

recueillir un liquide, d'abord transparent, non coloré, puis légèrement citrin dans les dernières gouttes. Les tubesensemencés, portés à l'étuve à 39 degrés, présentaient au bout de quatre semaines des colonies multiples, visibles à l'œil nu, fines, moins grosses que des têtes d'épingle et contenant le bacille de Koch. Elles étaient beaucoup plus nombreuses que lorsque le liquide cultivé dans les mêmes conditions provient d'une pleurésie franche. Aujourd'hui, chaque colonie a acquis un très grand développement, et la forme sphérique, l'aspect un peu muriforme, la coloration chocolat sont caractéristiques. Un cobaye jeune, de 260 grammes, qui avait reçu, en inoculation intrapéritonéale, cinq centimètres cubes de ce même liquide céphalorachidien, était encore vivant deux mois après. Nous l'avons sacrifié : l'autopsie a décelé des lésions de tuberculose expérimentale prédominant sur les organes lymphatiques. »

Le diagnostic des méningites cérébro-spinales est donc un diagnostic à deux étapes ; il ne suffit pas de savoir distinguer la méningite cérébro-spinale des gripes ou des fièvres typhoïdes qui peuvent la simuler, il faut encore faire un diagnostic pathogénique et tâcher de savoir si la lésion est, ou n'est pas, tuberculeuse. L'erreur, vous venez de le voir, n'est pas toujours facile à éviter, l'observation clinique doit ici, comme dans bien des circonstances, faire appel aux recherches de laboratoire.

Le pronostic des méningites cérébro-spinales doit maintenant nous occuper. Abstraction faite des tuberculeuses, toutes les autres variétés peuvent guérir, elles guérissent même dans la proportion de 15 à 40 pour 100. Dans la statistique de M. Netter « la proportion des guérisons serait à peu près de deux sur trois ; chiffre bien encourageant qui montre combien il est important d'opposer les méningites non tuberculeuses aux méningites tuberculeuses<sup>1</sup> ». Sur nos trois malades, un a guéri, et vous allez voir dans quelles conditions. Voici son histoire : cet homme nous est conduit salle Saint-Christophe, en plein délire, le 25 février 1898. Un ami

1. Netter. Société médicale des hôpitaux, séance du 22 juillet 1898.

qui l'a accompagné nous raconte que la maladie s'est déclarée brusquement quatre jours avant, vers midi. Un grand frisson avec grelottement a ouvert la scène, la fièvre s'est déclarée et aussitôt est apparu un mal de tête terrible qui, pendant deux jours, a été le symptôme dominant.

Le malade, très agité et criant de douleur, ne trouvait pas un instant de repos. Au troisième jour, survient un délire violent, délire d'action, le malade se lève, vocifère, pousse des cris de terreur et profère des menaces comme s'il était en proie à des hallucinations.

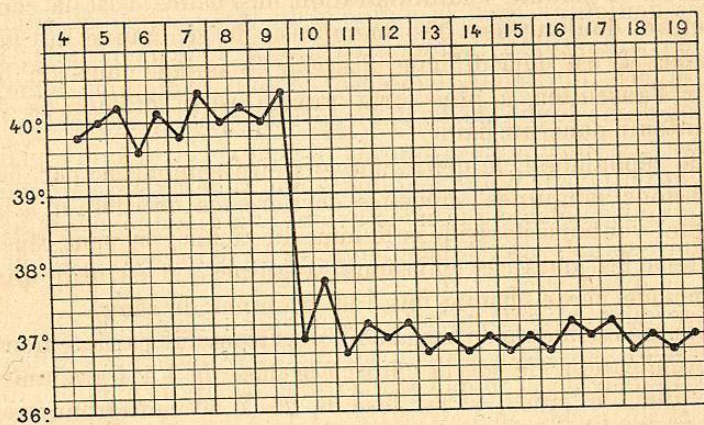
C'est dans cet état qu'on le conduit à l'Hôtel-Dieu. Il a les yeux saillants, le teint animé, les lèvres trémulantes, la fièvre vive, la température voisine de 40 degrés. Il répond assez bien à nos questions ; il se plaint surtout de la tête et du cou, la nuque est raide ; même raideur douloureuse aux muscles du dos et des lombes (opisthotonos de la méningite cérébro-spinale). L'auscultation ne fait rien découvrir ni aux poumons ni au cœur. La constipation est opiniâtre depuis le début de la maladie, le ventre est dur et rétracté. Le malade se plaint de douleurs dans les jambes.

L'intensité et la persistance de la céphalalgie, les contractures douloureuses de la nuque et du tronc, la constipation étaient autant de symptômes en faveur de la méningite ; la brusquerie du début, l'absence de tout symptôme témoignant d'une lésion de la base de l'encéphale, l'absence de toute tare tuberculeuse antérieure chez cet homme plaident en faveur d'une méningite non tuberculeuse. Il était donc vraisemblable que nous avions affaire à une méningite cérébro-spinale non tuberculeuse et l'avenir devait confirmer ce diagnostic.

Les jours suivants, mêmes symptômes : fièvre très élevée, agitation, délire alternant avec quelques moments de lucidité, raideur de la nuque et du tronc, légère incurvation du cou et du rachis en opisthotonos, douleurs et contractures dans les bras, douleurs dans les jambes, constipation opiniâtre, céphalalgie atroce qui résiste à toutes les médications. Alors apparaissent, à la commissure labiale droite, des vésicules d'herpès, cet herpès souvent signalé dans les épidé-

mies, et en particulier dans notre épidémie parisienne de méningite cérébro-spinale. Nous arrivons ainsi au neuvième jour de la maladie avec persistance de tous les symptômes méningitiques et température à 40 degrés; au délire a fait suite une torpeur voisine du coma, le malade ne répond plus aux questions qu'on lui adresse; l'herpès labial a gagné le menton, la joue et remonte jusqu'à l'angle externe de l'œil droit.

Alors se produit une détente inespérée qui est, du reste, un des modes de guérison constatés dans la méningite cérébro-spinale. C'est une vraie défervescence brusque, comparable à celle de la pneumonie. Ainsi que vous le voyez sur la courbe ci-dessous, du soir au matin la température tombe de 40°4 à 37 degrés. Dans la matinée du dixième jour, nous trouvons le malade fort amélioré; la céphalalgie est moindre, les contractures de la nuque et du dos sont moins douloureuses, les douleurs des membres ont disparu, la nuit s'est passée sans délire, le coma a fait place à une somnolence de bon aloi. Cette amélioration est accompagnée de vrais phénomènes de crise, sueurs, polyurie.



Les jours suivants, l'amélioration continue; tous les symptômes disparaissent, et le malade quitte l'hôpital le 25 mars, en parfaite santé.

Le *traitement* de la méningite cérébro-spinale est d'autant plus important que nous sommes en face d'une maladie souvent curable et avec laquelle on peut lutter efficacement. On avait espéré, un moment, trouver dans la ponction lombaire un moyen thérapeutique; il n'en est rien; Quinke avait cru obtenir par la ponction une décompression favorable des centres nerveux. Or, l'expérience prouve que la soustraction d'une quantité trop forte de liquide céphalo-rachidien peut provoquer des accidents graves; la ponction est un excellent moyen de diagnostic, ce n'est pas un mode de traitement. Chez quelques sujets, comme chez notre premier malade, la ponction donne une détente légère et passagère, mais c'est tout; on ne peut donc pas ériger la ponction lombaire en moyen thérapeutique.

Les bains chauds ont été préconisés avec raison. Des bains à 38, 39 degrés d'une durée de 5 à 10 minutes, répétés plusieurs fois en 24 heures, donnent une certaine détente et contribuent au bon résultat. Il est nécessaire, pendant la durée du bain, de tenir sur la tête du malade des compresses d'eau froide sans cesse renouvelées. Ce qui rend difficile et pénible l'administration des bains, c'est la contracture douloureuse des membres, de la nuque et des lombes. Il est déjà difficile d'asseoir le malade dans son lit pour l'ausculter, à plus forte raison est-il difficile de le maintenir dans un bain.

La céphalalgie, le délire doivent être combattus par les émissions sanguines, sangsues derrière les oreilles et à la nuque; ventouses scarifiées le long du rachis; on peut répéter tous les jours ces émissions sanguines, il est utile que le malade perde chaque fois 150 grammes de sang.

Les médicaments antispasmodiques trouvent parfaitement leur indication: le polybromure à la dose de 3 à 4 grammes par jour, le musc, à la dose de 25 à 50 centigrammes; l'antipyrine, le chloral, l'hypnal, le sulfonal, le sirop d'éther, les injections de morphine à très petite dose, 1/2 centigramme répété deux ou trois fois par jour, les infusions de tilleul et fleur d'oranger.

Je termine ces leçons par les conclusions suivantes :

1° — La méningite cérébro-spinale ne forme pas une entité morbide spécifique et indivisible à l'égal de la fièvre typhoïde. Il n'y a pas « une méningite cérébro-spinale », il y a « des méningites cérébro-spinales ». Epidémique ou non, la méningite cérébro-spinale présente de nombreuses variétés : méningite à méningocoque de Weichselbaum et méningites à pneumocoque, à streptocoque, à staphylocoque, à bacilles de Koch, à associations microbiennes y compris le bacille d'Eberth. Néanmoins, la méningite cérébro-spinale épidémique à méningocoque reste le *type dominant*.

2° — Au point de vue pathogénique, il suffit que l'agent microbien, méningocoque ou autre, doué d'une virulence suffisante, ait envahi l'axe cérébro-spinal, pour que sa diffusion rende possible les lésions et les accidents de la méningite cérébro-spinale. La méningite cérébro-spinale est primitive ou secondaire : primitive, ainsi que c'est l'usage en temps d'épidémie, lorsque l'individu frappé par le mal, en pleine santé, ne présentait aucune tare pathologique pouvant servir de porte d'entrée à l'agent infectieux ; secondaire, lorsque l'individu, déjà en puissance d'une tare pathologique, otite, pneumonie, mal de Pott, tuberculose, etc., offrait une porte d'entrée à l'agent infectieux.

3° — Les méningites cérébro-spinales sont différentes quant à leur pathogénie, mais elles se ressemblent toutes, à quelques nuances près, quant à leur évolution clinique.

4° — Le diagnostic de la méningite cérébro-spinale présente parfois de réelles difficultés ; non seulement il faut la distinguer des maladies qui peuvent la simuler (fièvre typhoïde, grippe), mais il faut encore distinguer la méningite cérébro-spinale tuberculeuse (maladie mortelle) des autres méningites cérébro-spinales (souvent curables).

5° — Dans les cas difficiles, l'examen clinique et les recherches de laboratoire doivent être combinés en vue d'arriver à un diagnostic précis ; le signe de Kernig donne des renseignements précieux ; la ponction lombaire nous permet d'isoler l'agent pathogène ; les cultures doivent être faites suivant les procédés que je vous ai indiqués.

## DIX-HUITIÈME LEÇON

### PARALYSIE FACIALE SYPHILITIQUE

MESSIEURS,

La paralysie syphilitique du nerf facial, nerf de la 7<sup>e</sup> paire, peut être précoce ou tardive ; précoce, quand elle apparaît dans les premiers mois de l'infection syphilitique, à la période des accidents dits secondaires ; tardive, quand elle survient des années, dix ans, vingt ans après l'infection, à la période des accidents dits tertiaires. Entre ces deux extrêmes existent tous les intermédiaires.

Occupons-nous d'abord de la paralysie faciale syphilitique *précoce*. Elle n'est pas rare, il s'en faut, et parmi les cas que j'ai observés, il en est un que je vais choisir comme type ; il a été relaté dans la thèse de M. Dargaud<sup>1</sup>. Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, entrée dans mon service au troisième mois de sa syphilis. Nous constatons une roséole maculo-papuleuse, des plaques muqueuses de la gorge et une belle pléiade ganglionnaire de l'aîne. Depuis l'apparition de ces accidents secondaires, la malade se plaint de douleurs dans l'oreille et à la face du côté droit ; les maux de

1. Hémiplégie faciale dans la période secondaire de la syphilis. *Thèse de Paris*, 1885.