

un certain temps. Puis éclate subitement quelque symptôme cérébral grave qui emporte le malade. On conçoit que le diagnostic doit être fort difficile au début, dans les cas de ce genre.

L'urémie, dans sa forme pseudo-méningitique, peut simuler assez exactement la méningite. Aussi l'examen de l'urine ne devra-t-il jamais être négligé. Dans l'espèce, le résultat en est capital. Mais on peut encore trouver dans les convulsions prédominantes, l'hypothermie et l'évolution des accidents, des éléments différentiels importants.

Le *delirium tremens* ne prête que médiocrement à la confusion. Le délire violent spécial, les hallucinations terrifiantes, le tremblement, les sueurs profuses, tous ces caractères, joints à la connaissance des habitudes alcooliques du malade, suffisent à établir le diagnostic.

Nous ne citons que pour mémoire ici les accidents cérébraux d'origine toxique : intoxication par l'opium, la belladone, l'aconit, etc. En effet, de tels accidents sont rares; ils s'accompagnent des signes propres à chacune de ces intoxications. L'anamnèse d'ailleurs pourra révéler l'ingestion des poisons, effectuée accidentellement, en vue du suicide ou dans un but thérapeutique.

D. Chez le vieillard, il n'y a pas d'affections simulatrices particulières. Nous nous contenterons de rappeler que la méningite tuberculeuse, d'ailleurs très rare à cet âge, évolue souvent d'une façon plus insidieuse et plus torpide et qu'elle a par conséquent plus de chances d'être méconnue ou de passer inaperçue.

Après qu'on a établi avec certitude le diagnostic de méningite tuberculeuse, peut-on, sur l'existence exclusive ou la prédominance de certains symptômes, baser une appréciation légitime de la distribution topographique des lésions? Sans doute, dans quelques cas, en s'appuyant sur les notions anatomiques et physiologiques, en appliquant à l'étude de la maladie qui nous occupe les données fournies par la connaissance des localisations cérébrales, on peut arriver au diagnostic topographique des lésions. En présence de troubles surtout hémiplegiques, on pourra penser à la prédominance unilatérale de la méningite; on pourra aussi supposer, en se basant sur des considérations déjà notées, la prédominance à la base ou à la convexité. Ces hypothèses ne doivent être émises qu'avec la plus grande réserve : elles sont souvent démenties par les faits. Car, s'il est exact que beaucoup de symptômes d'excitation ou de paralysie, dans les méningites, dérivent de l'excitation directe des troncs nerveux ou des centres psycho-moteurs, on sait que les mêmes symptômes peuvent être provoqués par de simples troubles circulatoires, et par des actions réflexes plus ou moins diffuses.

PRONOSTIC

La méningite tuberculeuse se termine d'une façon presque constante par la mort. Nous avons déjà dit plus haut ce qu'il fallait penser des cas anciens dans lesquels on avait signalé la guérison, quoique l'ensemble symptomatique observé eût été bien manifestement celui de la méningite tuberculeuse. Ils prêtent largement le flanc à la critique.

Devons-nous accorder plus de créance à quelques faits plus récents, auxquels les résultats des procédés nouveaux d'investigation prêtent presque toutes les

apparences de la vérité. C'est ainsi que Freyhan⁽¹⁾ a observé un cas de méningite tuberculeuse, dans lequel la ponction lombaire décéla la présence de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien. L'amélioration se fit lentement et trois mois après il n'y avait plus trace d'aucun symptôme, sauf quelques vestiges de névrite optique.

Le cas de Rocas⁽²⁾ est au moins aussi caractéristique : tous les signes de la méningite tuberculeuse étaient présents, y compris la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Lorsque, dans la suite, l'amélioration se fit, la lymphocytose disparut avec les autres symptômes. Un an plus tard, la guérison s'était maintenue. La disparition de la réaction lymphocytaire semblerait, dans un cas semblable, être une preuve pour ainsi dire matérielle de la guérison. Malgré tout, en présence d'un trop petit nombre de faits, dont une bonne partie reste, après tout, discutable, nous devons encore réserver notre jugement en ce qui concerne la possibilité de la guérison de la méningite tuberculeuse.

Ces considérations ne s'appliquent d'ailleurs qu'à la méningite tuberculeuse généralisée commune, car il existe quelques cas authentiques de guérison se rapportant à la méningite tuberculeuse circonscrite et localisée. Telles sont, par exemple, les observations de Rilliet et de Cadet de Gassicourt⁽³⁾. Le malade de Rilliet, après avoir présenté les signes classiques de la méningite tuberculeuse, vit tous les symptômes disparaître, la guérison complète se faire en soixante-six jours et se maintenir durant cinq ans et demi, après quoi survint une nouvelle méningite qui détermina la mort en treize jours. A l'autopsie, on trouva deux ordres de lésions tuberculeuses : les lésions récentes caractéristiques de la méningite tuberculeuse ordinaire, et des lésions anciennes consistant en une masse tuberculeuse de 1 centimètre de longueur sur 4 millimètres d'épaisseur et ayant subi partiellement la régression fibreuse. Dans le cas de Cadet de Gassicourt il s'agit d'un malade dont les symptômes méningitiques se calmèrent au bout de vingt-trois jours et dont la guérison parut complète pendant deux mois et demi. Puis, il fut repris d'une poussée de méningite et succomba à une diphtérie intercurrente. On trouva à l'autopsie un tubercule du cervelet gros comme un œuf et des lésions méningées anciennes et récentes.

En raison même de la fatalité du pronostic, il n'est peut-être pas inutile de recommander au médecin de ne mettre aucune hâte dans l'affirmation d'un diagnostic dont la signification est si grave. Car ce diagnostic, malgré l'analyse la plus soignée des symptômes, peut se trouver en défaut. Il faut enfin toujours « se défier de cette apparence de guérison, familière à la méningite, et ne pas donner, le diagnostic étant certain, un espoir qui ne doit pas se réaliser » (Rilliet et Barthez).

Il est généralement aisé, vu l'évolution assez régulière de la maladie, de prévoir la mort imminente. L'hyperthermie, les sueurs profuses, la cyanose, le regard terne et l'aspect vitreux de la cornée en sont les meilleurs signes. Il ne faut pas, à ce point de vue, faire fonds sur le coma, car on voit quelquefois les enfants se réveiller d'un coma profond pour reprendre en partie connaissance et vivre quelques jours encore.

(1) FREYHAN. *Deut. med. Woch.*, 6 septembre 1894.

(2) ROCAS. *Cong. de gynéc. et pédiat.* Nantes, septembre 1901. et *Bull. méd.*, 9 octobre 1901.

(3) RILLIET, BARTHEZ et SANNÉ. *Traité des mal. des enfants.*

TRAITEMENT

Traitement curatif. — Il n'existe pas de médication efficace contre la méningite tuberculeuse. Le mieux qu'on puisse faire, c'est de ne pas agir par un traitement qui, d'une part, contribuerait à débilitier le malade et d'autre part pourrait ajouter à ses souffrances. Aussi faut-il proscrire avec soin les moyens dits énergiques, tels que les saignées générales ou locales, les moxas, les sétons et les révulsifs (vésicatoires, huile de croton, etc.). La médication devra être purement symptomatique. Les lotions ou affusions froides sur la tête pourront être employées pour modérer la céphalalgie. On opposera : à la fièvre, les antipyrétiques usuels (antipyrine, sulfate de quinine); à l'agitation et à l'insomnie, les hypnotiques et les narcotiques (chloral, opium, bromure, alcalins, etc.); à la constipation, les purgatifs (calomel, drastiques). Dans certains cas d'excitation cérébrale intense ou d'hyperthermie excessive, l'hydrothérapie froide pourra être utilement employée. Mais les bains chauds (38° à 40°) sont préférables, surtout lorsque les contractures et les phénomènes d'excitation prédominent; on les donne tous les trois, quatre ou six heures, suivant la tolérance et l'état des malades.

Il faut bien reconnaître que, même si l'on se borne à l'espoir modeste de combattre ou d'atténuer les symptômes principaux de la maladie, on est loin d'obtenir toujours l'effet désiré. Il importe d'être bien prévenu des multiples déceptions qu'on peut éprouver de ce chef.

L'iodure de sodium et de potassium, le calomel à doses fractionnées, sont d'ordinaire prescrits. Il n'y a rien à dire d'ailleurs de tous les autres médicaments conseillés par divers praticiens : les préparations de valériane, le musc, les diurétiques, etc., etc. Il faut considérer comme rationnel l'essai qu'on peut faire des médicaments antituberculeux employés actuellement en injections sous-cutanées, tels que le gaïacol, la créosote, l'iodoforme. C'est tout ce qu'on en peut dire. Quant aux tuberculines, malgré les espérances qu'on avait fondées sur leur emploi, elles n'ont donné que des mécomptes.

Dans une maladie aussi fatale que la méningite tuberculeuse, le seul espoir que le médecin puisse conserver, c'est celui d'avoir fait un faux diagnostic. Aussi sera-t-il indiqué d'essayer la médication antisyphilitique, sous sa forme mixte et intensive. On en pourrait, en cas d'erreur, tirer bénéfice.

On veillera aux divers soins d'hygiène. On alimentera le malade le plus possible et on le laissera reposer dans le silence et l'obscurité.

Le *traitement chirurgical* de la méningite tuberculeuse n'a donné jusqu'à présent que des résultats négatifs⁽¹⁾. On a conseillé la trépanation, soit simple, soit suivie de drainage de l'arachnoïde ou des ventricules cérébraux. Nous n'insisterons pas sur ces diverses opérations, qui paraissent jusqu'à présent vouées à un insuccès complet.

Quant à la *ponction lombaire*, opération simple et sans danger, on peut en obtenir une légère action palliative, lorsque dominant les phénomènes de compression cérébrale. Mais le résultat est encore bien faible et bien incertain. Marfan, Sicard et d'autres ont essayé d'injecter, après la ponction, des liquides antiseptiques dans l'espace sous-arachnoïdien. « Tout ce qu'on peut dire, en faveur de ces tentatives, c'est qu'elles ne paraissent pas avoir été trop nuisibles. » (Hutinel.)

(1) VEYRAT. Thèse de Lyon, 1894.

Prophylaxie. — Il y a une double indication prophylactique : 1° éviter la contagion tuberculeuse à l'enfant; 2° le placer dans les meilleures conditions de santé physiques pour résister à cette contagion.

Si le médecin est ici impuissant pour guérir, il faut affirmer qu'il peut beaucoup, dans certaines circonstances, pour prévenir. Les principales mesures d'hygiène qu'il devra prendre n'ont d'ailleurs rien de spécial à la méningite tuberculeuse. Elles visent la tuberculose dans toutes ses manifestations. Il faudra, dans les familles de tuberculeux, veiller avec le plus grand soin à la désinfection des crachats virulents qui sont la source ordinaire de la contagion. Il faudra défendre formellement aux malades de cracher ailleurs que dans des crachoirs disposés à cet effet. On pourra même, si la chose est possible, pratiquer l'isolement des enfants. On devra veiller à l'observation scrupuleuse des règles générales d'hygiène relatives à l'habitation. Les enfants de tuberculeux seront l'objet d'une sollicitude particulière; on prolongera l'allaitement par une bonne nourrice jusqu'au maximum du terme ordinaire, quinze à dix-huit mois (Jaccoud). On les mettra dans des conditions d'hygiène spéciales : on s'attachera à les développer physiquement (hydrothérapie, vie à la campagne, exercices physiques, etc.); on leur évitera la fatigue et les veilles. Enfin on les soumettra à un régime cérébral particulier, de façon à leur épargner les efforts intellectuels prolongés ou précoces, et le surmenage. L'emploi des préparations ferrugineuses, iodées, de l'huile de foie de morue, les frictions sèches de la peau trouveront aussi leur indication. On proscriera naturellement avec soin tous les excitants cérébraux (alcools, vin en excès, thé, café, etc.).

CHAPITRE III

HÉMORRAGIES MÉNINGÉES

On désigne sous le nom d'hémorragie méningée ou d'apoplexie méningée tout épanchement de sang qui s'effectue à la surface de l'une quelconque des membranes d'enveloppe de l'encéphale ou de la moelle. On comprend donc sous ce terme toutes les hémorragies qui se font, soit dans la cavité crânienne, soit dans la cavité rachidienne, en dehors de la substance nerveuse encéphalique ou médullaire. Le siège de l'épanchement sanguin peut être très différent. Aussi est-il important d'établir tout de suite des divisions dans un sujet aussi complexe. Il faut distinguer tout d'abord les hémorragies intra-crâniennes et les hémorragies intra-rachidiennes. Ces dernières appartiennent à la pathologie médullaire : nous n'avons pas à nous en occuper ici. Nous n'envisagerons que les hémorragies intra-crâniennes.

Parmi celles-ci, il y a lieu de distinguer en premier lieu une variété particulière d'hémorragie méningée, qui se rattache à une affection bien définie de la dure-mère, l'inflammation chronique de cette membrane. La pachyméningite crânienne a une histoire tout à fait autonome. L'hémorragie méningée qu'elle détermine et qui s'effectue dans l'épaisseur de la dure-mère ou plutôt dans l'épaisseur des fausses membranes qui la doublent est liée à son développement et fait partie de son évolution. Cette hémorragie méningée n'étant