

l'atteinte des méninges spinaux, se localise de préférence à la région lombaire; mais elle peut s'étendre à tout le rachis.

Les moindres mouvements imprimés aux malades, parfois même la simple pression des apophyses épineuses, l'exaspèrent au point de déterminer parfois des convulsions.

Les troubles trophiques sont caractérisés par des éruptions très variables, le plus souvent d'apparence herpétique. Ils ne sont pas constants, mais quand ils apparaissent au milieu d'un état méningé bien caractérisé, ils présentent toujours une valeur diagnostique réelle. Ils sont presque particuliers à la méningite cérébro-spinale et dans certains cas, ils suivent manifestement une distribution nerveuse.

La méningite produit des troubles trophiques beaucoup plus profonds encore. Fait curieux, cette infection n'affecte pas la nutrition générale à la manière des maladies infectieuses ordinaires. C'est ce que l'urine nous fait souvent bien constater.

Alors que dans les maladies fébriles on constate une diminution de la quantité des urines et du taux des sels urinaires normaux, dans la méningite cérébro-spinale, on observe exactement le contraire.

La polyurie domine le syndrome urinaire et l'on voit des malades passer jusqu'à 3 et 4 litres d'urine par 24 heures, avec une température de 104 F. A cette augmentation du volume des urines qui traduit déjà une suractivité fonctionnelle du rein, se joint une exagération notable des divers produits de l'élimination urinaire.

Ce syndrome est parfois tellement accentué qu'on lui a donné le nom de diabète méningitique.

Sa fréquence lui donne une importance clinique considérable.

Si l'on recherche la cause de ce symptôme: dans certains cas, l'on peut incriminer des lésions directes du bulbe; dans d'autres, un retentissement sur le bulbe, d'irritations dont le point de départ est dans les nerfs périphériques ou dans la moelle.

Les troubles sensitifs n'ont pas une grande valeur diagnostique: on les rencontre souvent dans la plupart des autres méningites: ils se manifestent par une extrême sensibilité, une hyperesthésie au froid et à la chaleur.

Bien autre est la valeur des troubles moteurs: ce qui prime tout dans la méningite cérébro spinale, ce sont les raideurs.

Cette tendance aux contractures est un symptôme capital et que présentent pour ainsi dire, tous les malades. Cette hypertonie prédomine en général au niveau des muscles du plan dorsal — extenseurs de la nuque et du tronc, extenseurs des membres supérieurs, fléchisseurs des membres inférieurs.

Parfois la contracture de la nuque est appréciable à la simple inspection du malade qui se présente avec la tête complètement renversée en arrière, dans l'attitude de l'opisthotonos. Cette attitude persiste parfois pendant toute la durée de la maladie.

Sans aller toujours jusqu'à ce degré extrême, cette raideur se constate aisément, dès qu'on essaie de mobiliser la tête.

Au niveau des membres inférieurs la contracture se démontre par le signe de Kernig.

Quand le malade est complètement étendu sur le dos, on peut lui mouvoir les membres inférieurs sans difficulté, mais si on le fait asseoir sur son lit, on constate que les cuisses se fléchissent à demi, sur le bassin, tandis que les jambes se fléchissent sur les cuisses et qu'une pression même énergique sur les genoux provoque de la douleur, mais ne peut pas vaincre la contracture des membres inférieurs de manière à ramener le creux poplité au contact du lit.

Ce signe traduit toujours la participation des méninges spinaux à la maladie. Sa seule constatation doit immédiatement faire penser à une lésion méningée mé-dullaire et elle légitime en temps l'épidémie surtout, une ponction lombaire qui seule pourra nous dire s'il s'agit bien d'une méningite cérébro-spinale.

Ces symptômes ont certainement une bien grande importance; lorsqu'ils sont réunis on peut généralement sans crainte de se tromper, affirmer que l'on est en présence d'un cas de méningite cérébro-spinale. Toutefois le diagnostic peut encore être erroné et l'on est dans une incertitude relative: l'on n'acquiert la certitude rigoureusement scientifique que par la ponction lombaire et l'analyse du liquide céphalo-rachidien.

Ici se pose une question de pratique: Quelle est la gravité de la ponction lombaire? Dans quel cas le praticien peut-il la faire?

Il semble être reconnu que la ponction lombaire, lorsqu'elle est bien faite, est inoffensive; et elle est admise toutes les fois que l'on peut raisonnablement soupçonner une lésion méningée.

Positifs ou négatifs, les résultats qu'elle donne sont presque toujours probants.

Voici ce que nous apprend la ponction lombaire.

Chez un sujet normal, le liquide s'écoule goutte à goutte; il est absolument clair, limpide, incolore, et ne contient pas même de traces d'albumine. Sa quantité normale ne dépasse jamais 50 c.c. Quand on le centrifuge on y trouve des éléments figurés en grand nombre: ce sont surtout des leucocytes polynucléaires.

Dans les méningites, la quantité du liquide que l'on retire est toujours supérieure à la normale: elle atteint parfois plus de 100 c.c.

La pression est toujours beaucoup plus forte; souvent, au moins dans les premiers instants, le liquide jaillit hors du trocart. Si dans quelques cas la ponction reste blanche, et si dans d'autres cas, il ne s'écoule que quelques gouttes de liquide, cela dépend généralement d'adhérences qui forment des cavités cloisonnées.

L'examen clinique montre que le liquide contient une proportion d'albumine qui peut aller jusqu'à 15 grammes