

gisme, l'imitation des accidents méningitiques récemment observés par les malades dans leur entourage. Cet entourage, constitué le plus souvent par la famille ou l'hôpital, crée les conditions favorables à la suggestion du syndrome méningé, et engendre ainsi les espèces du *méningisme familial*, fréquent chez les enfants, du *méningisme nosocomial*, observé surtout chez les clients habituels de l'hôpital, et du *méningisme professionnel*, propre aux infirmiers et surtout aux infirmières. Ces différentes variétés de *méningisme par imitation* ne s'observent d'ailleurs que chez des névropathes, et sous des influences étiologiques d'ordre traumatique, émotif, ou toxique. On reconnaît, chez les malades, cette aptitude particulière à la simulation des tableaux morbides les plus variés, en reconstituant avec soin leurs antécédents et en suivant leur observation ultérieure. Cette simulation de syndromes, presque toujours inconsciente et involontaire, s'impose à l'activité pathologique du sujet, qui la subit malgré lui et reste cependant sensible aux influences psychothérapiques de la persuasion, qu'exerce à son chevet le médecin instruit de la nature de l'affection. Le *mimétisme pathologique* semble d'ailleurs la loi même de l'hystérie : il se manifeste par des accès paroxystiques, dont l'éclosion est provoquée le plus souvent par des commotions morales pénibles, et puise à chaque fois les éléments de la simulation des syndromes, dans l'expérience que les sujets ont acquise par l'observation ou le récit des maladies; aussi, malgré les fréquentes variations de sa formule clinique, le mimétisme hystérique se répète souvent dans ses créations et récidive sous les mêmes apparences chez les mêmes sujets. Il est d'ailleurs déterminé dans le siège et aussi dans l'allure de ses manifestations par le lieu et la nature des causes provocatrices, des épines organiques qui provoquent l'apparition des accidents hystériques. Ainsi, le méningisme éclate surtout chez les sujets dont les zones méningo-corticales, lieu de moindre résistance, sont déjà le siège de tares pathologiques anciennes ou récentes, graves ou légères, qui constituent des causes d'appel local, et de détermination clinique des accidents hystériques. C'est là un des nombreux exemples des *associations hystéro-organiques*.

Aussi n'est-on pas en droit de nier la nature hystérique d'un accès de méningisme, parce qu'on aura constaté un degré plus ou moins marqué de lymphocytose céphalo-rachidienne : l'irritation méningée, en pareil cas, peut jouer le rôle d'agent provocateur, et déterminer l'explosion d'un accès de méningisme, que son évolution, son allure, ses caractères, ses affinités, etc., permettront de rapporter à l'hystérie. L'hystérie ne perd pas ses droits là où l'infection revendique les siens. La lésion suscite la névrose et les déterminations anatomiques provoquent et orientent les manifestations psychonévropathiques. De telle sorte que le diagnostic du méningisme hystérique doit se fonder bien plus sur l'étude clinique attentive du malade et la constatation des caractères des accidents méningés, que sur les seules données, positives ou négatives, de la ponction lombaire.

En dehors du méningisme hystérique proprement dit, c'est-à-dire de la simulation de la méningite par des psychopathes suggestibles, plus ou moins involontairement et inconsciemment imitateurs de tableaux morbides

connus d'eux, il existe un méningisme névropathique, d'ordre toxique, que n'accompagne aucune réaction leucocytaire saisissable, et que ses caractères étiologiques, cliniques et évolutifs ne permettent pas de rapporter à l'hystérie; le méningisme, fréquent chez les tout jeunes enfants, est une réaction banale de l'écorce cérébrale aux premiers âges de la vie, et semble lié à tous les états de souffrance, d'origine si diverse, que peut subir la nutrition du cortex, durant l'époque du développement le plus actif de l'encéphale, et particulièrement du manteau des hémisphères.

Le diagnostic du *méningisme hystérique* et du *méningisme névropathique* avec les réactions méningées liées à l'infection de la pie-mère, se fondera donc sur l'analyse des accidents, étudiés dans leur intensité, leur forme, leur évolution, leur allure, leurs affinités, leur réaction au traitement; sur la connaissance des malades, observés dans leurs antécédents, leurs parentés morbides, leurs aptitudes psychonévropathiques, leur situation, etc.; enfin, sur les résultats cytologiques de la ponction lombaire, rapprochés des données étiologiques et cliniques précédentes : il se fondera enfin sur l'interprétation critique de tous ces éléments, et non pas sur la simple constatation d'un symptôme isolé; ce dernier fût-il représenté par la lymphocytose céphalo-rachidienne.

La constatation de la fièvre ne doit pas faire rejeter le diagnostic de méningisme, névropathique ou hystérique. Des observations probantes démontrent d'abord l'association assez fréquente de la fièvre aux diverses formes de méningisme névropathique; l'élévation de la température peut provenir soit de l'infection générale qui provoque la réaction méningée, soit de la mise en jeu des centres thermiques de l'écorce cérébrale, et représenter alors un des éléments mêmes du méningisme.

Dans le méningisme hystérique, la fièvre peut exister, soit associée aux manifestations névrosiques, soit même comme un élément intrinsèque du syndrome hystérique. L'existence légitime de la fièvre hystérique, d'abord établie par les travaux de Debove et Barié⁽¹⁾, mise en doute à la suite du travail de critique qui s'opère actuellement dans le domaine de l'hystérie, semble ne plus devoir être contestée à la suite des observations expérimentales où les auteurs ont produit et modifié par suggestion chez des hystériques l'élévation de la température. F. Vidal⁽²⁾ a récemment publié un cas de ce genre, où il a pu, à diverses reprises, éteindre ou rallumer par suggestion la fièvre chez un malade; cette étude lui a permis d'établir l'existence de l'hyperthermie hystérique, dégagée de tous les phénomènes, d'ordre toxique, de tous les troubles nutritifs accessoires qui compliquent le syndrome hyperthermie au cours des infections. Le critérium, exigé par Babinski pour admettre un symptôme dans le domaine de l'hystérie, est ainsi réalisé par la fièvre, réduite à l'hyperthermie, indépendante des perturbations organiques qui l'accompagnent dans les cas ordinaires, et soumise dans son processus aux influences expérimentales de la suggestion.

(¹) DEBOVE, BARIÉ. *Soc. méd. des hôp.*, 1885-1883.

(²) F. VIDAL. La fièvre hystérique. Leçon clinique faite à l'hôpital Cochin. *Journal des Praticiens*, 19 décembre 1905.

Je n'entre pas ici dans l'étude du diagnostic différentiel des réactions méningo-corticales, liées au processus anatomique des infections cocciqne, tuberculeuse, etc. Je ne me suis attaché, dans les lignes précédentes, qu'à poser le problème du méningisme, dans ses variétés hystérique et névropathique, en face des réactions similaires provoquées par des processus méningitiques aigus.

Le problème diagnostique est parfois tellement délicat qu'il faut en attendre la solution de l'évolution morbide : celle-ci, seule, peut, dans certains cas, éclairer le médecin sur la cause réelle des symptômes, et sur le rôle des lésions méningées révélées par la ponction lombaire. Tel syndrome méningitique aigu, avec abondante lymphocytose céphalo-rachidienne, peut évoluer et aboutir à une parfaite guérison clinique, avec persistance de la lymphocytose cérébro-spinale, confirmée par plusieurs ponctions lombaires pratiquées à quelques mois d'intervalle. Tel cas de méningisme sans lymphocytose peut évoluer et aboutir, dans certains états toxiques graves, à la mort du malade, sans lésions méningées appréciables, même au microscope.

Dans d'autres cas, une méningite mortelle enlève un enfant qui avait déjà présenté un ou plusieurs accès de méningisme névropathique sans lymphocytose, lié à l'évolution dentaire ou à l'helminthiase intestinale. Toutes ces éventualités compliquent la question du diagnostic et du pronostic du méningisme, et font de chaque cas particulier un problème d'espèce, en face duquel le médecin ne saurait apporter trop de sévérité dans sa critique et trop de prudence dans ses conclusions. Je termine ces considérations par ce sage conseil de Laënnec¹, que j'avais déjà cité dans mon premier mémoire, et qui se trouve toujours, dans l'histoire des méningites, d'une si parfaite application : « On doit être réservé dans les jugements que l'on porte sur la nature des lésions que l'on doit trouver à l'ouverture d'un cadavre; et même après avoir suivi avec soin toute la marche de la maladie, l'observateur le plus exact et le plus instruit en anatomie pathologique devrait-il toujours, même dans les cas les plus évidents, annoncer l'alternative de l'existence de la maladie qu'il soupçonne ou d'un état d'intégrité parfaite dans l'organisation de la partie affectée. »

Traitement. — Le traitement du méningisme, en général, se confond, d'une part avec le traitement symptomatique des réactions corticales aiguës ou subaiguës liées aux états toxi-infectieux, d'autre part avec le traitement pathogénique des influences causales.

A la première indication répond d'abord l'hydrothérapie, dont les pratiques, subordonnées à la nature et à la forme des accidents, seront réglées sur le degré de la fièvre et l'état du malade. La médication calmante et antispasmodique est, comparée à l'hydrothérapie, bien accessoire et bien infidèle. La révulsion crânienne est une pratique inutile et nuisible.

A la seconde indication répondent les interventions thérapeutiques dirigées contre la cause même des réactions méningo-corticales : les purgatifs, les anthelminthiques, dans le méningisme coprostasique et vermineux;

(¹) LAËNNEC. *Introduction du Traité inédit d'anatomie pathologique.*

l'incision de la gencive douloureuse et tuméfiée, la recherche et l'extraction d'un corps étranger irritant dans les cavités naturelles ou sur les téguments, chez les nourrissons surtout, dans le méningisme dentaire ou réflexe; la quinine, dans les cas où une influence paludéenne pourra être soupçonnée dans la genèse des accidents (Jules Simon); la saignée, les drastiques, dans le méningisme urémique.

La ponction lombaire, presque indispensable au diagnostic, peut souvent être utile au traitement, dans les cas où existe de l'hypertension céphalo-rachidienne, de l'infection du liquide cérébro-spinal, ou dans l'urémie nerveuse, à forme méningée. L'association de la ponction lombaire à la balnéation tiède (Netter), qui a donné d'heureux résultats dans les méningites aiguës de l'enfance, est d'une application légitime aux cas de méningisme grave, surtout lorsque l'hyperthermie, même sans infection saisissable des méninges, indique la méthode hydrothérapique. D'une façon générale, d'ailleurs, la thérapeutique des méningites s'adresse bien plus aux centres nerveux, qu'elle cherche à stimuler, à calmer, à soutenir, qu'à la séreuse dont l'infection échappe presque entièrement à notre intervention : elle vise donc la souffrance corticale plus que la lésion méningée, le méningisme plus que la méningite.

Lorsque l'hystérie, pure ou associée, est en cause, la psychothérapie doit être appliquée, sous ses différentes formes, directe et indirecte, adressée au malade et à l'entourage, et réglée, dans chaque cas, dans ses procédés et sa mise en œuvre, selon les indications particulières de la situation.