

de croire que, dans d'autres, il s'est agi d'une méningite toxique ou infectieuse ayant simulé l'inflammation tuberculeuse des méninges. Peut-être aussi dans quelques cas a-t-on pu être trompé par la syphilis cérébrale.

Tout au plus la rigueur du pronostic, dans l'état actuel de nos connaissances, peut-elle être atténuée, mais bien peu, par la considération de quelques cas de méningite tuberculeuse guérie, mais ayant laissé derrière elle de profondes lésions encéphaliques indélébiles. Peut-être est-il permis d'espérer cependant que les procédés nouveaux d'investigation, ponction lombaire, examen du liquide céphalo-rachidien, feront dans l'avenir connaître des cas à évolution moins fatale et curables, cas jusqu'à présent à peu près ignorés ou méconnus.

La durée de la maladie est très variable. On peut admettre schématiquement qu'elle est de trois semaines, une semaine environ pour chaque période, abstraction faite de la période prodromique qui est comprise entre quelques jours et quelques semaines. Cette durée est très souvent raccourcie, parfois prolongée.

Quand l'évolution est raccourcie, la mort peut survenir au bout d'une huitaine de jours ou de façon plus précoce encore; chaque période dure alors trois ou quatre jours. D'autre part, l'évolution peut être très longue; elle peut se faire en plusieurs mois; cela est dû aux rémissions fort remarquables qui peuvent se présenter dans l'état des malades. Ces rémissions ont été notées à la période prodromique. Après que s'était dessiné d'une façon fort nette l'ensemble symptomatique qui fait soupçonner la méningite tuberculeuse à cette période, on a pu voir les signes s'effacer, la santé se rétablir d'une façon complète et se maintenir pendant un laps de temps plus ou moins prolongé, puis les symptômes réapparaître à nouveau et conduire l'enfant à la mort. Dans le cours de la maladie confirmée, après que le sujet a présenté les signes les plus caractéristiques de la méningite tuberculeuse, on a vu parfois les symptômes les plus graves (convulsions, délire, coma) s'effacer, l'intelligence reparaitre presque complète en même temps que l'état général s'améliorait. Mais cette rémission n'a été d'ordinaire que de très courte durée, quelques jours au plus, puis les symptômes momentanément effacés ont reparu et ont abouti à la mort. Exceptionnellement, ces rémissions se sont montrées plus accentuées encore et plus prolongées, au point de constituer de véritables temps d'arrêt dans l'évolution morbide. On a pu voir le malade, tout à fait guéri en apparence, se lever, reprendre ses occupations habituelles ou ses jeux, puis, au bout de quelques semaines, être repris d'accidents, cette fois mortels.

**Formes cliniques.** — La méningite tuberculeuse est loin de suivre toujours l'évolution classique que nous venons de décrire, en visant surtout le type morbide qu'elle réalise chez l'enfant. Elle offre, au contraire, un nombre assez considérable de variantes qui sont en rapport avec l'âge et l'état de santé antérieur des sujets atteints et avec le siège topographique des lésions dans l'encéphale.

Nous passerons en revue les formes cliniques les mieux différenciées.

**Méningite de la première enfance.** — La méningite tuberculeuse peut se développer chez le nouveau-né et pendant la première enfance; le fait est avéré (Guersant, Barthez, Blache, Bouchut, Archambault), mais il est très rare. Même lorsque la méningo-tuberculose paraît être le plus clairement née sous l'influence de l'hérédité tuberculeuse, l'époque de son échéance est généralement un peu plus reculée. Ces faits s'expliquent bien si l'on admet que l'hérédité tuberculeuse, même l'hérédité maternelle, ne consiste pas dans la

transmission directe à l'enfant du bacille infectant, mais dans la transmission d'une aptitude à l'infection. Telle est sans doute la loi générale, que n'infirmant pas les quelques cas bien observés mais exceptionnels (Birch-Hirschfeld, etc.), de propagation bacillaire de la mère au fœtus.

La méningite tuberculeuse développée pendant les premiers mois de la vie a une évolution particulièrement aiguë et rapide. La période prodromique n'est guère observée; le dépérissement qui la signale est d'ordinaire mis sur le compte de l'alimentation défectueuse ou des troubles de la dentition. Les convulsions se montrent particulièrement précoces et fréquentes. Elles constituent presque les seules manifestations de l'excitation cérébrale, et comme elles sont à cet âge un phénomène banal de réaction nerveuse, susceptible d'être provoqué par les causes les plus diverses, il en résulte une certaine difficulté pour le diagnostic. Si l'on observe que les vomissements et les régurgitations sont aussi, à cet âge, des phénomènes banaux, que l'existence de la céphalalgie n'est que très rarement reconnue et enfin que des troubles intestinaux divers substituent fréquemment la diarrhée à la constipation, on comprendra combien doit être difficile, dans la plupart des cas, le diagnostic de cette forme infantile de la méningite tuberculeuse. On a bien signalé la distension et les pulsations de la fontanelle antérieure, ainsi que la sensation exagérée de chaleur du crâne. Ce sont sans doute des signes intéressants à recueillir, mais sur lesquels on ne peut guère faire fonds pour le diagnostic. La durée de la maladie est très brève et la mort survient dans le coma ou les convulsions.

**Méningite de la seconde enfance.** — C'est la forme la plus commune, celle que nous avons eue en vue dans la description faite plus haut; nous n'avons pas à y revenir.

**Méningite de l'adulte.** — La méningite tuberculeuse de l'adulte est susceptible des plus grandes variations dans son expression symptomatique. Elle peut sans doute présenter l'évolution typique ci-dessus décrite, mais elle s'en écarte souvent au point de rendre le diagnostic très difficile. Dans certains cas, la méningite est restée latente et n'a été révélée qu'à l'autopsie. Elle est fréquemment partielle et presque toujours secondaire. Le siège topographique des lésions, la coexistence de lésions tuberculeuses des viscères et les « conditions antérieures du terrain cérébral » (alcoolisme, névropathie, etc.) sont les principaux facteurs de ces variations si nombreuses du tableau clinique chez l'adulte. Nous reviendrons tout à l'heure sur cette forme à propos de la méningite secondaire.

**Méningite des vieillards.** — La méningite tuberculeuse est très rare chez le vieillard. Elle est, comme chez l'adulte, toujours secondaire; elle survient comme complication ultime d'une tuberculose viscérale ancienne. Elle se manifeste cliniquement par des signes moins explicites que chez l'adulte ou l'enfant. Ainsi qu'il arrive pour beaucoup de maladies graves chez le vieillard, elle ne provoque qu'une réaction très atténuée. Elle peut même rester latente. Une fièvre légère, de la somnolence, de la stupeur, de la céphalalgie, un délire tranquille qui se traduit par l'incohérence des actes et des réponses, de l'insomnie, tels sont les seuls symptômes ordinaires de la méningite tuberculeuse à cet âge.

**Méningite secondaire.** — Chez l'enfant la méningite tuberculeuse paraît souvent primitive. Il est rare que l'on ait constaté nettement, avant l'invasion de la

(<sup>1</sup>) DUPRÉ. *Manuel de méd. de Debove-Achard.*

maladie, l'expression symptomatique d'une tuberculose viscérale. Or, cette constatation est la règle chez l'adulte. La méningite survient alors au cours d'une tuberculose confirmée, et le plus souvent au cours de la tuberculose pulmonaire. Parfois elle se développe à la dernière période de l'évolution de la phtisie et prend le caractère d'une complication terminale déterminant la mort.

On comprend que l'évolution d'une méningite, survenue chez un malade déjà épuisé par la fièvre hectique et par la diarrhée et s'accompagnant de tous les symptômes qui se rapportent à la tuberculose viscérale concomitante, soit dans bien des cas considérablement modifiée. Alors l'envahissement des méninges se révèle souvent d'une manière brusque, sans prodromes. D'habitude aussi le développement de la méningite entraîne l'atténuation ou même la cessation des symptômes de la tuberculose antécédente (dyspnée, toux, expectoration, etc.) (Valleix). La toux notamment cesse presque tout à fait. Lorsqu'il s'agit d'un tuberculeux atteint de diarrhée, celle-ci disparaît et, par un contraste remarquable, une constipation opiniâtre parfois lui succède. On peut dire avec Rendu qu'il est généralement d'un fâcheux pronostic de voir la céphalalgie apparaître chez un phtisique dont les symptômes pulmonaires s'atténuent.

La méningite tuberculeuse secondaire peut suivre l'évolution classique. Mais il n'en est souvent pas ainsi. Elle est d'ordinaire dénuée de prodromes; sa durée est raccourcie (trois à huit jours en moyenne d'après Barthez) et son expression clinique très incomplète. Quelques contractures, de la dilatation pupillaire, du ralentissement du pouls, quelques vomissements, un délire doux accompagné ou entrecoupé d'agitation et suivi de coma, tels sont les symptômes qui traduisent habituellement l'atteinte méningitique et aboutissent en quelques jours à la mort. On voit que l'ensemble symptomatique peut n'être pas très significatif et l'on conçoit que la complication puisse être méconnue ou passer inaperçue.

Lorsque la méningite survient à la période terminale de la phtisie, ses signes peuvent être moins significatifs encore et consister simplement en vomissements, somnolence, coma. C'est la forme asthénique ou torpide de la méningite tuberculeuse secondaire.

Il est vrai que, dans d'autres cas, d'ailleurs rares, la maladie peut se manifester par des phénomènes très bruyants d'agitation et de délire. Le malade s'emporte, déchire ses vêtements, frappe et brise les meubles. On peut le prendre pour un fou atteint d'un accès de manie et le mener dans un asile. C'est la forme délirante de la méningo-tuberculose secondaire. Chantemesse a bien étudié cette forme et décrit quelques-unes de ses multiples variétés. Mais il n'est pas possible de comprendre dans une description générale les diverses espèces de troubles psychiques que peut faire naître la méningite tuberculeuse. « Chaque malade, dit Chantemesse, est susceptible d'offrir des idées délirantes qui s'éloignent notablement de celles qu'on a coutume d'observer. » Exceptionnellement on a vu des phénomènes délirants (délire de persécution, troubles affectifs et intellectuels divers) précéder, à titre de prodromes, l'invasion de la méningite tuberculeuse de l'adulte.

On peut signaler encore une forme apoplectique et une forme tétanique débutant par le trismus<sup>(1)</sup>. Il existe enfin d'autres variétés cliniques très nom-

(1) BOIX. *Revue de méd.*, mai 1895.

breuses en rapport avec les tendances réactionnelles du sujet frappé et avec la localisation des lésions méningées.

La multiplicité des variétés possibles de méningite tuberculeuse secondaire peut rendre le diagnostic difficile. « Souvent, dit Chantemesse, les manifestations méningées secondaires ont ceci de particulier : quelles que soient les anomalies de leur mode de début ou d'évolution, leur diagnostic est posé moins encore par l'examen des symptômes qu'elles commandent directement que par l'auscultation attentive du sujet qui les porte. »

Au point de vue anatomo-pathologique, la lésion méningée consiste souvent en une éruption granuleuse de la pie-mère accompagnée ou non d'une réaction inflammatoire très peu marquée : c'est plutôt de la tuberculose méningée que de la méningite tuberculeuse.

**Méningite tuberculeuse cérébro-spinale.** — Nous avons dit combien était fréquente la coexistence des lésions tuberculeuses spinales et encéphaliques. D'ordinaire les symptômes spinaux sont peu bruyants et demeurent au second plan; mais il peut n'en pas être ainsi. La contracture des muscles du dos et du tronc, les douleurs rachidiennes, l'hyperesthésie cutanée, les troubles vésicaux, la parésie des membres inférieurs, etc., décèlent alors plus ou moins clairement la participation effective de l'axe spinal. On a signalé des cas (Le Bouteiller, Châteaufort) dans lesquels la méningite tuberculeuse a été d'abord spinale, puis encéphalique. D'après Dieulafoy<sup>(1)</sup> le signe de Kernig n'existerait que lorsque les méninges spinales sont atteintes.

**Méningite de la convexité.** — L'expression symptomatique de la méningite, lorsque les lésions prédominent à la convexité des hémisphères, peut présenter des caractères spéciaux permettant de discerner cette localisation particulière. En effet, les éléments de la symptomatologie corticale (délire, agitation, contractures, convulsions, céphalée) prédominent, tandis que les signes basilaires (ralentissement du pouls, troubles de la respiration, paralysies des nerfs crâniens) sont nuls ou atténués.

**Méningites partielles.** — Les méningites partielles sont surtout fréquentes chez l'adulte et prédominantes à la convexité des hémisphères. Leur description clinique a été bien synthétisée par E. Dupré<sup>(2)</sup> dans d'excellents termes : « Ces formes partielles ont une symptomatologie fort irrégulière, caractérisée par l'ensemble des phénomènes généraux de l'affection (fièvre, céphalée, vomissements, constipation, etc.), et l'apparition de phénomènes locaux, commandés par le siège de la lésion. Ceux-ci évoluent sur place, suivant les lois ordinaires de la symptomatologie des lésions corticales localisées d'une part, et des lésions méningitiques d'autre part. En effet, entre les signes périphériques et le siège de la lésion centrale, existe l'étroite corrélation que la doctrine des localisations cérébrales a depuis longtemps établie, et que Landouzy<sup>(3)</sup> a le premier appliquée à l'interprétation des symptômes de la méningite tuberculeuse; et, d'autre part, à la période d'excitation tonique et clonique succède la période de paralysie. C'est ainsi que la méningite tuberculeuse en plaques, qui intéresse le plus souvent la zone rolandique, détermine une succession de signes d'épilepsie partielle et de signes de paralysie localisés sur le même territoire

(1) DIEULAFOY. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1900.

(2) E. DUPRÉ. *Loc. cit.*

(3) LANDOUZY. Convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales. *Thèse de Paris*, 1876.

fonctionnel. Sans insister sur les différentes variétés de ces méningites partielles, je rappelle, à cause de leur importance et de leur intérêt clinique, les localisations de la lésion aux circonvolutions fronto-pariétales ascendantes, au lobule du pli courbe (ptosis), à la circonvolution de Broca (aphasie), au lobule paracentral. Cette dernière variété est souvent bilatérale et exclusivement limitée de chaque côté de ce petit territoire de l'artère cérébrale antérieure : elle entraîne une monoplégie crurale, ou une paraplégie qui peut simuler une lésion transverse de la moelle. La méningite tuberculeuse peut se localiser aussi aux méninges spinales et engendrer une symptomatologie médullaire, sur laquelle il est inutile d'insister (forme spinale). Les îlots de méningite tuberculeuse qui entourent les tubercules superficiels de l'encéphale se traduisent cliniquement par l'adjonction au syndrome antérieur des tumeurs cérébrales de la fièvre et de signes plus marqués d'excitation localisée. Le processus morbide entre alors dans une phase aiguë et critique. »

#### DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la méningite tuberculeuse est loin d'être toujours facile, même lorsqu'on observe les malades pendant l'une des trois périodes de la maladie confirmée. On le comprendra aisément, si l'on songe d'abord au nombre considérable d'affections diverses susceptibles de provoquer l'ensemble des réactions morbides d'ordre encéphalique, qui en constituent la symptomatologie. La méningite tuberculeuse peut aussi, quoique plus rarement que les méningites aiguës, rester latente ou ne se révéler que par des symptômes vagues et ambigus par suite de leur enchaînement irrégulier. On peut donc être dans l'erreur soit en qualifiant de méningite tuberculeuse une affection dont la curabilité possible semble devoir donner ultérieurement un démenti formel au diagnostic et au pronostic, soit en méconnaissant la maladie. La multiplicité des formes de la méningite tuberculeuse ajoute encore aux difficultés du diagnostic. Il faut donc, en général, être assez réservé et surseoir souvent à l'énoncé immédiat et brutal de ce diagnostic, avant d'avoir en mains les preuves les plus décisives de sa réalité. En tout cas, il sera bon de faire à son sujet quelques restrictions prudentes et de ne point détruire d'emblée les espérances des familles. Il arrivera parfois au médecin de bénéficier de cette légitime prudence. Néanmoins il faut tâcher de fixer le diagnostic le plus tôt possible. Or il ne peut être fait qu'après l'apparition des signes de la maladie confirmée. A la période prodromique, le soupçon d'une méningite tuberculeuse peut certainement s'éveiller, mais son affirmation ne peut jamais être émise avec une entière certitude.

Les développements dans lesquels nous sommes entrés sur la symptomatologie nous dispensent d'insister longuement sur les éléments généraux du diagnostic. Les plus importants sont : la triade symptomatique (céphalalgie, vomissements, constipation); la fièvre rémittente; la raideur de la nuque; le ralentissement et l'irrégularité initiale du pouls; les troubles de la respiration; les troubles oculaires; les convulsions, contractures et paralysies et les troubles intellectuels progressifs qui aboutissent peu à peu, et après des alternatives variées, à la somnolence et au coma. Il faut tenir grand compte de la marche subaiguë de l'affection.

Comme il n'y a pas de signes pathognomoniques, il importe de se rappeler

la remarque suivante de Dance, citée par Archambault : « Tous les symptômes sont nécessaires pour s'éloigner de l'erreur et s'approcher de la vérité. On ne doit pas les considérer isolément et donner à quelques-uns une valeur absolue. Il faut, au contraire, les apprécier collectivement et dans toutes leurs phases, toutes leurs modifications, depuis leur invasion jusqu'à la fin de la maladie. »

La ponction lombaire de Quincke constitue par elle-même un élément assez important de diagnostic. Nous ne reviendrons pas ici sur ce que nous avons dit plus haut au sujet de l'examen du liquide céphalo-rachidien. Il n'est peut-être pas inutile, cependant, de rappeler qu'il ne faut pas demander à ce procédé plus qu'il ne peut donner. Seule la constatation du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien pourrait avoir une valeur pathognomonique. Mais, outre qu'il est assez rare de le trouver par l'examen microscopique extemporané et qu'on n'a pas toujours le temps ni le moyen de recourir aux inoculations aux animaux et aux cultures, il ne faut pas oublier qu'il peut, lorsqu'il se laisse déceler, être mélangé à d'autres microorganismes, agents d'infections secondaires surajoutées.

Il est conforme à la réalité des faits, en même temps que commode au point de vue descriptif, de considérer le diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse aux différents âges, chez le nouveau-né, chez l'enfant, chez l'adulte et chez le vieillard. Il est bon de remarquer cependant que ce classement n'a rien d'absolu; car une même maladie, comme la méningite aiguë par exemple, pouvant survenir à tous les âges, devra toujours être l'objet d'un diagnostic différentiel avec la méningite tuberculeuse. Nous envisagerons ce diagnostic à l'âge où il est le plus habituel d'avoir à le faire, et, si nous ne le mentionnons plus à un autre âge, ce ne sera pas parce qu'il ne doit pas être posé, mais seulement parce que nous en aurons dit antérieurement tout ce qu'il y a à en dire. A moins d'avoir recours à des répétitions fastidieuses et inutiles, on ne peut éviter cet inconvénient du mode de groupement, qu'à l'exemple de plusieurs auteurs nous avons adopté.

**Diagnostic différentiel.** — A. *Chez le nouveau-né.* — A cet âge, la méningite tuberculeuse est très rare. Les convulsions et les vomissements sont des symptômes banaux qui peuvent exister isolément ou simultanément, mais qui sont souvent provoqués par des causes peu importantes. Leur origine méningée est certainement la plus rare.

Certaines formes de *gastro-entérite infantile* peuvent, en raison des vomissements, de l'amaigrissement, des irrégularités du pouls et de la respiration, des crises convulsives plus ou moins répétées qu'elles provoquent, ainsi que des crises aiguës dus aux coliques et de l'état parétique, presque comateux, auxquels tous ces troubles aboutissent, éveiller le soupçon d'une méningite. C'est la diarrhée, le ballonnement du ventre, l'athrepsie rapide et l'état cholérique terminal qui permettront de rejeter cette hypothèse, si rarement acceptable à cet âge. De plus, la dépression des fontanelles et des sutures fibreuses du crâne, qui traduit la déperdition aqueuse dans les entérites graves, contraste nettement avec le gonflement accompagné de battements et la fluctuation de la grande fontanelle, signalée avec raison comme un signe fréquent de la méningite infantile.

Le *rachitisme*, à sa première période, a pu provoquer des troubles analogues à ceux de la méningite tuberculeuse. L'examen du squelette et l'évolution des accidents d'une part, d'autre part l'absence d'un ensemble véritablement