

rurgie (1) que, sur vingt-cinq ou trente opérations qu'il avait faites sur des syphilitiques, il n'en avait jamais vu une seule qui eût été suivie d'infection purulente, et ce savant chirurgien s'appuie sur ces faits pour supposer qu'il y a une sorte d'antagonisme entre la syphilis constitutionnelle et l'infection purulente.

Que penser de ces différentes observations? Qu'il existe un antagonisme réel entre la syphilis et quelques autres maladies? Les données actuelles n'autorisent pas à affirmer un fait aussi important. Des recherches nouvelles méritent d'être entreprises sur ce sujet; mais en tout cas un organisme en puissance de syphilis paraît peu disposé à subir les atteintes des causes morbides.

(1) Voy. *Gaz. hebdomadaire*, 1862, p. 604.

## TROISIÈME PARTIE

### SÉMÉIOTIQUE

#### § 1. — Diagnostic.

Étudier le symptôme dans ses différents modes, déterminer, à l'aide de cette étude, le siège et l'étendue de la lésion, puis remonter à la source du mal, en chercher la nature, telle est la méthode qui, en clinique, permet d'arriver à un diagnostic exact et à des indications thérapeutiques véritablement utiles. Or, jusqu'ici, nous nous sommes attaché à tracer aussi rigoureusement que possible les caractères cliniques des nombreuses affections syphilitiques; il importe maintenant de faire servir les données acquises au diagnostic général de la syphilis, après quoi il nous restera à comparer cette maladie avec celles qui s'en rapprochent le plus, et à tirer de cet examen comparatif les signes propres à faire éviter une erreur trop souvent nuisible.

La syphilis étant une maladie spécifique, bon nombre d'auteurs se sont figuré qu'elle devait nécessairement avoir des caractères en rapport avec sa nature et entièrement distincts. Quelques médecins des derniers siècles crurent trouver ces caractères dans le sang et prétendirent que l'inspection du sang liquide était suffisante pour assurer le diagnostic. Jessenius de Jessen, médecin hongrois, admit, en 1618, qu'une pellicule pâle ou blanche à la surface du liquide sanguin retiré de la veine dénote la vérole quand elle tient au reste de la masse comme une peau tenace; Melchior Fracastoro, en 1710, et G. D. Coschwitz, en 1728, émettaient cette même opinion, qui fut du reste assez généralement répandue pour qu'Astruc (1) se crût obligé de la combattre et de la réfuter. Nous savons que récemment Linstorfer a été conduit à partager une erreur du même genre.

On a pensé aussi que le signe caractéristique de la syphilis pouvait être fourni par l'histologie; mais l'illusion ne fut pas de longue durée. Les principaux histologistes n'accordent aucun caractère microscopique précis aux tumeurs gommeuses, et nous partageons cette manière de voir, malgré l'avis opposé de Wagner. C'est un tort, à notre sens, de demander au microscope plus qu'il ne peut donner. L'œil nu, qui juge de la forme de l'altération et de son ensemble, conduit suivant nous à des données tout aussi positives et

(1) Voy. Astruc, t. IV, p. 106 et 107.

peut-être même plus certaines que le microscope, qui permet de voir les éléments et leur disposition réciproque. Nous ne croyons pas que les caractères histologiques soient jamais plus importants, dans l'espèce, que ceux qui résultent de la physionomie générale que manifeste un organe atteint par la syphilis, et surtout de la consistance, de la coloration, de la sécheresse et de la disposition particulière des tumeurs gommeuses au sein des parenchymes. La coloration particulière des éruptions syphilitiques n'est pas non plus un symptôme sur lequel on puisse toujours compter, et le serait-elle, qu'elle constituerait un signe caractéristique d'une période seulement de la maladie qui nous occupe.

Au demeurant, il faut renoncer à trouver à la syphilis un signe toujours certain et véritablement pathognomonique. Le médecin qui veut arriver au diagnostic de cette maladie doit donc prendre en considération tous les symptômes, les examiner dans leurs différents modes, les peser et les comparer, rechercher leur filiation, de manière à fonder son jugement, non pas sur tel ou tel d'entre eux, mais sur leur ensemble. En cela il ne fera que suivre le sage précepte du père de la médecine (1), lorsqu'il dit : « Il faut qu'un médecin qui veut bien pronostiquer embrasse dans son esprit la connaissance des signes, qu'il les pèse et les confronte tous ensemble avec jugement. » Or, les signes de la syphilis se divisent, comme le voulait Astruc, en signes démonstratifs et en signes commémoratifs.

Les signes démonstratifs sont univoques ou équivoques, selon qu'ils appartiennent à la syphilis seule ou à plusieurs maladies.

Les signes univoques sont peu nombreux, ce sont les plaques muqueuses et le chancre induré, car les éruptions pustuleuses et tuberculeuses ne s'observent pas seulement dans la syphilis. Quant aux productions gommeuses, elles ne constituent un signe positif qu'autant qu'elles sont superficiellement placées et appréciables à la vue; souvent même il est encore possible de les confondre avec d'autres lésions et particulièrement avec les abcès. Les signes équivoques, bien qu'ils aient une importance diagnostique moindre, ne doivent pas être négligés. Quelquefois ils offrent dans leur modalité des caractères véritablement pathognomoniques : c'est ainsi que se comportent la plupart des éruptions syphilitiques, dont le siège, la coloration et le mode de groupement indiquent d'une façon presque certaine, mais non absolue, l'existence de la syphilis; il en est de même des exostoses et de la plupart des lésions viscérales qui peuvent être appréciées par les sens.

Les signes commémoratifs se tirent des renseignements fournis par les malades, du mode d'évolution suivi par la maladie et des traces encore existantes des lésions syphilitiques antérieures. La cicatrice du chancre, celles que laissent les syphilides profondes, les tumeurs gommeuses, la perforation ou la destruction du voile du palais, l'aplatissement du nez, etc., voilà autant de signes commémoratifs, on pourrait presque dire de signes démonstratifs, qui, joints à des manifestations douteuses, permettraient de diagnostiquer sûrement la syphilis. Des avortements multiples sans cause occasionnelle appréciable constituent un soupçon de syphilis chez le père ou chez la mère, sinon chez

(1) Hippocrate, *Pronostics*, édit. Chartier.

tous les deux à la fois. Enfin la connaissance de l'évolution de la syphilis a une grande valeur diagnostique.

Si aucun phénomène extérieur (période d'incubation) ne révèle l'existence de la syphilis, le diagnostic est évidemment impossible. Mais dès que la réaction locale est effectuée (période d'éruption locale), celui-ci repose, comme nous le savons (1), sur deux signes : l'induration particulière de la lésion primitive avec absence de suppuration, les adénopathies ganglionnaires concomitantes, inguinales, cervicales, etc., avec leur indolence et leurs caractères de dureté et de mobilité. L'accident primitif disparu, les lésions ganglionnaires sont, avec la cicatrice qui persiste, des moyens de diagnose encore très-certains.

Les éruptions ont paru, leur dissémination sur une grande étendue, leur coloration jaune cuivré ou rouge maigre de jambon, l'absence de prurit, la coexistence d'indurations ganglionnaires, voilà, avec les renseignements obtenus sur l'accident primitif, des éléments suffisants pour arriver à un diagnostic exact. Notons que l'on rencontre fréquemment, à cette période, les plaques muqueuses avec leurs caractères particuliers. Ces dernières manifestations et les adénopathies sont, en l'absence de toute éruption cutanée, des indices certains que le mal n'est pas encore arrivé à sa dernière phase.

Dans la période des productions gommeuses, les signes diagnostiques changent, mais ils sont en même temps fort différents suivant le siège des localisations morbides. A la peau, les éruptions, ordinairement d'une teinte cuivrée et non prurigineuses, sont limitées à quelques points épars, disposées en cercles et demi-cercles, ou en T; elles accomplissent lentement leur évolution et laissent à leur suite des cicatrices le plus souvent indélébiles. S'agit-il de lésions plus profondément situées, lésions musculaires ou osseuses, l'absence de réaction fébrile, la lenteur de l'évolution, l'existence de douleurs fixes continues, avec exacerbations nocturnes, la présence de tumeurs d'abord fermes et plus tard ramollies, sont autant de circonstances qui permettent d'arriver à soupçonner, sinon à reconnaître la maladie syphilitique. Lorsque enfin surviennent des manifestations moins accessibles à nos moyens d'investigation, l'anamnèse et le mode de filiation des accidents, la cachexie et quelques symptômes particuliers, tels qu'une déformation du foie accompagnée ou non d'albuminurie, sont des conditions qui aident beaucoup au diagnostic, si elles ne l'éclaircissent complètement. L'existence simultanée de plusieurs des affections connues, ou même des traces qu'elles ont laissées (cicatrices, etc.), est un auxiliaire utile auquel on peut encore ajouter les résultats fournis par un traitement spécifique. Notre intention n'est pas de répéter ce que nous avons dit du diagnostic des lésions syphilitiques considérées isolément dans chacun des appareils organiques; mais nous devons insister sur ce fait que plusieurs appareils sont, en général, simultanément affectés. Ainsi les localisations cérébrales ou pulmonaires sont ordinairement accompagnées de modifications du côté du foie et des ganglions lymphatiques profonds; plus communes, ces dernières altérations sont quelque-

(1) Voy. p. 122 de ce livre.

fois indépendantes de toute autre manifestation viscérale. Un dernier point mérite notre attention, c'est la physionomie générale du malade, non pas que cette physionomie ait par elle-même un cachet particulier, car elle intéresse le clinicien plutôt par des signes négatifs que par des signes positifs. L'expression du visage, la teinte de la peau, son élasticité, sa souplesse, l'épiderme qui la recouvre, s'ils ne mettent pas d'emblée sur la voie du diagnostic de la syphilis, conduisent au moins à soupçonner cette maladie. Au résumé, le diagnostic qui nous occupe, quelle que soit la période de la maladie à laquelle on l'envisage, ne repose pas sur un seul signe, mais sur un ensemble de caractères qui se rattachent à des accidents ayant un ordre de succession tout à fait spécial : telle est du moins la syphilis acquise.

La syphilis héréditaire, déjà différente de la syphilis acquise par l'absence d'une lésion primitivement locale, l'est encore par une acuité plus grande dans sa marche, par une régularité moindre dans son évolution, par une mortalité plus considérable, et par l'époque de son apparition vers les trois ou quatre premiers mois de la vie. D'abord la surface tégumentaire et bientôt après les parenchymes sont envahis. Aux éruptions ordinaires de la syphilis accidentelle s'ajoutent de nombreuses fissures au niveau des orifices naturels, le coryza, le pemphigus de la paume des mains et de la plante des pieds. Aux apparences de bonne santé que présentait jusque-là l'enfant, succèdent une teinte particulière de la peau et un dépérissement graduel qui donnent au petit malade l'aspect d'un vieillard. Vient-elle à se manifester à un âge plus avancé, la syphilis héréditaire est encore généralement reconnaissable, car, d'une part, les lésions qu'elle détermine présentent des caractères assez particuliers, et, d'autre part, les individus qui en sont affectés ont le plus souvent une physionomie qui trahit la nature du mal qui leur a été transmis. L'état du système dentaire, et surtout la modification subie par les deux incisives supérieures, l'aplatissement du nez, l'opacité des cornées (kératite chronique), constituent un ensemble symptomatique des plus importants. A ces manifestations isolées ou réunies s'ajoutent, dans maintes circonstances, une taille petite et un certain degré d'arrêt de développement. Joint à la description analytique qui précède, ce résumé synthétique est suffisant, je l'espère, pour que l'on sache reconnaître si un individu malade est atteint de syphilis, et si cette syphilis est acquise ou héréditaire. L'aperçu succinct des analogies et des différences de cette maladie avec celles qui s'en rapprochent le plus, maladies virulentes, toxiques et constitutionnelles, servira de complément à cette étude.

Au début des accidents secondaires, il existe quelquefois une réaction générale de l'organisme avec céphalalgie, courbature, prostration des forces, tous symptômes qui peuvent faire croire à une fièvre typhoïde, et cela d'autant mieux qu'ils sont très-souvent accompagnés d'anorexie et d'épistaxis. Mais ce n'est là qu'une ressemblance de courte durée, et quelques jours suffisent pour dissiper tous les doutes. Une analogie plus intime, et par conséquent une difficulté de diagnostic plus grande, se rencontre à l'égard de la syphilis et des fièvres éruptives, de la variole principalement. Non-seulement ces maladies sont inoculables, mais elles présentent des phases d'évolution presque identiques, au point que l'étude nosographique qui précède est pour ainsi dire calquée sur la description de la variole inoculée. Dans chacune de ces mala-

dies on observe une période d'incubation, une période d'éruption locale et une période d'éruption générale précédée de phénomènes généraux (période d'invasion). Là s'arrête l'analogie pour la syphilis commune, dont la marche se continue par des manifestations qui ne se retrouvent plus dans la variole, mais non pour la syphilis galopante ou aiguë, dont l'éruption suppurative, comme l'éruption variolique, n'est pas toujours suivie d'accidents ultérieurs. En somme, ce qui au point de vue de la clinique distingue ces maladies, c'est, avec la différence des lésions, la plus ou moins grande rapidité de la marche. Tandis qu'il suffit de quelques semaines à la variole et à toutes les fièvres éruptives pour accomplir leur évolution, la syphilis a, en général, plusieurs années de durée. L'incubation de la variole inoculée est, comme on sait, de sept à huit jours ; pour l'incubation de la syphilis il faut compter un mois environ. L'invasion de la variole est de trois jours, celle de la syphilis, au contraire, peut être de quinze jours ; même différence proportionnelle dans les périodes d'éruption locale et d'éruption générale ; les accidents locaux qui font partie de chacune de ces périodes ont enfin une modalité propre, et la réaction générale qui les accompagne est très-distincte. Cette réaction, pour ainsi dire toujours en rapport avec le degré d'acuité et la durée des accidents, est beaucoup moins vive dans la syphilis que dans la variole, circonstance importante à connaître dans les cas de diagnostic douteux.

Beaucoup plus que les fièvres éruptives, la morve et le farcin se rapprochent de la syphilis, et ce n'est certainement pas sans quelque motif sérieux que Van Helmont faisait naître la vérole (1) « du commerce abominable de quelque homme avec une jument atteinte de farcin ». L'opinion que la syphilis peut provenir de la morve a du reste trouvé des défenseurs dans ces derniers temps (2) ; on a cherché à la fonder sur ce fait qui n'est rien moins que prouvé, à savoir que la morve est apparue au siège de Naples en même temps que la syphilis. En 1776, Jalouset (3), chirurgien à Châtillon-sur-Loing, frappé de l'analogie des deux maladies, essaya de leur appliquer le même traitement ; il envoya à la Société royale de médecine l'observation d'un cheval atteint de farcin qui, après cinq mois d'un traitement inutile, avait fini par guérir à la suite de l'emploi de la liqueur de Van Swieten. Dans ces derniers temps, les études de Rayet et de Tardieu sur la morve et le farcin ont encore mieux dévoilé la ressemblance de la syphilis avec ces maladies. « Parmi les affections connues, je ne saurais mieux comparer la syphilis qu'à la morve et au farcin, écrit Virchow, et ceci à cause de la diversité des altérations locales, de la multiplicité des organes et des tissus atteints, de la succession des manifestations (4). » Je ne connais rien, pour mon compte, qui, à l'œil nu comme à l'examen microscopique, se rapproche autant des lésions syphilitiques que certaines altérations farcineuses. Les testicules d'un cheval affecté de morve chronique m'ont présenté une analogie j'oserais presque dire parfaite avec les tumeurs gommeuses de ce même organe chez l'homme.

(1) *Tumulus pestis*, à l'art. *Peregrina lues nova*.

(2) Voyez Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 2<sup>e</sup> édit., p. 136. — Lettre du D<sup>r</sup> Beau.

(3) *Histoire et Mémoires de la Société royale de méd.*, Paris, 1776, p. 241.

(4) Virchow, *Syphilis constitutionnelle*, p. 176.

Malgré ces rapprochements, l'identité ou même la parenté de la syphilis avec la morve ne reste pas moins à démontrer. Ces deux maladies présentent, dans leur source, dans leur évolution et dans quelques-unes de leurs manifestations, des différences tranchées. La morve nous vient des solipèdes, chez qui elle se développe spontanément dans des conditions données; son incubation, bien que jusqu'ici assez mal déterminée chez l'homme, paraît moins longue cependant que celle de la syphilis, elle a été de quelques jours seulement dans un fait rapporté par A. Bérard. Les prodromes ont, dans les deux maladies, il est vrai, des caractères assez semblables. « Les douleurs prodromiques du farcin chronique, dit le professeur Tardieu, sont ordinairement générales; c'est un sentiment de brisement de tout le corps avec des éclairs de douleurs qui traversent les muscles du tronc, et principalement du dos et des lombes. » Mais les exacerbations nocturnes de la syphilis font complètement défaut dans la morve. Quant aux éruptions, elles ne montrent pas dans cette dernière maladie la régularité de marche que l'on observe dans la syphilis, elles sont suppuratives et envahissent presque invariablement la membrane de Schneider, la muqueuse des voies aériennes et la surface de la peau, sans présenter jamais la diversité de forme des éruptions syphilitiques. Les lésions plus profondes des articulations et des muscles sont moins circonscrites dans la morve que dans la syphilis; elles se font remarquer aussi par une plus grande tendance à la suppuration. L'évolution est d'ailleurs toujours plus rapide dans la première que dans la dernière de ces maladies.

La *spedalskhed* ou éléphantiasis des Grecs (lèpre du moyen âge) est, comme la syphilis, une maladie à longue échéance, qui se traduit par des lésions tuberculeuses de la peau et des viscères et donne lieu à des troubles variés. Constitué par des éléments histologiques embryonnaires, peu différents de ceux de la syphilis, ces lésions tuberculeuses diffèrent fort peu des gommés, mais on les trouve plus fréquemment peut-être à la surface interne des cavités séreuses et dans le tissu conjonctif sous-péritonéal; le ramollissement qu'elles subissent occupe du même coup toute leur étendue. Des éruptions de taches foncées, lie de vin, irrégulièrement arrondies, jointes à un état de malaise, de courbature, de frissonnement et de fièvre, constituent les premiers symptômes de la *spedalskhed*. Apparaissent ensuite de petites tumeurs molles, rougeâtres ou livides, qui varient, pour le volume, entre la grosseur d'un pois et celle d'une noix; elles ont une forme irrégulière et mamelonnée, et la face est leur siège de prédilection. Elles intéressent toute l'épaisseur de la peau et sont ordinairement douées de sensibilité, tandis que les taches qui les précèdent en sont toujours dépourvues. Des lésions analogues se montrent du côté des muqueuses de la bouche, du nez, du pharynx et du larynx principalement. Dans une autre forme de la *spedalskhed*, forme anesthésique, les symptômes précurseurs consistent en des bulles de pemphigus remplies d'une sérosité louche et lactescente. Ces bulles, comme les taches de la précédente période, se reproduisent à plusieurs reprises; plus tard arrive l'anesthésie, qui se fait remarquer dans les interstices des doigts et des orteils. Les poils tombent fréquemment, les ongles s'altèrent, les phalanges se nécrosent, les sens faiblissent ou s'éteignent; en dernier lieu surviennent des paralysies du

mouvement qui paraissent dues aux exsudations des méninges rachidiennes et à la sclérose de la moelle épinière.

Malgré un certain degré de ressemblance, les deux maladies diffèrent d'une façon notable. La *spedalskhed* n'est pas contagieuse comme la syphilis, ce fait est aujourd'hui hors de doute; elle ne commence pas, comme cette dernière, par une lésion locale. D'ailleurs les taches syphilitiques sont d'un rouge cuivré, sans élévation et sans altération de la sensibilité, tandis que les taches de la lèpre sont d'un rouge obscur, élevées au-dessus de la peau, un peu déprimées au centre, luisantes, comme huileuses, enfin très-souvent frappées d'insensibilité. Les tubercules syphilitiques, plats et cuivrés, sont en général beaucoup plus durs, plus développés et plus nombreux que les tubercules de la lèpre, qui sont de couleur fauve et bronzée. Enfin les ulcérations de l'éléphantiasis des Grecs, recouvertes de croûtes brunâtres, reposent sur une base ordinairement molle, tandis que les ulcères de la syphilide tuberculeuse ont des bords irréguliers et taillés à pic, un fond grisâtre et un cercle d'induration autour de leur base (1). Le diagnostic des localisations viscérales de la *spedalskhed* et de la syphilis repose en partie sur la connaissance des commémoratifs. L'alopecie lépreuse se distingue de l'alopecie syphilitique en ce qu'elle ne s'observe que sur les endroits de la tête frappés par la maladie.

Les maladies qui, dans la classe des intoxications, demandent à être comparées à la syphilis, sont le mercurialisme, l'iodisme et l'alcoolisme. La distinction à établir entre ces maladies et la syphilis est de la plus grande importance, si l'on désire éviter d'attribuer aux remèdes ou à l'hygiène ce qui appartient au mal, et réciproquement. Disons que, sous ce rapport, des erreurs ont été souvent commises.

L'intoxication mercurielle, quel que soit d'ailleurs le mode de pénétration de l'agent chimique, produit parfois des accidents qui ne sont pas sans analogie avec ceux de la syphilis secondaire: éruptions cutanées, ulcères de la bouche, de la langue, du pharynx, nécrose des os maxillaires, tremblement et diarrhée. Mais les éruptions mercurielles, aiguës et ordinairement fugaces, sont constituées par des érythèmes ou des vésicules, tandis que les éruptions syphilitiques, plus fixes et tenaces, se montrent fréquemment sous forme de pustules ou de tubercules. Celles-ci sont toujours et nécessairement précédées de l'accident primitif, celles-là le sont dans les cas seulement où le mercure est employé à combattre les effets de la syphilis. Les premières se manifestent presque constamment en même temps qu'une salivation plus ou moins considérable des gencives, tandis que les dernières ne présentent jamais ces phénomènes. Les ulcérations mercurielles ont pour siège d'élection les gencives, la commissure des mâchoires, le bord libre de la langue, la face interne des joues, rarement le pharynx et les parties génitales. Les ulcérations syphilitiques occupent de préférence le voile du palais, les membranes muqueuses

(1) Consultez: D. C. Danielssen et W. Boëck, *Traité de la spedalskhed ou éléphantiasis des Grecs*, trad. fr. par Colson. Paris, 1848. — J. H. Guérault, *Observ. méd. recueillies pendant le voyage de son A. I. le prince Napoléon dans les mers du Nord*. Thèse de Paris, 1857. — Gibert, *Traité des maladies de la peau et de la syphilis*, 3<sup>e</sup> édit., t. II, p. 30.

des fosses nasales et du larynx, très-fréquemment les parties génitales. Les ulcérations produites par le mercure, étalées, recouvertes d'une sorte de pellicule pseudo-membraneuse, sont accompagnées d'une fétidité particulière et pour ainsi dire constante de l'haleine. Les autres, mieux circonscrites, ont plus d'analogie avec les ulcérations ordinaires.

Certaines lésions osseuses sont encore des accidents communs aux deux maladies; mais tandis que dans la syphilis ces lésions sont des effets directs de l'état morbide général et peuvent atteindre différents os, dans l'intoxication par le mercure elles sont des phénomènes consécutifs à la stomatite et restent généralement limitées aux deux mâchoires. La cachexie, enfin, offre des caractères distincts, suivant qu'elle est produite par l'agent mercuriel ou par l'agent syphilitique; rapide dans le premier cas, elle est lente et chronique dans le second. Avec le mercurialisme, pâleur et décoloration des téguments, bouffissure de la face, œdème des extrémités, épanchements passifs dans les cavités séreuses, diarrhée habituelle, parfois hébétude et tremblement (1). Dans la syphilis, cachexie toujours tardive, le plus souvent liée à des lésions des viscères, peau sèche, écailleuse, bronzée plutôt que pâle, amaigrissement

(1) Afin de montrer la réalité de ce tableau, je rapporterai l'observation suivante, qui est un cas de mort dû en grande partie à la médication mercurielle, car non-seulement les phénomènes qu'on y observe paraissent se rapporter à l'hydrargyrisme, mais on n'y trouve aucune lésion matérielle pour rendre compte de la cachexie et expliquer la mort.

CACHEXIE MERCURIELLE ET MORT.

A. V. M..., couturière, âgée de vingt-cinq ans, présente, pour la première fois, en 1868, des lésions des parties génitales. Dans le courant de la même année elle s'aperçoit d'une éruption généralisée de la peau, pour laquelle elle séjourne trois mois à l'hôpital de Lourcine. En 1869, survient une nouvelle éruption qui est traitée dans le même hôpital pendant deux mois. Malgré un traitement mercuriel continué à la sortie de l'hôpital, une iritis apparaît vers la fin de 1869, et laisse à sa suite un rétrécissement de la pupille. Le 15 avril 1870, cette malade demande son admission à l'Hôtel-Dieu, elle se plaint d'une faiblesse générale sans localisation morbide spéciale. Appelé à lui donner des soins dans le cours du mois de juillet, je suis frappé de son extrême pâleur d'une légère bouffissure et d'une faiblesse de la vue, qui me firent soupçonner tout d'abord une affection rénale. Il n'en était rien, les urines n'étaient pas rendues en plus grande abondance, elles ne renfermaient point d'albumine. Une céphalée habituelle, des étourdissements, de l'insomnie et un tremblement des membres supérieurs semblable au tremblement alcoolique, si ce n'est qu'il offrait la même intensité le soir et le matin, puis un certain degré d'obtusion des facultés intellectuelles, me conduisirent, vu les antécédents de la malade, à soupçonner une affection syphilitique des centres nerveux. Pour un instant, je donnai ce diagnostic comme probable, et je prescrivis l'iodure de potassium. Cependant la sensibilité était conservée, on ne constatait aucune trace de paralysie, excepté du côté de la vessie ou la miction était souvent involontaire. La malade avait une diarrhée incoercible et rebelle, formée de matières jaunâtres. Cette diarrhée m'obligea bientôt à suspendre l'emploi de l'iodure de potassium et à me contenter d'administrer des astringents et des toniques. Vers le 1<sup>er</sup> septembre, l'affaiblissement était extrême, la malade mangeait à peine, sa pâleur et sa bouffissure étaient considérables (malgré l'absence de l'albuminurie); enfin il lui survint des ulcères dans la bouche, de la fièvre, et le 11 elle s'éteignait.

L'autopsie montra que les centres nerveux étaient simplement pâles et décolorés, un peu mous; les vaisseaux, pas plus que la substance nerveuse, ne présentaient d'altération. Poux un peu œdématisés à leurs bases. Cœur normal, légèrement décoloré; foie un peu volumineux et gras, sans autre altération; reins volumineux, décolorés ou de teinte cirreuse; rate normale. Le pancréas est l'organe qui paraît le plus altéré, il est granuleux, d'un jaune clair, et cet aspect résulte à la fois de l'épaississement de son tissu interstitiel et d'un léger degré de stéatose de ses acinis. L'estomac et l'intestin ont leur muqueuse pâle, mais nullement ulcérée; l'utérus, sain, adhère au cul-de-sac péritonéal.

et marasme. Inutile de rappeler que certains auteurs (1), même dans ces derniers temps, ont prétendu que la plupart des symptômes tertiaires de la syphilis étaient la conséquence d'un traitement mercuriel. C'est là une opinion qui n'est nullement fondée pour qui connaît la syphilis et l'intoxication par le mercure.

L'iode et même l'iodure de potassium, administrés sans discernement et sans réserve, peuvent être la cause d'accidents qui ne sont pas sans analogie avec ceux de la syphilis (2). En même temps qu'ils activent la circulation, ces agents sont susceptibles de produire, du côté de la peau, des éruptions érythémateuses, papulo-pustuleuses ou vésiculeuses; du côté des muqueuses, une congestion intense qui se localise de préférence aux fosses nasales (coryza), au pharynx et à la conjonctive. Ces diverses manifestations, auxquelles s'ajoutent un certain degré de maigreur et de décoloration des téguments, une céphalalgie frontale parfois intense, des palpitations, des étourdissements, des bourdonnements et une sorte d'ivresse, sont suffisantes, dans certaines circonstances, pour prêter à l'erreur, surtout quand elles se rencontrent chez des individus atteints de syphilis. Effectivement, la syphilis secondaire, à son début, se montre avec un ensemble symptomatique peu différent: céphalalgie, courbature, insomnie, légère accélération du pouls, éruptions érythémateuses ou papuleuses; mais, l'état général de cette maladie, contrairement à celui de l'iodisme, est passager, et les éruptions syphilitiques, fixes et tenaces, revêtent des caractères parfaitement tranchés. Il suffit donc de connaître la possibilité de l'erreur pour savoir l'éviter.

L'alcoolisme chronique, sous certains rapports, se rapproche de la syphilis; comme celle-ci, il est caractérisé anatomiquement par des lésions non suppuratives intéressant la trame conjonctive des organes, symptomatiquement par des troubles variés et une cachexie spéciale (3). L'alcoolisme, toutefois, ne donne jamais lieu comme la syphilis à des lésions circonscrites et destructives, il produit toujours des lésions diffuses avec tendance à une organisation définitive. Dans ces deux maladies dont le point de départ est si différent, l'évolution symptomatique est aussi fort dissemblable, et le mode des symptômes très-distinct. Il n'arrivera jamais de confondre l'anesthésie alcoolique avec celle qui peut résulter d'une lésion syphilitique.

A une certaine période de son existence, la syphilis offre une grande ressemblance avec les maladies constitutionnelles: comme ces maladies, elle se fait remarquer par la dissémination et l'uniformité des lésions, par la multiplicité et la variété des symptômes, elle a une durée indéterminée, une marche progressive.

La scrofuleuse, de même que la syphilis, procède par périodes distinctes: au

(1) Hermann, *Die Behandlung der Syphilis ohne Mercur*, Wien, 1857, et d'autres auteurs que nous citerons plus loin.

(2) Consultez: Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, t. I, 1855. — Rilliet, *De l'iodisme constitutionnel*, dans *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1860. — Voyez la discussion académique élevée au sujet de ce mémoire, *Bulletins de l'Académie de médecine* (même année).

(3) Voyez, dans *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Paris, 1865, t. II, notre art. ALCOOLISME.