

Après les convulsions, les spasmes, les contractures, arrivent souvent le relâchement, le collapsus, la résolution plus ou moins complète de l'appareil locomoteur. La paralysie est rarement un symptôme primitif; on n'en cite que quelques exemples (Tourdes, Schilizzi). Le maintien de la force musculaire est plus rare encore. Cependant, on a vu à Rochefort un forçat se lever encore demi-heure avant de mourir (Lefèvre).

La respiration peut n'être que légèrement altérée, ou bien elle est fréquente, suspicieuse, entrecoupée, plaintive, singultueuse.

Le pouls n'est parfois aussi que très peu différent de l'état normal dans les premiers jours, ou même il est ralenti jusqu'à 47 (Grellois), 45 (Lagrave), 42 (Michel Lévy) et même 35 (Boudin) pulsations par minute. Mais dans près de la moitié des cas, le pouls s'accélère dès les premiers jours. Sa fréquence augmente à mesure que la maladie marche et que le danger s'accroît; il est, en outre, irrégulier, serré, petit, ou plein et dur.

Le sang fourni par la saignée ou par les ventouses, a paru consistant, prompt à se coaguler; le caillot était couenneux. On a constaté l'augmentation de quantité de la fibrine, et en même temps des globules (Tourdes), ou une diminution de ceux-ci (Maillot, Grellois, Michel Lévy). Dans les provinces napolitaines, le sang était noir et liquide, avec diminution de la fibrine (de Renzi). Dans les Landes, le sang était noir, mais très épais et couenneux (Dubedout).

La peau, rarement chaude (34, 36, 37, 40 degrés, Maillot), si ce n'est au front, souvent pâle et froide, a quelquefois présenté une teinte livide, bleuâtre, des taches d'aspect varié. Elles ont été rosées, lenticulaires, disséminées sur le thorax et l'abdomen, comme dans la fièvre typhoïde (Tourdes), ou larges et pourprées, comme dans la scarlatine (Faure-Villar), ou circonscrites, d'un rouge vif ou noir, avec le caractère pétéchiol, comme dans le purpura (Lagrave, Laveran, Maillot, Tourdes), et pendant la récente épi-

démie des États-Unis, où le nom de *spotted fever* lui a été d'abord donné.

On a porté une attention toute particulière à une sorte d'éruption qu'on a considérée comme caractéristique: c'est un herpès développé sur les lèvres, parfois sur le nez, les joues ou les paupières, du deuxième au septième jour, jamais après le huitième (Tourdes), et se desséchant du quatrième au cinquième jour. Cette éruption a été observée et étudiée à Strasbourg, assez souvent en France, rarement à Montgomery (3 fois sur 64 cas). Elle était fort analogue à celle qu'on remarque dans les fièvres intermittentes. Elle a été déjà notée pour la méningite cérébro-spinale sporadique.

L'épistaxis a été parfois observée au début ou dans le cours de la maladie.

Le vomissement est un symptôme initial assez fréquent; il se reproduit parfois dans le cours de la maladie. La diarrhée est rare, la constipation ordinaire. La soif est vive, quelquefois excessive (Tourdes, Corbin, Mouchet); par contre, on a remarqué une sorte d'hydrophobie (épidémie napolitaine), l'appétit est nul et lent à renaître (Michel Lévy, Corbin). Un enduit d'un blanc mat ou d'un blanc nacré (Michel Lévy) se trouve sur les gencives; il se détache facilement.

Quelques individus se sont plaints d'une constriction douloureuse à la gorge qui gênait la déglutition. L'examen du pharynx ne rendait pas raison de cette dysphagie. Néanmoins, ce symptôme était le seul saillant chez un malade qui mourut la nuit suivante (Lefèvre).

Les malades ont souvent rendu des vers ascarides lombricoïdes.

Le ventre n'était généralement ni tendu, ni douloureux, ni météorisé; mais assez souvent l'hypogastre a été soulevé par la vessie distendue et paralysée. L'urine, rendue au moyen du cathétérisme, était chargée d'acide urique et d'acide rosacique (Tourdes, Michel Lévy); fréquemment l'émission des urines était involontaire dès les premiers jours.

Les organes génitaux n'ont offert des phénomènes notables que dans peu de cas. M. Tourdes mentionne la tendance d'un malade, pendant le coma ou le délire, à porter sans cesse les mains aux parties sexuelles. A Rochefort, M. Lefèvre en a vu se livrer à une sorte de masturbation convulsive. Une abondante évacuation de sperme eut lieu peu d'instants avant la mort chez un malade de l'infirmerie du bain.

d. — *Marche et variétés.* — Les symptômes qui viennent d'être exposés d'après l'ordre des fonctions lésées, se développent ou se combinent de diverses façons, selon les époques où ils sont constatés. On a distribué le cours de la maladie en plusieurs périodes pour faciliter cette étude. Les uns n'en ont distingué que deux : la première d'excitation, la seconde de collapsus ; d'autres en ont établi trois.

A la première se rattacherait la céphalalgie et la rachialgie, l'exaltation de la sensibilité, les troubles de la vue, le resserrement des pupilles, l'état convulsif, la rigidité, les crampes, la lenteur du pouls, les vomissements, le délire, l'épistaxis, les éruptions vésiculeuses, pustuleuses, etc. A la seconde se rapportent la somnolence, le coma, la rétention des urines, les évacuations involontaires, la dyspnée, la résolution des membres, les soubresauts des tendons, la dilatation des pupilles, la fréquence et l'irrégularité du pouls, l'insensibilité. La troisième période varie selon le mode de terminaison. Elle est marquée si le danger croît par l'affaissement, le coma, la rigidité tétanique, les pétéchies, la lividité de la peau, la gêne de la respiration, le hoquet, la petitesse et la fréquence du pouls, le météorisme du ventre, la formation précoce des eschares au sacrum (Corbin), des sueurs, etc. Si le malade doit guérir, cette période s'annonce par une réaction, par la diminution de la fièvre, par le réveil de l'appétit. Il est survenu parfois des écoulements sanieux par les narines, par les oreilles, etc. (Faure-Villar) ; une desquamation de l'épiderme en divers points.

Cette division, qui est très méthodique et classique, n'est pas toujours observée. D'abord, elle n'est pas applicable aux cas excessivement graves, appelés *foudroyants*, dans lesquels la mort arrive au bout de quelques heures, précédée par la perte de connaissance, le coma, le trismus, la faiblesse extrême du pouls. Elle n'est guère plus facile à établir dans les cas légers dont les principaux symptômes se bornent à la céphalalgie, aux douleurs rachidiennes, aux vertiges, aux troubles de la vue, à des mouvements spasmodiques. La maladie, dans ces deux circonstances opposées, n'a qu'une période.

On a voulu donner un nom et attribuer une corrélation spéciale aux périodes établies. La première serait une période de congestion et d'inflammation ; la seconde, de suppuration, et la troisième serait, dans les cas heureux, celle de résorption.

On a encore désigné une période ou une forme sous le nom d'*hydrencéphalique* (Michel Lévy).

Des aspects différents se sont montrés, selon la prédominance de tels ou tels symptômes ; de là, des variétés ou des formes cérébrale, rachidienne, foudroyante, délirante, comateuse, convulsive, tétanique, paralytique, céphalalgique, inflammatoire, typhoïde, etc. Elles sont très multipliées, et ne reposent pas sur des caractères essentiels.

Les plus utiles distinctions seraient celles qui pourraient éclairer le pronostic et le traitement. Peut-être en trouverait-on les bases dans la considération des éléments primitivement compromis, d'une part, l'élément nerveux, certainement le premier en cause, manifestant ses désordres par le délire, la contraction des pupilles, les convulsions, les rigidités musculaires, etc. ; d'autre part, l'élément vasculaire, siège de congestion ou d'inflammation, d'où la somnolence, le coma, la fièvre, les éruptions diverses ; enfin l'altération du sang, donnant à la fièvre le cachet inflammatoire ou typhique.

La marche de la méningite n'est pas toujours continue ;

elle a parfois présenté des temps de repos. Dans plusieurs épidémies, on a remarqué de véritables rémittences ou intermittences, ordinairement irrégulières, parfois régulières. La périodicité portait sur tel ou tel symptôme, surtout le délire, quelquefois l'opisthotonos (Jalapi). On a vu un jeune soldat, qui s'était exposé à la pluie, avoir de graves accès d'une fièvre à type quarte; après une vingtaine de jours, les symptômes s'aggravent pendant un accès; il y a hémiplegie droite, dilatation des pupilles, contracture du bras droit; dix jours après, état tétanique et mort. La méningite était des plus intenses et même parvenue jusqu'à l'état purulent, malgré ces apparences de maladie simplement intermittente (1).

e. — Durée. — La durée de la méningite peut être extrêmement courte; le malade a été comme foudroyé. Ainsi, un soldat est pris de vomissements à une heure du matin. Quelques heures après, on le porte à l'hôpital; il meurt en y entrant (2). M. Faure-Villar, qui rapporte ce fait, parle d'un autre homme amené à l'hôpital à deux heures du matin, et qui était mort à neuf heures. Un autre sujet observé par le même médecin n'avait, le 28 février, qu'une légère céphalalgie; devenu le lendemain matin très souffrant, il est porté à dix heures à l'hôpital sans connaissance; puis il a une agitation extrême, les pupilles contractées, les yeux fermés, des mouvements convulsifs, des vomissements, et il meurt à dix heures du soir.

Divers auteurs rapportent des exemples de terminaison funeste arrivée en douze (Lesson), quatorze (Vieussens), quinze (Léonard, Ames, Mayne), dix-huit (Fallot) heures, et je ferai remarquer plus loin que les désordres caractéristiques de la méningite étaient déjà très prononcés.

D'autre part, la maladie peut se prolonger jusqu'à quarante, cinquante (Ames), cinquante-trois (Lefèvre), soixante-dix

(1) Martin, *Mémoires de Médecine militaire*, t. LIV, p. 144.

(2) Faure Villar, *Mémoires de Médecine militaire*, t. XLVIII, p. 35.

(Falot), quatre-vingt-trois (Forget), quatre-vingt-dix (Faure-Villar), cent neuf (Tourdes) jours.

Cette prolongation extraordinaire de la maladie n'a pas eu toujours pour résultat l'entrée en convalescence. Ce n'était souvent que la terminaison fatale d'une lutte obstinée, soutenue sans espoir de succès.

Mais, en général, les cas mortels ont eu une courte durée, et les cas de guérison ont exigé une période de temps assez longue.

Ainsi, un grand nombre de malades succombent du premier au huitième jour. Cependant, d'après Forget, la moyenne des décès se rapportait au seizième jour et celle des guérisons au vingt-septième. M. Tourdes a aussi constaté que le plus grand nombre de terminaisons heureuses s'effectuait du dixième au quarantième jour.

Au rapport de M. Faure-Villar, l'amélioration s'est prononcée surtout les quatrième, sixième et septième jours. Alors, on a pu espérer une issue favorable; mais la terminaison réelle de la maladie n'était confirmée que bien des jours après.

f. — Complications. — Les complications de la méningite épidémique empruntent leur importance soit au danger qu'entraîne une nouvelle maladie, soit aux modifications que subit la première.

L'encéphalite, la péricardite, une hémorragie intestinale (Michel Lévy), ont été des causes de mort. La variole, la varioloïde (Faure-Villar, Michaux, Daga), la roséole (Ames), ont maintes fois coïncidé avec la méningite. Le rhumatisme a formé une complication très fréquente et parfois mortelle. Il régnait parallèlement dans le pays. Il en a été de même de la fièvre typhoïde, à la fois coïncidence épidémique et complication intime de la méningite.

La stomatite, la pharyngite couenneuses ou pultacées ont eu lieu dans le cours ou à la fin de cette maladie (Faure-Villar, Daga, Litten). La présence d'un grand nombre d'as-

carides lombricoïdes a formé une complication fréquente dans plusieurs épidémies (Faure-Villar, Tourdes, Laveran, Daga, etc.).

L'otorrhée purulente, l'ophthalmie, la bronchite, la cystite, des abcès en divers points, se sont produits, et ont rendu la maladie principale plus longue ou plus sérieuse.

g. — Terminaison favorable. — Quelques phénomènes morbides, survenus dans le cours de la méningite cérébro-spinale épidémique, ont paru offrir les caractères d'une crise. Tel était l'herpès labialis, déjà mentionné, et auquel M. Tourdes a porté une attention spéciale. Mais sur 31 cas où cette éruption s'était produite, il y a eu quinze décès. Néanmoins, M. Tourdes fait remarquer que, dans les cas heureux, les vésicules s'étaient largement développées sur la face et sur le thorax, et étaient nées du quatrième au sixième jour. A San-Margano, la guérison fut souvent précédée d'éruptions pustuleuses ou d'ecchymoses à la peau; à Toulon, en 1854, d'érysipèle de la face (Giraud). Une desquamation scarlatiniforme, survenue sur les membres au vingt-unième jour, précéda une guérison lentement obtenue, malgré une variole et une pleurésie concomittantes (Faure-Villar, p. 30).

Quant aux vomissements, à la diarrhée, aux épistaxis, aux parotides (Tourdes, Michel Lévy), on ne peut leur accorder aucune valeur comme crise.

Les urines sédimenteuses ne sont pas d'un meilleur présage. Toutefois, on a vu une très abondante sécrétion d'urine suivie de guérison (Michel Lévy).

Les sueurs profuses ne donnent pas un indice plus certain; mais on les a observées dans des faits assez nombreux de solution favorable (Dubedout, Michel Lévy).

Dans un cas heureux, il était survenu une orchite (Michel Lévy).

h. — Convalescence. — La méningite étant guérie, les sujets

sont loin de posséder une bonne santé. Le plus souvent ils sont d'une extrême maigreur, très disposés à se refroidir; leur peau n'a qu'une température de 34 degrés et demi (Daga). Ils conservent des douleurs, de la roideur dans les membres, des troubles de la vue (Schilizzi), de la surdité, un affaiblissement intellectuel; ils sont aussi plus aptes à contracter des maux étrangers à la méningite, comme une hémorrhagie cérébrale (apoplexie ventriculaire, Tourdes), une pleurésie, une pneumonie, une gastro-entérite, etc.

i. — Récidives. — La méningite a pu récidiver; on en a vu quelques exemples à Strasbourg. Un militaire convalescent, ou même considéré comme guéri, fait à pied la route de Laval à Château-Gontier; il est repris des symptômes de la méningite et succombe (Martin). On a noté jusqu'à quatre récurrences successives. La dernière fut mortelle (Boudin).

k. — Terminaison par la mort. — La terminaison de la méningite épidémique par la mort est annoncée par la violence du début, l'absence ou le peu de durée des prodromes, par le coma, les convulsions, la rachialgie, la roideur excessive de l'épine, la lenteur prolongée du pouls. Des indices moins fâcheux sont donnés par la céphalalgie, le délire, les douleurs des membres, leur contracture, les éruptions diverses.

En général, une méningite céphalo-rachidienne, développée sous une influence épidémique, menace toujours la vie, surtout chez les enfants et chez les individus qui ont plus de quarante ans.

La mortalité occasionnée par cette maladie a été plus ou moins grande, selon les lieux et les temps. Pour en donner une idée, je vais rapprocher quelques chiffres :

A Lyon, sur.....	47 malades, il y a eu	41 décès.
A Bourges, sur.....	20	17 —
A Strasbourg (militaires), sur.	195	122 —
— (civils), sur....	150	90 —

A Orléans, sur.....	20 malades, il y a eu	14 décès.
A Nîmes (1847), sur.....	28	17
A Metz (1839), sur.....	39	28
A Saint-Hippolyte du Fort, sur	14	10
A Laval, sur.....	69	44
A Perpignan, sur.....	50	28
A Bannost, sur.....	16	9
A Douera, sur.....	10	6
A Paris (1848), sur.....	99	58
A Metz (1847), sur.....	126	66

Dans cette première série, la mortalité l'a emporté sur les guérisons. Dans les épidémies suivantes, elle a offert une diminution de plus en plus grande :

A Toulon (1851), sur.....	116 malades, il y a eu	55 décès.
A Versailles, sur.....	156	69
A Foix, sur.....	16	6
A Selestat, sur.....	19	7
A Saint-Étienne, sur.....	113	33
A Saint-Vénérand, sur.....	26	6

Ces chiffres donnent une idée du degré de danger que fait courir la méningite épidémique; mais en même temps ils expliquent le peu d'influence que cette maladie exerce sur la mortalité générale dans le pays où elle se produit.

Ainsi, à Strasbourg, où après la population militaire est venue la population civile comme pâture de la méningite, et où l'épidémie a été beaucoup plus considérable que dans la plupart des autres localités, on a constaté que la mortalité de la ville ne fut pas plus forte que dans les autres années. Si, en effet, elle a été de 2,116 en 1841, année de la méningite, elle s'était élevée à 2,190 en 1837, et avait été de 2,113 en 1839.

I. — Résultats des recherches nécroscopiques. — Les membres ont conservé après la mort de la rigidité. Lorsque la maladie avait duré un certain temps, l'amaigrissement était fort grand.

Les vaisseaux des méninges et des organes qu'elles revê-

tent étaient plus ou moins gorgés de sang. Ce fluide était souvent coagulé jusque dans les artères carotides et basilaire (Ames).

Dans plusieurs cas, la dure-mère était le siège d'une vascularité extraordinaire; les sinus crâniens et rachidiens étaient pleins; des taches rougeâtres existaient sur les côtés du sinus longitudinal. Dans le rachis, cette membrane avait la teinte rougeâtre des muscles (Ames). On a vu aussi du sang extravasé dans le tissu adipo-celluleux qui entoure la dure-mère rachidienne (Corbin).

L'arachnoïde et la pie-mère ont paru peu altérées dans les cas de mort rapide (Faure-Villar, Tourdes). Ces membranes n'ont quelquefois présenté qu'une simple injection, de la sécheresse, une légère opalescence.

On n'a trouvé que des plaques blanchâtres ou rougeâtres, et une augmentation de densité et d'épaisseur des méninges, lorsque la maladie avait été légère, ou lorsqu'elle avait traîné en longueur, ou avait offert des intermittences et des récidives (Michel Lévy, Maillot, Boudin, p. 22).

Les glandes de Pacchioni ont été quelquefois tuméfiées, enflammées (Faure-Villar, Mistler).

Beaucoup d'observateurs ont fait la remarque que le feuillet pariétal de l'arachnoïde n'avait offert aucune altération; mais des exceptions peuvent être citées. M. Maillot a vu des adhérences mutuelles entre les deux feuillets de cette membrane dans la région dorsale; des fausses membranes étaient accolées au feuillet pariétal, et y adhéraient par des filaments rougeâtres. M. Mouchet a trouvé sur la face interne de la dure-mère des fausses membranes que le scalpel ne détachait qu'avec peine. Le docteur Ames cite un cas où le feuillet pariétal de l'arachnoïde était recouvert par une fausse membrane en voie d'organisation. Elle était molle, peu adhérente en quelques points, ferme et adhérente en d'autres, d'une couleur rougeâtre, sombre; en râclant sa surface, on pouvait en retirer du pus.

La grande cavité de l'arachnoïde a rarement contenu des

fluides, du moins dans le crâne; il y en a eu plus souvent dans le rachis. C'était une sérosité sanguinolente ou trouble, ou purulente (Bernet, Faure, Forget, Ames).

Sous le feuillet viscéral de l'arachnoïde paraissait l'altération la plus grave et la plus constante de la méningite épidémique: c'était une sérosité trouble, d'un blanc terne, ou des traînées de matière jaunâtre, ou une infiltration épaisse et largement étendue, ayant une teinte jaune-verdâtre. Cette matière n'était autre chose que du pus seul ou mêlé de sérosité. Ses globules ont été reconnus à l'aide du microscope (Küss, Wunschendorff, thèse, p. 18). Il était parfois concret, et formait sous le feuillet séreux une enveloppe analogue à une fausse membrane, autour des circonvolutions cérébrales, à la base du cerveau, sur le cervelet et le mésocéphale; enfin, autour de la moelle épinière, à laquelle il fournissait souvent une gaine complète.

Cette exsudation purulente peut n'embrasser qu'une surface circonscrite, être plus prononcée à la convexité ou à la base, pénétrer dans les anfractuosités et les scissures, n'occuper que l'une des faces de la moelle, et c'était alors le plus communément la postérieure (Faure-Villar, Michel Lévy, Magail, Corbin); enfin ne se montrer que par plaques ou par espèces d'anneaux ou de viroles (Rouxau, III^e Obs.). La partie inférieure de la moelle et la queue de cheval étaient très souvent imbibées de pus liquide. Dans un cas, ce liquide était d'une couleur brune-violacée, analogue à celle de la teinture d'iode (Mouchet). M. Tourdes a fait cette remarque que jamais il n'y avait de pus dans la région cervicale, sans qu'on en trouvât à la partie inférieure du canal vertébral.

La présence du pus sur le trajet de la pie-mère encéphalo-rachidienne n'est pas seulement le produit d'une inflammation parcourant successivement ses périodes et arrivant ainsi à ce mode de terminaison. C'est un phénomène presque concomittant de l'état phlegmasique, ou du moins très rapidement accompli. En effet, M. Tourdes et M. Martin ont vu la

pie-mère infiltrée de pus chez des sujets morts le troisième jour, M. Michel Lévy le deuxième jour, même le premier; M. Léonard au bout de quinze heures, et M. Faure-Villar de douze heures; enfin, M. Jacquemin a trouvé du pus déjà formé chez un individu mort à la Force au bout de cinq heures (1).

Non seulement les méninges périphériques sont affectées d'inflammation et de suppuration; mais leurs replis internes en offrent des effets évidents. Ainsi, on a vu les ventricules remplis de sérosité sanguinolente au bout de dix-huit heures de maladie (Michel Lévy). Très souvent, cette sérosité était lactescente (Lefèvre) ou rendue trouble par la présence des globules de pus. Souvent, il existait un épanchement purulent assez considérable (Faure-Villar, Blache, Tourdes, Mouchet, etc.) ou des plaques de pus épais sur des points variés des cavités ventriculaires (Ames).

Lorsque la maladie s'est prolongée, les ventricules ont contenu, au lieu du pus, une assez grande quantité de sérosité constituant une sorte d'hydrocéphalie consécutive à la méningite. M. Faure-Villar a vu trois et M. Michel Lévy sept cas d'épanchements de ce genre.

Les parois ventriculaires étaient souvent injectées, même comme ecchymosées (Ames), ramollies, ou plus ou moins indurées (Michel Lévy).

Les plexus choroïdes avaient en même temps leurs vaisseaux gorgés de sang.

A côté des lésions ordinairement si graves des méninges, le cerveau et les autres organes encéphaliques ou rachidiens n'offraient souvent presque aucun changement; mais quelquefois ils ont offert une hyperémie très prononcée, un ramollissement blanc ou rouge, des adhérences de la substance corticale avec la pie-mère (Rouxau). On a vu aussi le cerveau très consistant, le pont de Varole induré (Mouchet). M. Faure-Villar a constaté douze fois l'augmentation et dix

(1) *Gazette médicale*, 1849, p. 885.

fois la diminution de consistance du cerveau, et quatre fois des ramollissements partiels. Dans quelques cas, il existait dans la substance cérébrale de petits foyers formés par une pulpe rougeâtre et diffluite (Lesson). Dans certaines épidémies, le ramollissement cérébral formait la lésion principale (à Orléans), tandis qu'ailleurs la consistance normale de l'encéphale et de la moelle était un fait assez général (à Lille).

Les nerfs ont été examinés et suivis dans leur trajet. Une fois, la gaine du nerf optique droit était pleine de pus; il s'en trouvait aussi dans le globe de l'œil (épidémie de Petit-Bourg). Plusieurs fois les filets des nerfs lombaires se sont montrés rougeâtres (Faure-Villar). Mais en dehors du crâne et du rachis, les nerfs n'ont offert aucune lésion appréciable. Ainsi ceux des muscles du cou, dans un cas d'opisthotonos, n'ont rien présenté d'anormal. Il en a été de même du grand sympathique (Lefèvre).

Aucune altération ne s'est trouvée d'une manière constante dans les divers organes thoraciques ou abdominaux. Seulement, dans un petit nombre de cas, le péricarde a offert des taches ecchymotiques et un épanchement floconneux; les cavités du cœur ont été remplies de concrétions fibrineuses (Faure-Villar); l'estomac avait une couleur rougeâtre (Lefèvre) et était ramolli (Ames); les follicules de Peyer étaient gonflés, indurés, réticulés ou ulcérés (Forget, Blache, Mahot, Michel Lévy, Ames); les glandes mésentériques rouges et tuméfiées (Ames); mais ces faits sont rares comparativement à ceux qui ne présentaient rien de pareil.

Des vers lombricoïdes, complication déjà signalée, ont été souvent trouvés dans les intestins. Ainsi, à Versailles, sur 56 nécropsies, on en a rencontré 42 fois; à Lyon, 4 fois sur 7; on en a vu également dans les provinces napolitaines, mais on n'en a point trouvé dans l'épidémie de Rochefort en 1839 (Lefèvre).

Une dernière altération qu'il importe de mentionner, est la présence du pus dans quelques articulations, surtout dans les genoux et dans les coudes. Les exemples en ont été

recueillis par M. Lefèvre, par M. Tourdes (qui en a vu trois), par M. Corbin (quatre), par M. Michel Lévy (deux), par M. Falot.

Il est à remarquer que les sujets chez lesquels cette synovite purulente a été observée n'avaient point eu de symptômes de phlegmasie articulaire. Il y a même plus, dans les cas de rhumatisme ayant coïncidé avec la méningite épidémique, aucune articulation ne contenait du pus (Michel Lévy, Daga).

FIN DU TOME SEPTIÈME.

