

CHAPITRE XXI

TRAITEMENT DES MÉNINGITES RACHIDIENNES

PAR

G. RAUZIER,

Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Les méningites spinales peuvent être *aiguës* ou *chroniques*; à l'inverse des méningites cérébrales, le plus souvent aiguës, les deux formes s'observent ici avec une égale fréquence. Nous les étudierons en deux paragraphes distincts.

I. — MÉNINGITES SPINALES AIGÜES.

I

Considérations générales.

A. — ÉTIOLOGIE.

La méningite spinale aiguë, ou *infection* aiguë des méninges spinales, est rarement limitée au rachis; étant donnée la continuité anatomique de l'espace sous-arachnoïdien dans le rachis et la boîte crânienne, elle est presque toujours associée à une méningite cérébrale¹. Nous éliminons, toutefois, de cette étude la *méningite cérébro-spinale épidémique*, qui constitue une entité à part.

1. LICHTHEIM. — *Berl. klin. Wochs.*, avril 1895, p. 269.

L'infection des méninges est *primitive* ou *secondaire*.

Les causes de la *méningite primitive* sont : le surmenage physique, le refroidissement, le traumatisme.

Ces mêmes causes peuvent servir d'occasion au développement d'une *méningite secondaire*. Celle-ci succède le plus souvent à une *méningite cérébrale*, tuberculeuse¹ ou autre, à une *infection de voisinage* (abcès rachidien, pleural ou pulmonaire, eschare sacrée), ou encore à une *maladie générale* (pneumonie, fièvre typhoïde, scarlatine, typhus, pyhémie, puerpéralité, blennorrhagie², syphilis). Cette dernière, bien que prédisposant davantage aux inflammations chroniques, peut s'accompagner d'accidents aigus, comme le prouvent les travaux de Gilbert et Lion³ et de Lamy⁴.

Les *germes* susceptibles d'infecter les méninges spinales sont : le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque⁵, le bacille tuberculeux; ils dérivent tantôt de l'infection première, tantôt d'une infection associée.

B. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La méningite spinale aiguë est presque toujours *suppurée*, et le maximum des lésions siège en général à la partie postérieure du rachis. La dure-mère participe exceptionnellement aux altérations, qui affectent plus particulièrement les méninges molles et surtout le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Les tissus enflammés sont infiltrés de fibrine et de leucocytes, qui forment des exsudats durs et blanchâtres, et de cellules de néoformation. Il existe, en plus, des particularités en rapport avec la nature de l'infection méningée : dans

1. Voyez, sur la lepto-méningite ou la lepto-méningo-myélite tuberculeuse, les récents travaux de RAYMOND (*Rev. de méd.*, 1886), LONDE et BROUARDEL (*Arch. de méd. expérim.*, juill. 1895, p. 115) et ETLINGER (*Soc. de biol.*, 11 janvier 1896).

2. BARRIÉ. — Méningo-myélite blennorrhagique. *Th. de Paris*, juin 1894.

3. GILBERT et LION. — *Arch. gén. de méd.*, 1889.

4. LAMY. — Méningo-myélite syphilitique. *Th. de Paris*, 1893.

5. Voy. la récente observation d'ANTONY. — *Soc. méd. des hôp.*, 12 fév. 1892.

la tuberculose, on trouve des granulations le long du trajet des vaisseaux; dans la syphilis, on peut constater l'artérite spécifique; lorsque la méningite succède à une eschare, les méninges sont quelquefois gangrenées, le liquide céphalo-rachidien est abondant, trouble, putride et ichoreux.

La moelle est quelquefois saine; mais, le plus souvent, elle participe à l'inflammation et présente tantôt de l'hypérémie, tantôt des foyers de ramollissement ou d'hémorragie en rapport avec des altérations vasculaires; on a, dès lors, affaire à la *meningo-myélite aiguë*.

C. — SYMPTÔMES.

Le symptôme prédominant est une *rachialgie* violente et continue, siégeant habituellement dans la région de la colonne correspondant au maximum des lésions, et aussi constante dans sa manifestation que la céphalée dans la méningite cérébrale; elle est exagérée par les mouvements, la pression, les applications chaudes ou froides. On constate aussi des *irradiations douloureuses*, sous forme de douleurs en ceinture et le long des membres inférieurs ou supérieurs. Les téguments sont fréquemment *hyperesthésiés*; il n'y a pas d'anesthésie.

Les troubles moteurs consistent surtout en *contractures*, portant sur les muscles du dos et de la nuque (attitude d'extension, opisthotonos) et *raideur des membres*; on observe quelquefois des *paralysies* tardives.

Les *réflexes* sont généralement exagérés, quelquefois abolis ou diminués.

On a noté d'une façon inconstante : la *rétention d'urine* et la *constipation* (contracture des sphincters), l'*inégalité pupillaire* et le *myosis* (méningite cervicale), des troubles vaso-moteurs (*œdèmes*).

A côté de ces manifestations locales, il existe des *troubles généraux* : *fièvre* (habituellement modérée, mais quelquefois intense, à début brusque et souvent accompagné d'un grand frisson), *agitation*, *sueurs*, *insomnie*; les troubles cérébraux

font défaut, hors le cas de méningite cérébro-spinale.

On distingue, en général, deux périodes dans l'évolution clinique : une *période d'excitation* (douleurs, contractures, hyperesthésie, exagération des réflexes) et une *période de dépression* (paralysie, abolition des réflexes).

D. — FORMES.

Les principales formes morbides sont les suivantes : 1° au point de vue de l'acuité : la forme *suraiguë* (deux à trois jours), la forme *aiguë* (sept à huit jours), enfin la forme *subaiguë* avec tendance à la chronicité; 2° au point de vue anatomique : la forme *cervicale* (envahissement des quatre membres, troubles pupillaires) et la forme *dorso-lombaire* (contracture douloureuse des membres inférieurs, douleurs en ceinture, troubles sphinctériens).

E. — DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de la méningite aiguë rachidienne doit être fait avec l'*hémato-rachis* (généralement apyrétique), — la *myélite aiguë* (paralysies précoces, troubles plus marqués des sphincters, troubles trophiques constants, rachialgie moindre, contracture d'emblée seulement au cas de participation des méninges), — le *tétanos* (apyrétique, début par trismus, progression régulière, étiologie spéciale). — Enfin deux états récemment décrits sont venus compliquer le diagnostic différentiel : 1° la *péri-méningite spinale*, bien étudiée par Albers, Leyden, Lemoine et Lannois, Roux, Merlier¹, Mollière et Perret², est une inflammation, habituellement suppurative, du tissu cellulo-graisseux du rachis; elle survient spontanément ou secondairement à diverses lésions de voisinage, et ne peut être distinguée de la méningite, dont elle reproduit le syndrome. — 2° Le *méningisme spinal* (Dupré³) est un

1. MERLIER. — *Th. de Paris*, nov. 1894, n° 25.

2. MOLLIÈRE et PERRET. — *Lyon méd.*, 30 mai 1897.

3. DUPRÉ. — *Manuel de médecine*, t. III, p. 466; et *Cong. de Lyon*, 1894.

trouble purement fonctionnel ou vasculaire des méninges rachidiennes, reproduisant, en l'absence des lésions caractéristiques, le tableau de la méningite; il survient au cours du rhumatisme, des pyrexies graves, du paludisme, et peut, malgré sa bénignité habituelle, aboutir quelquefois à la mort. L'évolution seule en permet le diagnostic rétrospectif.

Le *diagnostic étiologique* de la méningite spinale aiguë se tire des symptômes concomitants présentés par le sujet et des antécédents du malade.

II

Traitement.

Les *indications* à remplir en face d'une méningite aiguë sont de trois ordres :

- 1° Supprimer la cause ;
- 2° Combattre l'inflammation méningée ;
- 3° Traiter les symptômes prédominants.

A. — Quand la *syphilis* est en jeu ou peut être soupçonnée, on aura recours à la *médication spécifique* : frictions ou injections mercurielles et iodure de potassium à l'intérieur, en la forme et aux mêmes doses que dans le tabès. — Pour ce qui est de l'*infection* méningée, envisagée en elle-même et indépendamment de son point de départ qui sera l'objet d'indications spéciales, on pourra tenter de la combattre par des *antiseptiques* généraux : si le rein est en bon état, on administrera, en cachets, 1 ou 2 grammes de *salol* dans le courant de la journée; si un purgatif est indiqué, on donnera la préférence au *calomel*, en raison de ses propriétés antizymotiques.

B. — L'*inflammation méningée* est justiciable de médications différentes, suivant qu'on l'envisage à telle ou telle période de son évolution.

Au *début*, on cherchera à détourner du rachis la fluxion à

peine installée et à l'attirer vers des régions où l'hypérémie soit inoffensive; au besoin on pratiquera une soustraction locale du sang accumulé en excès dans la région rachidienne. Les *antiphlogistiques* et les *revulsifs* seront donc les moyens de choix : *sangsues* ou *ventouses scarifiées* le long de la colonne, applications de *glace* ou *pulvérisations réfrigérantes*, *calomel* ou *purgatifs drastiques*, *bains de pieds chauds* et *sinapisés*, *bottes sinapisées* à demeure sur les membres inférieurs.

Plus tard, quand la fluxion aura fait place à l'inflammation dûment constituée, on ne pratiquera plus la révulsion que par intervalles (pour prévenir de nouvelles poussées aiguës), et on insistera sur la *dérivation* locale : *vésicatoires*, *pointes de feu* tous les cinq ou six jours, à la rigueur *cautères volants*.

C. — Les principales *indications symptomatiques* seront fournies par les *douleurs* (rachidiennes ou pseudo-névralgiques) et par la *contracture*, d'où l'indication des *analgésiques* et des *antispasmodiques*.

La *médication analgésique* a été suffisamment détaillée à propos du tabès pour que nous n'ayons pas besoin d'y revenir : la *morphine*, l'*opium*, le *salicylate de soude*, les *bromures*, l'*antipyrine*, l'*acétanilide*, la *réfrigération locale*, etc., apporteront du soulagement. On pourra immobiliser le malade dans une *gouttière de Bonnet*, pour éviter tout mouvement involontaire ou inutile.

Les mêmes agents pourront agir comme *antispasmodiques*, en cas de contractures bien prononcées et faisant par elles-mêmes indication; on y joindra, dans le même but, la *valériane*, le *musc*, la *belladone*, les *bains tièdes* prolongés.

D. — Il existe enfin un *traitement chirurgical*¹ de la méningite spinale aiguë, pour les cas seulement où elle est associée à une méningite cérébrale avec hydropisie ventriculaire et

1. Nous ne nous occupons pas, il va sans dire, sous cette rubrique, des interventions opératoires s'adressant aux lésions (abcès par exemple) qui ont pu servir de point de départ à la méningite.