

La *fièvre* peut manquer complètement chez certains malades. Mais cela est, à vrai dire, assez rare. Le plus souvent, dès le début, la température s'élève d'une façon brusque, pour atteindre rapidement son maximum (40, 41° C). Son évolution est ensuite tout à fait irrégulière et, à ce point de vue, la maladie ne revêt aucune allure cyclique. Tantôt, spécialement dans les formes courtes ou de durée moyenne, la fièvre est continue et alors l'amélioration ou la guérison est marquée par une chute graduelle, l'aggravation ou l'approche de la mort par une ascension exagérée de la température. Quand la durée de la maladie se prolonge, on constate souvent de grandes irrégularités dans la courbe de la température, caractérisant des exacerbations et des rémissions successives, entrecoupée même de périodes d'apyrexie complète. En résumé, il n'existe pas de courbe thermique caractéristique de la maladie.

Le *pouls* est le plus souvent en désaccord avec la température. Il varie d'ailleurs considérablement d'un malade à l'autre et à différents moments chez le même malade : tantôt accéléré, tantôt ralenti, quelquefois irrégulier.

La *respiration* ne présente rien de bien caractéristique. Dans les cas graves, elle devient irrégulière, ou revêt le rythme de Cheyne-Stokes.

L'examen du *sang* révèle, dans les formes cliniques les plus différentes, une leucocytose plus ou moins accentuée, particulièrement intense dans les cas graves (Flexner et Barker, Osler, Netter). Le nombre des globules rouges n'est généralement pas modifié. Cependant on a constaté de l'hyperglobulie avec diminution du taux de l'hémoglobine.

Les *urines* contiennent ou non de l'albumine. L'incontinence est fréquemment constatée dans la période de coma. La paralysie proprement dite de la vessie peut accompagner le développement d'une paraplégie et persister après la convalescence. On a signalé la polyurie survenant par crises passagères (Apert et Griffon).

Les *éruptions cutanées* sont très fréquentes et constituent par cela même un signe d'une valeur diagnostique réelle. Elles peuvent, à dire le vrai, manquer, principalement dans certaines épidémies (Netter), tandis que dans certaines autres elles atteignent un développement considérable. Elles sont d'ailleurs extrêmement variées, polymorphes; et l'on observe depuis l'érythème le plus simple jusqu'aux manifestations bulleuses et purpuriques, en passant par les éruptions ortiées, morbilliformes, scarlatiniformes. Elles siègent sur diverses parties du corps, les jointures, quelquefois d'une façon symétrique.

Parmi ces éruptions, l'*herpès* mérite une mention particulière à cause de sa fréquence [plus de la moitié des cas (Canuet)] surtout dans certaines épidémies, où il est presque constant. Il apparaît en général dans les premiers jours du début. C'est à la face et en particulier aux lèvres qu'on le constate le plus ordinairement et il ne diffère point de l'herpès vulgaire. Mais quelquefois il se généralise et occupe le tronc et les membres. Evans a signalé la fréquence du *zona* uni ou bilatéral, sur le trajet des nerfs tant crâniens que rachidiens. Cette manifestation serait beaucoup plus fréquente, suivant cet auteur, dans la méningite cérébro-spinale que dans les autres formes de méningites aiguës ou tuberculeuses.

On observe assez souvent des *arthrites* pendant la durée ou à la fin de l'évolution de la maladie. Celles-ci peuvent affecter une ou plusieurs articulations, mais ce sont le plus ordinairement les genoux qui sont atteints. Tantôt l'inflammation est relativement bénigne, caractérisée simplement par un peu de rou-

geur, de gonflement et de douleur, et se termine spontanément par la résolution. Tantôt, dans d'autres cas, les lésions, plus graves, se manifestent par la présence de liquide dans l'articulation. On se trouve alors souvent avoir affaire à des épanchements purulents, qui peuvent conduire à l'ankylose définitive. On a recherché les microbes pathogènes dans ces épanchements. Friis n'en a rencontré aucun, non plus que Canuet dans un autre cas. Au contraire Fronz, chez un enfant de deux ans et demi, a découvert le méningocoque dans le pus extrait pendant la vie, par ponction, de l'articulation tibio-tarsienne.

Les troubles du côté des *yeux*, étudiés particulièrement par Théodor Axenfeld, sont très fréquents. On constate soit la dilatation, soit le rétrécissement, soit l'inégalité des pupilles. On a observé également l'anesthésie de la cornée. Le strabisme et la diplopie peuvent être tantôt le résultat de la contracture des muscles de l'œil, ce qui est le cas le plus habituel, tantôt la conséquence de véritables paralysies oculaires. Celles-ci sont d'ailleurs relativement rares (Schirmer) et généralement suivies de guérison, lorsque la méningite est curable. Elles affectent plus particulièrement la sixième paire, tandis que l'oculomoteur commun ne serait que très exceptionnellement atteint (Leichtenstern). Elles peuvent être unies ou bilatérales. Dans un certain nombre de cas, l'autopsie est venue montrer que les paralysies étaient dues à la propagation de l'inflammation au tronc des nerfs, qui baignent quelquefois dans l'exsudat purulent des méninges. Enfin on a noté l'existence de la névrite optique, produisant de l'amblyopie et même la cécité, et généralement curable dans les cas de méningite cérébro-spinale susceptibles de guérison.

On a observé, chez quelques malades, une conjonctivite purulente, dans le pus de laquelle ont été décelés le méningocoque et le pneumocoque. Chez d'autres, les milieux intérieurs de l'œil s'infectent secondairement, soit par continuité, soit par métastase (ophtalmie méningitique métastatique). L'examen ophtalmoscopique révèle alors les signes de la suppuration intra-oculaire, qui peut aboutir à la panophtalmie et à la perforation du globe. Ces manifestations, rares d'ailleurs, doivent être considérées comme de véritables complications plutôt que comme des symptômes réguliers de la maladie.

Du côté de l'*oreille*, en dehors des bourdonnements qui s'observent fréquemment et sont sans grande importance, il peut survenir des lésions plus graves. L'inflammation s'étend quelquefois des méninges à l'oreille interne et moyenne, donnant naissance à des otites suppurées, qu'il ne faut pas confondre avec les otites primitives qui déterminent secondairement la méningite. La perforation du tympan est souvent la conséquence de l'otite moyenne. Quant aux lésions de l'oreille interne, elles produisent une surdité qui souvent peut être définitive.

Nous avons signalé, parmi les symptômes du début, l'inflammation assez fréquente de la muqueuse des fosses nasales et le coryza qui en résulte. Cette inflammation peut aller quelquefois jusqu'à déterminer une véritable rhinite purulente avec ulcérations et sphacèle de la muqueuse. Ces lésions constituent de véritables complications, heureusement fort rares, ainsi que les ulcérations de la gorge, les abcès de l'amygdale, qui ont été observés dans certains cas.

La *ponction lombaire* fournit un ensemble de notions d'une valeur diagnostique considérable. C'est grâce à elle qu'on a pu établir d'une façon indiscutable l'existence légitime de certaines formes curables, abortives, ambulatoires, de la méningite cérébro-spinale épidémique. Nous ne reviendrons pas sur ce

que nous avons dit précédemment au sujet de cette opération et des procédés d'examen du liquide céphalo-rachidien (V. page 925). Les résultats qu'ils fournissent dans la méningite épidémique ne diffèrent point de ceux que l'on obtient dans les méningites aiguës. Le liquide céphalo-rachidien, trouble ou opalescent, donne par la centrifugation un culot plus ou moins nettement purulent, dans lequel le microscope décèle la prédominance des éléments polynucléaires. Cette *polynucléose* peut être constatée pendant toute la durée de la maladie. Lorsque surviennent l'amélioration ou la convalescence, les éléments polynucléés sont remplacés graduellement par des lymphocytes (Labbé et Castaigne, Apert et Griffon). La polynucléose pourrait cependant reparaitre après avoir disparu et après la guérison de la méningite (Achard).

L'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien vient ensuite compléter les résultats obtenus par l'étude cytologique et permettre, avec l'aide du microscope, des cultures, des inoculations aux animaux, de déterminer la nature de l'agent pathogène (méningocoque) qui a causé la maladie.

Dans la méningite cérébro-spinale épidémique, comme dans les autres méningites aiguës, l'imperméabilité normale des méninges aux substances chimiques (iodure de potassium) n'est pas altérée (Griffon) à l'inverse de ce qui a lieu dans la méningite tuberculeuse.

Évolution. Formes cliniques. — La méningite cérébro-spinale est loin d'évoluer de la même manière dans tous les cas et l'on constate une grande variété dans les différents aspects sous lesquels peut se présenter le tableau clinique de cette affection. L'âge des sujets atteints le modifie quelquefois dans des proportions importantes. C'est ainsi que, chez les enfants du premier âge, les seuls signes peuvent être un peu d'agitation, quelques convulsions et le coma. Chez le vieillard la maladie peut passer complètement inaperçue. Mais dans l'immense majorité des cas la méningite épidémique se présente sous un certain nombre de formes cliniques dont le nombre peut être ramené à trois : forme aiguë ; forme subaiguë ou prolongée ; forme ambulatoire, atténuée ou fruste.

La *forme aiguë* débute toujours d'une façon brusque et bruyante, par un ou plusieurs frissons, une céphalalgie violente, des vomissements, une fièvre vive qui atteint rapidement 39, 40° C et même davantage. Puis, en deux ou trois jours, tous les signes de la méningite cérébro-spinale sont constitués : contractures, raideur de la nuque, rachialgie et rigidité de la région vertébrale, signe de Kernig, délire, éruptions cutanées, etc., etc. Cette situation peut se prolonger quelques jours, tout en s'aggravant d'heure en heure et le malade tombe dans le coma. Les contractures font alors place à la résolution musculaire ou aux paralysies, le pouls se modifie, le rythme respiratoire s'altère et enfin la mort survient au bout de six à quinze ou vingt jours, sans qu'on ait pu constater de rémissions nettes dans la marche de la maladie.

A côté de cette forme aiguë, il faut placer la forme dite *foudroyante*. Le sujet est pris, de la façon la plus inattendue, d'un grand frisson, au sortir duquel il tombe presque d'emblée dans le coma, et succombe en quelques heures.

Dans la *forme subaiguë* ou *prolongée*, après un début qui est quelquefois brusque et bruyant, mais qui peut être aussi relativement lent et insidieux, les symptômes atteignent un certain degré d'intensité. Puis, au bout de quelque temps, survient une rémission dans tous les phénomènes, suivie ultérieurement d'une nouvelle aggravation. Ces phases d'amélioration et d'exacerbation succes-

sives présentent une durée très variable, de quelques jours à trois, cinq et six semaines. La maladie peut ainsi se prolonger pendant des semaines, des mois, quelquefois même pendant plus d'une année (Hutinel). Lorsque le cas est grave, les rémissions sont de moins en moins accentuées, les accès, au contraire, s'aggravent, se rapprochent et se prolongent, pour aboutir enfin à la mort. L'inverse se produit dans les cas curables : les accès s'atténuent et s'éloignent, les rémissions sont de plus en plus complètes et la guérison survient, mais non sans laisser quelquefois après elle des séquelles plus ou moins graves : paralysies, atrophies musculaires, troubles psychiques, surdité, amaurose, et, chez les tout petits enfants, l'hydrocéphalie définitive.

Dans les formes ambulatoires ou atténuées, l'évolution est toute différente. La *forme ambulatoire* proprement dite (Sicard et Brécy, Apert et Griffon) est caractérisée par le fait que le patient, quoique en réalité sous le coup de lésions méningées souvent bien déterminées, ainsi que l'autopsie ou la ponction lombaire ont pu le démontrer dans de nombreux cas, n'est pas confiné au lit d'une façon permanente, mais continue à aller et venir, sinon à vivre sa vie normale et à se livrer à ses occupations habituelles. Certains malades se plaignent d'un malaise général plus ou moins accentué, sans fièvre, avec quelques douleurs de tête, des bourdonnements d'oreille, un peu d'inappétence. Ce type rentre dans les formes *frustes* proprement dites, c'est-à-dire celles où manque complètement un plus ou moins grand nombre des symptômes ordinaires de la maladie. D'autres sujets présentent, au contraire, presque au complet l'ensemble des symptômes de la méningite cérébro-spinale. Mais ces symptômes sont si atténués, qu'il faut toute l'attention du médecin pour les reconnaître.

La guérison est certainement fréquente dans cette forme plus que dans toute autre. Mais malgré cette apparence d'innocuité, il peut se faire que, sous l'influence d'une fatigue, d'un excès, d'un refroidissement, ou même sans cause appréciable, subitement les symptômes s'aggravent et que la mort s'ensuive, quelquefois d'une façon foudroyante.

Dans toutes ces formes frustes, atténuées ou ambulatoires, le diagnostic ne sera souvent assuré que par la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien. C'est d'ailleurs grâce à ce procédé nouveau d'exploration que l'on a pu arriver à en établir la légitime existence et à en déterminer nettement les diverses modalités cliniques.

A côté de ces formes, basées sur des différences bien tranchées dans l'évolution de la méningite cérébro-spinale, on en a mentionné d'autres, qui se fondent sur la prédominance de tel ou tel symptôme. On a ainsi décrit une forme purpurique, caractérisée par l'abondance d'une éruption de purpura ; une forme typhique, avec stupeur, diarrhée, taches rosées lenticulaires, les symptômes cérébro-spinaux restant dans l'une et dans l'autre au second plan ; une forme pneumonique, caractérisée par la fréquence et la gravité des complications pulmonaires.

Terminaisons. Pronostic. — La gravité de la méningite cérébro-spinale varie nécessairement suivant la forme sous laquelle elle évolue. La forme foudroyante, ainsi que nous avons vu, emporte le malade en quelques heures. La forme aiguë est certainement ensuite la plus grave. D'une façon générale un début bruyant, avec tout un cortège de symptômes intenses et violents, peut être considéré comme l'indice d'un cas à pronostic sombre. Mais il