

comme à Genève, à Glasgow, à Paris, à Gibraltar, à Aigues-Mortes, à Montgomery; ou dans de simples villages, comme près de Naples, dans les Landes, à Bannost, à Saint-Vénérand, à Burzen près Neustethn, etc.

La majorité de ces contrées est placée ou sur le bord de la mer, ou sur un grand fleuve, ou au confluent de rivières de moindre importance, ou sur un lac, ou dans des lieux marécageux (Landes, Aigues-Mortes, etc.). Tantôt la maladie a commencé à la campagne pour arriver en ville, comme à Genève; tantôt elle est née en ville pour se répandre aux environs, comme à Montgomery, ville située sur une flexuosité de l'Alabama soumise à des débordements annuels, et entourée de montagnes disposées en amphithéâtre. Ces conditions locales sont en général favorables à la persistance de l'humidité.

d. — Influences atmosphériques constatées avant l'invasion des épidémies. — On ne connaît rien de précis à cet égard. On a accusé l'humidité des années précédentes (Lespès), la longueur des hivers (Vieussens), la fréquence des brouillards (Porral); mais d'autres fois on n'a pu reconnaître aucune modification importante dans l'état atmosphérique des années précédentes, par exemple à Strasbourg (Tourdes), à Philippeville (Chayron), à Toulon (Giraud), etc.

e. — Saisons pendant lesquelles les épidémies se sont manifestées. — Le début des épidémies a été généralement facile à établir. Il a eu lieu :

En janvier, neuf fois (Genève, Landes, Rochefort, Toulon, Strasbourg (civils), Avignon, Dublin, Nantes, Philippeville).

En février, huit fois (Grenoble, Versailles, Selestat, Bannost, Douera, Toulon, Lyon, Montgomery).

En mars, trois fois (Bayonne, Laval, Cambrai).

En avril, trois fois (Foix, Nancy, Lille).

En mai, deux fois (Bordeaux, Nîmes).

En juin, une fois (Saint-Étienne).

En juillet et août, zéro.

En septembre, une fois (Dijon).

En octobre, deux fois (Strasbourg (militaires), Perpignan).

En novembre, trois fois (Metz 1839, Aigues-Mortes, Saint-Hippolyte-du-Fort).

En décembre, 10 fois (Rochefort, provinces napolitaines, Poitiers, Alger, Lyon, Orléans, Petit-Bourg, Metz 1847, Paris 1847, Bordeaux 1867).

Ainsi les trois mois les plus froids de l'année, décembre, janvier et février, ont donné vingt-six invasions et les neuf autres mois n'en ont fourni que quinze.

Par contre, les épidémies ont cessé :

En janvier, zéro.

En février, une fois (Poitiers).

En mars, quatre fois (Lyon, Aigues-Mortes, Metz, Laval).

En avril, cinq fois (Toulon, Paris, Perpignan, Orléans, Montgomery).

En mai, trois fois (Grenoble, Strasbourg (militaires), Bannost).

En juin, deux fois (Lille, Versailles).

En juillet, deux fois (Nîmes, Cambrai).

En août, zéro.

En septembre, une fois (Nancy).

En octobre, une fois (Saint-Étienne).

En novembre et décembre, zéro.

Cette différence est fort remarquable; et sans pouvoir dire que l'hiver est l'une des causes les plus constantes de l'irruption épidémique, on doit le regarder comme ayant une action fréquente et réelle.

f. — Influence du refroidissement sur la production de la méningite épidémique. — Indépendamment de l'influence générale de la saison, il y a lieu de noter les effets d'un refroidissement accidentel de l'atmosphère. Or, on a vu la manifestation première ou l'augmentation des épidémies suivre de près un changement brusque de température, passage du

chaud au froid, exposition à la pluie, à la neige, etc. (Faure-Villar, Maillot, Tourdes, Magail, Mouchet, Falot, Mahot.)

g. — Influence des altérations de l'air atmosphérique sur la production des épidémies. — On a vivement accusé l'altération de l'air des casernes, comme résultant de l'encombrement des individus dans des espaces insuffisants.

L'insalubrité pouvait résulter ou de ce que les lieux habités étaient déjà mal aérés, obscurs, humides, ou de ce qu'ils avaient reçu un trop grand nombre d'individus, comme dans les casernes remplies de nouvelles recrues.

Ces causes de viciation de l'air ont été signalées à Versailles, à Strasbourg, à Orléans, à Perpignan.

Mais dans d'autres épidémies, il a été constaté que les garnisons étaient logées de la manière la plus salubre, comme à Metz (Laveran), à Lille (Maillot), à Lyon (Chapuy), à Saint-Étienne (Poggioli). Lors de l'épidémie de Petit-Bourg, on ne put accuser le mauvais état des bâtiments du Pénitencier. Durant l'épidémie de Paris, les casernes étaient très encombrées; cependant, elles ne fournirent en tout que trois malades, tandis qu'il en provenait un grand nombre des autres casernes plus spacieuses et mieux aérées (Michel Lévy).

D'ailleurs, l'encombrement a été fréquent dans les prisons ou autres lieux à certaines époques, et surtout par suite de révolutions ou de délits politiques; or, la méningite cérébro-rachidienne ne s'y est pas produite.

Lorsque cette maladie a pris naissance dans quelques petites villes ou à la campagne, il n'a été possible d'accuser ni l'accumulation extraordinaire des individus, ni l'altération momentanée de l'air par toute autre cause locale.

Aussi, tout en admettant que l'insalubrité des casernes et leur insuffisance ont pu contribuer à la production de quelques épidémies, est-on obligé de restreindre considérablement la valeur de cette cause, et même d'en constater la nullité en beaucoup de lieux.

h. — Conditions physiologiques qui disposent à la méningite épidémique. — (Age). C'est surtout parmi les jeunes militaires de vingt à vingt-six ans qu'on a observé cette maladie. Dans la population civile, c'est au dessous de cet âge qu'elle a choisi le plus grand nombre de fois ses victimes; ainsi, à Genève, c'étaient principalement les enfants et les jeunes gens qui étaient affectés; de même, à Bannost, à Petit-Bourg, à Gibraltar, à Dublin, et récemment en Allemagne, etc. Dans les villes où la population civile a été atteinte par l'épidémie qui sévissait sur la garnison, comme à Strasbourg et à Sélestat, c'étaient les individus jeunes qui paraissaient le plus disposés à en subir l'influence. M. Tourdes a compté 54 cas chez des individus âgés d'un an à vingt-un ans, et seulement 36 chez ceux de vingt-un à soixante-dix ans. A Toulon, sur 44 individus de la population civile qui furent affectés, il y avait 5 enfants de trois à onze ans. Pas un sujet n'avait plus de vingt-cinq ans. A Montgomery, où les deux races furent atteintes, les blancs offrirent une plus uniforme distribution des cas selon les âges, tandis que, parmi les nègres, le plus grand nombre des malades avaient de dix à trente ans. Récemment à Einbeck, en Hanovre, c'est sur les enfants que l'épidémie a fait le plus de victimes; il en a été de même à Neustethn, les malades avaient la plupart de six mois à sept ans. Partout, après cinquante ans, les cas devenaient de plus en plus rares.

(Sexe). Le sexe masculin a été en général plus affecté que le sexe féminin. Ce sont, en effet, les garnisons qui ont été leur foyer le plus ordinaire. On les a vues naître aussi dans le bagne de Rochefort, dans le pénitencier de Petit-Bourg composé de sujets du même sexe; mais en dehors de ces conditions spéciales, et dans la population civile, on a encore vu le sexe masculin dominer. A Dublin, c'étaient presque exclusivement les jeunes garçons qui étaient atteints. Dans la ville de Rochefort, sur 76 malades, il y eut 59 hommes et 17 femmes; à Strasbourg, le sexe masculin l'a également emporté; mais à Gibraltar, il y a eu à peu près équilibre.

Enfin, à Montgomery, parmi les nègres, ce sont les mâles qui l'ont emporté, et, parmi les blancs, ce sont les personnes du sexe féminin.

De tout ce qui précède, on doit inférer que la méningite épidémique affecte de préférence les individus du sexe masculin.

(Constitution). Partout on a fait la remarque que les épidémies atteignaient de préférence les sujets forts, sanguins, doués d'embonpoint. Cependant, les individus faibles et lymphatiques n'en sont pas à l'abri. D'après Forget, M. Tourdes, M. Michel Lévy, ils peuvent compter à peu près pour un quart ou un tiers.

i. — Professions et conditions hygiéniques communes disposant à la méningite épidémique. — Il est évident, par tous les renseignements qui précèdent, que l'état militaire dispose à contracter la méningite cérébro-spinale; mais ce n'est pas d'une manière absolue. Ainsi, les officiers, les sous-officiers, les vieux soldats, en sont bien rarement atteints, tandis que les nouvelles recrues ont fourni le plus ample tribut à la maladie.

Dans la population civile, la méningite a pu, par exception, atteindre des personnes aisées; mais ordinairement c'était la classe pauvre qui fournissait le principal contingent.

A Aigues-Mortes, où la maladie ne provenait nullement de la garnison, les individus affectés purent être répartis de la manière suivante : artisans, 18; pêcheurs, 14; travailleurs possédant quelque chose, 24; journaliers sans ressources, 48; douaniers, 16. Pas un riche ne fut atteint (Schilizzi). Il en a été de même en beaucoup d'autres pays (Strasbourg, Rochefort, Genève, etc.). A Gibraltar, c'étaient surtout de pauvres Portugais qui tombaient malades; à Philippeville, c'étaient les portefaix maltais.

En Algérie, les juifs ont partagé l'immunité des riches (Boudin).

Comment concilier ces résultats contradictoires : d'un côté, les constitutions fortes favorisant chez les militaires la production de la méningite, et, de l'autre, la misère avec ses nombreuses causes de débilitation, y disposant dans la population civile? Peut-être en trouvera-t-on l'explication dans les considérations suivantes :

k. — Excès et fatigues comme causes occasionnelles de la méningite cérébro-spinale. — Le jeune soldat qui arrive au corps a souvent fait des marches forcées; il éprouve un vif chagrin d'avoir quitté sa famille; plus ordinairement, ayant quelque argent, il s'est livré à des excès de boisson ou de femmes. Les militaires le mieux constitués sont, en général aussi, ceux qui abusent le plus de leur santé.

Dans la population civile, les plus pauvres négligent généralement les règles de l'hygiène, et dès qu'ils en ont le moyen, ils se dédommagent de leurs privations habituelles par des accès d'intempérance.

Parmi les faits cités par M. Tourdes, il s'en trouve seize dans lesquels on a pu noter des excès de boisson. En 1848, les gardes mobiles, formées en grande partie d'ouvriers sans travail et touchant une assez bonne paie, s'abandonnèrent brusquement à l'abus des alcooliques; de là, leur disposition à recevoir l'influence épidémique (Michel Lévy).

Les fatigues coïncidant avec les écarts de régime sont une cause puissante de maladie. Ainsi, les recrues ne peuvent sans peine contracter l'habitude du maniement des armes. Les vieux soldats fatiguent moins que les jeunes. Les soldats fatiguent plus que les sous-officiers et les officiers; et dans le civil, c'est aux plus pauvres que sont dévolus les travaux les plus pénibles.

Mais ces conditions n'ont rien d'absolu, puisque de jeunes enfants, qui n'ont aucune occupation fatigante et qui n'abusent point de spiritueux, sont fort enclins à contracter la méningite cérébro-rachidienne. D'autres circonstances doivent donc être mises en ligne de compte, et telles sont

infailliblement la prédominance naturelle du système nerveux et la disposition aux maladies irritatives de l'encéphale qui sont si prononcées pendant toute la durée de l'enfance.

I. — Développement et marche ordinaire des épidémies. — Les épidémies débutent quelquefois par des cas très graves, et acquièrent de suite une intensité fort grande, qu'elles conservent jusqu'à leur terminaison (Lyon, Orléans, Versailles).

D'autres fois, elles sont constituées d'abord par des cas assez rares qui semblent isolés; elles n'augmentent que par degrés, et alors tout à coup montrent une gravité effrayante.

Cette augmentation rapide peut résulter d'un changement de température ou de l'arrivée de nouveaux sujets aptes à devenir la proie de l'épidémie.

Plusieurs fois celle-ci, après un certain temps d'existence, a interrompu son cours pendant deux, trois ou six mois, pour le reprendre avec une nouvelle violence. Elle a pu présenter aussi des espèces d'intermittences ou de remittences de plus courte durée.

Dans certaines localités où il existait des casernes distinctes, on a vu l'épidémie passer successivement de l'une à l'autre dans des directions qui semblaient assez régulières (Alger, 1847). L'évacuation d'une caserne a pu suspendre momentanément l'épidémie, mais non l'arrêter définitivement (Versailles).

La durée totale d'une épidémie a été très variable : deux, trois et quatre mois; sept (Nancy), douze (Laval), quatorze (Strasbourg), seize (Metz, 1847) et dix-sept mois (Paris, 1848).

On avait pu remarquer que les épidémies étaient moins meurtrières à leur terminaison qu'à leur commencement ⁽¹⁾, comme cela a lieu pour le choléra. Mais cette règle a souffert pour la méningite de notables exceptions (Stras-

⁽¹⁾ Casimir Broussais, *Mémoires de Médecine militaire*, 1843, t. LIV, p. 84.

bourg, etc.). La terminaison s'est souvent opérée d'une manière brusque.

m. — Propagation des épidémies. — Une épidémie peut, pendant sa durée, demeurer limitée aux locaux où elle est née, ne pas franchir la caserne où elle sévit, respecter les corps voisins ou la population civile environnante (Bordeaux, Versailles, Lyon, etc.), ou bien elle s'étend à la ville (Rochefort, Strasbourg, Selestat, Philippeville, Avignon, Nancy, Poitiers, etc.), ou même elle s'irradie à plusieurs kilomètres (Strasbourg, Montgomery).

Comment s'opère cette extension ou cette propagation? Les individus nouvellement affectés cèdent-ils à l'influence commune, atmosphérique, miasmatique ou autre, ou bien ont-ils reçu le contact d'une émanation spéciale, ont-ils été soumis à une contagion quelconque?

Tous les médecins savent combien est difficile et a été de fois débattue la question de la contagion d'un certain nombre de maladies épidémiques. La méningite n'a pas échappé à ce besoin d'examen et de discussion.

La plupart des observateurs n'ont vu, dans la manifestation et les progrès de cette grave affection, qu'une simple épidémie dépourvue de propriété contagieuse; tels sont Comte, Faure-Villar, Forget, Tourdes, Ferrus et beaucoup d'autres; tandis que Boudin a soutenu la thèse contraire ⁽¹⁾. Pesons ses raisons.

1° On a vu, dans les salles contenant des individus atteints de méningite, d'autres malades offrir des symptômes de cette affection et succomber; des infirmiers, des sœurs, des médecins et chirurgiens contracter la même maladie.

Mais d'abord ces faits sont fort rares; on pourrait aisément les compter. Ils se sont produits à Versailles (Faure-Villar, p. 7), à Metz, à Grenoble, à Avignon, et toujours en petit nombre. Mais les malades qui ont éprouvé la ménin-

⁽¹⁾ *Archives*, 1849, 4^e série, t. XX, p. 447.

gite pendant leur séjour à l'hôpital en avaient peut-être déjà le germe. Les infirmiers qui, à Metz, ont été atteints n'étaient pas ceux de la clinique interne (Peridon). A Avignon, outre une sœur et un infirmier, il y a une lingère qui n'a pas eu de rapport direct avec les malades. L'idée ne vint à personne qu'il y ait eu contagion. A Toulon, à Orléans, des femmes ayant des relations avec des militaires sont atteintes et meurent; mais ces militaires n'étaient et n'avaient pas été malades. Lorsque divers individus sont soumis aux mêmes influences, ils peuvent y céder tour à tour; ainsi, à Lyon, un soldat porte à l'hôpital un de ses camarades déjà frappé; il revenait gai et très valide, lorsque, à peine rentré à la caserne, il tombe sans connaissance et bientôt succombe. Où a-t-il pris le principe de sa maladie? Serait-ce le camarade qui le lui aurait communiqué, ou ne l'auraient-ils pas plutôt puisé tous les deux à la même source, seulement ce germe s'était développé chez l'un un jour avant chez l'autre?

On a vu à Selestat, à Orléans, à Metz, à Aigues-Mortes, des membres de la même famille, surtout des frères et des sœurs, être atteints par l'épidémie; mais ils l'étaient presque toujours en même temps, sans qu'on ait pu attribuer à l'un l'infection de l'autre. En somme, les faits de communication présumée sont peu nombreux, et il n'y en a pas de péremptoirs.

2° La méningite s'est propagée dans la population civile. N'est-ce pas une preuve de sa propriété contagieuse? Je ne conteste pas la force de cet argument. Je fais seulement observer qu'à Strasbourg l'épidémie de la garnison et celle de la ville ne se sont pas confondues; c'étaient comme deux maladies distinctes, l'une ayant remplacé l'autre. A Rochefort, la séparation a été plus tranchée: la garnison d'abord, puis le bague et la ville. Comment le bague, parfaitement isolé, a-t-il été infecté? Et comment à Lyon, où la maladie a été très meurtrière, et dans plusieurs autres localités, n'a-t-elle pas dépassé les casernes et l'hôpital? Il est certain que souvent l'épidémie est restée simplement militaire, ou

bien purement civile, comme à Aigues-Mortes, malgré la proximité de la garnison.

3° On a noté des cas où l'isolement a mis un obstacle à la transmission de la maladie, comme au pénitencier de Petit-Bourg, au bague de Toulon (1854); mais on vient de voir que de pareilles barrières n'ont pas été infranchissables à Rochefort et ailleurs.

4° La maladie a semblé quelquefois se localiser dans un régiment, une caserne, une chambrée, comme le ferait une maladie réellement contagieuse. Cela a eu lieu dans certaines localités, mais non en toutes. On conviendra qu'il y a bien plus de rapports entre les militaires d'une même garnison qu'entre la garnison et les habitants de la ville; cependant on a admis la transmissibilité à ceux-ci.

5° Un régiment ayant perdu un certain nombre de sujets de la méningite, étant envoyé dans une autre ville, y porte cette maladie. Les épidémies de Selestat, de Dijon, de Bourges, l'attestent. Le 18^e de ligne venait de Rochefort, quand il se rendit à Versailles; mais dans cette dernière ville le plus grand nombre des malades fut fourni par les recrues, qui venaient de leur pays et non de Rochefort. On a attribué l'importation à Metz, en 1847, au 2^e régiment d'artillerie, et cependant les premiers malades furent fournis par le 1^{er} bataillon de chasseurs à pied, le 1^{er} du génie et le 13^e d'artillerie. A Paris, en 1848, les malades ne provenaient pas d'un corps unique qui aurait été le foyer de la contagion, mais de vingt-deux régiments, et surtout des gardes mobiles, qui provenaient de la population civile non atteinte alors.

Boudin a essayé de découvrir la trace des épidémies, en suivant les pas des divers corps de troupes se portant d'une garnison à une autre; mais souvent il se trouve des lacunes, c'est à dire des silences de plusieurs mois ou de plusieurs années. La continuité était donc détruite.

Pour établir et faire admettre une proposition, il importe que les bases en soient nombreuses et bien justifiées. Or

ici, alors que quelques faits semblent probants, d'autres laissent planer beaucoup d'incertitudes. Si la méningite cérébro-spinale est contagieuse, ce n'est que sous certaines conditions encore peu connues et dans des limites assez restreintes.

Il est positif qu'on ne peut déclarer essentiellement contagieuse une maladie qui apparaît pendant deux mois dans une localité et disparaît sans y laisser de germes, qui se borne à très peu de personnes, malgré son intensité ou ses contacts multipliés; qui naît en même temps dans des lieux différents, très éloignés et sans communication aucune; qui enfin s'est développée dans des villages ou dans de petites villes, sans aucun contact de troupes, sans agglomération extraordinaire d'individus, et sans provenance morbide quelconque.

Boudin a rapproché la méningite cérébro-spinale du typhus, et comme ce dernier est contagieux, il n'a pas balancé à donner à celle-là la même propriété. Mais cette affirmation sur la nature identique ou même analogue de ces maladies est très hasardée, et avant d'y trouver une preuve, il faudrait que cette question préalable fût résolue. Or, on peut assurer que le point de départ et le mode d'extension de la méningite et du typhus diffèrent essentiellement.

II. — Histoire clinique de la méningite cérébro-spinale épidémique.

a. — Prodromes. — La maladie saisit le plus souvent au milieu de la meilleure santé; mais elle a parfois commencé par quelques phénomènes prodromiques dont la durée a pu n'être que de quelques heures ou d'un, deux ou trois jours, ou s'étendre jusqu'à sept jours (Ames).

Le plus ordinaire de ces phénomènes est une douleur de tête parfois propagée à l'épine du dos et aux membres, avec sentiment de faiblesse, d'engourdissement; dans quelques cas, vertiges, affaiblissement de la vue. Cet état n'oblige

pas le malade à interrompre ses occupations. D'autres fois, les prodromes ont plus de gravité. Il y a des nausées, des vomissements ou des frissons, un grand malaise, de l'insomnie, etc.

b. — Invasion. — L'invasion a été souvent subite. Le malade a été frappé dans la rue ou au milieu de ses travaux, le soldat à l'exercice, en faction ou pendant le repas. On a vu souvent aussi la maladie débiter pendant la nuit.

L'invasion a ressemblé quelquefois à celle d'un accès de fièvre; c'étaient des frissons, avec courbature, stupeur, faiblesse, mais sans tremblement ni froid très vif (Michel Lévy, Ames).

Elle a été marquée d'autres fois par un étouffement subit (Chauffard), par une forte oppression à l'épigastre (de Renzi).

Dans d'autres cas, la maladie a débuté par une céphalalgie subite, des douleurs lombaires, des douleurs aux extrémités des membres, aux doigts, aux orteils (Lespès), ou par un fourmillement aux pieds et un sentiment douloureux à toute la surface du corps, comme si on l'eût arrosé avec des gouttes d'eau bouillante (épidémie des provinces napolitaines).

Les malades ont quelquefois perdu connaissance immédiatement, manifestant néanmoins une vive excitabilité sous l'influence des divers stimulants (Tourdes).

Enfin, le coma peut être immédiat et prolongé; le collapsus profond, avec décomposition subite des traits de la face (épidémie de Genève), refroidissement des membres, teinte livide, bleuâtre, comme à l'invasion du choléra (Mayne).

Ces phénomènes, quelle que soit leur forme, marquent d'une manière très sensible l'invasion de la méningite, qui ne tarde pas à se caractériser.

c. — Symptômes. — Parmi les divers symptômes de la méningite cérébro-spinale épidémique, l'un des premiers et

des plus constants est une céphalalgie intense, quelquefois occupant toute la tête, d'autres fois plus vive et lancinante au front, aux tempes ou à l'occiput, augmentant par le bruit, par l'impression de la lumière, par un mouvement, arrachant parfois des cris ou des plaintes.

Souvent aussi, dès le début, se manifeste une douleur plus ou moins forte à la nuque, au dos ou aux lombes. Cette rachialgie augmente par les mouvements du tronc, quelquefois par la pression le long de l'épine. Chez quelques sujets, elle s'étend aux membres, surtout aux inférieurs, et principalement vers leur face postérieure. La douleur rachidienne a manqué assez souvent, mais son absence n'était pas une preuve d'intégrité des méninges du canal vertébral (Grellois). Lorsqu'elle existe, elle devient l'un des signes les plus caractéristiques de la méningite cérébro-rachidienne.

L'exaltation de la sensibilité cutanée est encore un phénomène remarquable de cette maladie. Elle a été constatée par un trop grand nombre d'observateurs pour ne pas mériter l'attention; elle s'est manifestée même quand le sujet paraissait affaibli et engourdi. Une excitation à la peau par les ventouses, une saignée, etc., provoquait des tressaillements instantanés, des cris, des convulsions, etc. Les malades paraissaient sensibles au froid; ils cherchaient à se couvrir (Lefèvre); mais, dans quelques cas, l'anesthésie a été observée dès le début (Mayne, Corbin, Michel Lévy) ou dans le cours (Rollet, Mouchet), et assez fréquemment à la fin de la maladie.

L'intelligence des malades ne paraît pas troublée dès les premiers instants; mais, bientôt, le délire survient; il est plus souvent léger, triste, passager, intermittent, qu'agité et continu. Il peut ne porter que sur un seul ordre d'idées ou se manifester par la répétition des mêmes mots (Bernet).

Le coma est un autre symptôme assez fréquent. Ce n'est pas un simple état de stupeur ou de somnolence, mais un assoupissement profond, une sorte d'état apoplectique (Naples).

Les pupilles n'offrent rien de constant. Elles ont été dilatées 15 fois sur 24 (Tourdes) ou seulement 7 fois sur 44 (Ames); chez les autres sujets, elles étaient rétrécies ou naturelles. Assez souvent, elles étaient resserrées dans les premiers jours et dilatées dans les derniers (Lefèvre, Corbin). L'examen particulier des yeux a fait remarquer quelquefois la rougeur des conjonctives, une exsudation muqueuse ou purulente sur le bord des paupières (Tourdes, Corbin), ou même une altération de la cornée (Ferrus, Corbin). La vue elle-même était troublée. Il y a eu photophobie (Ames), diplopie (Tourdes), cécité dans la deuxième période (Corbin). Le strabisme a été rare dans quelques épidémies (Strasbourg), assez ordinaire dans d'autres (Orléans).

Quelques observateurs ont noté les hallucinations de la vue et de l'ouïe (Tourdes, Boudin), la surdité (Forget, Tourdes).

Les lésions des organes locomoteurs ont été fréquentes et significatives.

On a vu l'agitation, la jactitation, le tremblement des membres dans les premiers jours, surtout quand il y avait délire. Forget a vu chez deux malades une sorte de tournis; ils pirouettaient pour tomber et ne plus se relever. Quelquefois il y a des spasmes partiels, comme des crampes. On a noté le rire sardonique (Michel Lévy). Des convulsions ont eu lieu, surtout chez les enfants (Genève, Petit-Bourg, etc.). La contracture est un phénomène plus ordinaire. Elle est souvent bornée au cou, à l'épine. Il faut ne pas la confondre avec l'immobilité que ces parties doivent garder pour éviter la douleur occasionnée par les moindres mouvements. La tête est fortement renversée en arrière, l'épine courbée. Il y a une sorte d'opisthotonos ou de pleurothotonos. Le trismus se manifeste également (Corbin). La rigidité s'empare aussi des membres et les met dans l'extension; elle est plus fréquente dans les membres supérieurs (Corbin). Il y a parfois des secousses tétaniques (Michel Lévy). Le tétanos général a été le symptôme dominant de quelques épidémies (de Renzi, Spada, Heyfelder, etc.).