

faut avoir recours aux ensemencements (sur gélatine, gélose, bouillon) et, si faire se peut, à l'inoculation à la souris, au lapin, au cobaye (suivant la nature du microbe trouvé). Nous indiquerons ultérieurement quels sont les agents infectieux particuliers à chaque variété de méningite. Dans la méningite tuberculeuse, Fürbringer constate la présence du bacille de Koch 70 fois pour 100, Lenhartz 21 fois sur 46, Stadelman dans 22 pour 100 des cas seulement. Dans la méningite syphilitique les examens sur bouillon, les ensemencements et les inoculations restent stériles.

La clinique, à son tour, a fourni un nouvel élément de diagnostic, c'est le *signe de Kernig* (1884), que M. Netter a particulièrement étudié en France. Rappelons qu'il consiste dans l'impossibilité d'obtenir l'extension des jambes quand le malade est assis dans son lit; dans cette attitude les jambes fléchissent aussitôt sur les cuisses et les cuisses sur le tronc. Ce signe n'existe pas, lorsque le malade est dans le décubitus dorsal; on peut, dans cette attitude, étendre facilement les jambes qu'il a fléchies au préalable.

Le signe de Kernig manque quelquefois, surtout dans la méningite tuberculeuse; on le constate dans 85 pour 100 des cas de méningite en général; il existe parfois dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, les infections intestinales.

Il indique surtout une irritation des méninges spinales, quelle que soit la nature de l'irritation. Mais la méningite tuberculeuse n'atteignant pas constamment les méningites spinales, tandis que celles-ci sont constamment intéressées dans la méningite épidémique, il constitue un bon signe de cette dernière.

A. — Méningites tuberculeuses.

Le diagnostic s'impose quand la méningite survient au cours d'une tuberculose déjà ancienne ou bien si les malades peuvent être suivis dès le début, car les phénomènes précurseurs sont rarement défaut; on sait que les enfants, avant l'apparition des signes de la méningite confirmée, pâlisent, maigrissent, perdent leur appétit, ont des troubles digestifs, une apathie ou bien, au contraire, une excitabilité anormale, un sommeil agité, avec cauchemars, grincements de dents, etc., que chez l'adulte une céphalalgie persistante, l'affaiblissement général des facultés sont des symptômes de mauvais augure.

À la première période de la maladie confirmée, la triade classique : céphalée, vomissements, constipation, ne laisse guère de doute sur l'existence de la méningite; si l'on peut éliminer assez aisément les diverses affections telles que toxi-infections intestinales, fièvre typhoïde ou pneumonie au début ou bien encore, chez les adolescents, les manifestations hystériques (celles-ci apyrétiques), qui peuvent s'accompagner de symptômes analogues, on n'est pas autorisé à porter d'emblée le diagnostic de méningite tuberculeuse qui équivaut à un arrêt de mort; il faut encore faire un diagnostic différentiel d'avec les autres méningites, examiner avec soin les oreilles qui pourraient être le point de départ d'une méningite suppurée, songer à la méningite cérébro-spinale ou bien encore à la méningite syphilitique, même en l'absence d'antécédents avérés. (Voir plus loin.)

La ponction lombaire vient sans doute en aide au clinicien incertain : quand on constate un liquide à peine louche, contenant quelques petits flocons avec peu de fibrine, des lymphocytes en grand nombre et de rares polynucléaires, une augmentation de l'albumine, quand on trouve des bacilles dans le liquide, après centrifugation (ils sont rares et difficiles à découvrir), on a de nouvelles raisons de craindre la méningite tuberculeuse. Toutefois, il importe de savoir que, dans le cas de méningite tuberculeuse, la polynucléose peut exister (6 fois sur 50, Lewkowitz; peut-être due à des infections mixtes?), ou que le liquide peut contenir d'autres germes que le bacille de Koch,

généralement des staphylocoques. Aussi la clinique ne perd-elle pas ses droits imprescriptibles et peut-on conclure, avec Marfan, que le diagnostic clinique de la méningite tuberculeuse est au moins aussi sûr que le diagnostic bactériologique.

La sagacité du clinicien doit s'exercer non seulement dans les formes aiguës de l'enfance et de l'adolescence, mais encore dans les formes subaiguës et chroniques de l'adulte, dans ces formes de méningite en plaques que Landouzy (Thèse de Paris, 1876), Chantemesse (Thèse de Paris, 1884), Combe (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 1898) ont particulièrement étudiées. Dans ces formes, en effet, manquent les symptômes classiques en rapport avec la méningite de la base : vomissements, troubles oculaires, ralentissement du pouls, troubles vaso-moteurs (raie méningitique), respiration de Cheyne-Stokes, etc.; les phénomènes prédominants indiquent une lésion des centres corticaux : aphasie, monoplégies brachiale ou crurale, paraplégie, convulsions partielles. De plus le début est habituellement brusque.

Le diagnostic est à faire avec les tumeurs de l'aire rolandique, diagnostic difficile puisque les signes sont surtout en rapport avec la localisation des lésions et non avec leur nature; cependant dans ces dernières il y a prédominance de céphalalgie, de vomissements, d'hébétéude; on note de l'œdème papillaire.

Il faut surtout éliminer la méningite syphilitique (méningite gommeuse en plaques de la région fronto-pariétale). Dans ce cas la céphalalgie est un bon signe distinctif, avec ses caractères spéciaux : céphalalgie à exacerbations nocturnes, localisée au siège de la lésion (céphalalgie en rondelle). Il faut également tenir grand compte de l'existence de paralysies dissociées des nerfs de l'œil (strabisme, ptosis, diplopie). Enfin, en dernier ressort, un traitement spécifique intensif lèvera tous les doutes.

Il est permis d'être bref sur le traitement des méningites tuberculeuses qui sont essentiellement incurables, les prétendus cas de guérison s'appliquant à des méningites syphilitiques ou à des méningites séreuses.

Quelques observations récentes autoriseraient cependant dans une certaine mesure à considérer comme moins sombre le pronostic de la méningite tuberculeuse confirmée, entre autres, deux de M. Guinon, avec cyto-diagnostic primitif. M. Galliard a publié une observation de méningite tuberculeuse aiguë récidivante, terminée par la guérison. Il est vrai que l'épreuve du cyto-diagnostic fit défaut.

« Purgatifs, calomel, iodure, vésicatoire, glace, disait Trousseau, j'ai mis tout en usage avec aussi peu de succès. Découragé par mes inutiles tentatives, j'ai comparativement traité des malades par des moyens énergiques et laissé les autres à l'expectation; or, je dois avouer que la terminaison funeste m'a paru arriver plus rapidement chez les premiers que chez les seconds. »

Il faut effectivement se garder d'employer des médications non seulement inutiles, mais susceptibles d'augmenter les souffrances du patient, l'excitabilité nerveuse, comme les vésicatoires, les frictions à l'huile de croton, les émissions sanguines locales, etc. Toutefois le médecin ne saurait rester inactif, et parmi les médications énumérées par Trousseau, il en est une que l'on doit employer au début, pour faire bénéficier le malade du doute qui peut subsister au sujet de la nature syphilitique des accidents méningés; cette médication est la médication hydrargyrique. On donne donc le *calomel* soit à doses moyennes, c'est-à-dire 0 gr. 20 à 0 gr. 40 en 2 ou 5 fois, dans les 24 heures, soit à doses fractionnées, à raison de 1 à 2 centigrammes toutes les heures; puis l'*iodure de potassium*,