

des symptômes de la méningite, pris isolément, n'est pathognomonique; que chacun d'eux peut manquer, et que nul d'entre eux ne saurait caractériser une forme spéciale de la maladie. On voit donc combien les symptômes de la méningite sont irréguliers quant à leur manifestation, à leur fréquence, à leur marche et à leur durée. Cette irrégularité s'explique lorsqu'on réfléchit que les désordres fonctionnels sont bien moins l'effet de la phlegmasie des méninges que le résultat de l'impression que cette maladie produit sur le cerveau : or on conçoit que cette impression doit être très-différente suivant les individus et suivant aussi qu'il y a ou non complication d'encéphalite.

Il est inutile de dire qu'on ne peut déterminer pendant la vie si la phlegmasie prédomine dans la pie-mère ou dans l'arachnoïde, ou si elle est bornée à l'une de ces membranes seulement. Il est également impossible d'affirmer si la méningite existe seule ou si elle se complique d'une inflammation des circonvolutions cérébrales (*méningo-céphalite*); car, dans l'un et l'autre cas, les symptômes sont exactement les mêmes, et la maladie suit la même marche : c'est ce qui justifie jusqu'à un certain point les anciens médecins d'avoir confondu sous le titre de *phrénitis* l'inflammation des méninges et celle du cerveau. Il est également impossible de déterminer, même à l'inspection cadavérique, si l'inflammation a commencé par les méninges ou si elle ne les a envahies que consécutivement à l'invasion du cerveau. Nous croyons donc, d'accord avec M. Calmeil, que le mode de développement de la céphalo-méningite est encore inconnu, et que, hors les cas où la phlegmasie succède à une blessure, on n'est pas fondé à lui assigner d'une manière positive son point de départ.

Pronostic. — La méningite est une maladie des plus graves; il est difficile même de préciser le chiffre de sa mortalité. Nous croyons pourtant que la guérison n'a lieu que très-exceptionnellement, et nous pensons qu'on ne doit accepter qu'avec une réserve excessive les résultats des auteurs qui prétendent n'avoir perdu que la moitié ou le tiers de leurs malades : car tout porte à penser qu'ils ont dû confondre avec des méningites certaines manies aiguës, des délires purement sympathiques et des affections typhoïdes à prédominance cérébrale. Ce sont là des erreurs dont les hommes expérimentés ne sont pas toujours à l'abri, et qui sont journellement commises par des praticiens moins instruits. Un délire violent avec une grande excitation générale est une circonstance qui aggrave le pronostic. Il en est de même de celui qui survient en quelque sorte primitivement, ou après une courte excitation, comme on le voit dans la méningite rhumatismale; il suffit souvent alors de quelques heures pour que la terminaison fatale ait lieu. Les mouvements convulsifs, quelle que soit leur forme, constituent un accident des plus sérieux, et qui pardonne rarement. D'après ce que nous avons dit plus haut, il faut prendre garde de s'en laisser imposer par les améliorations partielles qui surviennent quelquefois peu avant la mort. Quelque diminution que l'on observe dans le délire ou dans le coma, quelques rares que deviennent les convulsions, si les autres symptômes ne diminuent pas aussi de gravité, on devra plutôt craindre qu'espérer. D'ailleurs, on n'aura confiance dans les rémissions qui surviennent qu'autant que celles-ci portent sur la plupart des accidents, et qu'elles ont déjà une certaine durée.

Étiologie. — La méningite simple est une maladie qu'on observe à tous les âges. Assez commune, dit-on, dans les deux premières années de la vie, ce qui est contraire à ma propre observation, elle diminuerait de fréquence de deux à quinze ans. Elle deviendrait plus commune après la puberté, et surtout dans la période comprise entre vingt et quarante. Cependant, dans nos hôpitaux d'adultes, la méningite est une des maladies les plus rares; c'est à peine

si, dans le courant d'une année, j'en observe une ou deux au plus, bien que mon service soit un des plus nombreux et des plus actifs. Les hommes sont, dit-on, pour le moins, deux ou trois fois plus souvent atteints de méningite que les femmes. Une constitution forte, un tempérament lymphatique, les professions pénibles qui exposent ceux qui les exercent aux intempéries, semblent être tout autant de causes prédisposantes de la méningite. Les causes efficientes les plus ordinaires sont les contusions du crâne, avec ou sans fractures, l'insolation, l'abus des boissons alcooliques, une violente secousse morale, une maladie aiguë ou chronique. Les affections dans le cours desquelles on voit survenir le plus fréquemment une méningite, sont la pneumonie, la maladie de Bright, la péritonite, la pleurésie, le rhumatisme articulaire aigu, l'érysipèle de la face, la phthisie pulmonaire. A ce sujet, nous relèverons une opinion professée par MM. Rilliet et Barthez, savoir : que toute méningite survenant chez un tuberculeux est nécessairement tuberculeuse, quand même la pie-mère ne contiendrait aucune granulation grise. Une méningite ne peut être tuberculeuse qu'autant qu'on trouve dans la pie-mère les granulations caractéristiques que je décrirai ailleurs.

Traitement. — La gravité de la méningite et sa marche ordinairement rapide exigent l'emploi de moyens prompts et énergiques. Parmi eux, les émissions sanguines tiennent le premier rang; elles seront pratiquées, quels que soient l'âge des sujets et la période à laquelle la maladie est parvenue, pourvu que l'état du pouls le permette; c'est même d'après lui qu'on détermine le nombre de saignées à faire et la quantité de sang que l'on pourra retirer. Les saignées locales, consistant en une ou plusieurs applications de sangsues derrière les oreilles, devront être préférées, chez les enfants très-jeunes, aux saignées générales, tandis que chez les sujets plus âgés, et chez les adultes surtout, il faudra recourir simultanément à la phlébotomie. La saignée sera faite au bras; la saignée des veines du pied ou de la jugulaire, ou bien encore l'ouverture des artères temporales que quelques personnes préfèrent, n'offrent aucun avantage, et entraînent souvent plusieurs inconvénients. Quant aux saignées locales, nous croyons que des sangsues appliquées aux apophyses mastoïdes, en petit nombre, mais renouvelées au fur et à mesure qu'elles tombent, de manière à entretenir un écoulement de sang continu, auront plus d'efficacité que les scarifications à la nuque, et même que l'application d'un grand nombre de sangsues sur le crâne préalablement rasé. L'expérience n'a pas encore prouvé qu'il soit bien préférable d'appliquer les sangsues tout le long des sutures, comme le veulent quelques médecins. Concurremment avec les émissions sanguines, on emploiera les révulsifs sur les extrémités inférieures (sinapismes, pédiluves irritants, ventouses Junod) et sur le tube digestif, lorsqu'une complication n'en contre-indique l'emploi. On donnera la préférence aux huileux, aux purgatifs salins, et surtout au calomel. En même temps on tâchera de diminuer l'afflux du sang vers le cerveau, en tenant la tête très-élevée, en la plaçant sur un oreiller de crin ou de balle d'avoine, en entretenant autour du malade une température fraîche; on a aussi conseillé la compression des carotides, moyen difficile à employer d'une manière continue et partant peu efficace; enfin, on fait des applications froides sur la tête. Les uns, après avoir coupé les cheveux très-près de la peau, appliquent des compresses froides que l'on renouvelle fréquemment, ou bien ils placent sur le front une vessie contenant une certaine quantité de glace pilée. Enfin, il en est qui conseillent les affusions ou l'irrigation continue. M. Rilliet donne la préférence à ce dernier moyen. Quelle que soit la méthode qu'on suive, il importe de savoir que les applica-

tions froides ne conviennent qu'au début, pendant la période d'excitation, et qu'elles sont nuisibles lorsque le coma et la résolution surviennent. Quelques médecins, au nombre desquels on peut compter Romberg (de Berlin), proposent de remplacer les lotions froides par des applications chaudes. C'est ainsi qu'on entoure alors la tête de compresses trempées dans de l'eau ou dans une infusion de camomille chaude; on en renouvelle l'application avant leur refroidissement. L'expérience n'a pas encore sanctionné chez nous cette méthode, qui mérite pourtant d'être expérimentée. Lorsque les accidents ataxiques continuent de s'accroître, on leur oppose les antispasmodiques, mais leur utilité est très-contestable. Le moyen qui nous paraît être alors le moins souvent inefficace consiste dans les affusions froides à la température de 15 à 20 degrés, pendant quelques secondes ou une à trois minutes au plus. Enfin lorsque la période d'excitation est remplacée par l'état comateux; lorsque tout indique une forte compression du cerveau, les émissions sanguines peuvent être encore employées, surtout si on les a négligées au début; mais c'est alors qu'il faut recourir aux révulsifs puissants, tels sont les vésicatoires aux extrémités et à la nuque: on peut même, dans les cas où le péril est imminent, mettre un séton au cou ou bien raser le crâne, l'oindre avec la pommade émiettée ou le recouvrir d'un emplâtre épispastique. Delarrouque a publié, dans le *Bulletin thérapeutique* de 1844, un petit travail pour prouver les bienfaits de cette méthode; le vésicatoire à la tête n'était employé par lui que lorsqu'il avait retiré 130 à 200 grammes de sang par la section de l'artère temporale. Arrivé à la période dont nous parlons, on tâchera de modifier la nutrition en donnant les mercuriaux, tels que le calomel, qu'on administre à l'intérieur à doses fractionnées; on fera aussi concurremment, avec l'onguent napolitain, des frictions aux tempes, sur le front ou derrière les oreilles. Les mercuriaux sont même indiqués dès le début de la maladie. Il est inutile de dire que les boissons douces et qu'une diète absolue devront seconder l'action des moyens qui précèdent. Il faudra, pendant la convalescence, user des plus grands ménagements, et surveiller avec la plus vive sollicitude l'hygiène des malades.

De la méningite chronique.

La méningite chronique simple, soit primitive, soit consécutive à la méningite aiguë, est excessivement rare, hors le cas de démence, et il est impossible aujourd'hui d'en tracer l'histoire anatomique et surtout symptomatique. Il faut bien se garder de prendre, comme on le fait trop souvent, pour des indices d'une phlegmasie chronique, certaines opacités qui existent fréquemment sur l'arachnoïde viscérale au voisinage de la grande scissure interlobulaire. Ces plaques blanches ne sont pas produites, comme certaines taches du péricarde, par un dépôt de matière albumineuse; mais elles sont le résultat d'une simple perversion de nutrition indépendante de tout travail inflammatoire. On en trouve d'absolument semblables sur les autres séreuses viscérales. M. Lélut en a rencontré chez des individus de tout âge, bien qu'ils n'eussent jamais eu de symptômes cérébraux; il a constaté notamment cet épaississement de l'arachnoïde chez vingt à vingt-cinq suppliciés.

La méningite chronique se rencontre presque toujours, comme complication, dans les lésions organiques du cerveau; plus fréquemment encore on l'observe chez les sujets en démence, et elle forme un des caractères anatomiques les

plus fréquents qu'on trouve dans la paralysie générale progressive; j'en parlerai bientôt lorsque je traiterai de cette dernière affection.

DE LA MÉNINGITE RACHIDIENNE ET CÉRÉBRO-SPINALE

L'arachnoïde et la pie-mère rachidienne peuvent s'enflammer isolément; mais le plus souvent, c'est-à-dire dix-huit fois sur vingt, d'après M. Calmeil, ces membranes sont affectées simultanément avec celles du cerveau: voilà pourquoi la maladie mérite, dans la plupart des cas, le nom de *cérébro-spinale*.

Je confondrai dans une description commune la méningite spinale simple, sporadique, et la méningite épidémique; car il n'y a entre elles qu'une différence de degré et de violence.

Historique. — La méningite cérébro-spinale, signalée vaguement par les anciens, qui paraissent l'avoir vue régner plusieurs fois épidémiquement, connue de Prosper Alpin, n'a pourtant été convenablement décrite que par les modernes. Ayant acquis, dans ces derniers temps, une fréquence inusitée, spécialement parmi les soldats, elle a été étudiée avec beaucoup de soin par MM. Lamothe et Lespès (1), Faure-Villard (2), Chauffard (3), Forget (4), Rollet (5), Michel Lévy (6), etc.; mais le travail le plus complet, le plus remarquable que nous ayons, est, sans contredit, la relation qu'a publiée le professeur G. Tourde sur une épidémie qui a régné à Strasbourg de 1840 à 1841. Le travail de ce savant médecin, rédigé dans un excellent esprit, est d'un grand intérêt, et peut être cité comme un modèle de description.

Anatomie pathologique. — Les caractères anatomiques de la méningite rachidienne ne diffèrent guère de ceux de la méningite cérébrale: on retrouve en effet la même injection de la pie-mère et les mêmes produits de sécrétion albumino-fibreuse ou purulente. Ceux-ci ne sont presque jamais épanchés dans la cavité de l'arachnoïde, mais ils infiltrent le tissu cellulaire subjacent, où ils forment une couche plus ou moins considérable; ils offrent toujours plus d'épaisseur à la face postérieure de la moelle qu'antérieurement, où le plus souvent même ils manquent complètement. La moelle épinière a ordinairement sa consistance normale; parfois elle paraît même plus ferme; enfin, dans quelques cas, elle est assez ramollie à sa surface pour qu'en la séparant des méninges celles-ci entraînent de petits fragments.

La méningite spinale est plus fréquente à la région cervicale qu'aux régions dorsale et lombaire; elle peut être circonscrite à un espace très-limité: c'est ce qui a lieu particulièrement lorsque la phlegmasie est consécutive à une altération des vertèbres; ce n'est guère que dans ces cas qu'elle existe à l'état chronique. On trouve alors une adhérence des deux feuillets de l'arachnoïde, ou bien son feuillet viscéral, opaque, semble épaissi; cependant un examen attentif démontre que cet épaississement dépend du tissu cellulaire subjacent, et que le feuillet arachnoïdien y est complètement étranger. Enfin, on trouve aussi des adhérences morbides entre l'arachnoïde et la pie-mère, ou bien entre celle-ci et la surface de la moelle. Quelques personnes ont encore voulu re-

(1) *Gazette médicale*, 1838.

(2) *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. XLVIII.

(3) *Revue médicale* de 1842.

(4) *Gazette médicale* de 1842.

(5) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. X.

(6) *Gazette médicale de Paris*, 1846.

garder comme résultant d'une phlegmasie chronique la présence des lamelles cartilagineuses qui hérissent quelquefois la face interne du canal rachidien; mais aucun fait ne justifie une pareille supposition.

Les lésions caractérisant la méningite cérébro-spinale sont tantôt plus, tantôt moins marquées. Il est même des cas où la mort est si prompte, qu'on ne trouve presque rien dans les centres nerveux; c'est à peine s'il existe un peu d'injection des méninges et un état poisseux, ou bien un peu de sécheresse de l'arachnoïde.

Il n'est pas rare de trouver sur les cadavres des individus morts de méningite cérébro-spinale des traces de phlegmasies dans plusieurs autres organes, spécialement dans les autres séreuses splanchniques, et jusque dans les articulations et dans la tunique vaginale; on parle aussi de diverses lésions intestinales, telles que développement des follicules de Brunner, épaissement ou ramollissement de la muqueuse; la rate serait aussi, dans beaucoup de cas, augmentée de volume et ramollie.

Je n'ai parlé, jusqu'à présent, que de l'inflammation de l'arachnoïde et de la pie-mère; la dure-mère pourtant peut dans quelques cas rares participer à l'inflammation, mais cela n'a guère lieu que lorsque la phlegmasie est consécutive à une altération des os. Cependant on lit dans la *Gazette médicale* de 1833 un travail du docteur Albers (de Bonn), qui semble établir la possibilité de l'inflammation primitive de la dure-mère. Cette membrane, devenue très-opaque, épaissie, avait acquis en outre une coloration d'un rouge de cinabre et qui résista à la macération pendant deux jours.

Symptômes. Marche. — La méningite spinale peut avoir une invasion brusque, foudroyante : c'est ce que M. Tourdes a constaté plusieurs fois pendant l'épidémie de Strasbourg, où l'on vit des hommes pleins de force et de santé passer sans transition à un état des plus graves, et succomber en quelques heures, avant même que les lésions caractéristiques eussent eu le temps de se développer. Le plus souvent pourtant on note des prodromes, tels que frissons, céphalalgie, douleurs des membres, dysurie, rétention d'urine, nausées, vomissements. Mais en raison de la coïncidence presque constante d'une méningite intra-crânienne, les symptômes de la méningite spinale sont souvent masqués au début par des troubles cérébraux : ceux-ci pourtant sont parfois consécutifs. Quoi qu'il en soit, dans la méningite spinale, les malades éprouvent une douleur plus ou moins vive, parfois sourde, obtuse, quelquefois violente, déchirante, dans le dos (*rachialgie*). Presque toujours circonscrite aux régions lombaire, dorsale, et surtout cervicale, elle s'irradie parfois vers les membres, augmentant par les mouvements musculaires et souvent par la pression. En même temps les muscles de la partie postérieure du tronc sont pris de contraction convulsive; celle-ci varie depuis la simple rigidité jusqu'à une contracture telle, que la tête et le tronc sont fortement renversés en arrière, comme dans l'opisthotonos. Cette contraction tétanique peut être permanente; le plus souvent pourtant elle présente des rémissions plus ou moins complètes, et elle se renouvelle soit spontanément, soit à l'occasion des mouvements qu'on imprime aux malades. Une contracture analogue peut affecter divers autres muscles du corps : ainsi il y a quelquefois du trismus, de la roideur dans les muscles des avant-bras et des mollets; mais rarement il existe des secousses convulsives et épileptiformes, excepté pourtant dans les muscles de la face. Les membres supérieurs et inférieurs peuvent souvent exécuter avec précision leurs mouvements habituels; cependant ils sont ordinairement plus faibles; souvent aussi ces parties sont le siège de crampes, tandis que la peau présente une exal-

tation de sensibilité telle, que la moindre pression exercée sur elle ou le plus léger mouvement imprimé arrache des cris aux malades. Cette exaltation se remarque surtout aux membres. En même temps la respiration s'accélère et devient difficile; le pouls est fréquent, fébrile; au début pourtant il est aussi souvent ralenti qu'accélééré. La peau est chaude et baignée de sueurs; il y a de la constipation, l'urine s'échappe involontairement, ou bien elle est retenue dans la vessie par suite de la paralysie de cet organe. On constate presque toujours divers accidents qui dépendent de la coïncidence d'une méningite cérébrale : ce sont surtout la céphalalgie, le délire ou le coma, et le strabisme. Enfin la plupart des auteurs signalent la fréquence des éruptions cutanées dans le cours de cette affection. Ainsi M. Tourdes a vu un *herpes labialis* chez les deux tiers de ses malades; on a signalé l'existence de quelques taches rosées lenticulaires, plus souvent il survient des pétéchies, des ecthymas, de l'impétigo et de la miliaire. Quelquefois des eschares se déclarent sur le sacrum et aux trochanters.

En résumé, la méningite spinale est essentiellement caractérisée par la douleur rachidienne, par la roideur tétanique et par l'exaltation de la sensibilité générale. Ces divers accidents offrent souvent des rémissions et même des intermittences complètes, mais il est rare que l'appareil fébrile suive les mêmes variations; du reste ils ne cessent jamais complètement, comme les troubles cérébraux peuvent le faire. Cependant, au bout de quelque temps, les accidents ne présentent plus de rémission; ils s'aggravent sans cesse, et la mort survient au milieu des symptômes convulsifs épileptiformes, ou bien par suite de la gêne croissante de la respiration, et dans un état d'asphyxie lente. En général, la roideur et les contractures persistent jusqu'aux derniers moments : dans quelques cas, assez rares pourtant, on observe dans les derniers jours un état de résolution ou de paralysie. M. Tourdes n'a noté celle-ci que 3 fois sur 99 sujets; elle est presque toujours limitée, n'occupant, par exemple, qu'une jambe ou un bras.

Terminaisons. Durée. — La mort est la terminaison la plus ordinaire de la méningite spinale; quelques jours ou même quelques heures suffisent parfois pour emporter les malades; mais la plupart atteignent un, deux ou trois septénaires et au delà; on en a vu beaucoup qui ne succombaient même qu'au quarantième ou cinquantième jour, après avoir eu des eschares au sacrum et être tombés dans le marasme (Tourdes, Chauffard). L'épanchement intra-rachidien est-il susceptible de s'ouvrir une issue au dehors? Quelques faits semblent prouver cette possibilité. M. Champion (de Bar-le-Duc) a vu, par exemple, un épanchement purulent formé dans les membranes se faire jour entre la troisième et la quatrième vertèbre lombaire dans les muscles spinaux, et y former un foyer. On conçoit qu'en pareil cas la paralysie pourrait devenir moindre en raison d'une diminution dans la compression de la moelle; cependant jusqu'à présent aucun malade n'a guéri de cette manière. Ceux, en fort petit nombre, chez lesquels la maladie a eu une heureuse issue sont revenus lentement à la santé, et ont présenté souvent une maigreur et un affaiblissement extrêmes. Il ne paraît pas que jusqu'à ce jour on ait constaté ni rechute ni récurrence. On ne sait rien sur la forme chronique de la méningite rachidienne.

Diagnostic. — Le diagnostic est en général facile; nous dirons plus tard comment on pourra distinguer la méningite spinale d'avec la myélite et d'avec le tétanos, qui, de toutes les affections, sont les seules avec lesquelles on pourrait la confondre. (Voyez, en outre, ce que nous avons dit plus haut du diagnostic de la méningite crânienne.)

Il n'y a nulle difficulté non plus à diagnostiquer la méningite cérébro-spinale d'avec la fièvre typhoïde. Peut-être serait-il moins aisé de différencier l'inflammation des méninges rachidiennes d'avec un accès de fièvre pernicieuse à forme tétanique; mais le doute ne pourrait exister qu'au premier accès, car la répétition des mêmes accidents à des époques fixes éclairerait aisément sur la nature de l'affection.

A l'exemple de M. Albers, je ne rechercherai pas s'il y a des caractères distinctifs entre l'inflammation de la dure-mère rachidienne et celle des autres enveloppes de la moelle; car l'étude attentive des deux faits réunis par le professeur de Bonn prouve, au contraire, contre son opinion, que l'inflammation de toutes ces membranes si intimement unies entre elles se révèle par des symptômes semblables, et rien, comme le dit Ollivier, ne justifie le diagnostic différentiel que M. Albers a cherché à établir.

Pronostic. — Que la méningite soit sporadique ou bien épidémique, son pronostic est également des plus graves. Dans l'épidémie de Strasbourg, la mortalité a été, dit-on, de 60 pour 100, et même de 70 ou 80, en ne comprenant que les cas graves. Un délire intense, les convulsions violentes des muscles rachidiens, les accidents typhoïdes, les pétéchies, la gangrène, sont des accidents de fâcheux augure.

Étiologie. — La méningite spinale est une des maladies aiguës qu'on observe le plus rarement dans nos hôpitaux. Je ne crois pas en avoir observé plus d'un seul cas en douze ou quinze ans. Il n'en est pas de même dans certaines localités et surtout dans certaines villes de garnison où, comme à Rochefort, la population civile fut frappée comme le furent les militaires et les forçats. Dans la grande majorité des cas, la maladie s'est circonscrite dans les casernes, frappant presque partout les nouvelles recrues, le plus souvent spontanément, sans causes provocatrices, quelquefois après une impression de froid ou après quelque excès. On n'a pu trouver ni dans l'air, ni dans le climat, ni dans l'alimentation, ni dans le casernement, la source du développement de ces épidémies, qui, depuis 1837 surtout, ont sévi en France sur divers points du territoire. M. Boudin a, dans un excellent travail publié en 1849 dans les *Archives*, soutenu l'opinion que la méningite cérébro-spinale était contagieuse; mais les faits invoqués par ce savant médecin, quoique dignes d'attention, ne m'ont pas encore tout à fait convaincu; je crois qu'avant d'admettre une pareille doctrine, il importe de recueillir des documents plus nombreux et plus précis.

Traitement. — Le traitement consiste dans l'emploi des saignées générales, auxquelles on associera les saignées locales faites à l'aide de sangsues, et surtout de ventouses, qu'on applique en grand nombre tout le long du rachis. Cependant aujourd'hui la plupart des médecins s'accordent pour reconnaître que les émissions sanguines ont une utilité restreinte. Dans la première période on a en outre prescrit avec avantage des bains prolongés avec ou sans affusion. Lorsque l'état du pouls ne permet plus de recourir aux émissions sanguines, on promène le long du rachis des vésicatoires volants, et l'on tâche aussi de favoriser l'absorption des liquides épanchés, à l'aide des mercuriaux administrés comme on le fait dans la méningite cérébrale. La médication révulsive est celle qui inspire le plus de confiance à M. Rollet; il l'emploie avec la plus grande énergie. Après avoir largement saigné et appliqué nombre de sangsues et de ventouses de la nuque au sacrum, il fait à la période du collapsus, avec le cautère actuel rougi à blanc, six à huit eschares de 15 millimètres de diamètre dans les gouttières vertébrales, en même temps qu'il couvre les membres de sinapismes et de larges vésicatoires ammoniacaux. Le péril imminent des

malades, l'inutilité des autres moyens, pourraient seuls justifier une médication si violente.

Les sédatifs ont aussi trouvé plusieurs partisans; la plupart préfèrent l'opium. Ce médicament employé par M. Chauffard à Avignon, par M. Boudin et par les professeurs Tourdes et Forget à Strasbourg, paraît avoir été souvent utile. On a conseillé de le donner dès le début, associé ou non aux émissions sanguines, et d'en porter la dose à 30, 40 et 60 centigrammes et plus par jour. Les malades ont une remarquable tolérance pour ce remède, et cette tolérance est d'autant plus grande que les symptômes sont plus graves; il faut proportionner les doses à l'intensité des accidents. Lorsque le délire est violent, les douleurs et le tétanos intenses, M. Boudin débute par 50 centigrammes et même 1 gramme d'extrait thébaïque, administrant ensuite toutes les demi-heures 5 centigrammes, jusqu'à ce qu'il survienne de la somnolence ou une rémission dans les symptômes. A mesure que la maladie rétrograde, la tolérance pour l'opium cesse, et l'on peut voir alors ce fait remarquable d'individus chez lesquels 5 centigrammes d'opium provoquent le sommeil, tandis que des doses vingt fois plus grandes étaient impuissantes à le faire pendant la violence des symptômes. Les résultats obtenus jusqu'à présent autorisent à essayer ce remède: c'est en effet la méthode qui compte en sa faveur le plus de succès.

M. Boudin emploie l'opium sans émissions sanguines préalables. Cette pratique doit-elle être imitée dans tous les cas? Les faits sont encore insuffisants pour le dire. Bien que les saignées seules n'aient pas donné des résultats bien favorables dans le traitement de la méningite cérébro-spinale, je les crois néanmoins indiquées au début lorsque la réaction est forte et lorsque les sujets sont vigoureux: c'est ainsi d'ailleurs qu'ont agi la plupart de ceux qui ont vanté l'opium. Les succès obtenus par ce médicament ont sans doute engagé à recourir à d'autres sédatifs. C'est ainsi qu'on a conseillé les inspirations d'éther ou de chloroforme; on les fait dès le début nombreuses et rapprochées, jusqu'à ce qu'on obtienne du sommeil et du calme; mais les faits rapportés jusqu'à ce jour sont encore en assez petit nombre, et sont d'ailleurs peu concluants. L'opium devra donc être préféré aux agents anesthésiques.

Disons enfin que quelques médecins, considérant l'affection comme une sorte de fièvre pernicieuse, ont eu recours contre elle au sulfate de quinine; mais ce médicament ne peut rien contre la maladie.

Nature. — D'après l'opinion générale, la méningite cérébro-spinale serait une phlegmasie légitime devant occuper dans le cadre nosologique la place que nous lui avons assignée. Cependant deux de nos médecins militaires les plus distingués ont émis récemment une opinion différente. Pour M. Boudin, la maladie dont nous parlons ne serait rien autre qu'une variété du typhus. Il se fonde sur ce que cette forme de la maladie aurait été observée pendant les typhus qui ont régné de 1805 à 1815, sur la possibilité de sa transmission, sur l'insuccès des antiphlogistiques, ainsi que sur l'absence, dans quelques cas, de tout désordre anatomique. On peut objecter à ces diverses raisons que la transmissibilité de la maladie n'est pas encore établie sur des preuves suffisantes; que les altérations révélées par l'autopsie siègent exclusivement vers les centres nerveux, à moins de complications, et qu'elles sont constantes, excepté dans les cas rares où la mort est survenue dans la période congestive. Si les antiphlogistiques sont presque toujours impuissants, ils le sont le même dans la plupart des phlegmasies de l'axe cérébro-spinal, que celles-ci soient spontanées ou bien traumatiques. Si du pus a été trouvé dans les méninges cérébro-rachidiennes pendant quelques épidémies de typhus, cela ne prouve