

comme dans d'autres organes, des phénomènes congestifs transitoires, par vaso-dilatation, phénomènes congestifs qui sont essentiellement curables. La ponction lombaire d'une part, l'expérimentation d'autre part, dans une certaine mesure, ont permis de rectifier les opinions reçues, de telle sorte qu'aujourd'hui le mot de méningisme a perdu toute signification précise, et ne peut encore s'appliquer légitimement qu'aux manifestations hystériques qui simulent la méningite.

Il est acquis qu'une infection n'aboutit pas fatalement à la suppuration. Le premier stade de la réaction des tissus est une vaso-dilatation active avec ralentissement du cours du sang; puis, si cet état se prolonge, le plasma sanguin traverse les parois des capillaires et forme un exsudat qui s'accumule dans les interstices des éléments cellulaires, dans les espaces lymphatiques. Cet exsudat est séreux, limpide et ne se distingue de la lymphe normale que par sa richesse en albumine; si l'irritation est vive, il peut être plus ou moins riche en albumine.

La réaction inflammatoire est-elle plus intense, survient la transformation purulente de l'exsudat par suite d'une diapédèse considérable de leucocytes. On conçoit très bien que, sous l'influence de germes atténués dans leur virulence, la réaction ne dépasse pas le stade congestif et celui d'exsudation séreuse.

Ces phénomènes irritatifs atténués ont pu être reproduits expérimentalement au niveau des méninges. Ainsi Adenot, en injectant dans les méninges d'un lapin trépané des cultures de bacille d'Eberth atténuées par la chaleur, n'a constaté au bout de trois jours que de la congestion et une légère exsudation séreuse sans trace de pus.

Les résultats de la ponction lombaire sont les suivants : liquide clair ou légèrement louche, mais non purulent, plus albumineux qu'à l'état normal et renfermant des parcelles de fibrine : leucocytes polynucléaires ou lymphocytes en quantité modérée, parfois quelques germes : staphylocoques (Lesné), streptocoques (Nobécourt et Delestre), pneumocoques (Netter), bacilles de Pfeiffer (Pfuhl et Walter), bacilles d'Eberth (Tictine, Boden, Rocco-Jemma), etc.

Les méningites infectieuses ne comprennent pas toutes les méningites séreuses. Il est une catégorie de méningites séreuses, non bactériennes, qui relèvent exclusivement, sans doute, de l'action de toxines (Quincke, Concetti). Le liquide retiré par la ponction présente les mêmes caractères que ceux indiqués précédemment, mais ne contient aucun microbe.

Il est à remarquer que l'existence de méningites séreuses purement toxiniennes est encore discutable, car le résultat négatif de la recherche des micro-organismes dans le liquide céphalo-rachidien ne prouve pas forcément l'absence de micro-organismes. Ceux-ci peuvent avoir disparu de ce liquide alors que leur existence peut être démontrée par les inoculations (Ch. Levi) ou, à l'autopsie, sur la coupe des circonvolutions cérébrale (Pfuhl et Walter).

Quoi qu'il en soit, les méningites séreuses surviennent habituellement au cours des maladies infectieuses : grippe (Pfuhl et Walter), fièvre typhoïde (Tictine et Boden), pneumonie surtout (Aehard et Laubry), parfois même au cours d'une otite (Lecène et Bourgeois); dans ce dernier cas on est conduit à incriminer, à tort, un abcès intracrânien ou une méningite suppurée; cependant, après trépanation, on ne trouve pas d'abcès et, si l'on ouvre le ventricule latéral, il s'écoule du liquide céphalo-rachidien clair, sous pression.

Ces méningites ont un pronostic moins grave que celui des méningites suppurées; elles se terminent assez fréquemment par la guérison, même celles qui sont d'origine auriculaire. Ces dernières peuvent guérir après une intervention (drainage permanent; Muller).

Les symptômes des méningites séreuses n'ont rien de caractéristique; ils se confondent parfois en partie avec ceux de l'infection d'où elles procèdent; dans d'autres cas

les symptômes sont très accentués, et peuvent faire croire à l'existence d'une méningite suppurée (à cet égard la ponction lombaire est un élément de diagnostic de premier ordre). Ils peuvent au contraire être atténués au point que la méningite constitue une trouvaille d'autopsie.

La fièvre est très irrégulière, très variable dans son intensité; elle fait parfois complètement défaut.

Le délire est moins violent et moins persistant que dans la méningite suppurée; les paralysies sont plus rares et moins accentuées.

Par contre, le signe de Kernig fait rarement défaut et les troubles oculaires ont une grande valeur pour le diagnostic. Quincke considère l'hyperémie papillaire comme un des symptômes les plus constants des méningites séreuses.

La guérison n'est pas rare, mais elle n'est pas toujours complète; l'hydrocéphalie chronique, la sclérose cérébrale peuvent être la conséquence d'une méningite séreuse.

Le traitement des méningites séreuses ne diffère pas de celui qui a été indiqué pour la méningite cérébro-spinale épidémique.

Les *bains chauds* en constituent l'élément principal; la *ponction lombaire* peut être indiquée et amène souvent une amélioration, tout au moins passagère.

Il va sans dire que l'on devra traiter également l'affection causale et que, dans le cas de toxi-infection intestinale par exemple, la diète hydrique, les lavages de l'intestin contribueront puissamment à la guérison des accidents méningés. en supprimant la toxi-infection originelle.

D. — Méningites syphilitiques.

Nous classons provisoirement à part les méningites aiguës syphilitiques, bien qu'aucun caractère précis ne les différencie cliniquement des méningites tuberculeuses ou séreuses. Dans la plupart des cas qui ont été relatés récemment l'épreuve seule du traitement a confirmé rétrospectivement un diagnostic porté hypothétiquement.

Sans doute la notion de l'infection syphilitique antérieure peut avoir une importance capitale pour la détermination de la cause, mais cette notion échappe souvent.

La méningite aiguë syphilitique présente des symptômes et une évolution sensiblement analogues à ceux de la méningite tuberculeuse. Après une période prodromique, de durée variable, caractérisée surtout par une céphalée intense, à exacerbation nocturne, par des vomissements, éclatent les symptômes classiques de la méningite confirmée : constipation, ralentissement du pouls, torpeur, délire, photophobie, inégalité pupillaire, raideur de la nuque, signe de Kernig, etc.

La température peut être élevée : 39 à 40 degrés (cas de Brissaud et Brécy) ou être normale ou même au-dessous de la normale (cas de Vidal et Le Sourd). En somme, rien de caractéristique dans les symptômes; seule, la céphalée intense, avec ses exacerbations nocturnes, est de nature à attirer l'attention sur l'origine syphilitique. Les résultats de la ponction lombaire sont assez significatifs : le liquide céphalo-rachidien s'est toujours montré transparent, mais très riche en lymphocytes; l'examen microscopique et les ensemcements n'ont jamais décelé de microbes; enfin les inoculations aux cobayes, dans le péritoine, n'ont pas donné lieu à la production de tuberculose. En somme, si la lymphocytose est commune à la méningite syphilitique et à la méningite tuberculeuse, l'absence de microbes et surtout les résultats négatifs des ensemcements permettent de se prononcer en faveur de la première. Dans un cas de méningite syphilitique confirmée à l'autopsie, Vidal a constaté également la lymphocytose. Les