

lit sur une brique par exemple. Laisser le malade dans cette situation pendant 5 à 6 heures. S'il a du délire, ou présente de l'agitation, ne lui permettant pas de la conserver, faire sans hésitation une injection de morphine.

d) "Quelle quantité de sérum faut-il injecter" ?— Elle varie suivant l'âge du malade et la gravité du mal.

Pour un enfant de moins de deux ans, 10 à 15 cc.

Pour un enfant plus âgé, 15 à 20 c.c.

Pour un adulte, 20, 30, 40 c.c.

Les doses doivent être d'autant plus élevées que le cas est plus grave.

Les injections doivent être renouvelées pendant 2,3 et même 4 jours consécutifs, même si l'amélioration est manifeste, pour éviter les retours offensifs.

... Cette manière de procéder a d'autant plus de raison d'être si l'amélioration n'est que légère ou même n'existe pas.

L'appréciation de l'amélioration doit porter non seulement sur les symptômes méningitiques eux-mêmes, mais aussi sur l'état général. Un sujet chez lequel les troubles méningés disparaissent, mais qui garde un mauvais état général, doit subir de nouvelles injections.

Les rechutes, s'il en advient, seront traitées d'une façon identique.

L'action du sérum est d'autant plus efficace et rapide qu'il est injecté à une période plus rapprochée du début de la maladie. Aussi le "diagnostic" demande-t-il à être établi d'une façon précoce. ...

Les résultats de la ponction lombaire constituent presque le critérium de ce diagnostic ; un malade présen-

tant, avec des symptômes méningés, un liquide céphalo-rachidien purulent ou seulement louche, doit être considéré comme atteint de méningite cérébro-spinale.

Mais toute méningite cérébro-spinale n'est pas produite par le méningocoque de Wiechselbaum ; d'autres causes peuvent l'engendrer. Pour établir le diagnostic d'une façon ferme, un examen bactériologique est nécessaire.

Il serait toutefois imprudent d'attendre les résultats de ce dernier pour faire bénéficier le sujet d'une sérothérapie si efficace (en certain cas, une attente de quelques heures peut lui être très préjudiciable) ; avant d'avoir la preuve bactériologique, il faut donc traiter au plus tôt par le sérum.

En d'autres termes, devant un malade suspect ou avéré, faire une ponction lombaire, et si le liquide est trouble, ou simplement opalescent, pratiquer de suite une injection de sérum. Faire l'examen bactériologique, ou le faire faire par le laboratoire le plus voisin.

En attendant la réponse, continuer le traitement sérothérapique.

Le laboratoire répond : il s'agit d'une méningite à pneumocoque, à streptocoque, etc. On peut cesser les injections de sérum, qui seraient inefficaces.

Le laboratoire n'a décelé aucun germe, par l'examen direct ou la culture : en ce cas, qui se présente même si le méningocoque est en cause, il est prudent de continuer à traiter le malade par le sérum jusqu'à sa guérison.

R. G.-J.

NOTES THERAPEUTIQUES

Les méningites cérébro-spinales et leur traitement

Dans un précédent numéro, nous rapportions quelques communications récentes sur le sujet. A l'une de ses dernières séances, la Soc. Médicale des hôpitaux de Paris vient encore de s'en entretenir. Voici résumées les principales communications.

MM. Barbier et Vaucher rapportent 10 observations de méningites cérébro-spinales.

Trois cas antérieurs à la sérothérapie ont eu une évolution grave : longue durée, arthrites suppurées, péricardites, septicémie à méningocoques. Une seule a guéri et conserve comme séquelle une surdité complète.

Les sept autres observations se rapportent à des cas traités par le sérum antiméningococcique. Les guérisons se firent dans tous les cas. Parfois, rechutes légères qui cèdent à une nouvelle injection intrarachidienne. Une malade meurt, non pas de la méningite cérébro-spinale, mais d'un érysipèle ultérieur.

M. Netter, qui possède actuellement 88 observations de méningites cérébro-spinales, insiste sur le caractère

exceptionnel des séquelles. Il a observé un cas de surdité, mais cette surdité s'améliora dans la suite. Quant aux arthropathies, elles atteignent la proportion de 3-48. Il est nécessaire, si l'on veut éviter les rechutes légères, observées par M. Barbier, de répéter les injections tous les jours.

M. Claisse a observé une méningite aiguë cérébro-spinale dont le liquide céphalo-rachidien était clair et ne contenait que quelques lymphocytes. (On sait que généralement le liquide céphalo-rachidien est trouble et contient des polynucléaires.) La mort survint le lendemain ; les lésions méningées étaient minimes et contenaient du méningocoque.

Ces liquides céphalo-rachidiens clairs et lymphocytaires ne sont pas rares, ajoute M. Netter, quand on observe les méningites dès le début ; c'était le cas chez les trois malades de M. Netter. M. Dopfer a même vu des méningites à méningocoques dont le liquide restait clair durant toute l'évolution clinique. M. Vincent rapporte un fait analogue ; dans des cas semblables, la précipitation peut aider au diagnostic.

M. Widal fait néanmoins remarquer que ces faits de