

let et Martinet, mais dans laquelle on a confondu sous le nom de méningites, des affections aujourd'hui très-distinctes.

De la méningite aiguë.

Caractères anatomiques. — L'injection simple de lapie-mère, coïncidant avec un état poisseux de l'arachnoïde, a été considérée par quelques auteurs comme devant se rapporter à la première période de la méningite. Toutefois ces lésions ne nous semblent pas suffisantes pour caractériser une phlegmasie des méninges; mais il suffit que celle-ci persiste pendant quelques heures seulement pour voir survenir d'autres altérations de nutrition et de sécrétion, qui ne laissent aucun doute sur le caractère de la maladie.

L'injection vive qu'on aperçoit à la surface du cerveau siège exclusivement dans la pie-mère, ou dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; elle ne pénètre probablement jamais l'arachnoïde, qui est toujours incolore et transparente. C'est en raison de cette circonstance que quelques médecins ont soutenu, bien à tort, que dans la méningite l'arachnoïde était toujours intacte. Il arrive, en effet, fréquemment que, sans être injecté, le tissu de cette membrane est devenu opaque, friable, cassant; sa surface peut être inégale et dépolie; enfin il n'est pas rare de trouver dans sa cavité même une sérosité lactescente, du pus ou des fausses membranes. Cependant presque toujours les produits de l'inflammation existent à peu près exclusivement dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. On y trouve ou une sérosité opaque, d'aspect purulent, ou bien une couche de pseudo-membranes répandues uniformément ou par plaques irrégulières tantôt sur les circonvolutions seulement, le plus souvent jusqu'au fond des anfractuosités. La pie-mère, qui paraît être, dans ce dernier cas, le siège presque exclusif de la maladie, est alors d'un rouge vif; son tissu est humide, friable; elle se sépare assez facilement du cerveau; mais lorsque la phlegmasie s'est propagée à la surface des circonvolutions, on ne peut l'en détacher qu'en entraînant en même temps avec elle un peu de substance cérébrale devenue rouge, plus molle ou bien plus consistante que de coutume, mais très-friable aussi. Cette altération du cerveau existe communément sur une assez grande étendue; elle caractérise la forme d'encéphalite qu'on a nommée *diffuse*, et qui, en raison de sa coïncidence avec l'inflammation des méninges, est plus souvent désignée sous les noms de *céphalo-méningite* et de *méningo-encéphalite*.

La méningite est rarement générale; elle est plus souvent bornée à la convexité des hémisphères; quelquefois elle n'occupe que la base; elle peut même être circonscrite à un des lobes du cerveau, du cervelet, à la protubérance ou à la moelle allongée; enfin l'inflammation peut gagner l'intérieur des ventricules, surtout des ventricules latéraux: ces cavités sont alors plus ou moins distendues, leurs parois sont ramollies, et elles contiennent un liquide floconneux ou séro-purulent. La méningite de la convexité est plus commune chez les adultes, tandis que chez les enfants l'inflammation paraît envahir plus fréquemment les méninges qui tapissent la base du cerveau.

Symptômes. Marche. — La méningite peut avoir un début brusque ou bien être précédée de quelques prodromes, dont les plus fréquents sont un malaise général, de la pesanteur de tête, quelques vertiges, de la torpeur intellectuelle et des épistaxis. Cependant, après une durée qui varie entre quelques heures et plusieurs jours, la maladie débute. On peut, eu égard aux symptômes qui

surviennent, diviser le cours de l'affection en deux périodes, qui sont la période d'*excitation* et celle de *collapsus*.

Première période. — Dans les cinq sixièmes des cas au moins, le début de la méningite est marqué par une céphalalgie qui presque toujours est très-vive: elle est accompagnée d'agitation, d'insomnie, de fièvre intense, et souvent aussi de constipation et de vomissements: ceux-ci sont parfois assez opiniâtres. Mais la céphalalgie forme surtout alors le caractère prédominant; elle est ordinairement lancinante, elle arrache des cris au patient; parfois elle est plutôt sourde, obtuse et compressive. Elle augmente presque toujours par les mouvements et par les secousses du corps, et souvent aussi par l'impression d'une lumière trop vive ou de sons trop aigus. Rarement générale, elle n'occupe le plus souvent qu'une partie circonscrite de la surface du crâne, spécialement le front, plus rarement les tempes, le sinciput et l'occiput, ou seulement une moitié du front. D'ailleurs, on peut rarement juger par la place que la douleur occupe du siège et de l'étendue de l'altération des méninges. La céphalalgie est à peu près la seule lésion de sensibilité qui existe dans la méningite intra-crânienne. Ce n'est, en effet, que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'on constate simultanément quelques douleurs dans d'autres parties du corps. Cependant à la céphalalgie se joignent bientôt de l'agitation et du délire; celui-ci est souvent calme: il ne consiste alors que dans un marmottement continu de mots inintelligibles. Beaucoup de ces malades, interrogés et distraits de leurs idées, répondent assez exactement; mais, chez un grand nombre d'autres, il y a dès le début un délire furieux qui force à les fixer dans leur lit à l'aide de la camisole. Quelle que soit d'ailleurs sa forme, le délire est en général continu; cependant il n'est pas très-rare de le voir cesser momentanément et être remplacé par des intervalles plus ou moins lucides. C'est encore à cette époque qu'on constate les troubles dans les divers organes locomoteurs, tels que des soubresauts des tendons, un tremblement des membres ou de véritables mouvements convulsifs, comme ceux qui caractérisent le tétanos ou l'épilepsie. Les convulsions, plus communes chez les enfants que chez les adultes, sont ordinairement partielles; les parties qui en sont le plus souvent le siège sont, dans leur ordre de fréquence, les masséters, les muscles de la partie postérieure du cou, et ceux des extrémités supérieures. Enfin, dans un dixième des cas, on constate du strabisme; celui-ci est tantôt permanent, tantôt il est passager. Cette déviation de l'axe visuel explique souvent les troubles de la vue, notamment la diplopie qu'on observe chez quelques-uns des malades. Les mouvements convulsifs alternent ordinairement avec un peu d'assoupissement ou avec un état comateux, quelquefois avec des paralysies partielles; mais ces accidents, qui d'ailleurs peuvent être observés dès le début, marquent ordinairement le passage de la première période de la maladie à la seconde; ils coïncident le plus souvent avec la diminution ou avec la cessation de la céphalalgie. Après une durée qui est ordinairement de trois à quatre jours, et qui peut varier depuis moins d'un jour jusqu'à un septénaire, la maladie arrive à sa seconde période ou période de collapsus.

Deuxième période. — A cette époque l'état d'exaltation cesse; le délire est remplacé par un assoupissement dont on peut d'abord retirer les malades, mais qui devient ensuite permanent. Aux mouvements convulsifs succède une résolution des membres, tantôt égale des deux côtés, tantôt plus marquée dans une moitié du corps; quelquefois la paralysie est partielle: elle est circonscrite à la face, à un membre ou seulement à quelques muscles, à l'élevateur de la paupière supérieure, par exemple; celle-ci est alors en état de prolapsus. Ces

paralysies sont tantôt permanentes, tantôt elles sont passagères : elles cessent et reviennent irrégulièrement, et elles alternent quelquefois avec de la contraction et avec des mouvements convulsifs. Enfin, il n'est pas rare de voir, dans un point du corps assez limité, comme la face, quelques muscles, tels que ceux des paupières, être paralysés, tandis que tous les autres sont agités par des secousses convulsives. Chez les malades dont nous parlons, les évacuations alvines sont involontaires, et l'on observe souvent une rétention d'urine. Enfin, la sensibilité est obtuse ou même complètement abolie : le malade, insensible à tout ce qui l'entoure, ne paraît plus entendre ni voir. Quoique, dans un grand nombre de ces cas, les pupilles soient contractiles et régulières, cependant on les trouve communément très-dilatées; fréquemment elles sont inégales entre elles et irrégulières. La figure, presque constamment pâle, exprime la stupeur, et l'on n'observe guère ces alternatives de rougeur et de pâleur que nous verrons être si communes dans l'infiltration tuberculeuse des méninges. Au milieu de ces graves symptômes, le pouls acquiert souvent une grande fréquence et devient irrégulier, intermittent; cependant il arrive parfois que sa fréquence n'est pas plus grande qu'à l'état normal; il peut même se faire que le pouls batte avec plus de lenteur que de coutume : ce qui, d'après les faits analysés par M. Andral, serait même le cas le plus commun. La chaleur du corps a souvent alors beaucoup diminué; à cette même époque, la respiration s'accélère et devient entrecoupée; enfin, la mort arrive tantôt lentement, quelquefois brusquement au milieu d'un accès convulsif. La durée de cette période varie entre un et cinq jours : il est rare qu'elle se prolonge davantage. En somme, la maladie offre une durée moyenne de un à deux septénaires, très-rarement elle dépasse le troisième; il est également fort rare qu'elle se termine en trois ou quatre jours.

D'après ce qui précède, on voit que la méningite a une marche continue, mais sujette pourtant à des irrégularités, à des aggravations qui cependant sont moins fréquentes ici que dans la méningite tuberculeuse, et simulent moins que dans celle-ci l'intermittence ou la rémittence. Il est des symptômes de la méningite, comme certains troubles cérébraux par exemple, qui s'amendent parfois d'une manière soudaine, et cela au moment même où tout semble indiquer une agonie prochaine : tels sont le délire et le coma, qui peuvent diminuer suffisamment quelque temps avant la mort, pour qu'on obtienne parfois de la part des malades des réponses assez lucides.

Variétés. — Je viens de décrire les symptômes les plus ordinaires de la méningite et sa marche la plus habituelle; la maladie pourtant ne se traduit pas toujours par les mêmes phénomènes, et ceux-ci d'ailleurs ne se reproduisent pas constamment dans l'ordre de succession que nous avons indiqué. Ainsi la céphalalgie, le délire et les vomissements peuvent manquer; la méningite peut débiter alors brusquement par des mouvements convulsifs épileptiformes qui se reproduisent à des intervalles très-rapprochés; ou bien, la période d'excitation faisant même défaut tout à fait, la maladie débute spontanément par la paralysie ou par un état comateux : c'est ce qu'on observe le plus communément dans la méningite qui se déclare dans le cours du rhumatisme articulaire. Disons, toutefois, que les faits de ce genre sont rares. Il n'est pas bien prouvé d'ailleurs que, dans tous les cas, la période d'excitation ait complètement manqué; car il arrive quelquefois que celle-ci n'est caractérisée que par quelques phénomènes très-fugaces, qui peuvent échapper à une observation superficielle. Il est, par contre, des individus qui ne dépassent pas la première période, soit que la maladie se termine par résolution, soit, ce qui est plus

commun, qu'elle ait une issue fâcheuse avant que les accidents de collapsus puissent se déclarer. Dans ce dernier cas, les malades meurent emportés communément par la violence du délire ou par des accidents convulsifs; la vie semble s'éteindre alors chez eux par suite de la superstimulation du cerveau.

Ces différentes modifications que la maladie présente sont le plus souvent indépendantes de l'âge des malades et du siège de l'affection; cependant il est incontestable que le délire manque plus rarement dans la méningite de la convexité des hémisphères que dans celle de la base, tandis que le coma survient plus fréquemment, du moins comme symptôme primitif, dans la seconde que dans la première, ou bien encore lorsqu'un épanchement se forme dans les ventricules.

D'après une note que Prus a communiquée aux auteurs du *Compendium de médecine*, la méningite chez les vieillards se présenterait rarement avec l'appareil symptomatique qu'on observe chez l'enfant et chez l'adulte. Ainsi, le matin, ce qui frappe chez le vieillard, c'est la stupeur, une intelligence saine, mais lente, une langue sèche, une fièvre modérée et une céphalalgie générale; la chaleur du corps est presque naturelle, excepté au front où elle est vive. Le soir, elle s'élève; les yeux s'injectent; il y a un délire presque toujours tranquille, ne se trahissant que par l'incohérence des réponses que font les malades; parfois même ils répondent juste, mais ils se livrent à des actions peu raisonnables : ainsi ils se lèvent sans cause, vont se coucher dans le lit d'un voisin, etc. Si la maladie n'est pas enrayée, les individus tombent dans la somnolence ou dans le coma, et ils meurent après un espace de temps qui varie entre cinq et vingt jours.

Ces anomalies dans les symptômes et dans la marche se remarquent souvent aussi dans les méningites secondaires, c'est-à-dire dans celles qui surviennent dans le cours des maladies aiguës ou chroniques. On pourrait presque dire que l'affection est alors parfois latente. En effet, la céphalalgie est généralement obtuse et passe souvent inaperçue; les vomissements manquent souvent, et l'on n'est averti de la complication cérébrale que par l'agitation des malades, par un délire parfois léger, incomplet, auquel succède un état comateux, au milieu duquel la vie s'éteint.

Guérison. — Nul doute pour nous que la méningite ne puisse se terminer par la guérison; mais la chose pourtant nous paraît être tout à fait exceptionnelle. C'est ce que prouve la rareté excessive des adhérences de l'arachnoïde et de la pie-mère chez les individus qui succombent à des maladies étrangères au cerveau. Si, en effet, la méningite avait, aussi fréquemment que quelques-uns le prétendent, une heureuse issue, on trouverait quelquefois dans la boîte crânienne des pseudo-membranes, des adhérences analogues à celles que nous rencontrons tous les jours dans les séreuses, et qui sont le vestige incontestable d'une phlegmasie plus ou moins ancienne; or rien n'est plus rare. Il faut donc admettre que, lorsque la méningite guérit, ce ne doit être que dans les cas où elle est très-circonscrite et lorsqu'elle n'a pas franchi la première période.

Dans les cas de terminaison heureuse, quelques malades se rétablissent promptement et complètement; chez d'autres, par contre, le travail de résolution se fait lentement : aussi les facultés intellectuelles restent pendant longtemps obtuses ou perverties, il y a des malades qui conservent pendant un temps plus ou moins long la perte d'un sens, ou bien ils ont des paralysies bornées à un ou plusieurs muscles, etc. Presque jamais on ne voit la méningite passer à l'état chronique.

Diagnostic. — La méningite simple offre de nouveaux points de contact avec l'infiltration tuberculeuse des méninges. Nous verrons plus tard, en parlant de cette dernière, qu'il est possible le plus souvent de les distinguer pendant la vie : cette connaissance importe d'ailleurs beaucoup pour le pronostic. En ayant égard aux symptômes d'excitation de la première période, à la violence de la céphalalgie et à l'appareil fébrile, il sera toujours facile de différencier la méningite des congestions et des hémorrhagies cérébrales qui sont essentiellement caractérisées par des phénomènes de compression cérébrale survenant primitivement et d'emblée. Dans la congestion surtout, les accidents surviennent tout à coup, arrivent presque aussitôt à leur summum d'intensité et disparaissent rapidement. Cette marche particulière, le début différent, l'état apyrétique enfin, ne permettront pas de confondre une congestion cérébrale simple avec une méningite. C'est encore à l'aide de ces mêmes caractères qu'on établira le diagnostic différentiel de la méningite d'avec l'épilepsie et le tétanos : c'est ce que nous indiquerons d'ailleurs avec plus de détails en traitant de ces maladies. Je renvoie également aux articles *Convulsions*, *Ramollissement du cerveau*, *Encéphalite*, *Manie*, *Délire aigu* et *Delirium tremens*, pour connaître les caractères qui distinguent ces affections de la méningite.

Il ne faut jamais oublier que les signes prédominants de la méningite, tels que la céphalalgie, le délire, le coma, les convulsions, sont plus fréquemment des troubles sympathiques qu'ils ne se rattachent à une lésion des centres nerveux ; on devra donc, toutes les fois que ces accidents se développent, s'assurer, par l'étude des commémoratifs et par l'exploration attentive de tous les organes et de toutes les fonctions, qu'il n'existe nulle part de lésions capables d'expliquer les troubles cérébraux qu'on observe. Les fièvres éruptives, le travail de la dentition chez les enfants, la pneumonie chez les adultes, les fièvres puerpérales, la phlébite et les maladies par infection, sont les affections qui excitent surtout le délire et la plupart des accidents qui marquent la première période de la méningite. Nous avons vu également que la fièvre typhoïde, dans sa forme ataxique, pouvait simuler une phlegmasie des méninges, en raison du délire, puis du coma, de la contracture et des soubresauts, qu'on observe si communément dans son cours. Cependant l'existence de la diarrhée, du météorisme, du gargouillement de la fosse iliaque, le développement de la rate, le râle sibilant, l'éruption des taches lenticulaires et les sudamina permettront toujours de rapporter à leur cause réelle les troubles cérébraux qu'on observe. En supposant même que la plupart des symptômes qui précèdent manquent, on pourra encore, d'après la marche des accidents, reconnaître le véritable caractère de la maladie. Dans la fièvre typhoïde, en effet, les symptômes cérébraux (la céphalalgie exceptée) ne se montrent jamais dès le début ; ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'ils apparaissent : le contraire a lieu dans la méningite. Il faudrait encore dans le doute rechercher si la proportion de fibrine est augmentée, ou si elle ne dépasse pas les limites de l'état physiologique. On ne pourrait guère confondre avec une méningite cérébrale les fièvres pernicieuses à formes délirante, convulsive, apoplectique, à cause des intermittences complètes, ou tout au moins des rémittences que ces dernières présentent non-seulement dans les symptômes cérébraux, mais encore dans la fièvre. Dans la méningite, par contre, il y a une marche continue, du moins dans les symptômes fondamentaux ; et s'il y a de la rémittence quelquefois, ce n'est que dans quelques-uns des accidents, spécialement dans le coma et les convulsions ; tandis que l'appareil fébrile persiste presque toujours au

même degré. Quelle que soit la maladie avec laquelle on compare la méningite, M. Roger croit qu'on peut trouver dans la température du corps un élément précieux de diagnostic. Dans la méningite, en effet, il y a une inconstance très-grande dans les résultats thermométriques. Ainsi la température offre tantôt une élévation excessive, comme 42°, 50, et tantôt, vers le milieu de la maladie, elle descend à 35 degrés. Ce contraste ne se rencontrerait que dans la phlegmasie des enveloppes cérébrales ; on ne le constaterait ni dans les pyrexies ni dans aucune autre inflammation ; de sorte que, lorsqu'on le trouve chez un malade qui offre des troubles cérébraux, on devrait presque à coup sûr diagnostiquer une phlegmasie méningée, soit simple, soit granulée. C'est là une opinion qui mérite d'être vérifiée par des observations nouvelles.

S'agit-il d'un vieillard qui présente des signes de délire, soit en paroles, soit en actions, avec une langue sèche et brune, avec une chaleur vive de la tête, sans qu'aucune lésion des organes thoraciques et abdominaux explique cet état, il faudra surveiller le malade et se préoccuper de l'existence possible d'une méningite.

La méningite une fois reconnue, on peut aussi déterminer quelquefois son siège : c'est ainsi que la roideur des muscles de la partie postérieure du cou, occasionnant le renversement de la tête en arrière ; le rapprochement violent des mâchoires (*trismus*) par suite de la contraction spasmodique des masséters ; le resserrement du pharynx produisant la dysphagie, indiquent que la phlegmasie a probablement envahi les méninges qui recouvrent la partie inférieure des hémisphères cérébraux et la base du cervelet. On a dit aussi, mais avec moins de raison, que le strabisme avait la même valeur. On ne peut non plus rien conclure sur le siège de la méningite, d'après l'existence ou la prédominance du délire, du coma ou des convulsions. On a prétendu, il est vrai, que le premier caractérisait surtout la méningite de la convexité des hémisphères, et le second la méningite de la base ; mais des faits nombreux ont démontré que ces deux symptômes se montraient à peu près également, quel que fût le siège de la maladie. Seulement il paraît démontré que le délire est un symptôme prédominant dès le début de la méningite de la convexité, tandis que le coma, qui n'arrive guère qu'à la seconde période de celle-ci, se manifeste plus souvent d'emblée dans la méningite de la base. Quant aux convulsions, aux contractures, à la rigidité, il semble prouvé que ces accidents sont plus communs lorsque la méningite est générale que lorsqu'elle est limitée. Le coma n'est pas un signe certain d'épanchement, puisque nous avons vu qu'il pouvait survenir dès le début et résulter quelquefois d'une sorte de collapsus dans lequel le cerveau tombe après avoir été surexcité. L'hémiplégie qui survient dans le cours d'une méningite indique souvent que la phlegmasie n'occupe qu'un des hémisphères, ou que, si celle-ci est générale, la maladie prédomine probablement dans le côté opposé à la paralysie. Cependant il y a à ce sujet de trop nombreuses exceptions pour oser jamais affirmer dans un cas donné que les choses existent ainsi ; car nous avons eu de fréquentes occasions de nous convaincre que des hémiplégies plus ou moins complètes pouvaient exister, quoiqu'à l'autopsie on trouvât l'injection des méninges et l'épanchement du tissu sous-arachnoïdien aussi marqués d'un côté que de l'autre. Enfin, le trouble des organes des sens, spécialement celui des yeux, comme le strabisme, la contraction ou la dilatation des pupilles, leur inégalité, en un mot, les diverses altérations de la vision, non-seulement n'appartiennent pas en propre à la méningite, mais ils ne sauraient ni caractériser une de ses périodes, ni indiquer le siège spécial de la phlegmasie. En résumé, nous voyons qu'aucun

des symptômes de la méningite, pris isolément, n'est pathognomonique; que chacun d'eux peut manquer, et que nul d'entre eux ne saurait caractériser une forme spéciale de la maladie. On voit donc combien les symptômes de la méningite sont irréguliers quant à leur manifestation, à leur fréquence, à leur marche et à leur durée. Cette irrégularité s'explique lorsqu'on réfléchit que les désordres fonctionnels sont bien moins l'effet de la phlegmasie des méninges que le résultat de l'impression que cette maladie produit sur le cerveau: or on conçoit que cette impression doit être très-différente suivant les individus et suivant aussi qu'il y a ou non complication d'encéphalite.

Il est inutile de dire qu'on ne peut déterminer pendant la vie si la phlegmasie prédomine dans la pie-mère ou dans l'arachnoïde, ou si elle est bornée à l'une de ces membranes seulement. Il est également impossible d'affirmer si la méningite existe seule ou si elle se complique d'une inflammation des circonvolutions cérébrales (*méningo-céphalite*); car, dans l'un et l'autre cas, les symptômes sont exactement les mêmes, et la maladie suit la même marche: c'est ce qui justifie jusqu'à un certain point les anciens médecins d'avoir confondu sous le titre de *phrénitis* l'inflammation des méninges et celle du cerveau. Il est également impossible de déterminer, même à l'inspection cadavérique, si l'inflammation a commencé par les méninges ou si elle ne les a envahies que consécutivement à l'invasion du cerveau. Nous croyons donc, d'accord avec M. Calmeil, que le mode de développement de la céphalo-méningite est encore inconnu, et que, hors les cas où la phlegmasie succède à une blessure, on n'est pas fondé à lui assigner d'une manière positive son point de départ.

Pronostic. — La méningite est une maladie des plus graves; il est difficile même de préciser le chiffre de sa mortalité. Nous croyons pourtant que la guérison n'a lieu que très-exceptionnellement, et nous pensons qu'on ne doit accepter qu'avec une réserve excessive les résultats des auteurs qui prétendent n'avoir perdu que la moitié ou le tiers de leurs malades: car tout porte à penser qu'ils ont dû confondre avec des méningites certaines manies aiguës, des délires purement sympathiques et des affections typhoïdes à prédominance cérébrale. Ce sont là des erreurs dont les hommes expérimentés ne sont pas toujours à l'abri, et qui sont journellement commises par des praticiens moins instruits. Un délire violent avec une grande excitation générale est une circonstance qui aggrave le pronostic. Il en est de même de celui qui survient en quelque sorte primitivement, ou après une courte excitation, comme on le voit dans la méningite rhumatismale; il suffit souvent alors de quelques heures pour que la terminaison fatale ait lieu. Les mouvements convulsifs, quelle que soit leur forme, constituent un accident des plus sérieux, et qui pardonne rarement. D'après ce que nous avons dit plus haut, il faut prendre garde de s'en laisser imposer par les améliorations partielles qui surviennent quelquefois peu avant la mort. Quelque diminution que l'on observe dans le délire ou dans le coma, quelques rares que deviennent les convulsions, si les autres symptômes ne diminuent pas aussi de gravité, on devra plutôt craindre qu'espérer. D'ailleurs, on n'aura confiance dans les rémissions qui surviennent qu'autant que celles-ci portent sur la plupart des accidents, et qu'elles ont déjà une certaine durée.

Étiologie. — La méningite simple est une maladie qu'on observe à tous les âges. Assez commune, dit-on, dans les deux premières années de la vie, ce qui est contraire à ma propre observation, elle diminuerait de fréquence de deux à quinze ans. Elle deviendrait plus commune après la puberté, et surtout dans la période comprise entre vingt et quarante. Cependant, dans nos hôpitaux d'adultes, la méningite est une des maladies les plus rares; c'est à peine

si, dans le courant d'une année, j'en observe une ou deux au plus, bien que mon service soit un des plus nombreux et des plus actifs. Les hommes sont, dit-on, pour le moins, deux ou trois fois plus souvent atteints de méningite que les femmes. Une constitution forte, un tempérament lymphatique, les professions pénibles qui exposent ceux qui les exercent aux intempéries, semblent être tout autant de causes prédisposantes de la méningite. Les causes efficientes les plus ordinaires sont les contusions du crâne, avec ou sans fractures, l'insolation, l'abus des boissons alcooliques, une violente secousse morale, une maladie aiguë ou chronique. Les affections dans le cours desquelles on voit survenir le plus fréquemment une méningite, sont la pneumonie, la maladie de Bright, la péritonite, la pleurésie, le rhumatisme articulaire aigu, l'érysipèle de la face, la phthisie pulmonaire. À ce sujet, nous relèverons une opinion professée par MM. Rilliet et Barthez, savoir: que toute méningite survenant chez un tuberculeux est nécessairement tuberculeuse, quand même la pie-mère ne contiendrait aucune granulation grise. Une méningite ne peut être tuberculeuse qu'autant qu'on trouve dans la pie-mère les granulations caractéristiques que je décrirai ailleurs.

Traitement. — La gravité de la méningite et sa marche ordinairement rapide exigent l'emploi de moyens prompts et énergiques. Parmi eux, les émissions sanguines tiennent le premier rang; elles seront pratiquées, quels que soient l'âge des sujets et la période à laquelle la maladie est parvenue, pourvu que l'état du pouls le permette; c'est même d'après lui qu'on détermine le nombre de saignées à faire et la quantité de sang que l'on pourra retirer. Les saignées locales, consistant en une ou plusieurs applications de sangsues derrière les oreilles, devront être préférées, chez les enfants très-jeunes, aux saignées générales, tandis que chez les sujets plus âgés, et chez les adultes surtout, il faudra recourir simultanément à la phlébotomie. La saignée sera faite au bras; la saignée des veines du pied ou de la jugulaire, ou bien encore l'ouverture des artères temporales que quelques personnes préfèrent, n'offrent aucun avantage, et entraînent souvent plusieurs inconvénients. Quant aux saignées locales, nous croyons que des sangsues appliquées aux apophyses mastoïdes, en petit nombre, mais renouvelées au fur et à mesure qu'elles tombent, de manière à entretenir un écoulement de sang continu, auront plus d'efficacité que les scarifications à la nuque, et même que l'application d'un grand nombre de sangsues sur le crâne préalablement rasé. L'expérience n'a pas encore prouvé qu'il soit bien préférable d'appliquer les sangsues tout le long des sutures, comme le veulent quelques médecins. Concurrément avec les émissions sanguines, on emploiera les révulsifs sur les extrémités inférieures (sinapismes, pédiluves irritants, ventouses Junod) et sur le tube digestif, lorsqu'une complication n'en contre-indique l'emploi. On donnera la préférence aux huileux, aux purgatifs salins, et surtout au calomel. En même temps on tâchera de diminuer l'afflux du sang vers le cerveau, en tenant la tête très-élevée, en la plaçant sur un oreiller de crin ou de balle d'avoine, en entretenant autour du malade une température fraîche; on a aussi conseillé la compression des carotides, moyen difficile à employer d'une manière continue et partant peu efficace; enfin, on fait des applications froides sur la tête. Les uns, après avoir coupé les cheveux très-près de la peau, appliquent des compresses froides que l'on renouvelle fréquemment, ou bien ils placent sur le front une vessie contenant une certaine quantité de glace pilée. Enfin, il en est qui conseillent les affusions ou l'irrigation continue. M. Rilliet donne la préférence à ce dernier moyen. Quelle que soit la méthode qu'on suive, il importe de savoir que les applica-

tions froides ne conviennent qu'au début, pendant la période d'excitation, et qu'elles sont nuisibles lorsque le coma et la résolution surviennent. Quelques médecins, au nombre desquels on peut compter Romberg (de Berlin), proposent de remplacer les lotions froides par des applications chaudes. C'est ainsi qu'on entoure alors la tête de compresses trempées dans de l'eau ou dans une infusion de camomille chaude; on en renouvelle l'application avant leur refroidissement. L'expérience n'a pas encore sanctionné chez nous cette méthode, qui mérite pourtant d'être expérimentée. Lorsque les accidents ataxiques continuent de s'accroître, on leur oppose les antispasmodiques, mais leur utilité est très-contestable. Le moyen qui nous paraît être alors le moins souvent inefficace consiste dans les affusions froides à la température de 15 à 20 degrés, pendant quelques secondes ou une à trois minutes au plus. Enfin lorsque la période d'excitation est remplacée par l'état comateux; lorsque tout indique une forte compression du cerveau, les émissions sanguines peuvent être encore employées, surtout si on les a négligées au début; mais c'est alors qu'il faut recourir aux révulsifs puissants, tels sont les vésicatoires aux extrémités et à la nuque: on peut même, dans les cas où le péril est imminent, mettre un séton au cou ou bien raser le crâne, l'oindre avec la pommade émétisée ou le recouvrir d'un emplâtre épispastique. Delarrouque a publié, dans le *Bulletin thérapeutique* de 1844, un petit travail pour prouver les bienfaits de cette méthode; le vésicatoire à la tête n'était employé par lui que lorsqu'il avait retiré 130 à 200 grammes de sang par la section de l'artère temporale. Arrivé à la période dont nous parlons, on tâchera de modifier la nutrition en donnant les mercuriaux, tels que le calomel, qu'on administre à l'intérieur à doses fractionnées; on fera aussi concurremment, avec l'onguent napolitain, des frictions aux tempes, sur le front ou derrière les oreilles. Les mercuriaux sont même indiqués dès le début de la maladie. Il est inutile de dire que les boissons douces et qu'une diète absolue devront seconder l'action des moyens qui précèdent. Il faudra, pendant la convalescence, user des plus grands ménagements, et surveiller avec la plus vive sollicitude l'hygiène des malades.

De la méningite chronique.

La méningite chronique simple, soit primitive, soit consécutive à la méningite aiguë, est excessivement rare, hors le cas de démence, et il est impossible aujourd'hui d'en tracer l'histoire anatomique et surtout symptomatique. Il faut bien se garder de prendre, comme on le fait trop souvent, pour des indices d'une phlegmasie chronique, certaines opacités qui existent fréquemment sur l'arachnoïde viscérale au voisinage de la grande scissure interlobulaire. Ces plaques blanches ne sont pas produites, comme certaines taches du péricarde, par un dépôt de matière albumineuse; mais elles sont le résultat d'une simple perversion de nutrition indépendante de tout travail inflammatoire. On en trouve d'absolument semblables sur les autres séreuses viscérales. M. Lélut en a rencontré chez des individus de tout âge, bien qu'ils n'eussent jamais eu de symptômes cérébraux; il a constaté notamment cet épaississement de l'arachnoïde chez vingt à vingt-cinq suppliciés.

La méningite chronique se rencontre presque toujours, comme complication, dans les lésions organiques du cerveau; plus fréquemment encore on l'observe chez les sujets en démence, et elle forme un des caractères anatomiques les

plus fréquents qu'on trouve dans la paralysie générale progressive; j'en parlerai bientôt lorsque je traiterai de cette dernière affection.

DE LA MÉNINGITE RACHIDIENNE ET CÉRÉBRO-SPINALE

L'arachnoïde et la pie-mère rachidienne peuvent s'enflammer isolément; mais le plus souvent, c'est-à-dire dix-huit fois sur vingt, d'après M. Calmeil, ces membranes sont affectées simultanément avec celles du cerveau: voilà pourquoi la maladie mérite, dans la plupart des cas, le nom de *cérébro-spinale*.

Je confondrai dans une description commune la méningite spinale simple, sporadique, et la méningite épidémique; car il n'y a entre elles qu'une différence de degré et de violence.

Historique. — La méningite cérébro-spinale, signalée vaguement par les anciens, qui paraissent l'avoir vue régner plusieurs fois épidémiquement, connue de Prosper Alpin, n'a pourtant été convenablement décrite que par les modernes. Ayant acquis, dans ces derniers temps, une fréquence inusitée, spécialement parmi les soldats, elle a été étudiée avec beaucoup de soin par MM. Lamothe et Lespès (1), Faure-Villard (2), Chauffard (3), Forget (4), Rollet (5), Michel Lévy (6), etc.; mais le travail le plus complet, le plus remarquable que nous ayons, est, sans contredit, la relation qu'a publiée le professeur G. Tourdes sur une épidémie qui a régné à Strasbourg de 1840 à 1844. Le travail de ce savant médecin, rédigé dans un excellent esprit, est d'un grand intérêt, et peut être cité comme un modèle de description.

Anatomie pathologique. — Les caractères anatomiques de la méningite rachidienne ne diffèrent guère de ceux de la méningite cérébrale: on retrouve en effet la même injection de la pie-mère et les mêmes produits de sécrétion albumino-fibreuse ou purulente. Ceux-ci ne sont presque jamais épanchés dans la cavité de l'arachnoïde, mais ils infiltrent le tissu cellulaire subjacent, où ils forment une couche plus ou moins considérable; ils offrent toujours plus d'épaisseur à la face postérieure de la moelle qu'antérieurement, où le plus souvent même ils manquent complètement. La moelle épinière a ordinairement sa consistance normale; parfois elle paraît même plus ferme; enfin, dans quelques cas, elle est assez ramollie à sa surface pour qu'en la séparant des méninges celles-ci en entraînent de petits fragments.

La méningite spinale est plus fréquente à la région cervicale qu'aux régions dorsale et lombaire; elle peut être circonscrite à un espace très-limité: c'est ce qui a lieu particulièrement lorsque la phlegmasie est consécutive à une altération des vertèbres; ce n'est guère que dans ces cas qu'elle existe à l'état chronique. On trouve alors une adhérence des deux feuillets de l'arachnoïde, ou bien son feuillet viscéral, opaque, semble épaissi; cependant un examen attentif démontre que cet épaississement dépend du tissu cellulaire subjacent, et que le feuillet arachnoïdien y est complètement étranger. Enfin, on trouve aussi des adhérences morbides entre l'arachnoïde et la pie-mère, ou bien entre celle-ci et la surface de la moelle. Quelques personnes ont encore voulu re-

(1) *Gazette médicale*, 1838.

(2) *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. XLVIII.

(3) *Revue médicale* de 1842.

(4) *Gazette médicale* de 1842.

(5) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. X.

(6) *Gazette médicale de Paris*, 1846.