

MÉNINGITE AIGUE.

La méningite aiguë franche ou inflammation de la pie-mère et du feuillet viscéral de l'arachnoïde a reçu aussi le nom de *méningite de la convexité*, par opposition à la méningite tuberculeuse qui est une *méningite de la base*. Ces localisations différentes du processus inflammatoire sont importantes à signaler, car elles expliquent en grande partie les différences symptomatiques qui existent entre la méningite franche et la méningite tuberculeuse; nous chercherons plus tard à comprendre pourquoi l'inflammation prédomine à la convexité des hémisphères dans le premier cas, à la base du cerveau dans le deuxième.

ÉTIOLOGIE. — La méningite aiguë franche, idiopathique, n'est pas très-commune; lorsqu'on a éliminé tous les cas dans lesquels l'inflammation des méninges est la suite de traumatismes ou d'otites, ainsi que ceux qui relèvent de la méningite cérébro-spinale épidémique, le champ de la méningite aiguë se trouve singulièrement rétréci. La méningite s'observe assez souvent comme complication de la pneumonie, elle a été notée également dans le cours du rhumatisme articulaire, de la fièvre typhoïde et de la scarlatine. Quelques auteurs ont prétendu que l'érysipèle de la face et du cuir chevelu provoquait facilement l'inflammation des méninges; il paraît démontré que le plus souvent les accidents cérébraux qui accompagnent l'érysipèle du cuir chevelu ne dépendent pas d'une méningite de voisinage; en tout cas, il est rare de voir les malades atteints d'érysipèle de la face succomber à une méningite.

Parmi les circonstances qui favorisent l'éclosion de la méningite, il faut citer l'insolation, les fatigues intellectuelles et les excès alcooliques.

DESCRIPTION. — La méningite aiguë a un début brusque et elle présente à considérer deux périodes distinctes : une *période d'excitation* et une *période de dépression* ou de *paralysie*.

A. *Période d'excitation*. Les principaux symptômes de cette période sont la *fièvre*, la *céphalalgie*, les *vomissements* et le *délire*.

La température du corps s'élève rapidement à 39 ou 40 degrés et se maintient à ce chiffre avec peu de variations pendant la période d'état; l'ascension brusque de la température s'accompagne assez souvent d'un violent frisson chez l'adulte et de convulsions épilé-

tiformes chez les jeunes enfants. La respiration est accélérée ainsi que le pouls.

La céphalalgie, par sa constance et par son effrayante intensité, constitue un des symptômes les plus caractéristiques de la méningite aiguë. La douleur présente d'ordinaire son maximum d'intensité à la région frontale, il semble aux malades que leur tête va éclater, ou bien au contraire ils éprouvent une sensation de constriction et des douleurs lancinantes qui leur arrachent des cris ou des gémissements. Le moindre mouvement, toutes les impressions venues du dehors exagèrent les souffrances; les malades restent immobiles dans leur lit, ils fuient la lumière et le bruit; leurs réponses sont brèves et empreintes d'une certaine impatience.

Les vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, se répètent avec une fréquence variable.

Le délire qui ne tarde pas à se produire est bruyant, agité; les malades prononcent des phrases sans suite ou poussent des cris aigus, ils sont tourmentés par des hallucinations et cherchent sans cesse à sortir de leur lit; on est parfois obligé d'employer la camisole de force pour les empêcher de s'échapper.

On observe chez la plupart des malades une raideur du cou et un renversement de la tête en arrière; les muscles moteurs des yeux en se contracturant produisent le strabisme; les pupilles sont rétrécies; les muscles des extrémités peuvent aussi se contracturer.

La face est tantôt pâle, tantôt injectée; la physionomie exprime la douleur ou la colère, les mâchoires serrées permettent difficilement l'introduction des boissons; les grincements de dents ont parfois une horrible intensité.

Du côté des voies digestives, il faut noter, outre les vomissements, la constipation et l'affaissement de l'abdomen qui se creuse en bateau. Il existe d'ordinaire de la rétention d'urine.

B. *Période de dépression*. L'agitation diminue ou disparaît et fait place à la somnolence, les muscles contracturés se relâchent et se paralysent, l'anesthésie succède à l'hyperesthésie. Les pupilles qui étaient contractées se dilatent. Le pouls se ralentit, il ne bat souvent que 40 ou 50 fois à la minute, bien que le thermomètre marque encore 39 ou 40 degrés. Cette discordance entre la fréquence du pouls et l'élévation de la température a été signalée avec raison par tous les auteurs comme un des principaux caractères de la méningite aiguë. Le calme succédant à l'agitation et au délire bruyant de

la première période pourrait faire croire à une amélioration ; la somnolence de plus en plus marquée, l'élévation persistante de la température, la diminution de la sensibilité et de la contractilité musculaire ne permettent pas de longues illusions sur la terminaison de la maladie. Les paralysies augmentent, les sphincters se relâchent, le coma remplace la somnolence, la respiration s'embarasse de plus en plus ; la mort arrive par asphyxie ou au milieu de phénomènes convulsifs.

La durée de ces deux périodes est très-variable : tantôt la période d'excitation est très-courte et fait place rapidement à la période dépressive, tantôt elle se prolonge aux dépens de la deuxième période.

La marche n'est pas toujours continue, on peut observer des améliorations passagères bientôt suivies de rechutes.

Lorsque la méningite cérébrale se complique de méningite spinale, des douleurs vives se font sentir le long du rachis, la pression des apophyses épineuses des vertèbres est douloureuse, l'opisthotonos est très-marqué ; les symptômes de la méningite spinale sont du reste effacés le plus souvent par ceux bien plus graves de la méningite cérébrale.

La durée moyenne est de cinq à six jours.

Dans les cas très-rares où la maladie doit se terminer par guérison, la fièvre tombe, un sommeil naturel remplace la somnolence et la stupeur, enfin l'intelligence se réveille peu à peu et les paralysies disparaissent ; la convalescence est toujours très-longue.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — C'est du côté de la convexité des hémisphères cérébraux que les lésions anatomiques de la méningite aiguë se développent avec le plus d'intensité ; si la mort arrive très-rapidement, pendant la période d'excitation, on trouve à l'autopsie une injection vive de la pie-mère et des exsudats jaunâtres ou blanchâtres disposés le long des vaisseaux de la pie-mère et dans les espaces sous-arachnoïdiens. Si la mort survient à une période plus avancée, on constate l'existence d'une *méningite suppurée* ; il est assez rare de trouver du pus dans la cavité de l'arachnoïde : les leucocytes s'accumulent d'abord le long des vaisseaux et dans les replis que forme la pie-mère entre les circonvolutions ; lorsque le pus n'est pas très-abondant, il forme des traînées jaunâtres entre lesquelles les méninges laissent encore apercevoir certains points des circonvolutions cérébrales ; à un degré plus avancé, le pus forme une couche continue, opaque, qui cache partout les cir-

volution ; les grosses veines gorgées de sang noirâtre se dessinent vivement sur ce fond jaunâtre ou verdâtre. Après avoir détaché les méninges épaissies et infiltrées de pus, on découvre la substance corticale du cerveau qui présente en général des traces d'encéphalite superficielle.

Du côté de la base, les exsudats se montrent surtout autour des nerfs, particulièrement autour du chiasma des nerfs optiques. Il existe assez souvent de la névrite ou de la périnévrite optiques, qui peuvent être constatées pendant la vie à l'aide de l'ophtalmoscope.

Ainsi que nous l'avons dit à propos de la méningite spinale, M. Vulpian a expliqué la prédominance des exsudats inflammatoires à la partie postérieure des méninges spinales par la richesse des éléments nerveux, plus grande en ce point qu'à la partie antérieure ; la même explication est admissible pour la méningite cérébrale, les filets nerveux méningés sont plus abondants à la convexité qu'à la base et c'est à la convexité que les exsudats inflammatoires prennent le plus de développement. D'autre part les méninges de la convexité des hémisphères sont plus exposées aux influences extérieures, et en particulier au froid et à la chaleur, que les méninges de la base.

La toile choroïdienne et les plexus choroïdes participent souvent à l'inflammation des méninges externes, les ventricules sont distendus par de la sérosité louche et même quelquefois par du pus liquide.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — La fièvre, la céphalalgie, les vomissements, le délire, les contractures, la raideur de la nuque, le strabisme, le ralentissement du pouls coïncidant avec une élévation notable de la température, sont les principaux caractères de la méningite aiguë. L'existence d'une plaie de tête ou d'une otite suppurée chez un malade présentant quelques-uns de ces symptômes confirmera le diagnostic.

La variole et la scarlatine à leur période initiale peuvent être confondues avec la méningite : dans la variole les douleurs lombaires l'emportent sur la céphalalgie ; la scarlatine s'accompagne d'une angine caractéristique ; enfin dans ces deux fièvres éruptives la température s'élève plus rapidement et plus haut que dans la méningite aiguë. Pour ces diagnostics différentiels il faut consulter en outre l'âge des malades, les antécédents morbides et l'épidémicité des fièvres éruptives. Chez les jeunes enfants, les fièvres éruptives débent volontiers par des convulsions aussi bien que la méningite ; il faut donc être très-réservé sur le diagnostic et le pronostic lorsqu'on

est appelé à soigner un enfant qui présente une fièvre vive et des convulsions épileptiformes. Le diagnostic ne présente plus de difficultés dès que les éruptions de la variole ou de la scarlatine apparaissent.

La fièvre typhoïde à forme cérébrale a une assez grande analogie avec la méningite; cependant la céphalalgie est moins intense, le début moins brusque que dans cette dernière maladie; de plus il existe de la diarrhée, du gargouillement dans la fosse iliaque droite et souvent des taches rosées qui font défaut dans la méningite; les vomissements sont rares chez les typhoïdiques; le ralentissement du pouls avec élévation de la température est particulier à la méningite, bien que dans la fièvre typhoïde l'accélération du pouls ne soit pas exactement en rapport avec l'élévation de la température.

Les accès pernicieux peuvent simuler la méningite; on est presque toujours mis sur la voie du diagnostic exact par l'endémicité des fièvres palustres et par l'existence chez le malade d'accès de fièvre antérieurs; dans le doute on administrera le sulfate de quinine.

La confusion avec l'urémie n'est pas possible, car l'urémie s'accompagne d'un abaissement de la température; de plus, il y a presque toujours de l'albumine dans les urines.

Le délire et les autres symptômes cérébraux qui compliquent fréquemment les pneumonies du sommet peuvent faire croire à l'existence d'une méningite; il est du reste à noter que la méningite n'est pas rare chez les pneumoniques.

Le diagnostic différentiel de la méningite aiguë franche et de la méningite tuberculeuse sera fait dans le chapitre suivant.

Le pronostic est extrêmement grave; les rémissions qui se produisent quelquefois et le calme qui succède à la période d'excitation ne doivent pas tromper le médecin sur l'issue probable de la maladie. L'intensité de la céphalalgie et de la fièvre, le délire précoce et violent sont généralement d'un très-fâcheux pronostic.

TRAITEMENT. — La médication antiphlogistique doit être employée avec vigueur; la saignée générale est rarement indiquée; des sangsues, au nombre de deux à dix pour les enfants, de quinze à vingt pour les adultes, seront appliquées successivement au niveau des apophyses mastoïdes, de façon à obtenir un écoulement de sang continu pendant douze ou vingt-quatre heures.

Le froid donne d'excellents résultats lorsqu'il est employé avec méthode; il ne suffit pas d'appliquer sur la tête des malades des compresses trempées dans l'eau froide, il faut raser la tête et appli-

quer sur le cuir chevelu une vessie dans laquelle on introduit de temps à autre des morceaux de glace. Malheureusement l'agitation des malades ne permet pas toujours d'employer cette médication avec suite. Les applications de glace ne sont véritablement utiles qu'à la première période, leur efficacité est très-contestable à la période de dépression.

Les révulsifs cutanés, tels que vésicatoires à la nuque ou aux membres inférieurs, sont indiqués surtout lorsqu'il existe de la somnolence, de la stupeur; à la période d'excitation ils ne font le plus souvent qu'augmenter les souffrances; il en est de même des frictions sur le cuir chevelu avec l'huile de croton.

Le calomel a été préconisé par un grand nombre d'auteurs; on l'a donné soit à dose massive, soit à dose *réfractée* (calomel 0^{gr}, 05, sucre en poudre 1 gramme, en six paquets, à prendre un paquet toutes les deux heures), et l'on a prétendu que la salivation, rapidement obtenue à l'aide de ce dernier mode d'administration, avait de sérieux avantages; la plupart des purgatifs paraissent pouvoir rendre des services analogues à ceux du calomel.

L'opium a été proscrit pendant longtemps du traitement de la méningite aiguë, sous prétexte qu'il augmentait la congestion encéphalique; rien n'est moins démontré, et il ne faut pas hésiter à employer l'opium ou ses alcaloïdes pour combattre la céphalalgie et l'insomnie.

Les malades seront couchés dans une chambre bien aérée, à l'abri de la lumière et du bruit, ils garderont la diète; on prescrira seulement des boissons acidulées et de la glace si les vomissements se répètent souvent; la glace n'arrête pas les vomissements qui sont d'origine cérébrale, mais elle soulage la soif des malades et leur épargne l'ingestion d'une grande quantité de boisson qui serait rejetée presque aussitôt.

Lorsque la fièvre tombe et que les accidents cérébraux tendent à disparaître, il faut mettre en usage les toniques et l'iodure de potassium, qui facilite la résorption des exsudats.

PARENT-DUCHATELET et MARTINET. Recherches sur l'inflammation de l'arachnoïde cérébrale et spinale. Paris, 1821. — BAYLE. Traité des maladies du cerveau et de ses membranes. Paris, 1836. — GUERSANT. Art. *Méningite* in Diction. en 30 vol. — ABERCROMBIE. Op. cit. — RILLIET et BARTHEZ. Traité des malad. des enfants, 1861, t. I, p. 94. — L. GROSS. Sur la méningite cérébro-spinale sporadique (Union méd., 1859). — SIREDEY. Des caractères du pouls dans la méningite (Union méd., 1868). — BOUCHUT. Sur la méningite rhumatismale et de son diagnostic par l'ophthalmoscope (Gaz. des hôp., 1868). — GALEZOWSKI. Des affections des nerfs optiques dans la méningite (Arch. gén. de méd.

1868-1869). — L. LAVERAN. Art. *Méningite* in Diction. encyclop. des sc. méd., 1873. — A. LAVERAN. De la méningite comme complication de la pneumonie (Gaz. hebdom., 1875). — ROSENTHAL. Op. cit.

MÉNINGITE TUBERCULEUSE.

La méningite tuberculeuse ou granuleuse n'est qu'une des formes cliniques de la tuberculose. Les tubercules des méninges prennent quelquefois un développement considérable; on en rencontre qui ont le volume d'une noisette ou d'une noix; ils se creusent une loge dans la substance cérébrale sous-jacente et donnent lieu à des symptômes analogues à ceux des autres tumeurs de l'encéphale; le plus souvent les granulations tuberculeuses sont très-petites; elles siègent principalement le long des artères de la base, d'où le nom de *méningite de la base* que l'on donne quelquefois à la méningite tuberculeuse. L'importance des granulations dans la pathogénie des accidents de la méningite tuberculeuse a été méconnue pendant longtemps; on attribuait le principal rôle à l'accumulation de sérosité dans les ventricules, d'où les noms d'*hydrocéphalie interne*, d'*hydrocéphalie aiguë*, employés par les auteurs qui ont donné les premières descriptions de la maladie (Whytt, Odier, Coindet). Les travaux de Guersant, de Papavoine, de Ruz, de Bayle, de Valleix, de Rilliet et Barthez ont démontré que l'accumulation de sérosité dans les ventricules ne constituait qu'une lésion secondaire, et le nom d'*hydrocéphalie* a été abandonné définitivement pour celui de *méningite tuberculeuse*.

ÉTILOGIE. — Les causes de la méningite tuberculeuse sont les mêmes que celles de la tuberculose en général; il faut noter en première ligne toutes les influences débilitantes, telles que: alimentation insuffisante, fatigues excessives, privation d'air et d'exercice, etc.... La fréquence de la méningite tuberculeuse est plus grande chez l'enfant que chez l'adulte: c'est de deux ans à sept ans que la maladie fait le plus de victimes (Rilliet et Barthez); à partir de l'âge de 11 ans, la méningite tuberculeuse devient moins commune; dans la vieillesse elle constitue une rareté pathologique.

DESCRIPTION. — Trois cas peuvent se présenter: 1° la tuberculose, après s'être localisée pendant un certain temps dans un organe, dans l'appareil pulmonaire par exemple, envahit tout à coup les méninges (*méningite tuberculeuse secondaire*); 2° la tuberculose envahit presque en même temps les méninges, les plèvres, les pou-

mons et les organes abdominaux (*tuberculose aiguë généralisée*); 3° la tuberculose se localise primitivement sur les méninges cérébrales et l'évolution de la maladie est trop rapide pour que les tubercules puissent se développer dans les autres parties de l'économie (*méningite tuberculeuse primitive*). Nous devons surtout nous occuper de cette dernière forme.

La méningite tuberculeuse n'a pas le début brusque de la méningite aiguë franche; il existe une période prodromique plus ou moins longue suivant les cas. Les malades accusent un malaise général, une fatigue insolite, des douleurs dans les membres; les enfants deviennent maussades, taciturnes; l'appétit se perd, le sommeil est agité, l'amaigrissement se prononce de plus en plus; une fièvre irrégulière, rémittente, précède ordinairement l'apparition des symptômes méningitiques proprement dits.

On peut distinguer, comme dans la méningite aiguë franche, une période d'excitation et une période de dépression, mais ces deux périodes sont ici moins bien tranchées; il est assez fréquent de voir la méningite tuberculeuse suivre une marche irrégulière, paroxysmique, les aggravations correspondant à des poussées successives de granulations dans les méninges.

La céphalalgie n'a pas la même intensité que dans la méningite de la convexité, cependant elle arrache souvent des plaintes aux jeunes malades qui portent sans cesse la main à leur tête en disant: « Oh! ma tête, ma tête! »; pendant le sommeil, les malades poussent parfois des cris inarticulés, *cris hydrencéphaliques*, ou bien ils grincent des dents. Les vomissements sont bilieux, verdâtres, *porracés*, de fréquence variable. La température du corps est généralement supérieure à la normale, mais il est rare qu'elle s'élève aussi haut que dans la méningite franche; le plus souvent elle ne s'élève pas au-dessus de 38°, 5 à 39 degrés; la fièvre a le caractère rémittent avec des exacerbations vespérales. Le pouls s'accélère tout d'abord, mais bientôt il se ralentit et ne bat plus que quarante ou cinquante fois par minute. La respiration s'accélère et devient assez souvent irrégulière; les malades font plusieurs inspirations coup sur coup, puis ils s'arrêtent et semblent oublier de respirer; la respiration s'accélère de nouveau et ainsi de suite (respiration de Cheyne-Stokes). La peau de la face s'injecte et pâlit tour à tour; lorsqu'on trace un trait avec l'ongle sur la peau du tronc il se produit une rougeur qui persiste assez longtemps. Trousseau a décrit ce phénomène sous le nom de *tache cérébrale* et il a voulu en faire un caractère de