

**Caractères anatomiques.** — Dans un premier degré, le tissu du ganglion est gonflé, rougeâtre, rouge-brun, humide et friable; il peut finir par se ramollir et par offrir une diffluence semblable à celle que la rate présente dans les fièvres typhoïdes. A une époque encore plus avancée, on trouve du pus disséminé, infiltré, puis réuni en un ou plusieurs foyers. On a prétendu que, dans l'adénite, l'inflammation occupait le tissu cellulaire interstitiel; on invoque en faveur de cette opinion la possibilité qu'il y aurait de faire passer du mercure des lymphatiques afférents dans les vaisseaux efférents, en traversant les ganglions enflammés; cependant ce fait n'est pas encore suffisamment établi, et, le fût-il d'ailleurs, il ne serait pas encore tout à fait concluant.

**Symptômes.** — Lorsqu'un ganglion s'enflamme, il augmente de volume; il durcit et devient le siège de douleurs continues, lancinantes; il finit par former une tumeur phlegmoneuse, saillante; la peau participe bientôt à la phlegmasie. Celle-ci peut se terminer par résolution ou être suivie de suppuration, d'induration, très-rarement de gangrène. Cette maladie, lorsqu'elle est simple, a presque toujours une heureuse issue; il est inutile de dire que je ne parle ici que de l'adénite externe et de celle qui ne se lie à aucun état général grave.

**Étiologie.** — L'inflammation des ganglions lymphatiques est presque toujours symptomatique d'une inflammation qui siège sur un point plus ou moins éloigné. Ainsi les ganglions sous-maxillaires et ceux des parties latérales du cou s'enflamment dans les maladies du cuir chevelu, dans l'érysipèle et les ulcères de la face, dans les cas de stomatite, de dentition difficile, d'angine simple, et surtout d'angine couenneuse. L'inflammation des ganglions axillaires reconnaît ordinairement pour cause une excoriation, une piqûre aux doigts, une plaie, une cause d'irritation sur les parois de la poitrine. Enfin, la phlegmasie des ganglions du pli de l'aîne est ordinairement consécutive à une maladie des organes génitaux externes ou à quelque inflammation placée sur le membre inférieur, comme une solution de continuité, une pression excessive du pied par une chaussure trop étroite, etc. Les ganglions placés dans les cavités splanchniques ne s'enflamment guère aussi que d'une manière consécutive: tels sont les ganglions bronchiques, si souvent altérés dans la pneumonie; tels sont surtout les ganglions mésentériques, qui passent par tous les degrés de l'inflammation aiguë dans les cas de fièvre typhoïde, et fréquemment aussi dans la dysenterie. Cependant il est incontestable que quelquefois l'inflammation des ganglions a lieu primitivement et sans qu'on puisse saisir aucun changement appréciable dans les parties voisines: c'est ce que nous avons vu dans la peste. Une pression forte, des frottements continuels exercés sur une région pourvue de ganglions peuvent parfois enflammer ceux-ci. Ainsi, au rapport de M. Follet (*Gazette médicale* de 1844), les jeunes soldats étaient jadis atteints fréquemment d'engorgements sous-maxillaires, ce qu'on attribuait au frottement exercé par un col trop dur. Cette cause est réelle; mais elle n'est pas pourtant la seule qui agit dans la production de cette affection, qui est très-commune dans l'armée; on ne saurait notamment méconnaître l'influence du froid. Je renvoie d'ailleurs à l'excellent mémoire publié sur ce sujet par M. Larrey dans le XVI<sup>e</sup> volume des *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*.

**Traitement.** — L'adénite aiguë réclame à peu près le même traitement que le phlegmon, c'est-à-dire les émissions sanguines locales, les bains, les cataplasmes. Si la suppuration se déclare, il faut ouvrir l'abcès dès que la présence du pus est certaine. Les vésicatoires, que quelques personnes emploient pour favoriser la résolution de l'engorgement ou la résorption du pus, m'ont paru n'avoir aucun avantage. Si l'induration persiste à l'état chronique, on devra

employer les douches salines, sulfureuses, les fondants, les résolutifs en topiques et en frictions (pommades iodurées, mercurielles, etc.). Enfin si la maladie résiste, on n'a plus d'autres ressources que l'extirpation.

## INFLAMMATION DE L'APPAREIL DE L'INNERVATION.

### DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRALE

Le mot *méningite* est une expression collective servant à désigner l'inflammation simultanée de l'arachnoïde et de la pie-mère, tandis que les mots *arachnitis* ou *arachnoïdite* et celui de *pie-mérite* emportent l'idée d'une inflammation bornée à l'arachnoïde et à la pie-mère, ce qui d'ailleurs est extrêmement rare. Il n'est pas douteux pour nous que la dure-mère ne soit susceptible de s'enflammer d'une manière primitive. Si les faits rapportés par Abercrombie offrent quelques doutes, il n'en est pas de même des deux qui sont consignés dans le travail de M. le docteur Albers, de Bonn (1); mais, comme ils se rapportent à la dure-mère spinale, nous nous proposons d'y revenir un peu plus loin. Si l'inflammation primitive de la dure-mère est encore un fait douteux pour beaucoup d'auteurs, la plupart cependant conviennent que cette membrane est susceptible d'inflammation, consécutivement à une altération des os et du crâne. Disons pourtant que, jusqu'à présent, on n'a pu saisir aucun symptôme capable de révéler sûrement une pareille altération.

**Historique. Divisions.** — Sous le nom de *phrenitis*, les anciens auteurs ont confondu l'inflammation des méninges, celle du cerveau et beaucoup de délires purement sympathiques; mais aujourd'hui ces affections, distinctes sur le cadavre, le sont aussi presque toujours sur le vivant. Dans le courant du siècle dernier, et même jusque dans ces derniers temps, quelques auteurs, trop préoccupés de l'épanchement séreux qu'on observe assez souvent dans la méningite, considérèrent cette altération comme le caractère fondamental d'une maladie spéciale qu'on nommait *hydrocéphale aiguë*. Mais il est aujourd'hui incontestable qu'il faut rapporter à la méningite ou à la méningo-encéphalite presque toutes les observations d'hydropisie aiguë du cerveau qui ont été publiées. Enfin les recherches des modernes ont encore démontré que, sous le point de vue tant anatomique que pathologique, il fallait distinguer deux espèces de méningites, qu'on a confondues jusque dans ces derniers temps: dans l'une, on constate seulement les caractères propres aux inflammations du tissu séreux; dans l'autre, il y a production dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de granulations particulières qui sont de nature tuberculeuse. C'est là, à proprement parler, le seul caractère anatomique de la maladie; la phlegmasie des méninges n'est alors qu'un accident qui peut manquer et manque en effet assez souvent. (Voyez dans le tome II l'histoire de l'infiltration tuberculeuse des méninges.)

Il ne sera question, dans cette partie de l'ouvrage, que de la méningite simple, que nous étudierons à l'état aigu et à l'état chronique. La méningite, telle que nous la comprenons dans cet article, a été l'objet de quelques travaux importants: nous citerons entre autres ceux de MM. Andral (2), Guersant (3), Abercrombie (4), ainsi que la monographie publiée en 1821 par Parent-Duchâte-

(1) *Gazette médicale de Paris*, année 1833.

(2) *Clinique médicale*, t. V.

(3) *Dictionnaire de médecine*, art. MÉNINGITE.

(4) *Des maladies de l'encéphale*, traduit de l'anglais par Gendria, Paris, 1835.



let et Martinet, mais dans laquelle on a confondu sous le nom de méningites des affections aujourd'hui très-distinctes.

#### De la méningite aiguë.

**Caractères anatomiques.** — L'injection simple de la pie-mère, coïncidant avec un état poisseux de l'arachnoïde, a été considérée par quelques auteurs comme devant se rapporter à la première période de la méningite. Toutefois ces lésions ne nous semblent pas suffisantes pour caractériser une phlegmasie des méninges; mais il suffit que celle-ci persiste pendant quelques heures seulement pour voir survenir d'autres altérations de nutrition et de sécrétion, qui ne laissent aucun doute sur le caractère de la maladie.

L'injection vive qu'on aperçoit à la surface du cerveau siège exclusivement dans la pie-mère, ou dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; elle ne pénètre probablement jamais l'arachnoïde, qui est toujours incolore et transparente. C'est en raison de cette circonstance que quelques médecins ont soutenu, bien à tort, que dans la méningite l'arachnoïde était toujours intacte. Il arrive, en effet, fréquemment que, sans être injecté, le tissu de cette membrane est devenu opaque, friable, cassant; sa surface peut être inégale et dépolie; enfin il n'est pas rare de trouver dans sa cavité même une sérosité lactescente, du pus ou des fausses membranes. Cependant presque toujours les produits de l'inflammation existent à peu près exclusivement dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. On y trouve ou une sérosité opaque, d'aspect purulent, ou bien une couche de pseudo-membranes répandues uniformément ou par plaques irrégulières tantôt sur les circonvolutions seulement, le plus souvent jusqu'au fond des anfractuosités. La pie-mère, qui paraît être, dans ce dernier cas, le siège presque exclusif de la maladie, est alors d'un rouge vif; son tissu est humide, friable; elle se sépare assez facilement du cerveau; mais lorsque la phlegmasie s'est propagée à la surface des circonvolutions, on ne peut l'en détacher qu'en entraînant en même temps avec elle un peu de substance cérébrale devenue rouge, plus molle ou bien plus consistante que de coutume, mais très-friable aussi. Cette altération du cerveau existe communément sur une assez grande étendue; elle caractérise la forme d'encéphalite qu'on a nommée *diffuse*, et qui, en raison de sa coïncidence avec l'inflammation des méninges, est plus souvent désignée sous les noms de *céphalo-méningite* et de *méningo-encéphalite*.

La méningite est rarement générale; elle est plus souvent bornée à la convexité des hémisphères; quelquefois elle n'occupe que la base; elle peut même être circonscrite à un des lobes du cerveau, du cervelet, à la protubérance ou à la moelle allongée; enfin l'inflammation peut gagner l'intérieur des ventricules, surtout des ventricules latéraux: ces cavités sont alors plus ou moins distendues, leurs parois sont ramollies, et elles contiennent un liquide floconneux ou séro-purulent. La méningite de la convexité est plus commune chez les adultes, tandis que chez les enfants l'inflammation paraît envahir plus fréquemment les méninges qui tapissent la base du cerveau.

**Symptômes. Marche.** — La méningite peut avoir un début brusque ou bien être précédée de quelques prodromes, dont les plus fréquents sont un malaise général, de la pesanteur de tête, quelques vertiges, de la torpeur intellectuelle et des épistaxis. Cependant, après une durée qui varie entre quelques heures et plusieurs jours, la maladie débute. On peut, eu égard aux symptômes qui

surviennent, diviser le cours de l'affection en deux périodes, qui sont la période d'*excitation* et celle de *collapsus*.

**Première période.** — Dans les cinq sixièmes des cas au moins, le début de la méningite est marqué par une céphalalgie qui presque toujours est très-vive: elle est accompagnée d'agitation, d'insomnie, de fièvre intense, et souvent aussi de constipation et de vomissements: ceux-ci sont parfois assez opiniâtres. Mais la céphalalgie forme surtout alors le caractère prédominant; elle est ordinairement lancinante, elle arrache des cris au patient; parfois elle est plutôt sourde, obtuse et compressive. Elle augmente presque toujours par les mouvements et par les secousses du corps, et souvent aussi par l'impression d'une lumière trop vive ou de sons trop aigus. Rarement générale, elle n'occupe le plus souvent qu'une partie circonscrite de la surface du crâne, spécialement le front, plus rarement les tempes, le sinciput et l'occiput, ou seulement une moitié du front. D'ailleurs, on peut rarement juger par la place que la douleur occupe du siège et de l'étendue de l'altération des méninges. La céphalalgie est à peu près la seule lésion de sensibilité qui existe dans la méningite intra-crânienne. Ce n'est, en effet, que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'on constate simultanément quelques douleurs dans d'autres parties du corps. Cependant à la céphalalgie se joignent bientôt de l'agitation et du délire; celui-ci est souvent calme: il ne consiste alors que dans un marmotement continu de mots inintelligibles. Beaucoup de ces malades, interrogés et distraits de leurs idées, répondent assez exactement; mais, chez un grand nombre d'autres, il y a dès le début un délire furieux qui force à les fixer dans leur lit à l'aide de la camisole. Quelle que soit d'ailleurs sa forme, le délire est en général continu; cependant il n'est pas très-rare de le voir cesser momentanément et être remplacé par des intervalles plus ou moins lucides. C'est encore à cette époque qu'on constate les troubles dans les divers organes locomoteurs, tels que des soubresauts des tendons, un tremblement des membres ou de véritables mouvements convulsifs, comme ceux qui caractérisent le tétanos ou l'épilepsie. Les convulsions, plus communes chez les enfants que chez les adultes, sont ordinairement partielles; les parties qui en sont le plus souvent le siège sont, dans leur ordre de fréquence, les masséters, les muscles de la partie postérieure du cou, et ceux des extrémités supérieures. Enfin, dans un dixième des cas, on constate du strabisme; celui-ci est tantôt permanent, tantôt il est passager. Cette déviation de l'axe visuel explique souvent les troubles de la vue, notamment la diplopie qu'on observe chez quelques-uns des malades. Les mouvements convulsifs alternent ordinairement avec un peu d'assoupissement ou avec un état comateux, quelquefois avec des paralysies partielles; mais ces accidents, qui d'ailleurs peuvent être observés dès le début, marquent ordinairement le passage de la première période de la maladie à la seconde; ils coïncident le plus souvent avec la diminution ou avec la cessation de la céphalalgie. Après une durée qui est ordinairement de trois à quatre jours, et qui peut varier depuis moins d'un jour jusqu'à un septénaire, la maladie arrive à sa seconde période ou période de collapsus.

**Deuxième période.** — A cette époque l'état d'exaltation cesse; le délire est remplacé par un assoupissement dont on peut d'abord retirer les malades, mais qui devient ensuite permanent. Aux mouvements convulsifs succède une résolution des membres, tantôt égale des deux côtés, tantôt plus marquée dans une moitié du corps; quelquefois la paralysie est partielle: elle est circonscrite à la face, à un membre ou seulement à quelques muscles, à l'élevateur de la paupière supérieure, par exemple; celle-ci est alors en état de prolapsus. Ces



paralysies sont tantôt permanentes, tantôt elles sont passagères : elles cessent et reviennent irrégulièrement, et elles alternent quelquefois avec de la contracture et avec des mouvements convulsifs. Enfin, il n'est pas rare de voir, dans un point du corps assez limité, comme la face, quelques muscles, tels que ceux des paupières, être paralysés, tandis que tous les autres sont agités par des secousses convulsives. Chez les malades dont nous parlons, les évacuations alvines sont involontaires, et l'on observe souvent une rétention d'urine. Enfin, la sensibilité est obtuse ou même complètement abolie : le malade, insensible à tout ce qui l'entoure, ne paraît plus entendre ni voir. Quoique, dans un grand nombre de ces cas, les pupilles soient contractiles et régulières, cependant on les trouve communément très-dilatées; fréquemment elles sont inégales entre elles et irrégulières. La figure, presque constamment pâle, exprime la stupeur, et l'on n'observe guère ces alternatives de rougeur et de pâleur que nous verrons être si communes dans l'infiltration tuberculeuse des méninges. Au milieu de ces graves symptômes, le pouls acquiert souvent une grande fréquence et devient irrégulier, intermittent; cependant il arrive parfois que sa fréquence n'est pas plus grande qu'à l'état normal; il peut même se faire que le pouls batte avec plus de lenteur que de coutume : ce qui, d'après les faits analysés par M. Andral, serait même le cas le plus commun. La chaleur du corps a souvent alors beaucoup diminué; à cette même époque, la respiration s'accélère et devient entrecoupée; enfin, la mort arrive tantôt lentement, quelquefois brusquement au milieu d'un accès convulsif. La durée de cette période varie entre un et cinq jours : il est rare qu'elle se prolonge davantage. En somme, la maladie offre une durée moyenne de un à deux septénaires, très-rarement elle dépasse le troisième; il est également fort rare qu'elle se termine en trois ou quatre jours.

D'après ce qui précède, on voit que la méningite a une marche continue, mais sujette pourtant à des irrégularités, à des aggravations qui cependant sont moins fréquentes ici que dans la méningite tuberculeuse, et simulent moins que dans celle-ci l'intermittence ou la rémittence. Il est des symptômes de la méningite, comme certains troubles cérébraux par exemple, qui s'amendent parfois d'une manière soudaine, et cela au moment même où tout semble indiquer une agonie prochaine : tels sont le délire et le coma, qui peuvent diminuer suffisamment quelque temps avant la mort, pour qu'on obtienne parfois de la part des malades des réponses assez lucides.

**Variétés.** — Je viens de décrire les symptômes les plus ordinaires de la méningite et sa marche la plus habituelle; la maladie pourtant ne se traduit pas toujours par les mêmes phénomènes, et ceux-ci d'ailleurs ne se reproduisent pas constamment dans l'ordre de succession que nous avons indiqué. Ainsi la céphalalgie, le délire et les vomissements peuvent manquer; la méningite peut débiter alors brusquement par des mouvements convulsifs épileptiformes qui se reproduisent à des intervalles très-rapprochés; ou bien, la période d'excitation faisant même défaut tout à fait, la maladie débute spontanément par la paralysie ou par un état comateux : c'est ce qu'on observe le plus communément dans la méningite qui se déclare dans le cours du rhumatisme articulaire. Disons, toutefois, que les faits de ce genre sont rares. Il n'est pas bien prouvé d'ailleurs que, dans tous les cas, la période d'excitation ait complètement manqué; car il arrive quelquefois que celle-ci n'est caractérisée que par quelques phénomènes très-fugaces, qui peuvent échapper à une observation superficielle. Il est, par contre, des individus qui ne dépassent pas la première période, soit que la maladie se termine par résolution, soit, ce qui est plus

commun, qu'elle ait une issue fâcheuse avant que les accidents de collapsus puissent se déclarer. Dans ce dernier cas, les malades meurent emportés communément par la violence du délire ou par des accidents convulsifs; la vie semble s'éteindre alors chez eux par suite de la superstimulation du cerveau.

Ces différentes modifications que la maladie présente sont le plus souvent indépendantes de l'âge des malades et du siège de l'affection; cependant il est incontestable que le délire manque plus rarement dans la méningite de la convexité des hémisphères que dans celle de la base, tandis que le coma survient plus fréquemment, du moins comme symptôme primitif, dans la seconde que dans la première, ou bien encore lorsqu'un épanchement se forme dans les ventricules.

D'après une note que Prus a communiquée aux auteurs du *Compendium de médecine*, la méningite chez les vieillards se présenterait rarement avec l'appareil symptomatique qu'on observe chez l'enfant et chez l'adulte. Ainsi, le matin, ce qui frappe chez le vieillard, c'est la stupeur, une intelligence saine, mais lente, une langue sèche, une fièvre modérée et une céphalalgie générale; la chaleur du corps est presque naturelle, excepté au front où elle est vive. Le soir, elle s'élève; les yeux s'injectent; il y a un délire presque toujours tranquille, ne se trahissant que par l'incohérence des réponses que font les malades; parfois même ils répondent juste, mais ils se livrent à des actions peu raisonnables : ainsi ils se lèvent sans cause, vont se coucher dans le lit d'un voisin, etc. Si la maladie n'est pas enrayée, les individus tombent dans la somnolence ou dans le coma, et ils meurent après un espace de temps qui varie entre cinq et vingt jours.

Ces anomalies dans les symptômes et dans la marche se remarquent souvent aussi dans les méningites secondaires, c'est-à-dire dans celles qui surviennent dans le cours des maladies aiguës ou chroniques. On pourrait presque dire que l'affection est alors parfois latente. En effet, la céphalalgie est généralement obtuse et passe souvent inaperçue; les vomissements manquent souvent, et l'on n'est averti de la complication cérébrale que par l'agitation des malades, par un délire parfois léger, incomplet, auquel succède un état comateux, au milieu duquel la vie s'éteint.

**Guérison.** — Nul doute pour nous que la méningite ne puisse se terminer par la guérison; mais la chose pourtant nous paraît être tout à fait exceptionnelle. C'est ce que prouve la rareté excessive des adhérences de l'arachnoïde et de la pie-mère chez les individus qui succombent à des maladies étrangères au cerveau. Si, en effet, la méningite avait, aussi fréquemment que quelques-uns le prétendent, une heureuse issue, on trouverait quelquefois dans la boîte crânienne des pseudo-membranes, des adhérences analogues à celles que nous rencontrons tous les jours dans les séreuses, et qui sont le vestige incontestable d'une phlegmasie plus ou moins ancienne; or rien n'est plus rare. Il faut donc admettre que, lorsque la méningite guérit, ce ne doit être que dans les cas où elle est très-circonscrite et lorsqu'elle n'a pas franchi la première période.

Dans les cas de terminaison heureuse, quelques malades se rétablissent promptement et complètement; chez d'autres, par contre, le travail de résolution se fait lentement : aussi les facultés intellectuelles restent pendant longtemps obtuses ou perverses, il y a des malades qui conservent pendant un temps plus ou moins long la perte d'un sens, ou bien ils ont des paralysies bornées à un ou plusieurs muscles, etc. Presque jamais on ne voit la méningite passer à l'état chronique.



**Diagnostic.** — La méningite simple offre de nouveaux points de contact avec l'infiltration tuberculeuse des méninges. Nous verrons plus tard, en parlant de cette dernière, qu'il est possible le plus souvent de les distinguer pendant la vie : cette connaissance importe d'ailleurs beaucoup pour le pronostic. En ayant égard aux symptômes d'excitation de la première période, à la violence de la céphalalgie et à l'appareil fébrile, il sera toujours facile de différencier la méningite des congestions et des hémorragies cérébrales qui sont essentiellement caractérisées par des phénomènes de compression cérébrale survenant primitivement et d'emblée. Dans la congestion surtout, les accidents surviennent tout à coup, arrivent presque aussitôt à leur summum d'intensité et disparaissent rapidement. Cette marche particulière, le début différent, l'état apyrétique enfin, ne permettront pas de confondre une congestion cérébrale simple avec une méningite. C'est encore à l'aide de ces mêmes caractères qu'on établira le diagnostic différentiel de la méningite d'avec l'épilepsie et le tétanos : c'est ce que nous indiquerons d'ailleurs avec plus de détails en traitant de ces maladies. Je renvoie également aux articles *Convulsions*, *Ramollissement du cerveau*, *Encéphalite*, *Manie*, *Délire aigu* et *Delirium tremens*, pour connaître les caractères qui distinguent ces affections de la méningite.

Il ne faut jamais oublier que les signes prédominants de la méningite, tels que la céphalalgie, le délire, le coma, les convulsions, sont plus fréquemment des troubles sympathiques qu'ils ne se rattachent à une lésion des centres nerveux; on devra donc, toutes les fois que ces accidents se développent, s'assurer, par l'étude des commémoratifs et par l'exploration attentive de tous les organes et de toutes les fonctions, qu'il n'existe nulle part de lésions capables d'expliquer les troubles cérébraux qu'on observe. Les fièvres éruptives, le travail de la dentition chez les enfants, la pneumonie chez les adultes, les fièvres puerpérales, la phlébite et les maladies par infection, sont les affections qui excitent surtout le délire et la plupart des accidents qui marquent la première période de la méningite. Nous avons vu également que la fièvre typhoïde, dans sa forme ataxique, pouvait simuler une phlegmasie des méninges, en raison du délire, puis du coma, de la contracture et des soubresauts, qu'on observe si communément dans son cours. Cependant l'existence de la diarrhée, du météorisme, du gargouillement de la fosse iliaque, le développement de la rate, le râle sibilant, l'éruption des taches lenticulaires et les sudamina permettront toujours de rapporter à leur cause réelle les troubles cérébraux qu'on observe. En supposant même que la plupart des symptômes qui précèdent manquent, on pourra encore, d'après la marche des accidents, reconnaître le véritable caractère de la maladie. Dans la fièvre typhoïde, en effet, les symptômes cérébraux (la céphalalgie exceptée) ne se montrent jamais dès le début; ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'ils apparaissent : le contraire a lieu dans la méningite. Il faudrait encore dans le doute rechercher si la proportion de fibrine est augmentée, ou si elle ne dépasse pas les limites de l'état physiologique. On ne pourrait guère confondre avec une méningite cérébrale les fièvres pernicieuses à formes délirante, convulsive, apoplectique, à cause des intermittences complètes, ou tout au moins des rémittences que ces dernières présentent non-seulement dans les symptômes cérébraux, mais encore dans la fièvre. Dans la méningite, par contre, il y a une marche continue, du moins dans les symptômes fondamentaux; et s'il y a de la rémittence quelquefois, ce n'est que dans quelques-uns des accidents, spécialement dans le coma et les convulsions; tandis que l'appareil fébrile persiste presque toujours au

même degré. Quelle que soit la maladie avec laquelle on compare la méningite, M. Roger croit qu'on peut trouver dans la température du corps un élément précieux de diagnostic. Dans la méningite, en effet, il y a une inconstance très-grande dans les résultats thermométriques. Ainsi la température offre tantôt une élévation excessive, comme 42°,50, et tantôt, vers le milieu de la maladie, elle descend à 35 degrés. Ce contraste ne se rencontrerait que dans la phlegmasie des enveloppes cérébrales; on ne le constaterait ni dans les pyrexies ni dans aucune autre inflammation; de sorte que, lorsqu'on le trouve chez un malade qui offre des troubles cérébraux, on devrait presque à coup sûr diagnostiquer une phlegmasie méningée, soit simple, soit granulée. C'est là une opinion qui mérite d'être vérifiée par des observations nouvelles.

S'agit-il d'un vieillard qui présente des signes de délire, soit en paroles, soit en actions, avec une langue sèche et brune, avec une chaleur vive de la tête, sans qu'aucune lésion des organes thoraciques et abdominaux explique cet état, il faudra surveiller le malade et se préoccuper de l'existence possible d'une méningite.

La méningite une fois reconnue, on peut aussi déterminer quelquefois son siège : c'est ainsi que la roideur des muscles de la partie postérieure du cou, occasionnant le renversement de la tête en arrière; le rapprochement violent des mâchoires (*trismus*) par suite de la contraction spasmodique des masséters; le resserrement du pharynx produisant la dysphagie, indiquent que la phlegmasie a probablement envahi les méninges qui recouvrent la partie inférieure des hémisphères cérébraux et la base du cervelet. On a dit aussi, mais avec moins de raison, que le strabisme avait la même valeur. On ne peut non plus rien conclure sur le siège de la méningite, d'après l'existence ou la prédominance du délire, du coma ou des convulsions. On a prétendu, il est vrai, que le premier caractérisait surtout la méningite de la convexité des hémisphères, et le second la méningite de la base; mais des faits nombreux ont démontré que ces deux symptômes se montraient à peu près également, quel que fût le siège de la maladie. Seulement il paraît démontré que le délire est un symptôme prédominant dès le début de la méningite de la convexité, tandis que le coma, qui n'arrive guère qu'à la seconde période de celle-ci, se manifeste plus souvent d'emblée dans la méningite de la base. Quant aux convulsions, aux contractures, à la rigidité, il semble prouvé que ces accidents sont plus communs lorsque la méningite est générale que lorsqu'elle est limitée. Le coma n'est pas un signe certain d'épanchement, puisque nous avons vu qu'il pouvait survenir dès le début et résulter quelquefois d'une sorte de collapsus dans lequel le cerveau tombe après avoir été surexcité. L'hémiplégie qui survient dans le cours d'une méningite indique souvent que la phlegmasie n'occupe qu'un des hémisphères, ou que, si celle-ci est générale, la maladie prédomine probablement dans le côté opposé à la paralysie. Cependant il y a à ce sujet de trop nombreuses exceptions pour oser jamais affirmer dans un cas donné que les choses existent ainsi; car nous avons eu de fréquentes occasions de nous convaincre que des hémiplégies plus ou moins complètes pouvaient exister, quoiqu'à l'autopsie on trouvât l'injection des méninges et l'épanchement du tissu sous-arachnoïdien aussi marqués d'un côté que de l'autre. Enfin, le trouble des organes des sens, spécialement celui des yeux, comme le strabisme, la contraction ou la dilatation des pupilles, leur inégalité, en un mot, les diverses altérations de la vision, non-seulement n'appartiennent pas en propre à la méningite, mais ils ne sauraient ni caractériser une de ses périodes, ni indiquer le siège spécial de la phlegmasie. En résumé, nous voyons qu'aucun