

MALADIES DES MÉNINGES

Par GEORGES GUINON

L'encéphale et la moelle épinière sont enveloppés par trois membranes : la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère, qui remplissent chacune un rôle particulier. La dure-mère est une membrane fibreuse, surtout protectrice ; l'arachnoïde, une séreuse, qui assure la mobilité des centres nerveux ; la pie-mère, une membrane vasculaire qui pourvoit à leur nutrition. L'équilibre est assuré par le liquide céphalo-rachidien qui oscille dans l'espace sous-arachnoïdien.

Toutes les membranes méningées ne participent pas aux processus inflammatoires qui constituent les méningites. La dure-mère n'est généralement pas intéressée dans les méningites ordinaires ; l'arachnoïde et la pie-mère sont, au contraire, toujours simultanément altérées. On ne peut donc pas séparer l'inflammation arachnoïdienne (*arachnitis*) de l'inflammation pie-mérienne (*leptoméningite*), et le terme *méningite* désigne l'inflammation simultanée de ces deux membranes. L'inflammation de la dure-mère, au contraire, reste le plus souvent isolée (*pachyméningite*) et donne lieu à de tout autres symptômes. D'où une première grande division :

1° Méningites proprement dites (*arachnitis* et *leptoméningites*);

2° Pachyméningites (inflammations de la dure-mère).

Une autre distinction doit être basée sur les différences profondes de situation, de forme et de fonctions des deux espèces principales d'organes que protègent les méninges, l'encéphale et la moelle épinière. D'où une seconde division :

I. Méningites cérébrales :

II. Méningites spinales.

Mais il faut remarquer que ces membranes sont cependant absolument et parfaitement continues et passent, sans interruption aucune, du crâne au rachis. Les méninges crâniennes et rachidiennes sont, pour cette raison, dans certains cas, solidaires, et les lésions de même nature peuvent passer des unes aux autres ou les atteindre simultanément. D'où une troisième catégorie dans notre seconde division :

III. Méningites cérébro-spinales.

Parmi ces dernières, celles qui résultent de la propagation du mal d'une région à l'autre ne mériteraient pas de description particulière et il suffirait, pour s'en faire une idée, de raccorder l'un avec l'autre les tableaux symptomatiques de chacune des deux catégories de méningites. Mais il existe une forme, la *méningite cérébro-spinale épidémique*, qui, par son étiologie, son caractère

épidémique, par l'envahissement simultané des méninges crâniennes et rachidiennes, devait constituer une espèce à part. Nous lui consacrerons donc un chapitre particulier.

L'inflammation aiguë des méninges, comme celle des autres séreuses, reconnaît toujours ou presque toujours pour cause une infection microbienne. C'est du moins la notion à laquelle ont abouti toutes les recherches microbiologiques les plus récentes. Ces recherches ont encore montré que, de même qu'il y a, non pas une endocardite, mais des endocardites, non pas une pleurésie, mais des pleurésies, etc., il y a, non pas une méningite, mais des méningites. C'est-à-dire que l'inflammation méningée n'est pas déterminée par un agent unique toujours le même et en quelque sorte spécifique, mais qu'elle peut l'être par un certain nombre de microbes très différents. Ces microbes divers exercent, à quelques nuances près, la même action : ils réalisent le même processus, de telle sorte qu'il n'est guère possible, actuellement du moins, de donner une description clinique spéciale pour chacune de ces espèces de méningites et de les classer d'après la nature de leur cause organisée. Les données microbiologiques récentes n'ont pas modifié ici les groupements nosologiques anciens. La méningite aiguë, quel que soit l'agent pathogène qui la provoque, se traduit cliniquement par un ensemble symptomatique à peu près uniforme et bien défini, qui suffit à lui assurer l'autonomie nosographique.

L'inflammation méningée qui est produite par le bacille de Koch est bien différenciée anatomiquement par l'existence de la néoplasie tuberculeuse et cliniquement par sa marche subaiguë et son évolution. Elle constitue donc un type clinique, légitimement distinct de celui de la méningite aiguë infectieuse que l'on désignait autrefois, en raison de l'absence des tubercules, sous le nom de méningite simple.

Quant à l'étude des pachyméningites, elle trouvera sa place, pour le cerveau, dans la description des hémorragies méningées, à l'histoire desquelles elle se rattache intimement ; pour la moelle, nous en parlerons avec les méningites spinales chroniques.

En résumé, nous adopterons, dans l'étude des maladies des méninges, le plan suivant :

- Chap. I. Méningites cérébrales aiguës.
- Chap. II. Méningite tuberculeuse.
- Chap. III et IV. Hémorragies méningées. — Phlébite et thrombose des sinus cérébraux.
- Chap. V. Méningites spinales : aiguës et chroniques.
- Chap. VI. Méningite cérébro-spinale épidémique.

CHAPITRE PREMIER

LES MÉNINGITES CÉRÉBRALES AIGÜES

Historique. — L'histoire de la méningite aiguë a été fort bien tracée dans ses grandes lignes par Jaccoud et Labadie-Lagrave⁽¹⁾. Ces auteurs ont distingué trois périodes dans son histoire :

1^o Dans la première période, période ancienne, l'affection a été confondue sous le nom de phrénésie avec toutes les affections cérébrales fébriles susceptibles de produire le délire. Les premiers, Meibomius, Willis et Morgagni séparèrent l'inflammation méningée de l'inflammation cérébrale. Herpin, élève de Pinel, contribua à cette distinction et créa le terme de « méningite ».

2^o Dans la seconde période, après la publication du travail de Robert Whytt⁽²⁾ (1768), qui fait époque dans l'histoire des méningites, tous les médecins qui ont écrit sur ces affections (Gœlis, Coindet, Senn, Parent-Duchâtelet et Martinet, 1821) confondirent sous le nom d'hydrocéphalie aiguë la méningite simple et la méningite tuberculeuse.

3^o Dans la troisième période, la distinction entre la méningite simple et la méningite tuberculeuse fut nettement établie. En même temps, l'anatomie pathologique des méningites étant mieux connue, on les sépara des diverses affections qui peuvent les simuler (accidents cérébraux du rhumatisme, urémie, insolation).

A ces trois périodes il faut en ajouter une quatrième, période contemporaine, qui est surtout marquée par les progrès relatifs à l'étiologie et à la pathogénie de l'affection. Les travaux de Netter, Fränkel, Sängner, Weichselbaum, etc., ont établi la nature infectieuse des méningites non tuberculeuses et fait voir le rôle joué par un certain nombre de microbes dans le développement de la maladie. Les recherches les plus récentes ont enfin démontré que l'inflammation méningée ne reconnaissait pas pour cause un microbe spécifique, mais pouvait être au contraire déterminée par des microbes différents, isolés ou associés, les mêmes qui sont la cause habituelle des phlegmasies des plèvres, du péricarde, de l'endocarde et des autres séreuses. Ces notions nouvelles peuvent se résumer dans cette formule : il n'y a pas une méningite aiguë simple, mais bien des méningites infectieuses aiguës.

Jusqu'à ces dernières années, on ne considérait comme méritant la dénomination de méningite que les cas où l'anatomie pathologique décelait la présence d'un exsudat manifeste. On groupait à part, sous le nom de *pseudo-méningites*, ceux dans lesquels l'autopsie ne révélait aucune lésion appréciable des méninges. Un mot nouveau, celui de *méningisme* (Dupré), dérivé du péritonisme de Gubler, fut même créé pour désigner l'ensemble des phénomènes caractérisant la souffrance des zones méningo-corticales, en l'absence de toute lésion anatomique appréciable. Mais on en vint à se demander si l'absence de pus et de lésions

(1) JACCOUD et LABADIE-LAGRAVE. Art. MÉNINGITES in *Dict. de méd. et de chir. pratiques*.

(2) ROBERT WHYTT. Observations on the dropsy of the brain. Edinburgh, 1768.