

CHAPITRE III

TRAITEMENT DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE

PAR

E. WEILL,

Médecin de la Charité, chargé du cours de maladies des enfants à la Faculté de Lyon.

I

Considérations générales.

Traiter la méningite tuberculeuse suppose qu'on croit à sa curabilité. Or, dans la généralité des cas, cette affection est au-dessus des ressources de l'art, et le chapitre du traitement ne peut être que l'histoire des tentatives plus ou moins rationnelles faites par les différents médecins qui ont abordé cette question. Néanmoins, le pessimisme absolu n'est pas accepté par tout le monde. De temps à autre, une observation favorable est publiée, et sans se laisser aller aux illusions de Heim qui, au commencement du siècle, avait vu survivre 30 hydrocéphales sur 100, de Gœlis qui en guérissait 41 sur 100, de Formey qui n'avait pas un insuccès « pourvu qu'il fût appelé à temps », de très bons esprits, après une étude attentive et une critique très soignée des faits, ont admis la guérison exceptionnelle, mais certaine. De ce nombre sont Rilliet, et avant lui Cheyne, Abercrombie, Jahn, Rœser; depuis, Trousseau, West, Barth, Hensch, Blache, d'Espine et Picot, Cadet de Gassicourt, qui s'est attaché à l'étude de ce point avec son sens clinique habituel.

A. — On ne peut se rendre un compte exact des difficultés qui entourent le traitement de la méningite tuberculeuse que si on est fixé sur les caractères particuliers de la tuberculose dont la méningite est l'expression. Il semble au premier abord que les méninges devraient suivre les lois générales qui régissent la pathologie des séreuses, et que les localisations de la tuberculose sur ces membranes devraient présenter des analogies avec les affections tuberculeuses du péritoine, de la plèvre ou du péricarde, abstraction faite des troubles fonctionnels qui empruntent une physionomie spéciale à la qualité des organes contigus. En fait, rien ne rappelle moins l'évolution d'une péritonite ou d'une pleurésie que celle d'une méningite. Alors que les séreuses abdomino-pectorales sont susceptibles de présenter des tuberculoses locales, il est tout à fait exceptionnel que la méningite tuberculeuse ne soit pas le syndrome dominant d'une infection tuberculeuse généralisée, à localisations multiples. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, et les recherches que j'ai faites à ce sujet confirment en général l'opinion classique. Sur 54 cas de méningite tuberculeuse que j'ai eu à traiter, 40 ont été emmenés avant la mort ou n'ont pu être vérifiés à l'autopsie. J'ai pu faire 44 autopsies qui se répartissent ainsi au point de vue des lésions tuberculeuses trouvées dans d'autres organes : 24 fois on a constaté des granulations miliaires abondantes dans la plupart des viscères, 4 fois des granulations en petit nombre dans les poumons, la rate, les reins.

Dans les 16 cas restants, nous avons trouvé 8 fois des lésions de tuberculose pulmonaire chronique, 5 fois des adénopathies caséuses, et en particulier de l'adénopathie trachéo-bronchique; 3 fois il n'y avait pas trace apparente de tubercule ailleurs qu'au niveau des méninges. Il résulte de là que si on prend comme mesure de l'infection tuberculeuse, le nombre et la dissémination des granulations miliaires, nous avons 16 cas sur 43 dans lesquels la tuberculose, considérée en dehors des méninges, affectait une forme subaiguë ou chronique, ne conduisant pas fatalement par elle-même à une mort rapide. De

ces 16 cas, il en est 8 avec lésions pulmonaires plus ou moins avancées qui peuvent être rangés dans les modalités graves de la tuberculose. Mais les 8 cas restants, et particulièrement 3 d'entre eux, qui ne présentent d'autres localisations que celles des méninges, échappent, *à priori*, au pronostic fatal qui s'attache aux autres formes anatomiques. Et cependant, au point de vue clinique, il n'y a pas grande différence à établir entre les symptômes et l'évolution considérés dans les deux catégories de faits. C'est au moins ce qui résulte des comparaisons que nous avons pu faire dans nos propres observations. Il y a d'ailleurs entre les cas extrêmes, ceux qui présentent de la granulie généralisée et ceux qui semblent traduire une tuberculose exclusivement méningée, des formes intermédiaires : dans quelques cas, en effet, la méningite était associée à une granulie rudimentaire, se bornant à figurer de rares granulations dans les viscères thoraciques ou abdominaux. Il s'agit là d'infections tuberculeuses qui ont à peine effleuré les organes autres que les méninges, tout en se comportant comme les éruptions les plus touffues de granulie. Landouzy a bien mis en relief la signification de ces états qu'il désignait sous le nom de typho-bacilloses, voulant montrer par là que l'infection tuberculeuse pouvait ne pas aboutir à la production de lésions locales, et se bornait à l'adultération du sang. Je serais tenté d'interpréter dans ce sens les cas de méningite tuberculeuse sans granulie et de les considérer comme l'expression locale, plus ou moins visible, d'une infection tuberculeuse du système sanguin. Le rapprochement des constatations anatomiques variables et des évolutions cliniques constantes constitue une présomption en faveur de cette opinion, qui demanderait à être corroborée par des cultures faites directement avec le sang ou les organes.

On peut encore invoquer, à l'appui de cette manière de voir, le caractère éminemment vasculaire de la méningite tuberculeuse. Les assimilations qu'on a voulu établir entre la méningite et la tuberculose des séreuses sont erronées. Ce n'est pas dans l'arachnoïde que siègent en général les produits tuber-

culeux de la méningite spécifique; les granulations sont répandues dans la pie-mère et ordonnées par rapport aux conduits sanguins de cette membrane éminemment vasculaire. Les produits inflammatoires fibrino-gélatineux ou fibrino-purulents sont logés dans les mailles de la pie-mère et dans les espaces sous-arachnoïdiens, qui sont de plus infiltrés, ainsi que les cavités ventriculaires avec lesquelles ils communiquent, par la sérosité plus ou moins louche, constitutive de l'hydrocéphalie. En fait, l'anatomie pathologique et l'histologie donnent à la tuberculose méningée un caractère très net de tuberculose d'origine vasculaire et par conséquent de propriétés très infectieuses. Les séreuses proprement dites représentent, au contraire, comme une sorte d'étape lymphatique, qui fixe localement, quoique sur de vastes surfaces, la tuberculose dans sa marche envahissante.

C'est de ce point de vue qu'il faut envisager la méningite tuberculeuse, si on est tenté d'entrer dans la voie des indications rationnelles de son traitement. Si redoutables que soient les accidents locaux de la méningite tuberculeuse, si immédiatement menaçants que soient les troubles fonctionnels qu'elle suscite sur place, la notion de l'infection tuberculeuse doit dominer l'histoire de la méningite. Celle-ci est tellement tributaire de celle-là qu'elle peut être masquée par le développement prédominant d'autres localisations.

Tous les auteurs ont cité des cas de granulie méningée latente. Voici une observation de *méningite proprement dite* sans symptômes. Chez une de nos malades tout se bornait à une cachexie progressive, lorsque survint une broncho-pneumonie sans troubles encéphaliques. L'autopsie révéla en effet des lésions de broncho-pneumonie tuberculeuse et des plaques fibrino-purulentes à la surface externe des hémisphères.

Comment concilier le pronostic qui résulte de ces considérations avec les faits qui ont établi la curabilité de la méningite tuberculeuse? Le nombre des pseudo-méningites tuberculeuses s'est singulièrement accru depuis quelques années. Sans vouloir relever la fréquence des manifestations méningées

désignées actuellement sous le nom de *méningisme*, dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, la scarlatine, etc., il faut cependant reconnaître que le diagnostic est parfois difficile à établir. C'est ainsi que nous avons vu un cas de pneumonie, avec respiration irrégulière, céphalée, raideur de la nuque, strabisme, arrivant à la résolution au huitième jour et ne laissant comme vestige de l'atteinte du système nerveux qu'une paralysie définitive d'un droit externe. Ce malade vu par plusieurs médecins avait été jugé atteint de méningite tuberculeuse.

La réaction de Widal nous a permis de rectifier à plusieurs reprises la confusion de la fièvre typhoïde avec la méningite.

La connaissance de l'hystérie infantile et du méningisme hystérique permet encore d'éloigner quelques cas de méningites guéries. J'ai vu un enfant de vingt-sept mois présenter, cinq jours après une chute sur la tête, des vomissements, de la céphalée, des cris incessants. Tous ces symptômes disparurent au bout de quelques jours. Il s'agissait vraisemblablement d'hystéro-traumatisme.

Depuis la pandémie grippale de 1889 à 1890, on a cité de nombreux cas de grippe chez les enfants accompagnés de méningisme (Legendre, Comby, Gaucher, Juhel-Renoy, Sevestre). Auguin¹ a réuni tous les faits publiés.

La syphilis réclame également pour son compte un certain nombre de méningites dites tuberculeuses guéries. L'observation de Dreyfous² a trait à une méningite diagnostiquée tuberculeuse par Bergeon et caractérisée anatomiquement par des lésions fibreuses, sans tubercule. J'ai également observé une méningite scléreuse de l'isthme de l'encéphale sans tubercules évoluant en six semaines chez une fille de douze ans et demi. Fournier a fait ressortir, dans son *Traité de la syphilis héréditaire*, la fréquence de la mortalité par méningite dans les familles syphilitiques. Tantôt le syndrome apparaît chez des sujets manifestement entachés de syphilis à la nais-

1. AUGUIN. — Signification clinique du méningisme dans la grippe. *Th. de Lyon*, 1895.

2. DREYFOUS. — *Rev. des mal. de l'enfance*, 1883.

sance, tantôt celle-ci ne laisse paraître que tardivement l'atteinte des centres nerveux. C'est à des cas de ce genre qu'il faut rapporter sans doute les succès obtenus par l'emploi de l'iode de potassium, du calomel et des frictions mercurielles.

On a cité à l'appui de la curabilité de la méningite tuberculeuse des faits comme ceux de Hahn, où un enfant guéri à cinq ans d'une méningite aiguë succomba à huit ans par le fait d'une récurrence. Hensch a observé un cas de guérison d'une méningite chez un enfant de vingt et un mois qui succomba trois ans après à une récurrence; dans l'intervalle, un frère était mort d'une méningite.

De telles observations sont bien faites pour entraîner la conviction. Cependant, si on étudie les cas de ce genre suivis d'au topsie, on ne tarde pas à reconnaître qu'il s'agit, dans ces circonstances heureuses, de formes très particulières de la méningite tuberculeuse. Rilliet relate le fait d'un garçon de cinq ans et demi qui guérit d'une première atteinte de méningite et mourut à onze ans d'une nouvelle poussée. L'autopsie révéla, outre les lésions récentes et classiques, un noyau sclérotuberculeux ancien. Politzer (cité par Hensch) a observé dans un cas semblable un exsudat calleux ancien. Enfin, C. de Gassicourt a vu un enfant, guéri récemment d'une méningite et enlevé par une diphtérie, présenter une tumeur cérébelleuse avec lésions méningées anciennes et récentes autour du tubercule. C. de Gassicourt a conclu de l'étude de ces faits qu'il n'y avait pas d'assimilation à faire entre ces méningites provoquées par une cause locale et la méningite classique. Le tubercule cérébral ou méningé, lésion locale, peut susciter autour de lui un processus irritatif et spécifique au même titre qu'un syphilome, qu'un gliome, qu'une sclérose cérébrale. C'est de la méningite péritybuleuse; ce n'est pas de la méningite tuberculeuse telle qu'elle se montre dans la plupart des cas. Aussi cet auteur, et nous acceptons volontiers son opinion, admet-il une sorte de tuberculose locale des méninges suscitée par une lésion tuberculeuse chronique primitive et susceptible de guérison.

Chez l'adulte, et sans doute en raison de la forme plus localisée de la tuberculose, les exemples de guérison sont plus fréquents. Chantemesse en a réuni plusieurs dans sa thèse : cas de Barth, de Cuffer, de Dujardin-Beaumetz. Sarda¹ a également insisté sur le pronostic moins sombre chez l'adulte. C'est à cette catégorie qu'appartient une observation récemment publiée par Janssen² : un militaire de dix-neuf ans entre à l'hôpital le 2 mai 1892 avec les symptômes d'une méningite tuberculeuse : céphalée, vomissements, température élevée, pouls ralenti (52 pulsations à la minute), respiration irrégulière, strabisme convergent, pupilles dilatées, etc.

Seize jours après, on constate d'abord une légère amélioration de l'état du sujet, puis peu à peu les symptômes s'amendent, et le 15 juillet de la même année, le malade, tout à fait rétabli, quitte l'hôpital.

Cependant cet homme revient souvent pour des bronchites à répétitions et finit par mourir phtisique le 18 août 1895, sans avoir présenté de nouveaux symptômes cérébraux. A l'autopsie on constata, du côté du cerveau, des lésions méningitiques tuberculeuses siégeant à la convexité et à la base de l'encéphale. Il s'agissait d'un épaissement de la pie-mère déterminé par une néoformation du tissu conjonctif adhérent à la pulpe cérébrale, dans lequel étaient disséminés de nombreux tubercules caséux et fibreux.

Cette observation est une des rares dans lesquelles on puisse conclure à la guérison d'une méningite classique... Janssen pense que les fortes doses d'iodure de potassium administrées au malade ont joué un certain rôle dans la guérison de la méningite. En effet, les quantités d'iodure ingéré ont varié entre 8 et 40 grammes par jour ; pendant la durée des symptômes méningitiques, le patient a pris en tout 950 grammes d'iodure sans inconvénient appréciable.

Il ne suffit pas qu'un sujet guéri d'une méningite présente ultérieurement des accidents tuberculeux avérés pour qu'on

1. SARDA. — *Montpellier méd.*, 1888.

2. JANSSEN. — *Tijdsch. v. genees. Hnde.*, analysé in *Sem. méd.*, 1896, p. 128.

puisse affirmer la lésion méningitique antérieure. J'ai eu l'occasion de faire l'autopsie d'une fille de vingt ans qui avait été traitée dans le même hôpital trois ans auparavant, par un maître des plus autorisés, pour une méningite tuberculeuse. La guérison s'était produite et cette personne succomba ultérieurement à une phtisie vulgaire. Or, l'examen minutieux des méninges ne m'a pas permis de retrouver une trace quelconque ni de granulation, ni d'exsudat, à la surface de l'encéphale.

Dans un autre cas, relatif à une fille de douze ans, j'avais assisté à l'évolution rapide d'une péritonite de forme caséuse, avec dégénérescence graisseuse du foie. L'enfant mourut avec une haute température après quelques phénomènes d'excitation cérébrale suivie de torpeur. L'autopsie révéla de l'œdème cérébral.

Voilà des faits qui tendent à prouver que, même chez les tuberculeux avérés, le méningisme peut se montrer en dehors de la méningite ; aussi devons-nous nous mettre en garde contre les interprétations trop optimistes.

Si l'on tient compte de l'ensemble des observations relatives à la curabilité de la méningite tuberculeuse, on voit que les cas authentiques de guérison ne laissent pas que d'être rares. Il est difficile de démontrer d'une façon absolue que la méningite ne guérit pas, il est peut-être encore plus difficile de démontrer qu'elle guérit. Les cas vraiment démonstratifs de Rilliet, de Politzer, de Cadet de Gassicourt, de Chantemesse, de Sarda, de Janssen ont trait à une forme très particulière de méningite. Pour les autres faits publiés, l'hésitation est permise, et on ne saurait donner tort ni aux croyants, ni aux sceptiques.

En nous plaçant sur le terrain de l'infection toujours associée à la méningite, nous devons admettre des degrés, et puisque certaines formes nous paraissent devoir être rapprochées des typho-bacilloses, nous sommes autorisés à poursuivre le parallèle jusque dans le pronostic et à admettre la curabilité temporaire de la méningite comme Landouzy a établi la curabilité de la typho-bacillose.

B. — La méningite tuberculeuse étant reconnue susceptible

de guérison, il y a encore des distinctions à établir au sujet des différentes périodes auxquelles on a l'occasion de l'observer. La plupart des auteurs admettent un peu arbitrairement, dans l'évolution de la maladie, trois périodes : l'une prodromique caractérisée par une modification de l'état général qui devient mauvais ; l'enfant maigrit, pâlit, devient triste, recherche la solitude, accuse quelques mouvements fébriles, de la céphalée intermittente, des troubles digestifs. Ces phénomènes durent de quelques jours à quelques semaines.

La seconde période se traduit par la céphalée tenace, intense, avec hyperesthésie générale, crainte des bruits, de la lumière, faciès hargneux, contracture de la nuque, vomissements cérébraux, constipation opiniâtre, état fébrile variable, avec pouls accéléré et irrégulier. Le patient est somnolent, redoute tout examen. De temps à autre il pousse un cri de souffrance.

Cet état peut se maintenir sans modification jusqu'à la fin ; mais le plus souvent, après huit ou quinze jours, la troisième période paraît, annoncée par un abaissement de la température, un ralentissement du pouls et de la respiration. L'enfant tombe dans le coma, les pupilles dilatées, le corps immobile en résolution. La température remonte au bout de quelques heures ou de quelques jours, le pouls s'accélère plus qu'à la première période. On voit se produire, mais non toujours, des accidents convulsifs ou paralytiques, ces derniers pouvant être temporaires ou permanents ; les phénomènes bulbaires entrent en scène : accélération extrême du pouls, ascension progressive de la température, troubles vaso-moteurs se traduisant par la coloration cyanosée des téguments, sueurs abondantes et mort.

Cette division schématique ne répond pas toujours à la réalité des faits ; il y a en effet des cas où le coma se montre d'emblée, d'autres où la connaissance persiste jusqu'à la fin. On peut néanmoins, pour un grand nombre de cas, admettre l'évolution indiquée précédemment. Or, la guérison ne peut être espérée qu'à la première ou à la seconde période. Le processus d'infection, de germination tuberculeuse, suivant l'ex-

pression de Bouchut, peut s'arrêter, et ainsi s'expliqueraient ces cas d'observation relativement commune, dans lesquels un enfant, avant d'aboutir à la méningite proprement dite, a passé plusieurs fois par la phase prodromique. La seconde période, qui traduit non plus seulement les tendances infectieuses de la tuberculose, mais l'infection réalisée avec la localisation dans la pie-mère, est encore susceptible d'une modification favorable. La guérison est déjà plus rare, exceptionnelle même, mais elle est admise par nombre d'auteurs. Lorsque la troisième période a fait son apparition, le pronostic est fatal et cela d'une façon absolue. C'est qu'en effet, comme nous l'expliquerons à propos de l'intervention chirurgicale, à la tuberculose et à l'inflammation méningées se sont surajoutées des lésions qui altèrent directement la substance nerveuse, et en particulier l'hydropisie des espaces sous-arachnoïdiens et des ventricules, l'hydrocéphalie, qui provoque par compression une véritable ischémie de l'encéphale.

Il faut tenir compte, dans l'appréciation d'une action médicamenteuse, d'une circonstance qui se réalise assez souvent dans le cours de la méningite, je veux parler des rémissions, des accalmies. Elles se montrent non seulement dans les premières périodes de la maladie, mais quelquefois au milieu des symptômes les plus menaçants, tels que ceux de la compression cérébrale. Il est vrai que ces rémissions spontanées sont fugaces et qu'après quelques heures ou quelques jours l'affection reprend le plus habituellement sa marche fatale. On a signalé des cas dans lesquels la rémission, survenue à la période comateuse, s'est prolongée seize jours (Barthez et Sanné). On doit donc, avant d'affirmer la guérison, attendre un délai assez long.

II

Prophylaxie.

Nous avons établi que l'étude de la méningite tuberculeuse était dominée par le fait de l'infection tuberculeuse et que, si