

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 cholériforme 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

explicite de symptômes méningitiques, constitueront les caractères distinctifs essentiels.

Plus difficile, sans doute, est le diagnostic avec les troubles nerveux réflexes déterminés par l'helminthiase et les accidents de la dentition laborieuse.

Avec l'*helminthiase*, les caractères communs sont : les convulsions, la constipation, parfois des vomissements et des cris spontanés, la dilatation pupillaire, le ralentissement avec irrégularité du pouls. Les caractères différentiels consistent dans l'absence habituelle de la céphalalgie, l'apyrexie, l'existence antérieure d'une élimination vermineuse, la facilité avec laquelle la constipation cède aux évacuants, et surtout l'effet du traitement anthelminthique, auquel il ne faut pas hésiter à recourir en présence d'un syndrome méningitique suspect chez le jeune enfant. Ce traitement amène, en même temps que l'évacuation des parasites, la suppression du syndrome.

Dans la *dentition laborieuse*, les caractères communs sont : les vomissements, la constipation, les changements de coloration du visage, l'expression hostile du regard, l'agitation et les cris aigus spontanés dus à la douleur, alternant avec l'assoupissement, quelquefois les convulsions. Mais l'examen de la bouche, le siège précis de la douleur indiqué par les gestes de l'enfant, la limitation de la rougeur à l'une des joues, la facilité avec laquelle le moindre laxatif a raison de la constipation, l'absence des troubles du pouls et de la respiration, constituent les éléments différentiels.

L'*hémorragie méningée sus-arachnoïdienne* des nouveau-nés se révèle par des phénomènes convulsifs, paralytiques ou comateux très susceptibles de prêter à équivoque. Le diagnostic d'hémorragie méningée s'appuiera sur le début très précoce (premières heures ou premiers jours de la vie) et brusque des accidents, sur leur étiologie obstétricale (accouchements laborieux, application de forceps, etc.), sur l'évolution très rapidement progressive et grave des symptômes et l'absence fréquente, au moins au début, de la fièvre.

B. *Chez l'enfant*. — Ce que nous avons dit à propos du nouveau-né, sur la facilité avec laquelle les moindres causes morbides provoquent des crises de *convulsions essentielles (éclampsie infantile)*, s'applique encore à la première enfance. Ces convulsions font naturellement penser à la méningite. Mais le diagnostic sera facile en se fondant sur les caractères tirés du pouls, sur la fugacité des crises et le retour à la santé dans l'intervalle des accès, enfin sur la découverte de la cause qui a provoqué la décharge nerveuse.

La *sclérose cérébrale* peut, chez les enfants en bas-âge, réaliser, dans certaines de ses variétés, un ensemble clinique qui rappelle la méningite. Mais l'évolution des accidents est plutôt chronique qu'aiguë; les phénomènes convulsifs ou paralytiques sont le plus souvent limités à un côté du corps; ils se montrent par accès; il n'y a pas de fièvre; enfin, l'origine cérébrale est encore démontrée par l'athétose, par la contracture et l'atrophie qui peuvent consécutivement survenir.

La *syphilis héréditaire* peut réaliser le syndrome méningitique. C'est une éventualité plutôt rare, mais avec laquelle le médecin doit cependant toujours compter, s'il ne veut pas perdre une des rares occasions qui lui soient données d'agir par un traitement efficace. La méningite syphilitique sera soupçonnée en raison des considérations tirées de l'hérédité syphilitique connue ou probable de l'enfant, de l'existence actuelle ou passée de stigmates spécifiques (lésions osseuses, cutanées, muqueuses; lésions des lèvres, de l'anus, des testicules), de l'action thérapeutique de l'iodure de potassium. Hutinel insiste sur la grande

rareté de la méningite hérédo-syphilitique de l'enfance et rapporte des faits dans lesquels, chez des enfants hérédo-syphilitiques, des troubles méningés, attribués à la méningite spécifique, relevaient en réalité de toute autre cause (pneumococque : Hutinel, Louis Guinon; tumeur de la protubérance : Stœber).

Les *accidents cérébraux survenant au cours de certaines maladies aiguës* (rougeole, variole, scarlatine, fièvre typhoïde, pneumonie, pyohémie, endocardite infectieuse), notamment dès leur début, peuvent simuler la méningite. Ce sont les conditions étiologiques (contagion, épidémicité) et les manifestations caractéristiques de la pyrexie (évolution, courbe thermique, exanthèmes) qui, jointes à l'apparition de symptômes anormaux ou contradictoires dans l'hypothèse d'une méningite, feront la base de l'interprétation diagnostique.

Une place à part parmi les faits de ce genre doit être réservée à la *pneumonie*. Il n'est pas rare chez l'enfant de voir la pneumonie, et particulièrement la pneumonie du sommet, éveiller, par une action encore inconnue (toxique ou réflexe), une réaction cérébrale susceptible de simuler jusque dans ses détails la méningite tuberculeuse. Rien ne manque, semble-t-il, au tableau clinique; on y trouve, comme dans une observation d'André Bergé, les vomissements, la constipation, la raideur de la nuque, le délire, la somnolence et le coma entrecoupés de cris aigus hydrencéphaliques, enfin la courbe thermique classique de la méningite tuberculeuse avec son abaissement de température à la période moyenne de la maladie, et son ascension terminale ultime. L'ensemble symptomatique peut être si net que le diagnostic de méningite tuberculeuse ne fait pas de doute et la pneumonie est méconnue. L'autopsie, comme il arriva dans l'observation citée, révèle cette dernière et montre l'intégrité apparente des méninges, avec résultat négatif de l'examen bactériologique de la sérosité méningée. La question est de savoir si aujourd'hui des faits semblables ne seraient pas interprétés de façon un peu différente et rangés dans le cadre des méningites séreuses. Quoi qu'il en soit, il est facile de se rendre compte combien peut être délicat, dans les cas de ce genre, le diagnostic de la méningite tuberculeuse avec la pneumonie. Il doit être fait avec la pneumonie simple et avec la méningite pneumococcique. Pour l'établir, on se basera principalement sur l'existence de la pneumonie, qui devra toujours être recherchée; puis on tiendra compte de toutes les différences qu'on pourra relever dans la symptomatologie et l'évolution de l'affection, comparée à la symptomatologie et à l'évolution ordinaire de la méningite tuberculeuse.

On devra « suivre attentivement l'évolution morbide, la relation réciproque et l'ordre de succession des accidents, et examiner le nez, les oreilles des petits malades, afin d'y rechercher les foyers de suppuration pneumococcique d'où pourrait procéder directement l'infection méningée, parallèlement à l'infection pulmonaire. Les effets du traitement, parfois rapidement heureux en cas de fausse méningite, concourront à l'édification du diagnostic et du pronostic. » (Dupré.)

Ces considérations nous amènent tout naturellement à parler de l'*hystérie*, qui peut assez fréquemment chez l'enfant (exception faite pour le tout premier âge), aussi bien que chez l'adolescent et chez l'adulte, donner naissance à un syndrome simulateur de la méningite tuberculeuse. Peut-être est-ce en effet dans le cadre de l'hystérie que doivent être versés la plupart des cas de méningisme, déduction faite, bien entendu, de ceux dans lesquels les procédés nouveaux d'exploration, en particulier la ponction lombaire, nous ont permis de constater la présence des lésions, ignorées auparavant, de la méningite séreuse.