

nelle, des cas pareils laissent presque toujours voir plus tard qu'ils appartiennent à un ordre de choses tout différent. Dans les cas douteux, indépendamment de l'appréciation consciencieuse de tous les symptômes et de l'investigation objective la plus minutieuse, l'action thérapeutique de la quinine sert aussi de pierre de touche au diagnostic (v. plus bas). Si une fièvre intermittente intense ne se ressent pas ou guère de l'action de grandes doses de quinine, on doit toujours mettre en doute le diagnostic supposé d'une intermittente paludéenne.

Traitement. L'infection malariale est une des rares maladies qu'on combat directement avec certitude de succès. Nous possédons dans la quinine un moyen qui agit vraisemblablement sur l'agent fébrigène lui-même et dont l'efficacité thérapeutique est absolument incontestée. La quinine est donc le remède souverain, souvent le seul usité dans toutes les formes de la malaria. Dans la forme légère de la fièvre intermittente, la seule qui se présente chez nous, on ne donne ordinairement pas le remède aussitôt que le malade entre en traitement. Il est fort à conseiller, ce qui dans la plupart des cas ne saurait nuire aux malades, d'attendre un ou deux accès, en partie pour rendre le diagnostic tout à fait sûr, en partie pour connaître le type des accès (quotidien ou tierce, antéponent ou régulier). Pendant l'accès même un traitement spécial est d'ordinaire inutile. Les malades doivent naturellement garder le lit, être tenus chaudement pendant le frisson et plus fraîchement pendant le stade de chaleur. Pendant l'apyrexie ils peuvent, s'ils se sentent assez forts, quitter le lit avec prudence. *Cinq à six heures environ avant l'arrivée présumée du nouvel accès, on donne la quinine*, et de préférence une grande dose de 1,50 à 2,00 grammes en solution ou en cachets de $\frac{1}{2}$ gramme de poudre. Si l'on donne la quinine sous forme de poudre, il est convenable de faire prendre après, quelques gouttes d'acide chlorhydrique pour faire dissoudre plus aisément la quinine dans l'estomac. Souvent par une seule forte dose de quinine l'accès prochain est supprimé. En d'autres cas, il revient tout de même, mais avec des malaises subjectifs moindres, sans frisson et avec moins de fièvre. On doit alors renouveler la dose de quinine pour prévenir l'accès subséquent. Si l'accès n'a pas lieu, on administre encore pendant plusieurs jours 0,5 de quinine. Alors encore, même après quelques semaines, il peut se déclarer des *récidives* dont la quinine de nouveau fait promptement justice.

Parmi les autres préparations de quinquina, il n'y a que la *conchinine* qui possède, d'après nos expériences, la même action que la quinine. Elle est moins chère de moitié et se prescrit exactement de la même façon. Elle a le tort de faire vomir plus facilement que la quinine. Toutes les autres

préparations de quinquina (chinoïdine, cinchonine, etc.) sont beaucoup plus incertaines dans leur action.

Dans les intermittentes pernicieuses, dans les formes larvées, dans les fièvres rémittentes et continues, dans la cachexie paludéenne, la quinine à doses suffisamment grandes, est aussi le remède capital. Contre la fièvre pernicieuse, l'injection directe de la quinine dans une veine est parfois en état de sauver la vie (BACCELLI). Dans tous les cas à longue durée, il est en outre de la plus grande importance que le malade, s'il y a quelque possibilité, abandonne complètement le pays des miasmes; parfois c'est ainsi seulement qu'on peut éviter les récidives et obtenir un entier rétablissement.

Dans les cas invétérés, où la quinine souvent n'agit plus, l'*arsenic* passe pour le remède souverain. On l'emploie principalement dans la cachexie palustre et les névralgies intermittentes, seul ou combiné au fer. On donne journellement deux ou trois fois de cinq à huit gouttes de la solution de FOWLER dans de l'eau, ou mieux encore des pillules de 0,002 ou 0,003 d'acide arsénieux, en augmentant graduellement de manière à administrer par jour jusqu'à 10 à 12 mgr. Remarquons en passant que l'arsenic a de plus une valeur prophylactique, puisque par son usage prolongé la disposition à l'infection paludéenne semble s'éteindre. Disons encore pour terminer qu'une *décoction de citron* (un citron coupé en petits morceaux, bouilli dans trois verres d'eau jusqu'à réduction au tiers) est un remède populaire en Italie contre la cachexie paludéenne et que les médecins de ce pays le vantent beaucoup. — Nous omettons une foule d'autres remèdes préconisés contre la malaria (l'eucalyptus, la pipérine, la pilocarpine, la berbérine et le reste), parce qu'on peut s'en passer tout à fait.

Dans le traitement des *formes graves de la malaria*, on emploie outre la quinine beaucoup de *remèdes symptomatiques* dont il est impossible de faire l'énumération détaillée. Les symptômes sévères du côté des nerfs, des intestins, des poumons, des reins, l'hydropisie, l'anémie doivent être traités conformément aux règles généralement en usage.

CHAPITRE QUINZIÈME.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE.

(Typhus cérébro-spinal.)

Étiologie. La méningite cérébro-spinale épidémique n'est connue que depuis le commencement de ce siècle. C'est au sud de la France et à Genève que les premières épidémies furent observées. Des épidémies de

moindre importance se sont montrées en Allemagne en 1822 et puis en 1853. Ce n'est cependant que depuis 1863 que la maladie est devenue plus fréquente chez nous. Depuis lors, des épidémies plus ou moins étendues se sont déclarées presque tous les ans, surtout dans l'Allemagne centrale et méridionale. Des *cas sporadiques* peuvent se présenter isolément en tout temps.

La plupart des épidémies sévissent en *hiver* et au *printemps*. Nous ne connaissons aucune cause particulière qui favorise l'éclosion de la maladie. Parfois elle a un caractère manifestement *endémique*. C'est surtout dans les casernes, les ateliers, etc. qu'elle prend la forme d'une endémie assez étendue. Il n'est pas encore établi que la maladie puisse par l'entremise d'individus infectés se *propager* à des localités jusque-là exemptes de la méningite. Elle ne paraît pas directement *contagieuse*. Elle attaque de préférence *les enfants et les jeunes gens*, quoiqu'on observe aussi quelques cas chez les vieillards. La méningite n'a pas de prédilection marquée pour l'un *sexe* plutôt que pour l'autre.

La nature infectieuse de la méningite ressort à toute évidence de son caractère épidémique et endémique ainsi que de l'ensemble de sa marche. Toutefois l'agent morbifique lui-même et son mode d'infection ne nous sont pas encore positivement connus. Un fait intéressant, c'est que, dans ces derniers temps, on a à plusieurs reprises pu trouver dans l'exsudat purulent des méninges les *bacilles pneumoniques* de FRÄNKEL, de sorte que quelques investigateurs ont déjà émis l'opinion de la proche parenté étiologique, si pas de l'identité, de la pneumonie croupale et de la méningite épidémique. Nous ne pouvons pour le moment nous ranger entièrement à cette manière de voir. Ce qui est certain, c'est que les bacilles pneumoniques pénètrent quelquefois secondairement dans les méninges et y provoquent une inflammation purulente (« méningite pneumonique », c'est-à-dire méningite métastatique dans la pneumonie). Il n'est pas impossible d'ailleurs que les bacilles pneumoniques, notamment en temps d'épidémie de pneumonie, pénètrent aussi d'emblée dans les méninges et y allument une méningite. Mais pour ce qui concerne la méningite épidémique véritable, nous devons tout de même lui chercher un facteur morbifique *particulier*, attendu qu'on ne s'expliquerait nullement pourquoi le même agent morbide ne trouverait l'une fois son chemin que dans le poumon seulement, et d'autres fois au contraire et en d'autres temps, toujours dans les membranes du cerveau.

Quant à la voie que suit l'infection dans la méningite épidémique primitive, on n'est pas éloigné de croire que le germe spécifique se fraie un chemin par les fosses nasales et à travers les pertuis de la lame criblée

de l'éthmoïde jusqu'aux cavités, d'ailleurs si bien abritées, du système nerveux central.

Anatomie pathologique. L'élément anatomique fondamental de la maladie est une *inflammation purulente aiguë des membranes du cerveau et de la moëlle épinière*. Ce n'est que dans quelques cas foudroyants terminés par la mort, qu'on a trouvé des altérations anatomiques légères et seulement en voie de formation. En général, l'étendue et l'intensité de l'affection locale sont en rapport avec la gravité des phénomènes morbides. Dans le *cerveau*, l'inflammation purulente s'est développée à la convexité aussi bien qu'à la base, avec plus d'acuité d'ordinaire le long des vaisseaux de gros calibre, dans les sillons et les scissures de la surface cérébrale. Dans la *moëlle épinière*, c'est principalement la face postérieure qui est atteinte, la région lombaire plus fortement encore que les régions supérieures. Le processus pourtant n'est pas toujours limité aux méninges des organes centraux, mais il se propage souvent à la substance propre de l'encéphale et de la moëlle. A l'examen microscopique, on voit partout à l'entour des vaisseaux qui s'enfoncent dans les centres nerveux, des amas considérables de globules de pus qui même en beaucoup d'endroits forment de véritables *foyers encéphaliques*, lesquels ne sont visibles qu'au microscope ou qu'on peut déjà reconnaître à l'œil nu. Dans des cas rares, on rencontre aussi de grands *abcès* dans le cerveau. Les *vaisseaux* sont fortement hyperémiés jusque dans l'intérieur des ganglions centraux où l'on trouve fréquemment de petites hémorragies. Les *ventricules cérébraux* sont le plus souvent dilatés et remplis d'un liquide séreux, trouble ou même purulent. Il est évident que cette participation notable de la substance du cerveau et de la moëlle est de la plus grande importance clinique et qu'elle jette infiniment plus de lumière sur la cause anatomique des graves phénomènes morbides que l'inflammation des membranes enveloppantes.

Marche et symptômes de la maladie. Il est relativement rare que l'explosion des symptômes méningitiques graves soit précédée de légers prodromes, consistant en une lassitude générale, des douleurs fugaces de la tête et des membres. Ordinairement la maladie s'annonce assez brusquement et la scène s'ouvre par une *céphalalgie* intense, siégeant de préférence à l'occiput, des *douleurs* et de la *raideur de la nuque*, et une *forte prostration générale*. Parfois des *vomissements* se déclarent au début. Très souvent on ne tarde pas à voir se produire de graves désordres du sensorium, de la *stupeur* et du *délire*. La *fièvre* existe habituellement dès le principe. Un *frisson initial* a lieu, mais n'est pas la règle.

Après ces symptômes initiaux, se traduisant avec une intensité plus ou

moins grande, la marche ultérieure de la maladie peut suivre des directions très diverses. D'abord, il y a des *formes suraiguës et violentes* (*méningite cérébro-spinale foudroyante*) qui, au milieu des phénomènes cérébraux les plus formidables, tuent en peu de jours, même après quelques heures. D'un autre côté, il existe aussi des *formes abortives* qui s'ouvrent également avec des symptômes intenses et en apparence excessivement redoutables, mais qui, au bout de quelques jours, font place à un amendement complet et remarquablement prompt. Les cas les plus fréquents sont ceux de *moyenne durée* qui oscillent entre 2 et 4 semaines environ. Dans les cas graves, la mort peut survenir dès le premier ou le second septénaire. La maladie a parfois une *marche* beaucoup plus *trainante* et peut se prolonger jusqu'à la 6^{me} ou la 8^{me} semaine ou au delà encore, jusqu'à ce qu'enfin la guérison se fasse ou qu'une issue mortelle s'ensuive très tardivement. Les cas qui traînent si longtemps ont parfois un *caractère* très nettement *intermittent*. En dehors des formes graves, on voit aussi une notable proportion de *cas légers* dans lesquels tous les phénomènes morbides ne se dessinent qu'à un faible degré et qui guérissent après un temps relativement court.

Les *symptômes de la méningite* sont en partie des *manifestations générales graves de la part du cerveau et de la moëlle*, en partie des *phénomènes nerveux à localisation spéciale*, en partie enfin les suites d'une *infection générale* (fièvre et maladies localisées d'autres organes).

1. Aux *symptômes généraux encéphaliques* il faut tout d'abord rattacher la *céphalalgie*. Elle est ordinairement d'une violence excessive. Le plus souvent elle est fixée à l'occiput, parfois aussi à la région frontale ou pariétale. Comme la plupart des autres symptômes méningitiques, elle présente une intensité extrêmement variable pendant le cours de la maladie. Elle peut disparaître temporairement, pour revenir avec une acuité nouvelle. Outre la céphalalgie, il existe souvent une sensation prononcée de *vertige* et d'*obtusion cérébrale*.

A la céphalalgie viennent s'ajouter des *douleurs vives de la nuque* et du *dos* qui dépendent de la méningite spinale. On constate presque toujours une *vive sensibilité à la pression de toute la colonne vertébrale*. Celle-ci est fixée et raidie par la contracture des extenseurs du rachis, souvent même manifestement recourbée en opisthotonos. La tête est fréquemment renversée en arrière par la tension réflexe des muscles de la nuque.

Dans la plupart des cas graves on observe des *troubles du sensorium*, depuis un léger assoupissement jusqu'au *délire* le plus véhément d'une part, jusqu'au *coma* le plus profond de l'autre. Ces symptômes aussi varient beaucoup dans leur intensité. Les *convulsions générales* ne se produisent que dans les très mauvais cas et surtout à la veille de la terminaison funeste.

Le *vomissement* qui se montre souvent dans les premiers temps de la maladie, parfois aussi pendant son cours, doit également être considéré comme un symptôme cérébral.

2. Les *symptômes dérivant des nerfs crâniens* sont très variés et d'une mobilité extrême. Le plus fréquemment on observe des désordres dans le domaine des *nerfs oculo-moteurs*: vice de coordination dans la direction des bulbes, nystagme ou mouvements lents et automatiques du globe de l'œil, ptosis d'une ou des deux paupières supérieures, réaction paresseuse, inégalité, étroitesse ou dilatation considérable de la pupille. Dans le *domaine du facial* ce qui frappe surtout, c'est la contracture des muscles de la face, qui donne à la physionomie une expression étrange de douloureuse crispation. La *crampe des masséters* (trismus) est rare et le plus souvent de mauvais augure.

Les *troubles dans le domaine des nerfs sensoriaux* sont très habituels. La *paracousie* a parfois sa raison d'être dans l'obtusion du sensorium, mais elle est fréquemment occasionnée par la participation du nerf acoustique au processus inflammatoire. L'inflammation purulente peut se propager jusqu'au labyrinthe ou même jusqu'à la caisse du tympan. Les *bourdonnements d'oreilles* s'observent également. Les *troubles de la vue* sont beaucoup plus rares. Cependant l'ophtalmoscope a révélé à diverses reprises les lésions de la névrite optique. On a rencontré aussi l'iridochoroidite purulente grave, vraisemblablement due au cheminement de l'inflammation purulente le long de la gaine du nerf optique. La conjonctivite et la kératite qui se voient souvent, sont au contraire des effets probables d'irritations venant du dehors par suite de l'occlusion défectueuse des paupières, de la sensibilité émoussée de ces parties, etc. Nous pouvons encore ajouter à ces divers désordres sensoriaux, la *perte de l'olfaction* que nous avons constatée plusieurs fois.

Les troubles dans le domaine des *nerfs spinaux* sont en général moins fréquents. L'*hyperesthésie cutanée* qui se prononce surtout aux jambes est le seul trouble qui ait une valeur diagnostique. Elle peut être tellement exquise que les malades sont d'une impressionnabilité excessive vis-à-vis de la plus légère pression de la peau ou de la plus petite piqûre d'épingle. On observe parfois de *petites contractions* dans les membres, mais elles n'ont pas de signification particulière. On rencontre aussi de la *raideur* et de la *rétraction des muscles*. KERNIG a appelé l'attention sur la fréquence des *contractures* qui se produisent dans les *fléchisseurs* des jambes et parfois aussi des bras, quand on fait asseoir les malades dans leur lit ou qu'on rapproche passivement la cuisse du tronc. Il n'y a rien de régulier, comme cela se comprend,

dans la manière d'être des *phénomènes réflexes*. Les réflexes cutanés sont le plus souvent exaltés, parfois aussi les réflexes tendineux. Dans quelques cas pourtant nous avons trouvé ces derniers sensiblement affaiblis ou même totalement éteints, ce qui tient probablement à une modification des faisceaux radiculaires postérieurs.

Tous les symptômes nerveux que nous venons de nommer, sont dus en partie à l'imbibition des racines nerveuses par l'exsudat purulent méningitique, en partie aussi à l'extension de l'inflammation aux organes centraux mêmes. Cette dernière circonstance explique aussi les symptômes à foyer qu'on observe quelquefois, les *hémiplegies*, les *paraplegies*, les *convulsions partielles*, l'*aphasie*, etc.

3. Outre les manifestations nerveuses décrites jusqu'ici, on remarque encore des *symptômes du côté d'autres organes*. On attache surtout une grande importance diagnostique à une affection cutanée qui paraît souvent aussitôt après le début de la maladie, à savoir l'*herpes labial* ou *facial*. Signalé dans plus de la moitié des cas, il se montre dans les cas graves comme dans les cas légers. D'autres exanthèmes, comme la roséole, l'urticaire, les pétéchies, etc. se déclarent parfois isolément. Leur apparition symétrique des deux côtés du corps doit faire songer à une origine nerveuse,

On mentionne rarement, du côté des *organes digestifs*, des symptômes plus violents que les vomissements dont nous avons déjà parlé. La perte d'appétit et la constipation sont de règle, comme dans beaucoup de maladies graves. Il est rare qu'il y ait un peu de diarrhée. Nous avons vu quelquefois un léger degré de dysenterie. Parfois il y a un ictère d'intensité modérée. La *rate* est souvent un peu gonflée, mais de grandes intumescences de cet organe n'existent presque jamais.

On a observé souvent, dans quelques épidémies surtout, des *gonflements articulaires multiples*. Ils se montrent quelquefois d'assez bonne heure; dans d'autres cas seulement pendant les phases ultérieures de la maladie. En général ils n'ont pas de signification fâcheuse.

L'*appareil urinaire* est rarement affecté. Il arrive que l'urine renferme un peu d'albumine et quelques cylindres. La *polyurie*, qui se déclare surtout dans les dernières périodes, est un phénomène intéressant qui est probablement d'origine nerveuse. On a également trouvé quelquefois une certaine quantité de sucre dans l'urine. La *cystite* se développe aussi à titre d'affection secondaire, surtout chez les sujets gravement atteints qui ont dû être sondés.

Les symptômes fréquemment observés dans les cas graves du côté des *poumons* et des *bronches*, sont également de nature secondaire. Il est facile

à expliquer comment chez des malades en état de stupeur, il peut aisément se développer par aspiration et par fausse déglutition des *bronchites* et des *pneumonies lobulaires*.

Les désordres anatomiques dans les *organes de la circulation* sont rares. De temps en temps on a observé l'endocardite aiguë. La *fréquence du pouls* est d'ordinaire légèrement augmentée, rarement diminuée. Très souvent il se produit dans la vitesse du pouls de remarquables oscillations qui doivent nécessairement être en rapport avec la variabilité de l'influx nerveux. On observe également de petites irrégularités dans le rythme du pouls.

4. La *fièvre* dans la méningite épidémique ne présente pas de type uniforme et n'est aucunement en relation avec la gravité des autres symptômes morbides. Les cas les plus intenses peuvent évoluer sans fièvre ou seulement avec une fièvre légère. Le plus souvent il existe une fièvre irrégulièrement rémittente qui dépasse rarement 40°. Parfois le *type fébrile* est franchement *intermittent*. C'est alors qu'on observe ordinairement cette fluctuation, signalée à diverses reprises déjà, dans l'intensité des symptômes méningitiques, sans que pour cela l'allure oscillante de la fièvre soit toujours parallèle à la marche changeante de ces symptômes. Dans les *cas légers*, la fièvre aussi est le plus souvent minime et de courte durée. Les *cas abortifs* peuvent au début présenter des températures élevées, mais qui tombent rapidement. En cas d'issue funeste, la chaleur s'élève quelquefois avant la mort à des degrés hyperpyrétiques (42° à 43°). Dans les formes graves qui se terminent favorablement, la fièvre s'éteint sous forme lytique irrégulière. Éventuellement les autres phénomènes méningitiques persistent beaucoup plus longtemps que la fièvre.

Il est impossible de donner une analyse complète de toutes les formes, de toutes les modalités phénoménales et marches différentes de cette maladie. Ses formes principales ont été signalées plus haut, mais ce ne sont là que des types, qui en réalité se fondent l'un dans l'autre, sans ligne de démarcation nette. Un signe caractéristique de la méningite épidémique, c'est précisément la marche fluctuante et capricieuse de la plupart des cas de longue durée. On assiste même à des intermissions complètes et prolongées de tout l'appareil symptomatique, de sorte qu'une exacerbation nouvelle peut être qualifiée de *récidive*.

Les cas graves, après leur décours, laissent d'ordinaire derrière eux des *maladies consécutives*. Ce sont le plus souvent des *troubles persistants de l'audition* par suite des affections susmentionnées du labyrinthe et de l'oreille moyenne. Chez les petits enfants la perte de l'ouïe peut entraîner la surdi-mutité. Comme reliquats d'une méningite terminée on a encore

observé des *troubles de la vision* dus à des affections de la rétine, à l'atrophie du nerf optique ou à des opacités de la cornée, etc. Parfois la méningite laisse après elle des *désordres nerveux* graves. Ils peuvent dépendre d'une *hydrocéphalie chronique* qui a persisté. Cette dernière se traduit par de la céphalalgie, des absences momentanées ou même des convulsions, la faiblesse intellectuelle, l'affaiblissement des extrémités, etc. D'autres fois il reste des troubles localisés qui sont sous la dépendance d'altérations circonscrites plus profondes de la substance du cerveau et de la moëlle, de l'hémiplégie, de la paraplégie, de l'aphasie, etc. Beaucoup de ces lésions peuvent se réparer lentement; plusieurs au contraire ne sont plus susceptibles de guérison.

Le **diagnostic** de la méningite cérébro-spinale n'est pas difficile dans les cas prononcés, surtout quand, en présence d'une épidémie, l'attention est appelée sur cette maladie. Le diagnostic est moins aisé dans les cas sporadiques, spécialement quand des malades déjà gravement atteints, sont livrés à l'observation médicale sans renseignements anamnestiques. Les points les plus importants pour le diagnostic sont : le *début aigu* de la maladie, l'invasion rapide des *symptômes cérébraux*, les *douleurs* caractéristiques de la tête et du rachis, la *raideur de la nuque* et l'*herpes labial*.

Si l'on se trouve en face de signes méningitiques manifestes, il s'agit de distinguer si l'on a affaire à une méningite épidémique primitive, ou à une méningite secondaire ou propagée. A ce dernier point de vue, il importe d'examiner minutieusement les oreilles des malades, puisque la méningite purulente peut, comme on sait, faire suite à des affections chroniques de l'oreille moyenne. La distinction d'avec la *méningite tuberculeuse* peut également présenter de sérieuses difficultés. Ici il faut surtout tenir compte des divers éléments qui parlent en faveur de la tuberculose en général; l'ensemble de l'habitus, l'hérédité, une pleurésie antérieure, des altérations appréciables des poumons, des maladies scrofuleuses des os ou des articulations et ainsi de suite. L'existence de l'*herpes* plaide toujours en faveur de la méningite épidémique, puisqu'il ne se montre qu'exceptionnellement dans les autres formes de la méningite. Souvent aussi on a de la peine à distinguer la méningite d'autres maladies infectieuses aiguës graves, par exemple, d'un mauvais *typhus*, des *affections septiques*, etc. C'est seulement l'appréciation rigoureuse de toutes les circonstances qui peut conduire à un diagnostic correct.

Mentionnons encore, en cet endroit, les *méningites secondaires* qui, précisément *en temps d'épidémie*, peuvent assez souvent venir compliquer d'autres maladies aiguës. C'est ainsi qu'on a noté à diverses reprises la *combinaison*

de la *pneumonie croupale avec la méningite purulente*. Il est difficile pourtant de décider si cette méningite secondaire doit, sous le rapport étiologique, être réellement identifiée avec la méningite épidémique. Ce diagnostic ne laisse pas que d'être difficile et ne peut être posé qu'avec une certaine probabilité. De même dans d'autres maladies aiguës (*typhus*, *rhumatisme articulaire*), « le génie épidémique » pendant le règne d'une épidémie de méningite, se révèle en ce sens que ces maladies paraissent se compliquer, plus souvent que dans les circonstances ordinaires, de symptômes méningitiques. Cependant le vrai lien étiologique qui existe entre ces symptômes et la méningite épidémique n'a pas encore été clairement démontré.

Le **pronostic** de la méningite épidémique se règle surtout d'après la gravité des symptômes cérébraux. Pourtant, dans les cas envisagés comme légers, et même dans les premiers temps d'une convalescence apparente, il faut qu'on soit réservé dans son jugement, attendu que la maladie prend souvent, bien tardivement encore, une mauvaise tournure. La mortalité est en général de 30 à 40 % des cas, parmi lesquels il ne faut pas compter une série de cas très bénins.

Le **traitement** est purement symptomatique, puisque nous ne connaissons pas de remède spécifique contre la méningite. Les *applications froides* sont le mieux indiquées. Des vessies de glace sur la tête, à la nuque, et si faire se peut, des boyaux de caoutchouc à la glace, placés le long de la colonne vertébrale, sont bien supportés par la plupart des malades et ont une action palliative marquée. L'influence avantageuse de *soustractions sanguines locales* (sangsues derrière les oreilles, ventouses scarifiées à la nuque et le long de la colonne) est indéniable, quelque difficulté qu'on ait à l'expliquer. On emploie souvent l'*onguent mercuriel gris*, localement ou en friction selon la méthode habituelle. Son utilité est douteuse. D'un autre côté, l'usage des *narcotiques* est très recommandable, principalement celui des piqûres de morphine. Ils calment les souffrances et procurent souvent au malade agité et délirant, du repos et du sommeil. Le chloral et le bromure de potassium peuvent également être usités à l'occasion. Comme médicament interne, on prescrit souvent de l'*iodure de potassium* (à la dose de 1 ½ gramme à 2 grammes par jour) en se fiant à ses propriétés « résolutes », notamment dans les cas à marche retardante.

La *fièvre* ne demande aucun remède particulier. La *quinine* n'a pas d'effet durable dans les cas intermittents. L'*antipyrine* est mieux supportée et a parfois sur les manifestations nerveuses une action calmante. Les *bains*, à raison des ébranlements qui en sont inséparables, sont le plus sou-

vent pénibles et désagréables pour les malades, de sorte qu'on les emploie rarement, au moins dans les stades les plus aigus. Dans les périodes avancées les bains chauds sont souvent utiles. Les complications locales (affections des yeux et des oreilles) réclament un traitement particulier. L'acide salicylique nous a paru de quelque utilité dans les gonflements articulaires concomitants.

CHAPITRE SEIZIÈME.

MALADIES SEPTIQUES ET PYÉMIQUES.

(Septicopyémie spontanée ou cryptogénétique.)

Si les processus septiques et pyémiques qui viennent compliquer les grandes plaies et les opérations chirurgicales appartiennent au domaine de la chirurgie, il peut se déclarer chez des personnes en possession jusque-là d'une bonne santé apparente, des affections similaires qui se présentent sous l'image d'une infection aiguë, excessivement grave et le plus souvent mortelle. L'appréciation de cas semblables est fréquemment, du vivant du malade, l'origine de grandes difficultés pour le diagnostic. Nous espérons faire le mieux comprendre ces formes morbides, si intéressantes et si importantes au point de vue clinique, en prenant pour point de départ les données anatomiques et en y rattachant ensuite la question de l'étiologie de la maladie et l'exposé de sa marche clinique.

Anatomie pathologique et étiologie. Le caractère prédominant de l'état anatomique dans les maladies de cette nature, consiste en ce que ce n'est jamais un seul organe qui est exclusivement atteint, mais qu'on rencontre dans plusieurs organes et même souvent dans presque tous, de nombreux foyers morbides circonscrits. Ceux-ci sont formés de préférence, soit par des abcès multiples, soit par une foule d'hémorragies limitées, ou par la combinaison des deux. Les abcès se trouvent surtout dans les poumons, les reins, le foie, la rate, les muscles, le tissu du cœur, le cerveau, la glande thyroïde, etc. Outre les abcès, on rencontre aussi des inflammations purulentes plus étendues, principalement des arthrites purulentes, puis la pleurésie suppurée, la méningite et des processus purulents dans l'œil (la choroidite purulente, la panophtalmite, les suppurations du corps vitré). Les hémorragies s'observent surtout dans l'enveloppe cutanée, dans les séreuses (péricarde, plèvre), dans la rétine, la conjonctive, le cerveau, les bassinets du rein, etc. A part ces abcès et ces hémorragies multi-

ples, il est une autre affection qui semble fréquemment occuper le centre de la sphère morbide : c'est l'endocardite ulcéreuse aiguë (voyez ci-dessous le chapitre qui s'y rapporte) qui a son siège habituel à la valvule mitrale, plus rarement aux valvules aortiques, et exceptionnellement aux valvules du cœur droit. Finalement on constate encore dans le cadavre une série d'altérations propres à toutes les grandes maladies infectieuses générales, comme la tumeur aiguë de la rate, « l'engorgement trouble » du foie, des reins, etc., la dessiccation et la coloration rouge sombre de l'appareil musculaire, et ainsi de suite.

En examinant dans son ensemble ce tableau anatomique, on voit à toute évidence qu'il traduit une influence nocive qui a imprégné l'organisme tout entier et qu'on peut dans presque tous les cas rapporter avec une entière certitude, à l'invasion de bactéries. C'est grâce à ces dernières que l'unité étiologique de beaucoup de formes morbides a été établie, lesquelles jusqu'alors, eu égard à la prédominance d'altérations anatomiques les plus diverses (endocardite, ostéomyélite, phlegmons musculaires, etc.) étaient considérées comme des maladies parfaitement dissemblables. Généralement les micrococci se rencontrent aussi bien dans les dépôts endocarditiques qu'au centre des nombreux petits foyers inflammatoires situés dans la profondeur des organes, où ils bouchent d'ordinaire complètement un vaisseau de petit calibre (embolies de micrococci). Or, tandis que les grands foyers inflammatoires visibles à l'œil nu sont habituellement de nature purulente, et forment par conséquent des abcès plus ou moins grands, le microscope découvre souvent, dans la plupart des organes internes, de très petits foyers sans noyau (nécroses de coagulation), qui sont parfois combinés avec des épanchements hémorragiques et entourés déjà d'une zone de réaction inflammatoire. Cette mortification de tissu est probablement le premier résultat produit par les bactéries. Le motif pour lequel les bactéries provoquent tantôt la nécrose du tissu, tantôt la suppuration et quelquefois des hémorragies, est inconnu. L'état de choses, en ces circonstances, est passablement complexe, étant donné qu'il n'y a pas seulement à considérer les qualités particulières à chaque sorte de bactéries (v. plus loin), mais qu'il y a lieu de distinguer en outre entre les effets immédiats des microorganismes mêmes et l'action des poisons chimiques (« toxines ») qu'ils engendrent. La suppuration en elle-même paraît toujours dépendre de la présence des bactéries, tandis que d'autre part les hémorragies sont probablement le fait d'un poison purement chimique. D'après la terminologie régnante on désigne la formation d'abcès multiples du nom de pyémie, tandis que les cas marqués par des hémorragies seulement et des foyers