de la gêne respiratoire. Il peut y avoir du trismus, mais c'est un signe assez rare et généralement passager.

Quand on cherche à asseoir le malade, après s'être rendu compte que dans la position couchée on peut étendre ses membres sans difficulté, on s'aperçoit qu'on ne peut plus vaincre la raideur musculaire : c'est le signe de Kernig (de Saint-Petersbourg); c'est à la fois un symptôme précoce et un signe persistant pendant la convalescence, dont la recherche peut permettre, par conséquent, de faire le diagnostic rétrospectif de la méningite.

Très souvent on constate en pressant les masses musculaires des membres, de l'abdomen et du thorax, de l'hyperesthésie profonde qui est très certainement due à des foyers de myosite infectieuse.

Très souvent aussi on observe des parésies à formes hémi ou mono-plégique, des paralysies passagères alternant avec des phénomènes de contracture, du délire alternant avec de la somnolence. Le délire, assez fréquent chez l'adulte, est très rare chez les enfants. La courbe thermique est généralement élevée, mais offre une grande irrégularité d'après les observations prises surtout chez l'adulte. La température monte, par exemple, à 39° (102°2) puis surviennent un ou deux jours d'apyrexie, puis une nouvelle ascension se produit. Le pouls est également variable, tantôt très fréquent, tantôt de fréquence moyenne. Il peut être ralenti chez les enfants, comme dans la méningite tuberculeuse. Les intermittences du pouls sont fréquentes chez l'adulte. Enfin, on constate le plus souvent une éruption d'herpès. M. Netter ayant vu l'inflammation du ganglion de Gasser coïncider avec un herpès très prononcé de la face, a émis l'hypothèse d'une relation de cause à effet entre ces deux lésions; ce serait une sorte de zona. Y a-t-il quelque chose d'analogue ici ? Je ne le pense pas.

La méningite cérébro-spinale dont nous voyons depuis l'année 1898, d'une manière

presque continue, se succéder d'assez nombreux cas, n'est point une affection nouvelle.

Des observations très anciennes paraissent, d'une manière très certaine, se rapporter à cette maladie; mais les cas les plus nettement caractérisés, d'après les symptômes décrits par les médecins du temps, ne remontent guère, en Europe, avant le seizième siècle (de 1503 à 1545); c'est à cette période de l'histoire médicale que l'individualité de la maladie fut reconnue.

Dès le début, cette affection a eu le caractère *épidémique*. Elle a fait en Europe de très nombreuses apparitions.

Parmi les épidémies qui ont été décrites, en France, et sur lesquelles nous possédons des documents sérieux, il faut signaler d'abord celle de 1837, qui fut violente, régna pendant quatre années en divers départements, frappant particulièrement les garnisons; puis sont survenues les épidémies assez remarquables de 1845, 1848, 1849, qui ont envahi une partie de l'Europe; depuis 1849, il s'est produit quelques cas de méningite épars et disséminés, et il faut remonter jusqu'à 1898 pour voir de nouveau apparaître l'épidémie qui, depuis, a poursuivi son cours, à Paris, d'une façon presque ininterrompue.

Ces épidémies ont des caractères tout spéciaux: d'abord la maladie ne frappe guère que des groupes limités; très rarement elle s'étend à toute la population d'une ville; elle se limite à un pensionnat, à une caserne, et se propage au dehors par foyers successifs, localisés dans une à trois maisons où un quartier, et ces quartiers atteints sont généralement éloignés les uns des autres.

Ainsi à Paris on a vu la méningite passer successivement d'un arrondissement à un autre, sans qu'il y ait communication apparente entre eux; puis après la disparition de ces foyers surviennent de temps à autre quelques cas isolés: on dit alors que la méningite sévit sporadiquement, et ce mode est très fréquent dans la population infantile.