

à la ponction lombaire, elle doit être abondante (Lermoyey), c'est-à-dire donner issue au moins à 15 centimètres cubes à la fois, et fréquente, les ponctions pouvant être renouvelées dès que l'amélioration passagère produite par la ponction précédente tend à se dissiper. Non seulement, par ce moyen, on obtient une décompression des centres nerveux, l'évacuation d'une certaine dose de microbes et de toxines, mais aussi la sécrétion d'une nouvelle quantité de liquide céphalo-rachidien, qui possède peut-être un pouvoir bactéricide actif (Brieger).

2. **Méningites cérébro-spinales épidémiques.** — Ces méningites sont différenciées par leur caractère épidémique, leur extension à peu près complète aux méninges spinales et aussi par leur bénignité relative, car s'il existe des formes rapidement mortelles, il en est qui guérissent, il en est même de tellement bénignes qu'elles passeraient inaperçues, si la ponction lombaire ne permettait de déceler l'inflammation des méninges.

Les noms de Weichselbaum et de Netter sont particulièrement liés à l'histoire de la méningite cérébro-spinale; le premier a isolé le microbe qui paraît bien être, en dernier ressort, l'agent spécifique de la maladie; le second, par ses recherches patientes, a bien mis en relief le caractère épidémique et contagieux de la maladie et contribué à vulgariser le traitement méthodique dont Aufrecht et Quincke avaient posé les jalons.

Nul doute que la méningite cérébro-spinale ne soit *contagieuse*; il existe des cas bien nets de transmission par le contact direct, par les vêtements; il y a là une indication précise pour la prophylaxie de la maladie; mais la contagiosité est assez faible, ainsi que le prouve la faible diffusion de la maladie; les épidémies de méningite cérébro-spinale font généralement peu de victimes.

Quel est l'agent du contagement? L'accord n'est pas encore fait parmi les Bactériologistes. Pour les uns, la méningite cérébro-spinale est une maladie spécifique causée par un agent infectieux unique: le méningocoque intra-cellulaire, décrit par Weichselbaum et étudié par Heubner. Ce microbe se présente sous la forme d'un diplocoque et se trouve souvent inclus dans les leucocytes polynucléaires, comme les gonocoques. Ce qui a rendu sa différenciation difficile, c'est qu'il présente dans ses propriétés morphologiques et biologiques de telles diversités qu'on a cru souvent avoir affaire à des micro-organismes différents. Tantôt les méningocoques sont groupés en tétraèdres, décolorés par le Gram, ne donnent que quelques rares colonies, quand ils sont ensemencés sur l'agar à 57 degrés; tantôt ils forment des chaînettes, se colorent par le Gram, se développent rapidement et donnent des colonies à la température ordinaire, sur différents milieux (liquide d'ascite, sang gélosé). Malgré ces différences, Concetti conclut à l'unité et à la spécificité de cet agent infectieux dont la virulence tend à s'épuiser rapidement, mais dont les toxines persistent longtemps, entretenant des désordres après sa disparition. Le méningocoque n'est pas pathogène pour le lapin, en injections sous-cutanées; est peu actif en inoculations intra-péritonéales et tue rapidement l'animal en injections intracérébrales. D'autres bactériologistes admettent encore l'origine polymicrobienne de la méningite cérébro-spinale.

Outre le méningocoque, celle-ci pourrait encore être causée par le diplostreptocoque encapsulé de Bonome et surtout par le pneumocoque, dont le microbe de Bonome ne serait d'ailleurs qu'une forme atténuée, d'après Bordoni-Uffreduzzi. Dans la récente épidémie de Paris, M. Netter (*Société de Biologie*, 17 juin 1899) a noté, sur 21 cas, 7 fois le pneumocoque, 6 fois le méningocoque, 4 fois le microbe encapsulé de Bonome, 5 fois le streptocoque pyogène, 1 fois le staphylocoque doré.

Les unicistes objectent que la maladie causée par le méningocoque de Weichselbaum diffère notablement de la méningite à pneumocoque. Elle est moins brutale, plus trait-

nante surtout, puisqu'elle peut se prolonger plusieurs mois, enfin elle procède par poussées et n'est mortelle que dans le quart des cas environ. « Les cas dans lesquels on ne rencontre que des pneumocoques peuvent être des cas de méningites primitives; mais ce ne sont pas des méningites épidémiques. » (Osler.)

Cliniquement, la méningite cérébro-spinale se caractérise surtout par l'association de la rachialgie à la céphalalgie, par l'existence de douleurs dans les membres, par les contractures, le signe de Kernig qui persiste assez longtemps après la convalescence, par les éruptions (érythèmes, herpès), etc.... La courbe thermique est très irrégulière, surtout dans les formes de longue durée; elle est marquée par une série de rémissions et d'exacerbations. Dans certains cas, la fièvre fait complètement défaut.

S'il est possible de confondre la méningite cérébro-spinale avec la fièvre typhoïde, les gripes graves affectant le système nerveux, avec la méningite tuberculeuse, etc..., on possède dans la ponction lombaire un moyen précieux de diagnostic. Rappelons qu'elle révèle la présence de nombreux leucocytes polynucléaires surtout au début, car dans les périodes de rémission les polynucléaires diminuent et la proportion des lymphocytes augmente (ceux-ci prédominent si la guérison doit survenir); qu'elle permet de constater la présence du méningocoque....

La ponction lombaire est surtout précieuse quand on se trouve en présence de ces formes atténuées, frustes ou ambulatoires qu'elle a permis d'ailleurs d'isoler.

La forme ambulatoire n'est pas synonyme des formes bénignes, puisqu'elle peut occasionner la mort subite (Brouardel). Le type ambulatoire simple curable s'observe chez des malades qui continuent à vaquer à leurs occupations, après un ou deux jours d'une maladie légère qualifiée grippe, les obligeant à garder le lit. Ensuite ils conservent une céphalée plus ou moins marquée, mais n'ont ni fièvre ni vomissement.

Dans un dernier type qui peut être également bénin, mais peut se terminer parfois aussi par la mort (Sicard, *Presse médicale*, 1901), la maladie procède par poussées successives. La première atteinte est caractérisée par des phénomènes généraux, de la fièvre, de la courbature, de la céphalalgie localisée à la nuque. Puis après quelques jours de repos, le malade se sent assez bien pour reprendre ses occupations. Quelques jours après, nouvelle rechute avec des symptômes analogues. Plusieurs rechutes peuvent se produire ainsi et le malade peut succomber à l'une de ces rechutes.

En somme, quelle que soit l'issue, la forme ambulatoire est caractérisée par ce fait que les malades ne s'alitent pas ou ne s'alitent que quelques jours, continuant tant bien que mal à vaquer à leurs occupations.

Aufrecht, le premier, en 1894, a fait usage des *bains chauds* pour le traitement de la méningite cérébro-spinale. Chez un ouvrier de 26 ans, qui se trouvait à la fin du troisième septenaire de la maladie et qui, depuis dix jours, était plongé dans le coma et présentait de l'hypothermie, il prescrivit un bain par jour, de dix minutes de durée, à la température de 40 degrés. Dès les premiers bains une amélioration notable se produisit et la guérison devint complète après douze bains.

La méthode, inaugurée par Aufrecht, fut appliquée, avec succès le plus souvent, par Woroschilsky, par Wolisch, et M. Netter, qui l'a employée systématiquement, a largement contribué à la vulgariser.

Actuellement, à son exemple, on prescrit les bains à la température de 38 degrés au moins et jusqu'à 40 degrés, d'une durée moyenne de vingt-cinq minutes. Dans les cas graves, les bains doivent être renouvelés toutes les trois ou quatre heures, la nuit comme le jour. Dans les cas moyens on donne en général trois ou quatre bains par jour. Les moindres mouvements étant doulou-