

tumeur sarcomateuse fournissant une sécrétion séro-purulente dans laquelle on avait décelé le pneumocoque, avant l'explosion des accidents méningitiques. Lorsque ceux-ci apparurent, la nature pneumococcique de la méningite dut naturellement être admise, et l'autopsie montra l'exactitude du diagnostic⁽¹⁾. Il est certain qu'on pourrait encore se guider, de la même façon, sur l'existence d'une otite à pneumocoques, sur celle d'une pneumonie antécédente, sur la coexistence d'une endocardite aiguë, d'une pleurésie purulente à pneumocoques, ou sur l'apparition simultanée de plusieurs affections pneumococciques dans une même famille. Néanmoins ces considérations ne permettront jamais d'affirmer absolument le diagnostic. Il faudra toujours faire des réserves, en raison de la possibilité d'une infection secondaire des méninges par un microbe autre que le pneumocoque.

Méningites typhiques. — La méningite qui se rencontre au cours de la fièvre typhoïde ne reconnaît pas toujours pour cause le bacille d'Eberth. Elle peut être due à divers microbes : au streptocoque, au colibacille, au pneumocoque, au bacille pyocyanique. Ces microbes, agents ordinaires des infections secondaires, ont sans doute pour portes d'entrée les ulcérations intestinales. Au point de vue symptomatologique, la méningite secondaire à la fièvre typhoïde présente quelques particularités : absence fréquente de la céphalalgie et des vomissements, inconstance de la constipation. Elle peut se manifester au début par un frisson intense et un délire violent et persistant. Il n'est pas sans intérêt de rappeler ici que le signe de Kernig a été constaté dans la fièvre typhoïde. On ne saurait donc se baser exclusivement sur ce symptôme pour conclure, dans le doute, à l'existence d'une méningite au cours de la fièvre typhoïde. La formule cytologique de la méningite typhique paraît être surtout lymphocytaire (Vaquez, Sicard).

Méningites otiques. — Toutes les lésions de l'oreille peuvent produire la méningite. Mais c'est en particulier l'otite moyenne aiguë qui provoque l'infection secondaire des méninges. Généralement, au début de l'otite, ou dans le cours de l'otorrhée qui fait suite à la période aiguë initiale, surviennent de la céphalalgie, des vomissements, de la fièvre précédée ou non de frissons. Puis suivent la plupart des symptômes cliniques de la méningite suppurée.

Dans d'autres cas, les accidents affectent une marche suraiguë : le malade est subitement pris de convulsions, puis tombe dans le coma et meurt.

La méningite otique présente quelquefois certaines particularités en rapport avec la localisation infectieuse qui lui a donné naissance. C'est ainsi que la paralysie faciale, du type périphérique, y est plus fréquente que dans les autres formes de méningites, et peut quelquefois en marquer le début. Lorsque l'infection se propage à la base du crâne, on constate du strabisme, des paralysies des muscles oculaires, de l'inégalité pupillaire (myosis du côté de l'oreille malade). La fièvre et les troubles du pouls ne paraissent pas subir de modifications spéciales dans cette forme de méningite.

Méningites séreuses. — Les méningites séreuses, étant presque toujours secondaires et survenant au cours d'infections plus ou moins graves, rentrent, à un certain point de vue, dans les formes dont nous nous sommes occupés jusqu'ici. Mais ce qui les distingue particulièrement, quelle qu'ait été l'infec-

⁽¹⁾ BOULAY. *Des affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche*. Thèse de Paris 1891.

tion originelle qui leur a donné naissance, c'est que les symptômes y sont en général moins réguliers, moins marqués, souvent même très atténués.

Les vomissements sont assez régulièrement constatés. Mais la céphalée peut faire défaut ou être très légère, ainsi que la constipation, quelquefois remplacée par la diarrhée. Le délire est beaucoup moins violent et moins persistant que dans les méningites suppurées. Les paralysies sont relativement rares, ainsi que les convulsions, tandis que les contractures, la raideur de la nuque, le signe de Kernig manquent rarement.

Quincke a signalé, comme symptôme fréquent et d'une grande valeur diagnostique, la congestion de la rétine et de la papille du nerf optique, que l'on peut constater à l'ophtalmoscope. Cette hyperémie guérit généralement dans les cas favorables. Mais elle peut aussi aboutir à l'atrophie du nerf optique. Le strabisme, les troubles papillaires, les paralysies oculaires sont plus rares que dans les méningites suppurées.

La fièvre peut manquer. En tout cas, il faut toujours, en ce qui la concerne, penser à l'influence de la maladie primitive à la suite de laquelle s'est développée la méningite.

La marche est généralement peu régulière. La durée peut être longue, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Mais ce qui constitue peut-être le caractère le plus saillant de cette forme de méningite, c'est qu'à elle ressortit le plus grand nombre, sinon la totalité, des cas de méningites curables. On peut affirmer aujourd'hui, en présence de faits indéniables, que beaucoup de méningites séreuses guérissent. La guérison peut être d'ailleurs incomplète, ainsi que nous le disions plus haut, et alors la maladie laisse après elle de l'hydrocéphalie, des scléroses cérébrales, etc....

Méningite des nouveau-nés. — Chez les nouveau-nés et chez les enfants jusqu'à deux ans, la méningite débute ordinairement d'une façon brusque par une fièvre intense et des convulsions généralisées qui peuvent d'ailleurs se répéter à plusieurs reprises et auxquelles succèdent la raideur de la nuque, le strabisme, le trismus, diverses contractures localisées, des paralysies, de l'accélération des mouvements respiratoires. Peu après, la somnolence et le coma surviennent. Le petit malade est emporté rapidement en quelques jours, soit au milieu d'une attaque éclamptique, soit dans le collapsus terminal. Les convulsions généralisées, qui marquent chez le tout jeune enfant le début de la méningite, ont valu à cette forme infantile de la maladie le nom de *forme convulsive* (Rilliet et Barthez).

Méningite des enfants. — Chez les enfants de cinq à quinze ans, la méningite aiguë suit l'évolution typique qui a fait l'objet de notre description détaillée. Les phénomènes d'excitation cérébrale sont très accentués; la céphalalgie est très vive, accompagnée de photophobie; la fièvre intense, la constipation constante, le délire très prononcé avec carphologie et grande agitation, qui oblige souvent à attacher le petit malade dans son lit. Les troubles du pouls et de la respiration et les troubles vaso-moteurs sont très manifestes. La terminaison se fait dans le coma après une durée totale de six à huit jours. Il ne faut pas oublier que c'est chez les enfants que se rencontrent le plus fréquemment les cas de méningite séreuse.

Méningite des vieillards. — La méningite est rare chez les vieillards. Elle offre une symptomatologie très atténuée : la céphalalgie est nulle ou peu prononcée, en tout cas rarement accusée par le malade; le délire est plutôt doux,

sans cris ni grande agitation; le désordre intellectuel se traduit par de l'hébété-tude, de l'incohérence des actes et des réponses. La fièvre est peu intense et révélée seulement par le thermomètre. Il y a de l'insomnie, puis de la stupeur, de la somnolence et du coma. On ne constate que rarement les vomissements et la photophobie et presque jamais les contractures et les soubresauts de tendons. L'invasion de la maladie est insidieuse, son évolution torpide et sans grande réaction, sa durée courte.

Méningite des alcooliques. — Chez les alcooliques, la méningite est parfois latente. On a signalé certains cas, fort importants à connaître au point de vue médico-légal, dans lesquels la mort est survenue presque subitement chez des individus alcooliques, en apparence bien portants. L'autopsie a révélé cependant l'existence de la suppuration méningée. Dufour⁽¹⁾ rapporte un cas de méningite alcoolique, vérifié à l'autopsie, dans lequel l'examen du liquide céphalo-rachidien décela la lymphocytose.

Variétés anatomiques. — Est-il possible de discerner par une étude symptomatologique attentive, la localisation exclusive ou prédominante des lésions méningitiques? On a poussé autrefois très loin les distinctions anatomopathologiques, et certains auteurs ont distingué : une méningite de la convexité, une méningite de la base et des méningites cérébelleuse, bulbaire, ventriculaire, etc., à titres de formes de la méningite aiguë. Ces distinctions sont tout à fait artificielles et n'ont que peu d'importance au point de vue pratique. Il faut toujours être très réservé dans l'énoncé de ces diagnostics topographiques, que vient souvent infirmer l'autopsie. Ils ne peuvent être, en effet, fondés que sur des nuances cliniques délicates, inconstantes et d'une appréciation difficile.

Dans la *méningite de la convexité*, les troubles moteurs, le délire, l'agitation, l'hyperthermie sont particulièrement intenses. Dans la *méningite de la base*, très grave, les phénomènes bulbaires sont très accentués : altérations du pouls, troubles précoces de la respiration. De plus, les paralysies et contractures affectent surtout le domaine des nerfs crâniens. On a noté dans cette forme un phénomène assez caractéristique. C'est une hyperesthésie généralisée et accentuée au point qu'on ne peut toucher les malades sans leur arracher des cris.

Les *méningites ventriculaires* (inflammation de la toile et des plexus choroïdes; exsudat séro-purulent ou purulent dans les ventricules) sont rares. Elles affectent surtout les nourrissons. Les *méningites unilatérales* se traduisent par la prédominance des troubles moteurs d'un côté du corps, celui qui est opposé à l'hémisphère cérébral affecté. Les *méningites circonscrites* ont une symptomatologie qui varie avec la topographie des lésions et avec les localisations fonctionnelles des régions encéphaliques au niveau desquelles elles siègent.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Les éléments principaux sur lesquels se fonde le *diagnostic* des méningites aiguës sont : le début brusque et fébrile de la maladie; les symptômes mani-

(1) DUFOUR. *Soc. méd. des hôp.*, 17 octobre 1901.

festes d'excitation cérébrale; la céphalalgie très intense accompagnée de photophobie; les vomissements; la constipation; les troubles de l'intelligence; les troubles oculaires; les contractures, particulièrement la raideur de la nuque; le signe de Kernig; les convulsions; auxquels succèdent bientôt les phénomènes envahissants de torpeur et de dépression intellectuelle.

Cet ensemble de symptômes éveille tout d'abord l'idée de méningite. Mais lorsqu'il se manifeste, indique-t-il nécessairement la présence de lésions des méninges? Il est certain que la symptomatologie des méningites est tout entière d'emprunt et qu'elle décèle beaucoup plutôt la souffrance des zones corticales du cerveau et des nerfs crâniens que des méninges elles-mêmes. Or, on avait autrefois constaté que tous les symptômes de la méningite pouvaient se produire sans qu'il soit possible de trouver, à l'autopsie, la moindre lésion de ces membranes. D'où la création d'une catégorie de *pseudo-méningites* (Kranhals)⁽¹⁾.

Pour désigner cet ensemble de phénomènes pouvant faire croire à la présence de la méningite lorsque celle-ci n'existait pas réellement, du moins en apparence, Dupré inventa, en 1894, le terme de *méningisme*⁽²⁾. Sous des influences diverses, réflexes, toxiques, infectieuses, dynamiques, de nature purement nerveuse, le syndrome méningo-cortical aurait pu naître et se manifester cliniquement, et l'on décrivit alors un méningisme hystérique, helminthiasique, pneumonique, typhique, grippal, rhumatismal. Mais peu à peu s'approfondit la connaissance des lésions réelles des méningites. Tandis que l'on considérait auparavant comme une altération pour ainsi dire banale et sans importance un peu d'hyperémie ou d'œdème des méninges, on en vint plus tard à attribuer à ces modifications anatomiques leur valeur véritable, lorsqu'on s'aperçut que le liquide de cet œdème pouvait contenir les micro-organismes pathogènes de la maladie au cours de laquelle s'était manifesté ce méningisme soi-disant sans lésions. C'est ainsi que Pfeiffer et Walter trouvèrent le bacille de Pfeiffer et le streptocoque dans le liquide séreux des méninges simplement œdématisées. Tandis que Grasset⁽³⁾ qualifiait de méningisme typhique pur et simple un cas de fièvre typhoïde avec symptômes méningitiques, sans autres lésions, à l'autopsie, que l'œdème, Boden⁽⁴⁾, dans un cas analogue, où les phénomènes méningés avaient été assez accentués pour masquer la maladie causale et faire croire à une méningite aiguë, et où l'autopsie révéla seule la présence d'une fièvre typhoïde avec infiltration séreuse des méninges et liquide dans les ventricules, trouva le bacille d'Eberth dans les liquides d'infiltration. Ces notions nouvelles de l'anatomie pathologique pure des méningites vinrent ainsi, peu à peu, restreindre considérablement le cadre du méningisme.

Ce n'est même pas la curabilité des accidents attribuables au méningisme pur et simple qui constitue pour celui-ci une caractéristique indiscutable. En effet, depuis la connaissance des méningites séreuses, depuis la découverte des données diagnostiques fournies par l'examen du liquide céphalo-rachidien, nombre de cas curables qui eussent été autrefois classés, comme dépourvus de lésions, dans la catégorie du méningisme, sont considérés aujourd'hui comme des méningites légitimes.

(1) KRANHALS. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1894, LIV, 89.

(2) DUPRÉ. *Congrès de méd. int. de Lyon*, 26 octobre 1894.

(3) GRASSET. *Clin. méd. de l'hôpital Saint-Eloi*, Montpellier, 1895.

(4) BODEN. *Zeitsch. f. prakt. Aerzte*, 1899, n° 8.