

ment fébrile à la syphilis, de rechercher et d'éliminer une à une toutes les causes, *quelles qu'elles soient*, qui pourraient avoir servi d'origine à de tels symptômes. Ce diagnostic préalable, diagnostic *d'exclusion*, s'impose dans tous les cas. Il ne sera réalisé que par un examen complet, intégral, du malade, par une revue minutieuse de ses antécédents, par une analyse méthodique de tous les troubles morbides.

En l'espèce, il est un état pathologique qu'il y a souvent difficulté réelle à différencier de la fièvre continue syphilitique (en dehors, bien entendu, de ces cas à longue durée dont je parlais à l'instant). C'est l'affection si commune et encore si mal déterminée qu'on appelait jadis la *synoque* (*synochus imputris* des anciens) ou l'embarras gastrique fébrile, et que depuis on a débaptisée sous les noms divers de fièvre continue simple, catarrhe aigu d'estomac, fièvre gastrique, etc. Trois ordres d'analogie la rapprochent de la fièvre syphilitique à forme continue, à savoir : De part et d'autre, 1° mouvement fébrile, de type continu et d'intensité généralement modérée; — 2° troubles généraux multiples : inappétence, malaise, lassitude, courbature musculaire, céphalalgie, etc.; — 3° absence de tout autre symptôme mieux accusé et nettement caractéristique. — En sorte qu'il est souvent délicat, voire impossible d'instituer un diagnostic précis entre ces deux entités morbides. Pour ma part, je déclare qu'il m'est arrivé maintes fois, après avoir assisté à toute l'évolution d'un mouvement fébrile sur un syphilitique, de ne pas savoir si j'avais eu affaire à une synoque ou à une fièvre continue spécifique.

Le plus habituellement, toutefois, ce diagnostic pourra être déterminé par les trois considérations que voici :

1° *Troubles digestifs bien plus fortement accentués dans la synoque que dans la fièvre syphilitique.* — Ainsi, dans la synoque : anorexie absolue, et même (ce qui est un degré supérieur à l'anorexie) dégoût, répulsion véritable pour tous les aliments; — amertume spéciale de la bouche; — soif vive, avec appétence pour les boissons acidules; — souvent aussi nausées et quelquefois vomissements.

Certes, des symptômes de même ordre peuvent bien exister dans la fièvre syphilitique, mais ils y sont toujours bien moins accentués. Il y a inappétence, certes, chez nos malades; mais il n'y a pas dégoût, répulsion pour les aliments; la plupart supportent, sollicitent même quelques aliments légers, tels que les potages. — Chez eux, de plus, les nausées sont rares et les vomissements exceptionnels.

Se rappeler, d'autre part, qu'en certains cas (très rares, à la vérité) l'appétit peut être à peu près conservé, voire exagéré (boulimie secondaire).

2° Comme corollaire, *état saburral bien autrement accusé dans la synoque que dans la fièvre syphilitique.*

Dans la synoque, langue *spéciale*, peut-on dire; langue de l'embar-

ras gastrique par excellence, à savoir langue étalée, large, blanche, absolument blanche, comme couverte d'une « neige sale », en un mot, saburrale au plus haut degré.

Dans la fièvre syphilitique, langue tout au plus grisâtre et légèrement chargée; quelquefois même, langue presque normale et exempte de saburres. — Ce dernier signe est parfois nettement différentiel.

3° A un moment donné de la maladie, *signe diagnostique formel résultant de la durée.* — La synoque, en effet, ne dépasse guère sept, huit à neuf jours. La fièvre syphilitique, au contraire, est susceptible, comme nous l'avons vu, de se prolonger plusieurs septénaires.

(Je ne parle pas ici — et pour cause — des fameuses taches bleues ou ardoisées qu'on avait données jadis comme caractéristiques ou presque caractéristiques de la synoque; car il est actuellement reconnu qu'elles sont purement et simplement d'origine phthiriasique.)

*Variété : Typhose syphilitique.* — Que l'on suppose une fièvre continue syphilitique se compliquant de ces symptômes d'asthénie spécifique que j'ai décrits précédemment, et l'on aura, comme résultat de cette combinaison, un état fébrile adynamique rappelant l'allure, la physionomie de la fièvre typhoïde. Eh bien, ce type se réalise parfois en clinique. Je lui ai donné le nom de typhose secondaire.

Ce qui caractérise cette typhose est ceci :

D'une part, tous symptômes usuels de la fièvre continue spécifique, mais plus intenses que dans la moyenne courante, à savoir : température oscillant entre 38,5, 39 et 40°; — pouls variant entre 110 et 120; — céphalalgie vive; — troubles sympathiques bien accentués : langue saburrale, soif, inappétence; — étourdissements, état vertigineux dès que le malade s'assied sur son lit, etc.

Et, d'autre part, tous phénomènes d'adynamie : perte des forces, accablement, prostration véritable; — état asthénique de toutes les fonctions; — pouls mou, dépressible; — paresse des sens; — certaine hébétude intellectuelle, engourdissement, torpeur, somnolence, etc.

Une telle combinaison de symptômes ne réalise-t-elle pas l'ensemble clinique par lequel se traduit la fièvre typhoïde? Aussi bien est-elle des plus trompeuses. La première impression qu'en reçoit le praticien est toujours celle d'un état typhoïde, voire d'une fièvre typhoïde, et il faut vraiment un examen *complet* de la scène morbide pour se défendre en l'espèce contre une erreur plus que facile à commettre.

D'autant que deux autres conditions favorisent encore la méprise, à savoir : l'âge du malade et la *durée* de la maladie. Cette typhose syphilitique s'observe, en effet, presque toujours sur de jeunes sujets, c'est-à-dire à l'âge où la fièvre typhoïde est le plus commune. D'autre part et surtout elle est particulièrement trompeuse par sa

longue durée. N'a-t-on pas dit que, dans nos climats, toute fièvre continue qui se prolonge au delà d'un septénaire est presque sûrement une fièvre typhoïde? Or, la typhose secondaire ne persiste guère moins d'une quinzaine de jours; très souvent elle atteint trois septénaires; parfois même elle dépasse ce terme pour se prolonger jusqu'à quatre, cinq et six semaines.

J'ajouterai encore que la présence possible sur la peau de quelques fines papules rosées d'ordre spécifique n'est pas quelquefois sans ajouter une difficulté de plus au diagnostic, en donnant le change pour une éruption de taches rosées lenticulaires.

Ces diverses raisons, certes, sont plus que suffisantes pour expliquer la possibilité d'une confusion entre la typhose syphilitique et la fièvre typhoïde. Mais il en est une autre bien supérieure à toutes celles-ci pour motiver l'erreur: c'est que *la typhose syphilitique est encore ignorée de la plupart des praticiens*. Elle n'a pas fait sa trouée dans le monde médical, où reste en faveur le vieux préjugé d'après lequel la syphilis ne saurait réaliser des états fébriles continus d'une certaine importance et d'une certaine durée. En sorte qu'en face de la typhose syphilitique la plus légitime la plupart des médecins concluent à une fièvre typhoïde, à une fièvre typhoïde sans doute anormale par absence de quelques phénomènes, mais non moins authentique en dépit de l'anomalie (1). De cela que d'exemples n'aurais-je pas à citer!

Et cependant la différenciation clinique de ces deux entités n'offre pas en général de sérieux embarras. Sans doute elle peut être difficile, voire impossible *au début* par défaut de signes suffisants en l'un ou l'autre sens. Mais après quelques jours on sera toujours fixé, et cela de par telle ou telle des considérations contenues dans le tableau suivant:

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LA FIÈVRE TYPHOÏDE  
ET LA TYPHOSE SYPHILITIQUE.

Fièvre typhoïde.	Typhose secondaire.
I. " "	I. — Antécédents de syphilis récente. Souvent aussi, coexistence significative d'accidents spécifiques contemporains (syphilides, plaques muqueuses, adénopathies, myosalgies, périostites, alopecie, névralgies, troubles de sensibilité et spécialement analgésie, troubles nerveux, algidités périphériques, etc.).
II. — Épistaxis initiales très habituelles.	II. " "
III. — Adynamie générale; prostration véritable, allant parfois jusqu'à l'anéantissement.	III. — Asthénie plutôt qu'adynamie vraie; affaissement plutôt que prostration.

(1) V. thèse précitée du Dr A. Morin, Paris, 1888.

Fièvre typhoïde (suite).	Typhose secondaire (suite).
IV. — Faciès caractéristique: stupeur et joues plaquées.	IV. — Faciès alongui, abattu, mais sans stupeur. — Pâleur.
V. — Sécheresse caractéristique de la langue. Fuliginosités.	V. — Langue humide, grise ou blanchâtre. Pas de fuliginosités.
VI. — Sécheresse brûlante de la peau.	VI. — Pas de sécheresse de la peau, qui est souvent halitueuse.
VII. — Torpeur de l'intellect. — Conversation difficile, impossible même. — Réponses vagues, incertaines.	VII. — Intelligence non affectée. — Conversation toujours possible. — Réponses précises.
VIII. — Subdélirium nocturne très habituel. — Parfois délire.	VIII. — Ni subdélirium ni délire.
IX. — Courbe thermique spéciale: premier stade à oscillations ascendantes; — second stade à oscillations stationnaires.	IX. " "
X. — Météorisme.	X. " "
XI. — Douleur iliaque; — gargouillement iliaque.	XI. " "
XII. — Diarrhée.	XII. " "
XIII. — Râles bronchitiques.	XIII. " "
XIV. — Développement de la rate.	XIV. " "
XV. — Au début du second septénaire, taches rosées lenticulaires.	XV. — (Se méfier des éruptions spécifiques [papules miliaires], pouvant simuler les taches rosées lenticulaires).
XVI. — Possibilité d'accidents multiples: albuminurie, hémorragies intestinales, péritonite par perforation, engouement pulmonaire, broncho-pneumonie, escarres, etc., etc.	XVI. " "
XVII. — Réaction agglutinative de Widal.	XVII. " "

*Pronostic.* — Comme pronostic, cette typhose secondaire est certes faite pour inspirer quelques craintes, tant elle se rapproche comme allure de la fièvre typhoïde dont on sait les dangers multiples. Toutefois, en dépit de ses apparences, elle ne comporte rien de grave. *Toujours elle guérit.*

Après un temps variable, les phénomènes d'adynamie disparaissent en premier lieu; les forces se relèvent; puis la fièvre s'éteint, et la syphilis reprend son cours, dégagée de cette complication spéciale.

Il va sans dire que, suivant la durée et l'intensité des accidents, l'économie reste plus ou moins ébranlée à la suite de cette violente secousse. Quelquefois même un état de débilitation fortement accentué succède à cette forme particulière de la fièvre syphilitique.

III. — **Forme dérégulée, atypique.** — Cette troisième forme de la fièvre syphilitique n'a d'autre caractère que d'être constituée par

des états fébriles spécifiques qui ne rentrent ni dans l'un ni dans l'autre des deux grands types étudiés précédemment.

Ces états fébriles non réglés, *atypiques* (comme on les appelle le plus souvent) sont très communs. Ils affectent, de plus, des modalités multiples et variées. Ainsi, ils consistent tantôt en des états fébriles qui, d'abord intermittents, deviennent plus tard continus ; — tantôt (ce qui est beaucoup plus rare) en des accès continus devenant ensuite intermittents ; — tantôt en un mélange irrégulier de ces deux formes ; — et, plus souvent encore, en de simples poussées fébriles absolument déréglées comme invasion, comme teneur et comme durée, se manifestant pour quelques jours, puis se suspendant, puis se renouvelant, et cela de la façon la plus capricieuse.

Je citerai deux exemples pour fixer les idées.

Une de mes malades commença, au cours de la période secondaire, par présenter des accès fébriles franchement périodiques, survenant le soir vers six heures et s'évanouissant vers minuit. Ces accès durèrent une quinzaine environ. — Puis, quelques semaines plus tard, nouvelle invasion fébrile, mais cette fois sous le type continu, et cela pour cinq jours. — Puis, quelque temps après, nouveaux accès à forme intermittente.

Une autre femme, affectée d'une syphilis à manifestations nerveuses multiples, présenta la série d'accidents fébriles que voici : d'abord, pendant un mois, accès intermittents, vespérins ou nocturnes ; — puis, six semaines plus tard, fièvre de forme continue, pour une quinzaine ; — dix jours après, deux nouveaux accès de même forme, le premier de trois jours et le second de quatre ; — finalement, pour un laps de deux mois, poussées fébriles absolument irrégulières, atypiques, tantôt ne durant que l'espace d'une nuit, et tantôt se prolongeant de vingt-quatre à quarante-huit heures.

Sans que j'aie besoin d'insister sur ce point, on conçoit ce que doivent offrir de difficultés diagnostiques de tels états fébriles mal déterminés, décousus, déréglés, se répétant sans cause appréciable, etc. On peut hésiter à les rapporter à la syphilis, alors même que les antécédents de syphilis sont absolument irrécusables, et l'on se prend toujours, en pareil cas (j'en parle par expérience), à douter de son diagnostic, à se demander si l'on ne fait pas fausse route et si ces poussées fébriles singulières ne seraient pas plutôt en relation avec quelque affection latente, ignorée, que l'on recherche inutilement. — A fortiori, comment aboutir au diagnostic de fièvre spécifique alors que, pour des raisons diverses, la syphilis reste incertaine ou même (ce qui n'est pas rare) est dissimulée au médecin (1) ?

(1) Pour la pratique, il est bon de savoir ceci : les syphilitiques d'un certain monde ne confient pas à tout médecin le secret de leur syphilis. Très généralement ils s'offrent le luxe de deux médecins : l'un, le médecin ordinaire, le médecin de famille, pour les cas d'ordre vulgaire, et l'autre, le médecin extraor-

Aussi bien, de là comme de tout ce qui précède se dégage-t-il un enseignement clinique : C'est qu'aux prises avec un état fébrile dont il ne s'explique pas la cause, le médecin a toujours l'obligation de faire une place à la syphilis dans les hypothèses à discuter sur les origines, sur le pourquoi de cette fièvre. Quel que soit le type de cette fièvre, qu'elle soit intermittente, continue ou déréglée, quelle qu'en soit également la durée, toujours il devra rechercher la syphilis dans les antécédents, et plus d'une fois il la trouvera comme raison de tels symptômes qui resteraient inexplicables sans elle.

Enfin, je dois mentionner ici à certains cas (à la vérité tout à fait exceptionnels) dans lesquels on a vu des femmes rester sujettes pendant plusieurs mois à des accès fébriles déréglés, exclusivement imputables à la syphilis. J'ai en mains la très longue et très probante observation d'une jeune femme de vingt ans, bien constituée et d'excellente santé antérieure, qui commença à être prise de fièvre dès le début de la période secondaire et qui, pendant quatre mois et huit jours (à cela près d'accalmies éphémères), continua à présenter des accès fébriles irréguliers, déréglés, capricieux, non explicables par la moindre cause étrangère à la syphilis. Simultanément, du reste, et comme témoignage du caractère spécifique de ces singuliers accès fébriles, cette femme fut affectée d'une nuée de manifestations syphilitiques, à savoir : roséole, syphilide papuleuse, plaques muqueuses, adénopathies, et surtout accidents nerveux, tels que douleurs névralgiformes, xiphalgie, analgésie très étendue et très accentuée, algidités périphériques, éréthisme nerveux, lipothymies, crises hystériques de forme convulsive, boule hystérique, contractures, hallucinations nocturnes, accès dysphasiques, etc., etc. — Cette femme, de plus (soit dit incidemment), avait commencé une grossesse exactement avec la syphilis. Or, contre toute attente et en dépit de tous les accidents précités, cette grossesse (grâce, sans nul doute, au traitement spécifique) continua son évolution normale, aboutit à terme et se termina par la naissance d'un enfant vivant et sain (au moins resté sain jusqu'à l'âge de sept mois, époque à laquelle nous l'avons perdu de vue) !

*Traitement.* — Le traitement des formes continues et atypiques de la fièvre syphilitique ne diffère en rien de celui dont j'ai parlé précédemment à propos des formes intermittentes.

inaire, pour les cas d'ordre léger, c'est-à-dire pour les mésaventures amoureuses. Or, les choses étant disposées de la sorte, qu'arrive-t-il le jour où ces singuliers clients deviennent fébricitants du fait de la syphilis ? C'est que le médecin mandé près d'eux en ces conditions est précisément celui qui ne connaît rien de leurs antécédents. Que, de plus, ce médecin ait un soupçon et les interroge en ce sens, le plus souvent ils renieront la syphilis, parce que, dans leur pensée, la syphilis n'a rien à voir avec la fièvre dont ils sont actuellement affectés.

Et c'est de la sorte que nombre de fièvres syphilitiques restent méconnues des médecins qui sont appelés à les traiter.

Seulement il faut savoir que, puissamment actif contre les formes intermittentes de la fièvre syphilitique, le mercure n'exerce qu'une influence moins énergique et plus lente sur les formes continues de cette fièvre. Pourquoi? Je ne saurais le dire, mais le fait est constant, non moins qu'essentiel à enregistrer pour la pratique. De là cette conséquence : lorsqu'on se propose de combattre une fièvre syphilitique de type continu, il est indispensable, pour obtenir du mercure un effet curatif, de le prescrire à doses assez élevées, notablement plus élevées que dans les formes intermittentes.

Théoriquement, on serait conduit à penser que le mercure et l'iodure administrés en plein état fébrile doivent être intolérés par l'estomac. Cette prévision, bien que rationnelle, ne se réalise pas toujours, tant s'en faut. Lorsque tel est le cas, cependant, la difficulté est facile à tourner en prescrivant le mercure sous forme de frictions ou d'injections sous-cutanées et l'iodure par la voie rectale.

#### ACCIDENTS NERVEUX DE LA PÉRIODE SECONDAIRE.

Le sens commun et le sens clinique sont d'accord pour répugner à l'idée que la syphilis distribue ses coups comme la Fortune distribue ses faveurs, c'est-à-dire au hasard. On se représente difficilement la syphilis n'obéissant qu'à des caprices sans raison pour traiter favorablement tel sujet et sévèrement tel autre, pour faire prédominer chez celui-ci tel ordre de manifestations qui épargneront celui-là, pour affecter chez l'un tel système organique qu'elle respectera chez l'autre, etc. Bien évidemment, rien de pathologique n'est livré au hasard, et j'ai l'intime conviction qu'en l'espèce le hasard n'a pas la moindre part dans les plus légères, non plus que dans les plus graves manifestations de la syphilis.

A coup sûr, nous sommes bien loin de connaître toutes les influences qui régissent la spécialisation des accidents syphilitiques suivant les divers sujets, c'est-à-dire qui, sur un sujet donné, dirigent l'action de la diathèse en tel ou tel sens, vers tel ou tel organe. Mais quelques-unes de ces influences, néanmoins, ont été mises à jour, isolées, déterminées; et le peu que nous en avons appris suffit à nous convaincre qu'il en est de la syphilis comme de toutes les diathèses, à savoir qu'elle est soumise, pour la qualité de ses manifestations, à de certains facteurs étiologiques qui servent d'appel à ses décharges vers tel ou tel appareil et qui, conséquemment, déterminent ce qu'on appelle les formes morbides de la maladie.

Or, au nombre des influences de cet ordre figurent en première ligne les conditions du *terrain* sur lequel la syphilis est appelée à germer, ou, en autres termes, les conditions propres au sujet qu'elle affecte. Nul doute, en effet, que souvent (sinon toujours) les mani-

festations prédominantes de la maladie ne soient en harmonie avec le fonds physiologique ou morbide du malade, c'est-à-dire avec sa constitution, son tempérament, son âge, son sexe, ses habitudes, ses tendances et ses aptitudes pathologiques, ses prédispositions héréditaires, etc. Ce qui a fait dire à un auteur (dont je regrette de ne pas savoir le nom) ce mot spirituel et très vrai : « *Chacun fait sa syphilis à son image.* »

Eh bien, la femme, elle aussi, se fait une syphilis à son image. Nature nerveuse, elle se fait une *syphilis nerveuse*. A ce point que, si l'on me demandait ce en quoi la syphilis de la femme diffère surtout de la syphilis de l'homme, je n'aurais pas un instant d'hésitation pour répondre : « C'est, à coup sûr, par les troubles nerveux de la période secondaire. »

Et, en effet, les troubles d'ordre nerveux, à la période de la diathèse que nous étudions actuellement, sont infiniment plus fréquents, plus variés et plus intenses chez la femme que chez l'homme. Sous ce rapport, une disparité complète et même remarquable existe d'un sexe à l'autre. Chez l'homme, et surtout chez l'homme adulte, la syphilis n'éveille le plus souvent qu'une réaction minime ou légère vers le système nerveux. Au contraire, chez la femme, elle crée fréquemment un état de souffrance générale de ce système; elle constitue ce système en état d'érythisme permanent, en y déterminant une perturbation profonde; elle crée, en un mot, une sorte de *diathèse nerveuse*, que j'ai baptisée du nom de **nervosisme secondaire**.

On connaît le mot de Ricord, disant que « la vérole est un branle-bas dans l'économie ». En l'espèce, on pourrait ajouter que la vérole est un branle-bas dans le système nerveux de la femme. Aussi bien, cette perturbation profonde se traduit-elle ou peut-elle se traduire chez elle de diverses façons, à savoir : soit par un nombre plus ou moins considérable, souvent même par une véritable pléiade d'accidents nerveux, soit par le réveil d'anciennes névroses éteintes, soit par l'exaspération de névroses assoupies, soit même par l'éclosion de névroses qui n'existaient qu'en germe, en puissance, sous forme de simples prédispositions. — Tel est le cadre d'accidents que je vais avoir à présenter.

Mais, avant d'entrer en matière, deux remarques préalables s'imposent encore à moi.

I. La forme névropathique de la syphilis secondaire est loin, à coup sûr, de constituer une règle *générale* dans le sexe féminin. Certaines femmes (pour un tiers, approximativement) y échappent d'une façon absolue. — D'autres (pour un tiers et demi, toujours approximativement) la subissent, mais d'une façon modérée, moyenne. — D'autres, enfin, dans la proportion d'un sixième, en sont violemment éprouvées, à ce point que, chez elles, la syphilis se