

plusieurs fois le malade s'égara dans la rue et dut être ramené par la police. Quand sa jambe fut prise, en septembre dernier, il entra à l'hôpital, en chirurgie, et là on lui proposa la trépanation. A ce moment, il avait déjà eu des attaques de coma durant environ une heure; mais, nous n'avons pu savoir si, pendant ces attaques, il avait présenté des convulsions. Le malade refusa la trépanation avec raison, comme nous le verrons tout à l'heure, et se sauva chez lui. Pendant six semaines, son état demeura sans modifications, puis le 28 octobre, à cinq heures du soir, il tomba dans le coma et nous fut amené.

Ces renseignements, comme vous le voyez, vous font rejeter bien loin l'hypothèse du coma initial. Si nous les avions eus quand le malade est arrivé, quel jugement aurions-nous porté? Nous pouvions penser à une tumeur cérébrale ou à un exsudat faisant office de tumeur sur la région motrice. La fièvre existant, cela nous amenait forcément au diagnostic de méningite périphérique, et, comme on nous apprenait les antécédents héréditaires de notre malade, nous arrivions encore au diagnostic de méningite tuberculeuse. En effet, le père était mort phthisique vers l'âge de 35 ans; un frère et une sœur avaient succombé à la même maladie, et nous devions forcément admettre l'existence d'une méningite d'abord lente, se terminant ensuite par une poussée aiguë.

Le malade mourut le 2 au soir, après avoir présenté une température de 40 degrés.

L'autopsie, en rapport avec l'ensemble de l'histoire du malade, nous montra d'abord qu'il n'y avait pas de méningite tuberculeuse, mais qu'il s'agissait de tumeurs cérébrales, de volume très variable, dont deux assez grosses. Le trépan aurait d'autant plus échoué que les deux grosses tumeurs étaient profondes. Ces tumeurs, Messieurs, n'étaient pas de nature tuberculeuse. Dois-je rougir de mon erreur? Non, car je ne savais rien; si le coma avait été initial, je ne pouvais songer à une autre infection qu'à la méningite tuberculeuse de l'adulte. Il est évident qu'il y a eu des symptômes en foyers, peut-être même le chirurgien a-t-il pu constater l'existence d'un peu d'épilepsie jacksonienne. J'aurais pu dire alors tumeur cérébrale, mais avec les renseignements de famille, j'ai dû m'en tenir à mon diagnostic de méningite tuberculeuse devenue aiguë à la fin.

Les tumeurs étaient des entozoaires, des kystes hydatiques stériles. Deux sortes d'entozoaires peuvent être rencontrées dans l'encéphale; l'échinocoque que rien ne différencie de la tumeur cérébrale, et qui ne siège pas dans une région déterminée, et le cysticercue, qui affecte surtout les couches corticales des hémisphères. Griesinger, se basant sur cette localisation, a admis que le cysticercue avait une symptomatologie particulière, dépendant du reste de son siège et que l'échinocoque n'en avait pas. Or, dans notre cas, le tableau symptomatique causé par les échinocoques