

Valeur sémiologique. — Le liquide céphalo-rachidien peut rester normal même dans les cas pathologiques. Ses anomalies, indiquant une réaction méningée, permettent d'éliminer le méningisme, quand on le soupçonne. La présence seule du bacille de Koch, très difficile à déceler, permet d'affirmer la méningite tuberculeuse. La purulence indique toujours une méningite aiguë. En cas de méningite chronique, la réaction méningée permet de différencier, la méningite syphilitique, la pachyméningite, le tabes et la paralysie générale, des psychoses, des vésanies et de l'hystérie.

CHAPITRE I

SÉMIOLOGIE DES MÉNINGES CÉRÉBRALES

I. — SYNDROME MÉNINGITIQUE AIGU

La méningite aiguë se traduit essentiellement par la triade classique : céphalalgie plus ou moins intense, exaspérée par le bruit et les mouvements; vomissements en fusée, se produisant sans nausées, ni efforts; constipation plus ou moins rebelle aux purgatifs. Les autres troubles doivent être étudiés méthodiquement.

Les troubles psychiques consistent, chez l'enfant, en changement de caractère; chez l'adulte en mélancolie ou manie; chez les deux, en : délire plus ou moins violent, regard hostile, hallucinations; puis dépression et coma.

Les troubles moteurs sont multiples. Les convulsions (chez l'enfant surtout) sont généralisées, plus souvent partielles (monoplégiques ou hémiplégiques; mâchonnement, grincements de dents, mouvements de succion, trismus, nystagmus). Les contractures (plutôt des convulsions toniques) sont localisées, fugaces ou fixes, à type monoplégique ou hémiplégique, affectant : les fléchisseurs, les muscles de l'œil, de la face, de la langue et surtout de la nuque (raideur du cou); on doit en rapprocher le signe de Kernig (voy. Examen de la motilité, p. 44). Des paralysies, les unes sont précoces et passagères, les autres sont tardives et fixes; elles frappent, suivant le siège des lésions, les membres (convexité), ou les nerfs crâniens (M. de la base).

Les troubles sensitifs consistent en hyperesthésie plus ou moins vive, partielle ou générale, quelquefois au moindre contact, et en anesthésie générale ou partielle, tardive ou ultime.

Les troubles sensoriels affectent surtout la vision; le strabisme parétique ou spasmodique, entraîne de la diplopie; la pupille est contracturée (au début) ou relâchée (plus tard), d'où, inégalité pupillaire.

Au rang des troubles vaso-moteurs, il faut ranger : les alternatives de rougeur ou de pâleur, la raie méningitique ou raie rouge persistante, que provoque le passage de l'ongle sur la peau du ventre ou du tronc.

Le pouls est ralenti ou irrégulier (sauf au début). La respiration, d'abord accélérée, devient plus tard lente suspicieuse, coupée de pauses ou revêt le type de Cheyne-Stokes.

La fièvre, inconstante, est nulle ou très élevée, continue ou irrégulière.

La ponction lombaire donne un liquide dont les caractères varient suivant les formes (voy. Ponction lombaire).

II. — MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Prodromes. — Les prodromes ne manquent presque jamais. Le sujet (enfant) pâlit, maigrit, perd l'appétit, a le regard terne, les yeux cernés; il est abattu, émotionnable, triste, et dort mal; les adultes, paresseux et irascibles, ont la tête lourde et présentent des troubles de la mémoire et de l'attention.

Phase de début ou d'excitation. — Le premier signe est une céphalalgie plus ou moins vive, exaspérée par la lumière et les mouvements; puis surviennent des vomissements alimentaires, muqueux ou bilieux, se produisant sans effort, réveillés par les mouvements; en même temps s'installe une constipation rebelle même aux purgatifs énergiques. L'appétit est diminué ou nul; le ventre est rétracté en bateau (non toujours). La fièvre, modérée (rarement plus de 39°), est irrégulière; le pouls, mobile, bat de 90 à 120. La respiration est fréquente. Le regard est indifférent, étonné ou hostile. Le malade, couché en chien de fusil, est prostré et répond à regret, d'autres fois en proie à un délire calme ou violent. On constate souvent : de l'hyperesthésie, des convulsions partielles, sur les yeux et la face (mâchonnement, succion), sur les membres; des contractures telles que : trismus, strabisme spasmodique, et surtout, raideur de la nuque. Le signe de Kernig est inconstant. Les réflexes sont souvent exagérés. On note de la photophobie; les pupilles rétrécies, inégales, réagissent mal à la lumière.

Phase intermédiaire ou des oscillations. — La fièvre, le pouls, l'agitation présentent une rémission trompeuse; la température tombe, le pouls devient lent (60, 50, 40), inégal, arythmique; la respiration, ralentie, irrégulière, sujette à des pauses, revêt à la fin, le type de Cheyne-Stokes. La face passe par des alternatives de rougeur et de pâleur; la raie méningitique apparaît facilement. Des convulsions secouent souvent les muscles de la face, du tronc, des membres. La raideur du cou s'accroît; le signe de Kernig est fréquent. Le malade, plus abattu, les pupilles paresseuses, dilatées et inégales, pousse des cris aigus et monotones (cris hydrencéphaliques).

Phase terminale de dépression. — La température remonte, le pouls s'accélère (120, 150, 200 même à l'agonie) ainsi que la respiration (inégale); l'abolition du réflexe pharyngien précède la stupeur et le coma; parfois se montrent des sueurs profuses et de la diarrhée; la cornée est insensible et flétrie; des parésies ou des paralysies remplacent les contractures.

Formes. — Chez les nourrissons. — Les prodromes et la constipation font défaut; des convulsions apparaissent, suivies d'un demi-coma, avec rai-

deur de la nuque, tension de la fontanelle, strabisme, pupilles inégales; la fièvre est modérée, la marche rapide.

Chez l'adulte. — Le syndrome est classique, ou bien, soit la paralysie, soit le délire occupe le premier plan. Chez les phthisiques, la toux, l'expectoration, la diarrhée cessent, remplacées par de la céphalée, du strabisme, de l'inégalité pupillaire, des convulsions, des contractures. Ailleurs, tout se borne à une crise épileptiforme ou délirante suivie de coma; à moins que le coma, rapidement mortel, ne se montre d'emblée.

Formes locales. — La *méningite en plaques* peut se traduire par des monoplégies, de l'aphasie; les lésions de la *convexité* se traduisent par l'agitation et le délire actif.

Forme cérébro-spinale. — Elle se distingue par : la sciatique double, le brisement et l'impotence des membres inférieurs, la paralysie des sphincters et le *signe de Kernig*.

Forme typhoïde. — Cette forme, qui est l'expression de la granulé méningée, consiste en un état typhoïde sans diarrhée, ni météorisme, ni taches rosées. Le *séro-diagnostic* est négatif. Le début peut être spinal, marqué par de vives douleurs lombaires (*).

Ponction lombaire. — Le liquide céphalo-rachidien est clair ou à peine louche; quelques flocons y nagent, contenant des lymphocytes et peu de polynucléaires; l'albumine y est accrue (1 pour 100); les *bacilles*, rares, ne sont décelés que par les cultures (sur sang gélosé); on rencontre parfois des pyogènes ou le bacille de Pfeiffer.

III — MÉNINGITES SUPPURÉES

Phases d'excitation et de dépression. — Ces deux phases sont souvent superposées. Que l'infection causale soit ou non connue, le début est brusque, et les prodromes nuls ou insignifiants.

La *céphalalgie* éclate, atroce, avec de la faiblesse des jambes, du vertige, des *vomissements*, de la constipation quelquefois, mais non toujours; un frisson inaugure la fièvre (40-41°), accompagnée d'un pouls rapide et régulier, d'une respiration accélérée, de délire actif, hallucinatoire, parfois furieux. Les *convulsions*, partielles ou générales, sont plus communes chez l'enfant; les *contractures*, presque constantes, s'observent à tout âge; en particulier la raideur de la nuque et des jambes; le *signe de Kernig* manque très rarement. Les signes d'excitation font place, dès le 3^e ou 4^e jour, aux *signes de dépression* : pâleur, coma, paralysie des muscles de la face, monoplégies, héli-parésies, ptosis, inégalité pupillaire, incontinence des sphincters. Le pouls devient irrégulier, inégal; la respiration est intermittente, suspicieuse, embarrassée (tr. bulbaires). L'*hyperesthésie*, la *photophobie*, l'*hyperacousie* sont également fréquentes.

(*) DEBOVE, Société médicale des hôpitaux, 27 décembre 1898.

Formes. — **Méningite de la base.** — La marche en est plus lente (10 jours), la fièvre y présente de grandes oscillations. On y note : l'hyperesthésie généralisée, la raideur du cou et du tronc. Le *signe de Kernig* est très accentué. Les convulsions sont rares, le nystagmus commun.

Méningite à pneumocoques. — Elle éclate soit au cours ou au déclin de la pneumonie, soit en dehors d'elle, reste latente une fois sur deux, ou autrement se révèle par de l'hyperthermie, du délire actif, la raideur de la nuque et du tronc, le signe de Kernig, l'inégalité des pupilles; exceptionnellement par un ictus apoplectique, suivi d'hémiplégie, d'aphasie ou de parésie faciale, de parésie ou de contracture des mâchoires.

Méningites typhiques. — Au cours de la fièvre typhoïde, la méningite ne se devine qu'à la céphalée plus vive, au délire plus hallucinatoire, au tremblement, au strabisme, à la raideur des membres et de la nuque.

Méningites otiques. — La méningite complique surtout les otites aiguës; en pareil cas, la céphalée se généralise; avec les frissons et la fièvre apparaissent des vertiges, des nausées, des vomissements; la paralysie faciale (périphérique) est fréquente, on observe parfois aussi : la paralysie de l'hypoglosse, des paralysies oculaires; le myosis du côté de l'otite.

Ponction lombaire. — Le liquide céphalo-rachidien est louche ou purulent, riche en polynucléaires; on y décèle le streptocoque, le pneumocoque, le bacille d'Eberth ou le bacille de Pfeiffer.

IV. — MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE

On peut en distinguer des types : *aigu*, *subaigu* et *atténué*.

Forme aiguë ou suraiguë. — Elle tue en 6 à 8 jours; la céphalée est atroce, le délire furieux; la contracture cervico-dorsale est intense, le coma rapide.

Forme subaiguë. — Le début est bruyant, mais des rémissions alternent pendant des semaines ou des mois, avec des poussées intermittentes; les contractures dominent; la guérison est possible.

Formes ambulatoires. — Parfois latentes, ces formes ne se révèlent que par une courbature et un malaise vague; la guérison survient ou des accidents aigus éclatent.

Signes propres. — Le début est soudain en pleine santé; avec la fièvre (39°, 40°), se montrent : une *céphalalgie* tenace, d'abord frontale ou occipitale, puis générale; de la *rachialgie*, exaspérée par les mouvements. Les douleurs dans les membres (les inférieurs surtout) existent une fois sur deux; les crampes, l'hyperesthésie cutanée ou musculaire sont plus communes que l'anesthésie. Dans les formes aiguës, la fièvre (40, 41°) est continue; dans les autres, il y a des phases, sans périodicité, où la fièvre fait défaut; le pouls est inconstant, d'abord lent et irrégulier, finalement petit et rapide. La *respiration* est accélérée, difficile et irrégulière. Les vomissements et la constipation n'existent qu'au début. La contracture de la nuque (du 2^e au 5^e jour) et du dos, extrême parfois, peut aussi manquer. Le *signe de Kernig*, presque

constant, peut survivre à la guérison. Les convulsions sont rares; les paralysies, rares aux membres, sont fréquentes à la face, mais non aux yeux. Les *érythèmes* sont communs, symétriques, polymorphes ou purpuriques; l'herpès labial s'observe souvent. Le *délire* mêlé d'hallucinations est initial, puis fait place au coma. Les *pupilles*, rétrécies ou dilatées, sont inégales; le strabisme n'est pas commun; parfois existent des bourdonnements d'oreille et de la surdité.

L'examen du sang décèle une leucocytose assez marquée.

Ponction lombaire. — Le liquide céphalo-rachidien, en hypertension, contient de nombreux polynucléaires; l'examen bactériologique y décèle le méningocoque. Il doit, avec l'enquête clinique, assurer la distinction avec la tuberculose (voy. *Sémiologie des maladies infectieuses*)⁽¹⁾ et même avec la syphilis des méninges.

V. — MÉNINGITE SÉREUSE

Au cours ou à la suite d'une infection grave primitive, grippe, pneumonie ou fièvre typhoïde, apparaît l'ébauche du *trépied méningitique*; la *fièvre* est nulle ou passagère, irrégulière; le *pouls* est rarement ralenti ou irrégulier; le *délire* n'est ni violent, ni persistant; le *coma* est tardif. Les *paralysies*, les *contractures* sont fugaces, légères; les *convulsions* rares. Les troubles oculaires, presque constants, consistent en *hyperémie de la papille* et de la rétine, guérissable mais susceptible aussi d'aboutir à l'atrophie du nerf optique. Le strabisme, la diplopie, la mydriase, l'inégalité pupillaire, la photophobie sont inconstants. On peut noter des hyperesthésies plus ou moins étendues, des arthralgies. La méningite séreuse offre une marche capricieuse et dure de quelques heures à 15 jours ou un mois.

VI. — MÉNINGITES CHRONIQUES

La méningite chronique, plutôt soupçonnée grâce à la notion étiologique, se traduit par des symptômes vagues: mal de tête, contractures, paralysies spasmodiques ou flasques, convulsions, délire, troubles pupillaires, pouls arythmique, stupeur et coma, signes souvent isolés et fixes.

Méningites pariétales. — Limitées à la dure-mère, elle donnent lieu à une céphalée gravative, unilatérale et fixe, longtemps isolée, à une fièvre capricieuse ou nulle, à des vertiges avec titubation, à de l'insomnie et de l'affaiblissement intellectuel.

Méningites encéphaliques. — Ce sont celles qui intéressent l'arachnoïde et la pie-mère. On distingue une forme torpide, une forme en plaques et une forme mentale.

Forme torpide. — Elle se traduit par une céphalée violente, une excita-

(1) DEBOVE, *Méd. moderne*, 27 mai 1905. *Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 15 septembre 1901.

tion passagère, puis une torpeur plus ou moins profonde; les pupilles sont contractées et inégales, le pouls est lent et irrégulier; on constate du trismus, des convulsions localisées; finalement le coma s'établit, avec pouls petit et accéléré, pupilles dilatées, escarres, précédant de peu la mort.

Forme en plaques. — Provoquée surtout par la *syphilis* et la *tuberculose*, cette forme présente, comme les lésions en foyers, des signes fixes et isolés: hémiplegie, monoplégie, aphasie, paralysie faciale, paraplégie cérébrale (sans amyotrophie, ni troubles vésicaux), mouvements athétosiques ou choréiformes.

Forme mentale. — Ici prédominent l'aliénation mentale et la déchéance intellectuelle, avec ou sans parésies diffuses concomitantes. (Paralysie générale inflammatoire, pseudo-paralysie générale alcoolique ou arthritique.)

VII. — HÉMORRAGIES MÉNINGÉES

Pachyméningite hémorragique. — 1° *Phase de pachyméningite.* — On observe d'abord: une *céphalalgie* intense, gravative, fixe, unilatérale, à exacerbations, sans fièvre marquée ni convulsions; des vomissements quelquefois; de la constipation, mais ni constante, ni rebelle; des vertiges, des bruits d'oreille, de la titubation, de l'insomnie; les pupilles sont inégalement contractées; on peut constater de la parésie hémiplegique et des convulsions.

2° *Phase d'épanchement.* — L'épanchement se fait soit brusquement, soit par poussées successives, soit insensiblement. Les signes, toujours identiques, consistent en torpeur plus ou moins profonde, somnolence, asthénie, parole lente, titubation; une *hémiplegie* peut survenir, graduellement ou avec ictus, flasque ou spasmodique, siégeant souvent du côté de la lésion méningée; les *diplegies* sont plus rares, les anesthésies fugaces. On peut constater: du nystagmus, de la dilatation pupillaire, de l'œdème de la papille par stase veineuse (compression). Le pouls est souvent ralenti; la respiration peut prendre le rythme de Ch.-Stokes. Il y a quelquefois des vomissements; la constipation est habituelle; la fièvre se montre par accès. La torpeur croît avec les progrès de la compression, puis éclatent des crises épileptiformes et apoplectiformes qui aboutissent au coma; la congestion pulmonaire peut hâter la mort, presque constante, après plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Hémorragies non enkystées. — Le sang, quelle qu'en soit la source, fuse dans les points où la résistance est moindre.

Prodromes. — Ce sont les signes des affections causales: aliénation, déchéance intellectuelle, céphalée (artério-sclérose cérébrale).

État. — On assiste à une apoplexie spéciale; la perte de sang se traduit par de la pâleur, un état lipothymique, ou une somnolence plus ou moins profonde; puis l'ictus survient, accompagné d'une certaine rigidité musculaire, d'un pouls lent et tendu, d'incontinence d'urine (compression céré-

brale); un degré de plus et apparaissent : des convulsions épileptiformes partielles ou générales, ou des contractures, du spasme des muscles oculaires, parfois de l'hémiplégie. Le pouls est petit et accéléré (140), puis le coma s'accroît et la mort est rapide. Ailleurs, le malade s'éveille prostré, la tête lourde, atteint d'hémiplégie ou de diplégie. L'infection secondaire, possible, se traduit par de la fièvre et un état typhoïde. Le passage à l'état chronique entraîne l'affaiblissement graduel et le marasme.

Chez le nouveau-né. — L'enfant naît en état de mort apparente et succombe rapidement ou survit peu de jours, présentant : de la cyanose, de la dyspnée, de l'apathie et des convulsions. La guérison est rare. L'hémorragie pourrait avoir pour conséquence éloignée la *maladie de Little* (?).

Hémorragie traumatique. — Elle se traduit par de l'hémiplégie avec stertor masqués souvent par des signes de commotion ou de contusion cérébrale. La mort est habituelle.

Hémorragies des asystoliques. — Les signes en sont obscurs; la stase encéphalique provoque des vertiges, de la cyanose, de la somnolence.

Hémorragies secondaires aux pyrexies. — Elles sont généralement latentes et masquées par les symptômes de l'infection causale.

CHAPITRE II

SÉMIOLOGIE DU CERVEAU

I. — ANÉMIE CÉRÉBRALE

Signes étiologiques. — Elle est plus commune chez les enfants et les vieillards (athérome). Autrement, l'émotion, l'œdème et la commotion cérébrale, certains toxiques (ergotine, belladone, bromures, tartre stibié, chloroforme, plomb, oxyde de carbone) peuvent l'occasionner; il en est de même des cardiopathies artérielles et des anémies post-hémorragiques ou autres.

Signes cliniques. — *Aiguë*, l'anémie cérébrale se traduit par des éblouissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, parfois des vomissements, des lipothymies, des convulsions générales ou partielles, la syncope et le coma.

Chronique, l'ischémie cérébrale détermine de la lourdeur de tête, de l'insomnie, de l'amnésie; les sujets, fatigués, irritables, incapables de travailler, ont l'ouïe et la vue faibles.

II. — CONGESTION CÉRÉBRALE

Signes étiologiques. — Toujours secondaire, active ou passive, la congestion cérébrale est favorisée par la pléthore, la ménopause, le surmenage intel-

lectuel. Elle complique : les intoxications aiguës par l'opium et l'alcool; les états infectieux : fièvre typhoïde, fièvres éruptives, pneumonie, paludisme, tétanos, rage, rhumatisme cérébral. Elle peut succéder à un coup de froid ou de chaleur (par action réflexe); résulter d'un mal de Bright, d'une maladie de Basedow, de la suppression d'un flux habituel, du surmenage musculaire (par hypertension sanguine). Les cardiopathies, les affections broncho-pulmonaires qui entraînent la stase veineuse générale, causent aussi la congestion cérébrale passive. L'érysipèle, les parotidites, les angines, les otites sont des causes de fluxions collatérales. Les causes locales : paralysie générale, épilepsie, tumeurs, abcès, méningite, hémorragies méningées, sclérose en plaques, tabes, maladie de Parkinson, sont les plus communes.

Signes cliniques. — La *forme aiguë légère* se révèle par un violent mal de tête, des éblouissements, des tintements d'oreille, de la somnolence, du vague cérébral.

La *forme grave* (coup de sang), se traduit par un coma stertoreux, de quelques minutes à quelques heures, avec hémiplégie fugace et embarras de la parole au réveil.

La *forme subaiguë* (vieillards) provoque une obnubilation graduelle de la sensibilité et des idées.

La *forme convulsive* a pour expression une crise épileptiforme partielle ou généralisée.

La *forme délirante*, propre aux alcooliques, détermine une agitation loquace, régie par des hallucinations visuelles ou auditives; c'est le *delirium tremens*.

La *forme maniaque* consiste en un délire d'action ou manie aiguë.

La *forme cardiaque* (stase asystolique) se traduit par une torpeur mêlée de rêveries et aboutissant au coma.

III. — APOPLEXIE

Signes étiologiques. — L'hémorragie, l'embolie ou la thrombose cérébrales, l'hémorragie méningée, la congestion ou l'anémie cérébrales sont les causes les plus communes d'apoplexie; les tumeurs cérébrales, l'urémie et l'hystérie en sont des causes plus rares.

Signes cliniques. — L'apoplexie consiste en une perte soudaine du mouvement, de la sensibilité et du sentiment, avec respiration stertoreuse, yeux demi-clos, dilatation pupillaire, abolition des réflexes. On constate en outre, parfois : des mouvements épileptiformes ou choréiformes, la déviation conjugée de la tête et des yeux; souvent, l'hémiplégie avec élévation thermique du côté paralysé, la rétention ou l'incontinence des urines et des fèces. La température d'abord abaissée (35°) avec pouls ralenti (60) se rapproche de la normale (37°,5 à 38°) ou dans les cas graves, s'élève à 40° 41°, tandis que le pouls bat 130 à 140.