

revu cette jeune malade. Or, son état est toujours resté le même, en dépit de nombre d'autres tentatives thérapeutiques.

C'est donc prodigieux, on le voit. Une surdité qui s'établit soudainement, qui aboutit en quelques jours à l'abolition absolue de l'ouïe, puis qui persiste au delà d'une façon définitive, en résistant à tous les efforts de la thérapeutique, cela semble presque du roman.

Ajoutez encore que cette forme de surdité a pour habitude de faire invasion dans des syphilis par ailleurs très usuelles, bénignes même, et non entachées du moindre facteur de gravité.

Que peut-elle être donc ? Relève-t-elle d'une lésion du nerf auditif, ou bien d'un foyer plus profond, encéphalique, ou bien d'une apoplexie labyrinthique, etc. ? Les seuls renseignements dont nous disposions sur ce point nous sont fournis par une autopsie de Moos qui, dans un cas de ce genre (à savoir sur un sujet syphilitique devenu sourd en six jours et ayant succombé à une maladie intercurrente), a constaté ceci :

Le périoste vestibulaire était légèrement épaissi. — Le tissu cellulaire qui se trouve entre la paroi osseuse du vestibule et la paroi membraneuse était hyperplasié et infiltré de petites cellules.

L'infiltration cellulaire se retrouvait dans le périoste de la lame spirale osseuse et dans toutes les portions de la lame spirale membraneuse, mais était plus particulièrement marquée dans l'organe de Corti, dont il était impossible de distinguer les éléments.

Le tronc du nerf auditif n'était pas altéré.

D'après cela, donc, l'affection paraîtrait relever d'une lésion labyrinthique. Mais, bien manifestement, il ne saurait suffire d'une seule autopsie pour fixer une question de cet ordre.

En tout cas, ce qui est éminemment curieux, c'est que des lésions de ce genre puissent être appelées à se produire dans la période secondaire, voire dans les premiers temps de cette période, et qu'une fois produites elles ne soient plus sujettes à régression. Or, nul doute sur l'un et l'autre de ces points.

Ainsi, d'une part, on a observé plusieurs fois la surdité foudroyante au cours de la période secondaire et jusque dans les premiers mois de l'infection (exemples : au sixième mois dans un cas du P^r Fournier, au cinquième dans le cas précité).

Et, d'autre part (réserve faite pour un seul cas dont il va être question), l'affection est restée jusqu'à ce jour absolument rebelle à tous les efforts de la thérapeutique. Bien que traitée dès le début, bien que soumise à des médications énergiques et variées, elle n'a jamais rétrogradé, elle n'a jamais guéri. A ma connaissance, tous les malades qu'elle a rendus sourds sont restés définitivement sourds. Je ne connais à cette règle qu'une seule exception qui vient de m'être

communiquée par M. le P^r Fournier. Ce fait, qu'il a observé en ville avec MM. les D^{rs} Hirschfeld et Landowski, mérite à coup sûr d'être enregistré ici. En voici le sommaire :

Homme de trente-six ans, bien constitué. — Syphilis en août. — Chancre induré, suivi de roséole. — Traitement depuis septembre par liqueur de Van Swieten et iodure de potassium alternativement.

En février, grippe légère, qui dure cinq jours. — A ce moment, l'oreille gauche s'affecte. Diminution de l'ouïe, et vertiges des plus intenses, au point que le malade trébuche. — Injections quotidiennes de peptonate (à 2 centigr.) et iodure de potassium, 5 gr. par jour. — Néanmoins l'ouïe diminue de jour en jour, et bientôt s'abolit absolument. Le malade en arrive à ne plus percevoir le diapason le plus aigu. — Vertiges disparus.

Vers la fin d'avril, l'oreille droite se prend à son tour. — Diminution extrêmement rapide de l'ouïe, voire appréciable d'un jour à l'autre (!).

Examen de l'une et l'autre oreille absolument négatif. — Aucune lésion appréciable. — Du reste, excellent état général; appétit, toutes fonctions intactes. — Réflexes rotuliens conservés; nul signe de tabès.

Le 14 mai, on décide de recourir aux *injections de calomel*, tout en continuant l'administration de l'iodure. — Six de ces injections sont pratiquées.

Le 11 juillet, amélioration surprenante. — Oreille droite entendant à 40 mètres. — Oreille gauche percevant la voix à un mètre. — On continue le traitement.

En novembre (d'après un renseignement qui vient de m'être fourni par le D^r Landowski), « l'état de l'ouïe s'est tellement amélioré que le malade entend le moindre chuchotement et distingue les paroles prononcées à voix basse ».

FIÈVRE SYPHILITIQUE.

Deux erreurs ont longtemps eu cours dans la science relativement à la question qui va nous occuper.

D'après l'une, la syphilis serait foncièrement et essentiellement une maladie apyrétique, incapable de développer la fièvre. Un ancien n'avait-il pas dit : « Morbus gallicus est morbus absque febre. » ? « La vérole ne connaît pas la fièvre », avait-on répété à sa suite.

D'après la seconde des erreurs en question, la syphilis pourrait bien quelquefois déterminer des accidents fébriles, mais seulement à l'occasion et par l'intermédiaire de certaines de ses manifestations à processus inflammatoire ou éruptif. Des accidents fébriles « symptomatiques », voilà tout ce qu'on lui concédait autrefois.

Or, contradictoirement à ces vieux préjugés, l'observation moderne a établi :

1° Que la syphilis, loin d'être une affection invariablement apyrétique, est l'occasion fréquente d'accidents fébriles ;

2° Que ces accidents ne sont pas toujours — tant s'en faut — symptomatiques de manifestations locales; — que, le plus souvent au contraire, ils se produisent sans intermédiaire, c'est-à-dire sans connexion avec tel ou tel symptôme diathésique; auquel cas ils semblent bien dériver directement de l'infection et constituer, au sens précis du mot, une sorte de fièvre essentielle spécifique, une véritable *fièvre syphilitique*.

Fréquence. — De mes statistiques, comme de celles qui ont été citées par quelques observateurs, il ressort que les accidents fébriles sont à coup sûr *assez communs* au cours de la période secondaire et surtout dans les premiers temps de cette période.

Mais impossible de formuler numériquement cette fréquence. Car, pour établir une statistique à ce sujet, il faudrait suivre *tous* les malades d'un bout à l'autre de l'évolution secondaire, ce qui n'est pas réalisable dans la pratique hospitalière, ni même (sauf exceptions assez rares) dans la pratique de ville.

D'ailleurs, la fréquence des accidents fébriles d'origine spécifique est éminemment variable suivant des conditions multiples. Ainsi :

1° Fréquente chez la *femme* au cours de la période secondaire, la fièvre syphilitique est véritablement rare, tout à faire rare chez l'homme.

2° Elle est particulièrement fréquente chez les femmes *jeunes*, qui prennent la syphilis de seize à vingt ans. — Cette condition d'âge explique sans doute pourquoi elle se rencontre si fréquemment à Lourcine où abondent les jeunes prostituées.

3° Elle s'observe surtout dans les *syphilis de forme nerveuse*.

4° Enfin, remarque positive dont la singularité m'échappe, elle est infiniment plus commune à l'hôpital qu'en ville. A l'hôpital, j'en ai rencontré des centaines de cas; peut-être n'en ai-je pas observé plus d'une trentaine en ville dans toute ma pratique.

Division. — Les accidents fébriles qui dérivent de la syphilis sont manifestement de deux ordres et composent ce qu'on peut appeler une *fièvre symptomatique* et une *fièvre essentielle*.

La première a son origine, sa cause, dans l'évolution d'un accident de la maladie.

La seconde se produit comme expression directe, immédiate, de l'infection, sans être reliée, subordonnée à tel ou tel accident contemporain de la maladie.

Ces deux types fébriles sont à la fois différents comme fréquence, comme pathogénie, comme évolution, comme durée, et aussi comme intérêt clinique. Quelques mots suffiront à caractériser le premier, tandis que le second devra nous occuper longuement.

I. — FIÈVRE SYMPTOMATIQUE. — Peu fréquente, et cela pour une raison très simple : c'est que les manifestations secondaires ont pour

caractère presque constant de se produire à *froid*, sans réaction, indépendamment de tout processus phlegmasique.

Parfois cependant il arrive qu'un molimen pyrétique prélude à certaines de ces manifestations ou les accompagne à leur début pendant un certain temps. C'est ainsi notamment que des accidents fébriles peuvent s'observer comme avant-coureurs des poussées éruptives de la période secondaire. Quelques syphilides (particulièrement celles qui sont remarquables par leur dissémination ou leur quasi-généralisation) se compliquent parfois de fièvre dans leur stade prodromique ou initial (*fièvre d'éruption*). — De même, on voit de temps à autre un certain ensemble fébrile se développer à l'occasion d'accidents spécifiques un peu aigus (iritis inflammatoire, périostite, arthrite, ténosité, pseudo-rhumatisme secondaire, adénopathies de forme suppurative, lymphangites, etc.), ou de complications incidentes.

Dans tous ces cas, il est bien évident que la fièvre qui coexiste avec de telles manifestations est déterminée par elles, qu'elle en est dépendante, qu'elle leur est subordonnée, bref et d'un seul mot qu'elle en est *symptomatique*.

Cette fièvre symptomatique n'offre rien de spécial comme caractères; elle ressemble à tout mouvement fébrile développé à l'occasion d'un trouble fonctionnel ou d'une lésion quelconque. — Presque invariablement elle affecte le type continu. — Son intensité n'est jamais que médiocre ou moyenne. — Comme durée, enfin, elle est généralement courte. Éphémère en certains cas, elle ne dépasse guère au plus quatre ou cinq jours; je ne l'ai vue que très exceptionnellement persister, avec des rémissions ou des reprises irrégulières, au delà de huit, dix ou douze jours.

Fièvre d'éruption. — Voilà le type le plus fréquent en l'espèce et de beaucoup le plus intéressant. Ce type consiste en un mouvement fébrile plus ou moins accentué qui prélude à l'invasion des syphilides et coexiste à leur épanouissement, pour tomber *sponte sua* après une durée de quelques jours.

L'invasion fébrile s'observe-t-elle indifféremment avec toutes les syphilides secondaires? Non. Ainsi que je viens de le dire, elle s'observe presque exclusivement avec les syphilides généralisées, disséminées tout au moins, c'est-à-dire avec celles qui, par la multiplicité et l'éparpillement de leurs éléments éruptifs, tendent à se rapprocher des fièvres éruptives ou des pseudo-exanthèmes (roséole, syphilides papuleuses, syphilide herpétiforme ou varioliforme, etc.). Au contraire, elle fait défaut avec les syphilides régionales et circonscrites, telles, par exemple, que la syphilide palmaire.

Je produirai un spécimen de ces fièvres d'éruption. En l'espèce, il s'agit d'une roséole syphilitique qui a été précédée, puis accompagnée d'accidents fébriles. Or, le graphique reproduit ici nous permet de suivre exactement le processus morbide, à savoir :

Quatre jours avant l'apparition de la roséole, la température commence à s'élever ($38^{\circ},2$); — le second jour, elle atteint $38^{\circ},6$; — puis $38^{\circ},7$, le troisième; — le quatrième, elle parvient à son apogée ($39^{\circ},6$), et c'est à ce moment précis que la roséole commence à poindre; — tout aussitôt, la fièvre décroît, tout en subsistant encore

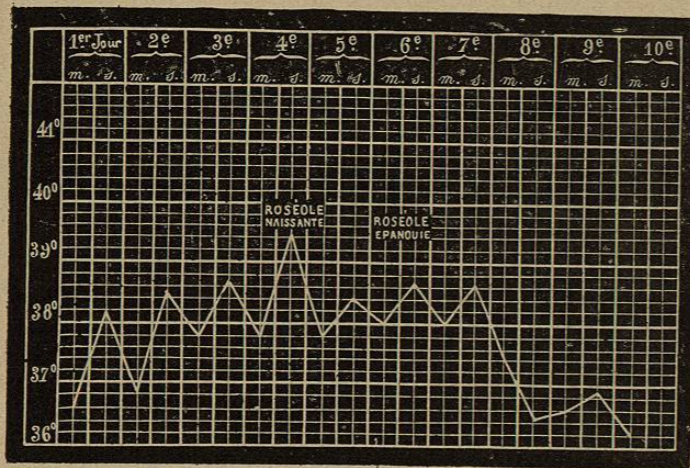


Fig. 1.

trois jours entre $38^{\circ},5$ et $38^{\circ},8$, laps de temps pendant lequel la roséole achève de s'épanouir. — Finalement, défervescence, à partir du huitième jour.

Cette courbe n'est-elle pas absolument significative, en montrant d'une façon aussi nette que possible la relation de la fièvre avec l'exanthème? La fièvre est donc bien ici par excellence une *fièvre d'éruption*. Impossible de lui refuser ce caractère.

Or, ce qu'il importe de savoir pour la pratique, c'est que ces fièvres d'éruption de la syphilis sont l'origine de fréquentes *erreurs* diagnostiques, et cela toujours pour la même raison, à savoir parce qu'on se défie de la syphilis en tant qu'origine possible d'accidents fébriles, parce qu'étant donnée une fièvre, même chez un syphilitique, on commence toujours par exclure la syphilis comme cause possible de cette fièvre qu'on s'efforce de rattacher à n'importe quelle autre raison. En tout cas et quels qu'en soient les motifs, les erreurs surabondent à propos des fièvres en question. Quelques exemples ne seront pas inutiles à citer.

J'ai vu maintes fois des roséoles syphilitiques être prises, au moins à leur début, pour des « rougeoles frustes », des « rougeoles sans catarrhes », et cela en raison même des accidents fébriles qui leur avaient présumé et qui présidaient à leur éclosion.

L'année dernière, un malade de la ville est adressé à un hôpital comme affecté de variole. De cet hôpital on le dirige sur un service spécial de varioleux où il reste deux jours et d'où, alors, on nous l'expédie avec le diagnostic « syphilide ». Et, en effet, cette prétendue variole n'était qu'une syphilide papulo-acnéique, mais une syphilide dont l'invasion avait été marquée par un violent accès fébrile ($39^{\circ},5$), avec céphalalgie intense, myosalgies, rachialgie, etc.

Autre exemple, que j'emprunterai à l'un de mes distingués collègues et amis, le D^r Millard : Un malade arrive à l'hôpital Beaujon avec une fièvre intense et divers symptômes généraux qui éveillent le soupçon d'une dothiéntérie. — Deux jours ce diagnostic subsiste et semble se confirmer. — Mais, voici que, le troisième jour, apparaissent sur le corps de petites taches rosées, légèrement saillantes. On croit, après mûr examen, à une variole. — Puis, ces taches se développent et aboutissent en définitive à une splendide syphilide papuleuse, en même temps que la défervescence s'établit et que tous les autres phénomènes sympathiques s'évanouissent.

De telles erreurs sont le plus souvent des *surprises*, parce qu'on ignore les antécédents spécifiques des malades ou parce qu'on ne songe pas à les rechercher à propos d'une scène morbide qui semble n'avoir rien de commun avec la syphilis. Mais, d'autres fois, la méprise ou tout au moins l'impossibilité d'un diagnostic précis se produit en pleine connaissance de cause des antécédents, et cela parce que la fièvre spécifique peut se produire avec une allure, une physionomie qui rappelle absolument la fièvre prodromique des grandes pyrexies. C'est ainsi, à n'en citer qu'un exemple, que, dans un cas observé par le D^r Jullien, la fièvre prodromique d'une syphilide donna le change pour une fièvre prodromique de variole. La température dépassait 40° ; le pouls était fréquent, et la face extrêmement congestionnée; le malade accusait une céphalée intense et de la rachialgie; la prostration était absolue, etc. Si bien que M. Jullien, quoique sachant son malade syphilitique de fraîche date et s'attendant à une explosion spécifique, dut suspendre tout diagnostic jusqu'au quatrième jour, se demandant s'il allait avoir affaire à une syphilide ou à une variole. Puis, au quatrième jour, surgit une éruption qui ne fut autre qu'une syphilide pustuleuse, et la défervescence se fit alors brusquement.

II. — FIÈVRE ESSENTIELLE ou FIÈVRE SYPHILITIQUE proprement dite. — Celle-ci, je le rappelle, diffère essentiellement de la précédente en ce qu'elle se produit indépendamment de toute lésion, de toute manifestation capable de la motiver, de l'expliquer. Elle se produit à la façon d'un symptôme ayant son individualité propre, et paraît procéder directement de l'infection sans intermédiaire appréciable.

Elle est beaucoup plus commune que la fièvre symptomatique.

Échéance d'invasion. — La fièvre syphilitique paraît être une affection d'ordre à peu près exclusivement *secondaire*. On ne l'observe en effet ni avant la période secondaire, c'est-à-dire dans l'étape du chancre, ni au delà (sauf exceptions bien rares), c'est-à-dire en étape tertiaire. C'est donc, peut-on dire, un accident de syphilis jeune, de syphilis dans ses deux ou trois premières années.

Elle a, dans le stade secondaire, une époque de prédilection, à savoir *les premiers mois* (du troisième au sixième, tout au plus au huitième). — Elle peut même être très précoce. Ainsi, sur l'une de mes malades, qui avait été affectée de chancre dans les derniers jours du mois d'août, elle est apparue vers le 15 octobre, c'est-à-dire cinquante jours environ après le début même de l'infection.

Conditions étiologiques. — Une seule nous est bien connue et paraît prédominante en l'espèce, à savoir celle du *sexe*.

L'homme n'est que rarement affecté par la fièvre syphilitique. — Et, de plus, quand il en est affecté, il ne la présente jamais que dans ses types légers.

La femme, au contraire, est éminemment sujette à la fièvre syphilitique, et c'est chez elle exclusivement qu'on en observe les types sérieux, importants, prolongés, typhoïdiques.

Toutes les femmes n'y sont pas également prédisposées. On sait déjà par ce qui précède que la fièvre syphilitique est surtout l'apanage des femmes jeunes, nerveuses de tempérament, ou des femmes affectées de syphilis à forme nerveuse.

FORMES CLINIQUES. — La fièvre syphilitique est loin de se présenter toujours sous la même forme. D'abord, elle comporte des variétés nombreuses comme intensité de symptômes, c'est-à-dire comme accélération du pouls et élévation de la température, comme troubles sympathiques, comme durée, comme physionomie générale, etc. De plus (et ceci a une bien autre importance), elle est susceptible de *types* différents. Ainsi, tantôt elle procède par accès fébriles intermittents, séparés les uns des autres par une période intercalaire d'apyrexie; — tantôt elle prend le type d'une fièvre continue, avec ou sans exacerbations distinctes; tantôt, enfin, elle n'affecte plus qu'une marche irrégulière, presque désordonnée.

En autres termes, elle se présente cliniquement sous *trois formes*, à savoir :

- 1° Une forme intermittente;
- 2° Une forme continue;
- 3° Une forme atypique.

I. — Forme intermittente (fièvre intermittente syphilitique).

— Le type intermittent est sans contredit celui qu'affecte le plus fréquemment la fièvre syphilitique de forme essentielle.

Il se caractérise nettement par une série d'*accès fébriles* plus ou moins réguliers comme apparition, souvent même périodiques,

presque toujours quotidiens, presque toujours aussi vespérins ou nocturnes, et séparés les uns des autres par des intervalles d'apyrexie complète.

Quelques détails.

Ces accès fébriles, tout d'abord, sont constitués par les phénomènes qui sont les éléments essentiels, communs, de toute fièvre, à savoir: accélération du pouls, élévation de la température, sentiment de malaise général, céphalalgie, brisement, troubles sympathiques, etc.

Dans leur forme la plus complète, ils se rapprochent plus ou moins de l'accès fébrile d'origine palustre, en ce sens qu'ils peuvent être décomposés en trois stades successifs où prédominent tour à tour le froid, la chaleur et les sueurs. Mais ils n'affectent que très rarement cette forme *parfaite*, s'il m'est permis de la qualifier ainsi. Ce serait donc une erreur grave que de donner l'accès palustre comme un représentant fidèle de l'accès syphilitique. Celui-ci, tout au contraire, diffère à plus d'un titre de celui-là. Il en diffère notamment en ce qu'il est : 1° moins complet; — 2° moins régulier, moins méthodique comme évolution; — 3° bien plus varié comme symptômes, comme physionomie générale.

Moins complet, ai-je dit en premier lieu. L'accès palustre, en effet, est toujours constitué par trois stades bien nets et bien distincts : stade de froid initial, stade de chaleur intermédiaire, stade terminal de sueurs. Inversement, l'accès syphilitique ne présente ces trois phases successives que d'une façon tout à fait exceptionnelle. C'est, d'abord, le stade initial qui y fait défaut presque toujours; du moins il ne consiste le plus souvent qu'en un refroidissement trop passager, trop éphémère pour mériter le nom de stade. Les frissons, de plus, y sont remplacés par de simples frissonnements. — C'est ensuite le stade terminal qui, au lieu de s'accuser, comme dans la fièvre paludéenne, par une sudation abondante et prolongée, est habituellement très court et constitué seulement par une simple moiteur, une humectation légère et partielle des téguments. — De sorte que souvent, voire le plus souvent, l'accès fébrile syphilitique se réduit en somme à un stade unique, celui de *chaleur*. Pour mieux dire, c'est l'élément chaleur qui est le phénomène essentiel de la fièvre intermittente syphilitique, où le froid et les sueurs ne figurent que comme éléments éventuels et subordonnés. — Les malades, du reste, traduisent ce fait par la façon même dont elles qualifient leurs accès sous les noms de « *fièvre en chaud*, de *chaleurs nocturnes*, de *ardeurs nocturnes* qui les dévorent », etc. Presque jamais elles ne se plaignent de frissons ou de sueurs qu'au titre de phénomènes accessoires et notablement plus rares.

Secondement : l'accès syphilitique est *bien moins régulier, bien moins méthodique comme évolution* que l'accès palustre. Ce dernier,