïde) sont épaissies et adhérentes.

"A la coupe, on trouve les ventricules distendus par un liquide abondant. Les plexus choroïdes sont couverts de granulations tuberculeuses, et, de chaque côté, dans la partie du plexus qui se trouve dans la corne postérieure de chaque ventricule, il existe un petit tubercule de la

grosseur d'un navire et complètement ramolli dans son intérieur."

*"Microscopie. —* L'examen microscopique n'a pas permis de déceler les bacilles de Koch; mais, dans les coupes faites au niveau des plexus choroïdes, on trouve très bien les lésions caractéristiques tuberculeuses, lesquelles envahissent surtout la gaine lymphatique des vaisseaux. Une coupe faite au niveau des deux tubercules ramollis a permis de constater un magma composé de globules graisseux, de globules blancs dégénérés et de sels calcaires. Sur la coupe ci-jointe, on voit dans la paroi du tubercule une granulation tuberculeuse typique, — on pourrait dire au premier stade d'évolution: elle est entièrement formée de cellules rondes."

*Observation II. — Méningite aiguë suppurée à méningocoques. —* Il s'agit d'un malade apporté mourant dans le service, et qui succomba le lendemain de son entrée. Le malade était dans un coma complet et présentait des mouvements de contracture des deux bras. Son état était tellement grave, que l'examen clinique demeura fort incomplet, et que, entre autre chose, nous ne crûmes pas devoir pratiquer la ponction lombaire. Le sujet étant jeune, n'ayant pas uriné, nous avions pensé au premier abord au coma urémique; mais l'intensité des symptômes cérébraux, leur extrême gravité nous firent bien vite changer d'idée; nous portâmes le diagnostic de lésion cérébrale, très probablement méningite, sans pouvoir l'affirmer d'une manière précise, mais sachant bien qu'une autopsie prochaine nous renseignerait amplement sur ce point.

L'autopsie de ce cas fut complète; seul, le cerveau était malade. Toute la partie supérieure du cerveau était couverte d'une nappe purulente étalée dans les séreuses et fusant le long des vaisseaux congestionnés. Les méninges, comme c'est habituellement le cas, adhéraient au crâne près du sillon interhémisphérique. La pièce fut confiée au Dr Derôme pour le montage et l'examen bactériologique. Celui-ci révéla dans le pus la présence des méningocoques de Weichselbaum.

J'ai su depuis, par un membre de la famille, que ce cas de méningite aiguë suppurée avait évolué en huit jours. Le malade, un alcoolique, après avoir fêté le samedi et le dimanche, était retourné le lundi à son ouvrage. Mais le mardi matin, il déclara qu'il n'était pas bien, se plaignit de malaise général, de courbature, de mal de tête, et resta couché. La céphalagie, la constipation, les vomissements s'installèrent. Puis ce fut l'affaiblissement graduel, et enfin le coma, le transport à l'hôpital le dimanche soir, et la mort le lundi dans la veillée.

La très belle pièce que le Dr Derôme a préparée démontre, mieux que ce résumé d'observation, l'intensité et la gravité de l'inflammation des méninges chez cet homme. Vous pourrez constater également, sur la préparation microscopique, la grande analogie qui existe entre le méningocoque de Weichselbaum et le gonocoque.

M. Derôme, directeur du laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital Notre-Dame, présente les préparations suivantes:

10. — Les deux tiers supérieurs d'un cerveau atteint