

Le malade, pendant cette période, maigrit beaucoup, il a de l'inappétence et il est constipé : quoique les fonctions digestives s'accomplissent assez bien, il a des palpitations, mais les battements du cœur ne sont qu'un peu affaiblis, quoique parfois déjà irréguliers. On ne constate aucun symptôme spécial du côté de la rate, du foie et des reins. Parfois un peu de bouffissure du visage et de l'œdème des malléoles font croire à une albuminurie qui n'est pas confirmée par l'examen des urines. Il n'y a pas de fièvre.

Si ces symptômes d'une altération organique grave peuvent, en milieu épidémique, permettre d'annoncer le début du scorbut, ils ne sont pas toutefois pathognomoniques de la maladie. L'individu atteint peut rester assez longtemps, de quelques jours à quelques semaines, dans cet état, avant qu'apparaisse la triade symptomatique qui permettra d'affirmer le scorbut, à savoir le piqueté pétéchial pileaire, les ecchymoses cutanées et profondes, les lésions gingivales.

La muqueuse gingivale, dont les lésions occuperont par la suite une place si importante dans la symptomatologie du scorbut, n'est pas toujours altérée dès la première période. Assez souvent, à cette époque, les gencives sont pâles et décolorées, mais en général elles montrent, à la lisière de la muqueuse gingivale et dans les intervalles des dents, un changement de couleur et de consistance presque caractéristiques : elles sont douloureuses, congestionnées et saignent à la moindre pression. La fin de cette période, qui peut se confondre avec le début de la suivante, est marquée par l'apparition des lésions gingivales, par celle du piqueté scorbutique qui se produit surtout aux membres inférieurs (face externe et antérieure de la cuisse, rarement à la face postérieure de l'avant-bras (Lancereaux), et par la production des ecchymoses dont l'évolution caractérisera la période d'état.

Deuxième période ou période d'état. — Au bout d'un nombre de jours variable, le scorbut se confirme et tous les symptômes s'aggravent. Le malade est anhélant, il a des palpitations et l'auscultation fait entendre des souffles vasculaires. La dépression morale et physique s'accroît. L'insomnie est très pénible : les douleurs de la tête et des reins deviennent intolérables. Les gencives deviennent fongueuses et saignantes, puis se couvrent de bourgeons charnus, l'haleine est fétide : le piqueté hémorragique pileux des membres inférieurs augmente. Un accès de fièvre survient le soir (Larrey).

L'œdème des jambes apparaît : cet œdème est plus dur que l'engorgement simple du tissu cellulaire sous-cutané et la pression, qui est douloureuse, y détermine une empreinte qui disparaît vite : cette infiltration du tissu cellulaire gagne bientôt tous les membres, plus ou moins complètement. On voit alors apparaître des ecchymoses cutanées qui se produisent spontanément et ressemblent à des sortes de taches de la peau : ce sont des plaques bleuâtres ou violacées, non saillantes, superficielles, dont la largeur est de trois à quatre centimètres, mais qui peuvent être plus grandes que la main. Ces ecchymoses, dues à des hémorragies du tissu cellulaire sous-cutané, siègent au creux poplité, au tiers inférieur de la cuisse, au-dessous des malléoles et, rarement, à la face externe des membres inférieurs : elles peuvent occuper tous les points de la surface du pied.

A ces ecchymoses superficielles s'adjoignent des hémorragies profondes, intramusculaires, constituant les *inchorations* caractéristiques du scorbut. Ces dernières siègent surtout dans les muscles des mollets et des cuisses, elles rendent

très pénibles la marche et la station debout et provoquent souvent d'horribles douleurs. Le malade rétracte ses membres qu'il met dans la position la plus favorable au relâchement des muscles et reste immobile, ployé sur lui-même.

En même temps que les épanchements sanguins profonds, se montre l'altération des os la plus souvent signalée dans le scorbut, l'*exsudation sanguine sous-périostée*, qui se produit surtout au niveau des os longs et qui décolle le périoste de la surface de l'os sur une étendue plus ou moins considérable ; il se produit aussi des hémorragies dans la moelle des os longs.

Le scorbut arrivé à cet état peut guérir, passer à l'état chronique ou, continuant son évolution, aboutir au troisième degré du scorbut.

Troisième période. — La troisième période du scorbut est la période dite hémorragique, septique ou putride. Les gencives sont tellement gonflées qu'elles cachent les dents au milieu de leurs fongosités et elles sont couvertes de bourgeons charnus : des lambeaux bourgeonnants de la gencive deviennent flottants et se détachent parfois complètement, laissant des ulcérations saignantes plus ou moins étendues. Toutes les gencives ainsi altérées sont baignées dans une suppuration sanieuse. Leurs ulcérations envahissent le palais et le voile du palais. Les dents tombent d'elles-mêmes en déterminant des hémorragies incoercibles : la nécrose des maxillaires dénudés est fréquente. A cette période, toute lésion cutanée ou muqueuse laisse suinter du sang : les hémorragies ont lieu par les gencives, par les narines, par l'intestin, par les cicatrices anciennes qui s'ulcèrent spontanément, par les ulcères scorbutiques qui se produisent au niveau des hémorragies sous-cutanées : en effet la peau est distendue par ces épanchements sanguins, elle se nécrose et s'ulcère, donnant ainsi lieu à des plaies qui suppurent et saignent avec la plus extrême facilité. Des épanchements sanguins plus ou moins abondants se produisent dans la plèvre, dans le péricarde, dans les articulations.

Les hémorragies sous-périostées augmentent d'intensité et décollent le périoste sur de telles étendues que les os se nécrosent : des fractures spontanées peuvent se produire soit au niveau des os longs, soit au niveau des côtes ; souvent d'anciens cals se résorbent et reproduisent la solution de continuité de l'os, ou, surtout chez les individus jeunes, les diaphyses se détachent. Ces désordres osseux expliquent les bruits de crépitation observés chez certains scorbutiques arrivés à un stade très avancé de la maladie, lorsqu'on les prenait pour les changer de place, ou même lors de mouvements spontanés.

A ce moment, le malade immobile, marbré de taches livides, la peau rendue brillante (Larrey) par la sueur froide et nauséabonde qui la recouvre, épuisé par la suppuration des gencives et des plaies scorbutiques et par les hémorragies, incapable de s'alimenter par suite de l'état de sa bouche, le malade ressemble plus à un cadavre qu'à un vivant. Les symptômes généraux sont d'une gravité exceptionnelle : la diarrhée se produit ; l'urine est rare et émise avec difficulté. L'oppression est extrême, le pouls est petit, rapide et les faibles pulsations du cœur trahissent l'altération du muscle cardiaque. Les malades présentent une grande tendance à la syncope et il n'est pas rare de les voir succomber au moindre mouvement ; fréquemment la mort subite est signalée comme due au fait que le scorbutique est passé de la station couchée à la station assise.

Principaux symptômes pris en particulier. — La trilogie symptomatique qui

domine l'évolution du scorbut est constituée par l'éruption pétéchiale des bulbes pileux, par les épanchements de sang sous la peau et dans la profondeur des tissus, et par les lésions de la bouche. Les altérations des gencives et les ecchymoses cutanées sont en quelque sorte la caractéristique de la maladie; à la période de scorbut confirmé les deux ordres de phénomènes existent en général concomitamment, mais il n'en est pas toujours ainsi; l'un peut exister sans l'autre, et un scorbutique peut présenter un état grave avec de fortes ecchymoses aux membres inférieurs et n'avoir que peu ou point de gingivite. Le contraire peut se rencontrer également et une gingivite scorbutique fongueuse et même ulcérée peut se produire sans ecchymoses cutanées (Marcellin Duval). Dans certaines épidémies de scorbut, il y a, sans qu'on puisse savoir pourquoi, prédominance de l'un ou de l'autre des symptômes. Quoi qu'il en soit, et d'une façon générale, l'altération gingivale doit passer, comme importance, après les hémorragies (Hayem) : il semblerait également qu'il y ait un certain antagonisme entre l'intensité des phénomènes gingivaux et celle de l'éruption hémorragique cutanée, tout ou moins dans les cas d'intensité modérée ou au début de la maladie.

Altérations des gencives. — Précédant les ecchymoses, ou paraissant en même temps qu'elles, les lésions gingivales affectent pour origine et pour siège prédominant, et parfois exclusif, les gencives pourvues de dents entières, ou seulement de dents réduites à de simples racines : on a observé un assez grand nombre de cas où le manque de stomatite spécifique a coïncidé avec l'absence totale de dents. Chez les jeunes enfants, les lésions ne se produisent qu'au niveau des dents déjà sorties. La gingivite scorbutique siège sur les deux mâchoires : elle est souvent plus prononcée à la mâchoire supérieure.

Le mauvais état d'entretien des dents prédispose évidemment à son éclosion et elle débute dans la plupart des cas au niveau des dents cariées. Presque constant autrefois, ce symptôme du scorbut est certainement moins fréquent dans les épidémies récentes : c'est ainsi que Hayem l'a vu manquer totalement 9 fois sur 26 scorbutiques, sur plus de 80 malades. Lasègue et Legroux n'ont constaté aucune altération gingivale dans un cinquième des cas, et l'ont vu manquer même dans des cas très graves; ils ont constaté que les malades dont les gencives ont été plus ou moins indemnes avaient tous une dentition en bon état et ils n'ont pas observé la putridité de l'haleine signalée dans les épidémies antérieures. Peut-être faut-il attribuer la modification de ce symptôme à une meilleure hygiène des soins de la bouche et à un meilleur traitement local. Parfois simplement livides et un peu œdématiées au début, les gencives sont en général gonflées et congestionnées : l'altération commence au niveau des languettes interdentaires qui deviennent rouge foncé, saillantes et moins adhérentes au collet des dents. Souvent il se forme dès ce moment au bord des gencives des ulcérations grisâtres plus ou moins étendues, et Bucquoy a signalé une véritable stomatite ulcéro-membraneuse du début du scorbut.

Cet état de gonflement et de ramollissement avec tendance aux hémorragies constitue fréquemment la seule altération des gencives pendant toute la durée du scorbut d'intensité modérée.

Lorsque la lésion gingivale évolue et s'aggrave, la muqueuse se modifie autour des dents ou des restes de dents implantés dans les gencives : elle devient violacée et fongueuse, et ses bords alvéolaires se recouvrent de nom-

breux bourgeons rougeâtres, comparés à des grains de groseille ou de cassis dont ils ont l'aspect et la grosseur. L'ensemble constitue une masse bourgeonnante, saignant spontanément ou au moindre contact, qui forme de chaque côté des dents deux bourrelets charnus. Ces bourrelets s'accroissent et peuvent recouvrir les dents qu'ils cachent dans un sillon gingival : parfois ils débordent sur la voûte palatine qu'ils recouvrent en partie et ils remplissent le sillon gingivo-labial et le sillon génien : ils sont ulcérés, saignent abondamment et se recouvrent d'une suppuration horriblement fétide. Les dents, perdues dans ces bourgeons charnus ramollis, ne sont plus maintenues par les gencives, elles s'ébranlent et tombent spontanément. Souvent, des lambeaux plus ou moins considérables de la masse fongueuse s'éliminent, soit par parcelles, soit en bloc, et produisent des ulcérations qui suppurent et qui quelquefois, en s'étendant, mettent à nu le maxillaire; cet os peut alors se nécroser. D'autres fois (Lasègue et Legroux), il se forme des abcès de la gencive produits vraisemblablement par la périostite alvéolo-dentaire. Des altérations aussi profondes des gencives ne peuvent pas se produire sans retentir sur les ganglions sous-maxillaires : ceux-ci sont fréquemment douloureux, tuméfiés ou indurés.

Au point de vue subjectif, le malade n'éprouve au début qu'une sensibilité anormale gênant la mastication, comme dans toute gingivite : cette sensibilité devient bientôt une véritable douleur et il est impossible au malade de mâcher ses aliments. L'odeur exhalée par la bouche est variable avec le degré d'altération des gencives.

La nature de la lésion gingivale est inconnue : on admet une hyperémie, une inflammation avec hémorragies interstitielles et altération des capillaires : mais cette lésion des petits vaisseaux est hypothétique. L'état général semble bien responsable du début de la gingivite, comme on l'observe d'ailleurs dans certaines anémies et dans d'autres états graves. Une fois la lésion constituée, le rôle évident joué par les dents et leurs altérations dans la localisation de la gingivite scorbutique peut faire admettre que les phases ultimes des altérations gingivales sont dues, en partie tout au moins, à la pullulation des micro-organismes buccaux envahissant des tissus altérés dans leur constitution intime et sans défense.

Hémorragies. — Les hémorragies ont une importance considérable dans le scorbut, maladie hémorragipare par excellence : on peut dire qu'il n'y a pas un organe où elles n'aient été signalées, et, dans les cas graves, on les observe un peu partout, dans les muqueuses, dans la peau, dans les muscles, dans les séreuses, etc.

Les *muqueuses* peuvent toutes en être le siège; c'est ce qui explique les hémorragies gastriques, intestinales, vésicales, nasales, bronchiques que l'on constate assez fréquemment. Les muqueuses accessibles à la vue (muqueuses buccale, pharyngée, génitale) présentent des ecchymoses qui ont été bien décrites par Lasègue et Legroux : ce sont des suffusions sanguines siégeant surtout sur la muqueuse de la voûte et du voile du palais. Ces ecchymoses forment en général un piqueté rouge plus ou moins confluent, qui devient plus foncé, puis bleuâtre : elles ne font pas de saillie et sont souvent disposées sur le raphé médian. Parfois elles forment de larges placards sanguins, douloureux, à contours réguliers : dans ce cas, elles coïncident en général avec des lésions avancées des gencives et avec un scorbut grave. Quand elles disparaissent, elles

laissent après elle un peu d'épaississement de la muqueuse, qui garde en ces points une coloration spéciale rappelant celle de la muqueuse buccale des ictériques.

Les lésions hémorragiques de la peau sont de deux ordres, le piqueté ou pétéchie scorbutique et les hémorragies ou ecchymoses cutanées.

Le piqueté pétéchial, pétéchie ou purpura scorbutiques, est un signe précoce qui se produit en général du huitième au quinzième jour de l'apparition du scorbut; mais il est souvent le premier symptôme de la maladie confirmée (Lancereaux). Son éruption se produit en une seule poussée et à l'insu du malade, et constitue un signe presque constant du scorbut; Lasègue et Legroux ne l'ont vu manquer que 5 fois sur 78; il dure d'un à deux mois, puis pâlit et disparaît sans laisser de traces. Rarement il récidive, cependant Lasègue et Legroux l'ont vu se reproduire à nouveau au bout d'un mois et Mahé au bout de plusieurs mois.

Le piqueté hémorragique est constitué par un grand nombre de petites saillies papuleuses, ressemblant chacune à une petite tache rouge ou violette traversée par un poil : la taille de chaque pétéchie varie depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à un centimètre de diamètre. Le piqueté paraît surtout aux jambes et à la face interne des cuisses. Leven ne l'a jamais observé sur le tronc ou au visage : dans un cas, Lasègue et Legroux l'ont constaté à la base de quelques poils du sourcil. Hayem l'a vu se produire sur des parties non pourvues de poils : il a aussi signalé des pétéchies non saillantes, irrégulières, de un à plusieurs centimètres de diamètre et de coloration pourpre très foncée : ces pétéchies sont distinctes des ecchymoses en ce qu'elles ne présentent pas sur leurs bords la teinte dégradée de celles-ci.

La pétéchie scorbutique est due à une hémorragie sous-épidermique, à une infiltration sanguine qui se produit dans le bulbe pileux et sous l'épiderme avoisinant : les altérations de la vitalité de la peau et la suppression de la sueur encombrent la base du poil de débris épidermiques et de poussières, qui emprisonnent la matière sébacée à l'intérieur du bulbe pileux; il en résulte la production d'élevures qui donnent un peu l'aspect du lichen pilaris et constituent la *peau ansérine*. Chaque élevure s'infiltré de sang et devient rouge, puis violette en constituant la pétéchie scorbutique.

Les hémorragies scorbutiques qui se produisent au-dessous de la peau peuvent occuper tous les plans d'un membre, se produire dans le tissu cellulaire sous-cutané, être sus ou sous-aponévrotiques, péri ou intra-musculaires.

Les ecchymoses cutanées sont dues à la production d'hémorragies dans le tissu cellulaire sous-cutané et elles ne manquent que dans des cas très rares et toujours très peu graves. Parfois elles existent, en l'absence de tout autre signe, dès le début du scorbut (Lancereaux). Nous avons déjà dit qu'elles se montrent de préférence aux membres inférieurs, à la face interne et postérieure des cuisses, au niveau du mollet et du cou-de-pied (Bucquoy), autour des malléoles et des faces interne et externe du calcanéum (Lasègue et Leyroux). Elles se produisent aussi au niveau de toutes les cicatrices anciennes, brûlures, ulcères variqueux, vésicatoires. Elles ont le plus souvent plusieurs centimètres de diamètre; parfois elles sont de la grandeur de la main. Ces ecchymoses, étant la traduction extérieure des hémorragies sous-cutanées, ont absolument l'aspect des ecchymoses dues à des contusions et dans les cas favorables elles ont une évolution analogue à celles-ci. Elles forment des plaques plus ou moins larges, à contours irréguliers

et sans délimitation précise. Lorsque l'infiltration sanguine sous-cutanée est bien localisée, les ecchymoses reposent sur des noyaux arrondis, durs, douloureux, circonscrits, du volume d'une noisette ou d'une noix, qui soulèvent la peau. Les hémorragies sous-cutanées, de même que les hémorragies musculaires ou autres, peuvent se produire sans aucune réaction, ou bien s'accompagner de rougeur, chaleur et douleur et d'une réaction générale fébrile qui précède parfois leur apparition.

Souvent les ecchymoses révèlent des hémorragies plus profondes qui deviennent sous-cutanées par extension. Les épanchements sanguins sont en effet très fréquents dans les muscles, sous les aponévroses musculaires, autour des tendons, dans les synoviales tendineuses et articulaires.

Les hémorragies musculaires profondes peuvent être diffuses ou localisées : dans le 2^e cas, elles donnent lieu aux *indurations caractéristiques du scorbut*. Les masses musculaires deviennent rigides, dures au toucher, comme si elles avaient été pénétrées par une masse à injection. Les muscles du mollet, les muscles postérieurs de la cuisse, leurs gaines, le tissu cellulaire qui entoure le tendon d'Achille et celui qui enveloppe les tendons du creux poplité sont les points où se produisent le plus souvent ces lésions. Les muscles intercostaux sont souvent le siège d'hémorragies, qui gênent leur fonctionnement et rendent la respiration pénible. Les indurations sont très douloureuses au toucher, et la douleur que cause toute tentative de mouvement est telle que les malades immobilisent leurs membres, d'où il résulte une *pseudo-paralysie scorbutique*. La peau est souvent rouge et chaude au toucher au niveau de ces hémorragies. Nous avons déjà vu qu'à leur niveau se produisaient parfois des ulcérations très difficiles à guérir. Les épanchements sanguins profonds surviennent brusquement, en quelques heures, et ils s'accompagnent d'insomnie et de fièvre avec fréquence du pouls. Ils déterminent un œdème localisé, fort dur, et la réunion de ces œdèmes envahissant tout un membre provoque une sorte de sclérome diffus douloureux, augmentant par la station debout. Les hémorragies profondes disparaissent très lentement : la peau reste tendue sur le tissu cellulaire sous-cutané induré, le membre reste scléreux, d'une dureté ligneuse dans les parties atteintes; le derme est dur et résistant et fait corps avec le tissu cellulaire sous-cutané. Les mouvements sont douloureux, les tendons sont perdus dans la masse ligneuse en voie de résorption. C'est à ce moment qu'on voit survenir les rétractions musculaires et tendineuses signalées par tous les observateurs : dans ce cas, l'hyperplasie conjonctive à marche envahissante produit des reliquats et des indurations, sous forme de cicatrices profondes dures et rétractées, d'adhérences tendineuses et musculaires qui provoquent des positions vicieuses et des déformations indélébiles (pieds bots). En général, toutefois, la liquéfaction et la résorption des produits hémorragiques ou inflammatoires amènent la résolution et la guérison complètes.

La circulation semble dans tous les cas se rétablir avec peine, la moindre fatigue provoque pendant longtemps de l'œdème, et les veines restent saillantes et marquées par un piqueté brun de la peau.

La *pathogénie* des hémorragies cutanées et musculaires réside évidemment dans une altération profonde du sang, et sans doute aussi dans une altération des petits vaisseaux sanguins, cette dernière lésion étant d'ailleurs hypothétique; l'épanchement se produit sous l'influence d'une cause extérieure, d'un choc, d'un froissement même très léger, d'une pression ou simplement d'un mouve-

ment. L'œdème ligneux des jambes paraît dû en partie à la persistance des exsudats fibrineux fermes qui remplissent l'interstice des tissus et d'où la matière colorante du sang disparaît plus ou moins complètement (Bucquoy), et en partie peut-être à l'oblitération des ramifications des veines par des coagulations sanguines. En effet dans une autopsie où un des membres inférieurs avait pris l'aspect d'une véritable phlegmatia alba dolens sans cordon veineux, Brouardel a trouvé les petites veines complètement oblitérées et les grosses veines saines. Sans aller aussi loin dans tous les cas, cette lésion des veinules peut expliquer la dureté et la persistance de l'œdème, ainsi que l'espèce de circulation collatérale qui s'établit dans le voisinage des parties atteintes.

A côté de l'œdème ligneux, du sclérome scorbutique, il faut placer et en distinguer l'œdème cachectique, l'anasarque terminal qui paraît à la phase ultime du scorbut.

Symptômes cardiaques et vasculaires. — Le cœur est toujours atteint dans le scorbut, en dehors même des grandes lésions de cet organe qui peuvent prendre place parmi les complications de la maladie. Les malades accusent dans la région précordiale des douleurs qui s'irradient autour du thorax : les palpitations sont rares d'après Leven. Le nombre des battements est de 90 à 120 par minute. L'impulsion cardiaque est toujours affaiblie et, parfois, d'une façon excessive, au point qu'il est alors impossible de sentir battre le cœur avec la main et qu'on ne peut quelquefois distinguer l'un de l'autre les deux bruits cardiaques.

Le pouls est mou, dépressible, ralenti ou fréquent, quelquefois dicrote : il est régulier et sa faiblesse, qui le rend parfois très difficile à sentir, correspond à celle des battements du cœur.

A la période d'état de la maladie, on constate d'une façon constante, d'après Leven, un bruit de souffle au deuxième temps à la base : ce souffle serait dû à une insuffisance fonctionnelle des valvules aortiques, qui ont perdu leur élasticité. On peut aussi percevoir au premier temps un souffle doux, inconstant, qui a son maximum à la base et qui est un souffle anémique : l'on entend dans les vaisseaux du cou des souffles vasculaires intermittents ou continus avec redoublement, parfois un bruit musical intense. Ces signes d'anémie coïncident en général avec des hémorragies scorbutiques graves et se rencontrent dans la moitié des cas environ : d'après Hayem, les phénomènes auscultatoires de l'anémie vraie font défaut cinquante fois sur cent. Quand le malade guérit, tous les phénomènes cardiaques suivent une marche inverse : les battements cardiaques deviennent moins nombreux, plus forts et plus clairs, en même temps que le souffle du deuxième temps s'atténue de plus en plus : ce dernier signe cependant peut persister fort longtemps, même après la guérison.

Les lésions cardiaques, la myocardite dégénérative, expliquent la tendance des scorbutiques aux lipothymies et aux syncopes et la fréquence de ces accidents, qui peuvent se produire au moindre mouvement. Elles rendent également compte de l'oppression respiratoire, de la dyspnée dont se plaignent les malades. Cette dyspnée cardiaque, à laquelle vient s'adjoindre la difficulté de respirer due aux hémorragies des muscles de la respiration, est très pénible, continue et exaspérée par les mouvements.

Les *fonctions digestives* sont peu troublées au début par le fait même du scorbut : mais plus tard l'appétit diminue et devient nul, et le grand obstacle

que l'altération des gencives apporte à l'alimentation du malade contribue à affaiblir celui-ci. Quand le scorbut devient grave, il n'est pas rare de voir survenir une diarrhée très rebelle et des hémorragies de l'intestin.

Les *troubles nerveux* sont rares dans le scorbut et ne paraissent guère qu'à titre de complications. Cependant nous avons vu déjà que le malade est privé de sommeil et que l'état de veille continu dans lequel il se trouve peut troubler quelque peu l'exercice des facultés intellectuelles : toutefois Leven a toujours vu l'intelligence rester absolument intacte jusqu'à la mort. Les nerfs ne sont pas atteints en général ; la pseudo-paralysie est due aux lésions musculaires : rarement on a observé des troubles de la sensibilité. Les douleurs signalées dans les membres, les lombes, la poitrine sont provoquées par les hémorragies des muscles et des os.

La *fièvre* est toujours peu élevée au début du scorbut : si la poussée hémorragique se fait rapidement, la peau devient un peu chaude, le pouls monte de 90 à 110 pulsations à la minute, et pendant deux ou trois jours la température axillaire peut s'élever à 38° (Hayem), rarement à 39° (Lasègue et Legroux, Leven). Si l'évolution des accidents est lente, la température reste normale. Même dans les cas où la fièvre monte à 39°, les urines ne renferment que peu d'urée. Plus tard, les complications du scorbut, la suppuration des ulcères cutanés et des ulcérations des gencives, les ostéites donnent lieu à des élévations de température, et la fièvre est presque constante dans la dernière période de la maladie.

L'*urine* du scorbutique est peu abondante et de couleur foncée. Elle renferme rarement de l'albumine, 5 fois sur 15 d'après Hayem, et encore, sur les 5 cas, dans 2 l'albumine ne se montra qu'en très petite quantité et pendant très peu de temps. La quantité de matières solides contenue dans l'urine diminue pendant la période d'état, mais la quantité de potasse éliminée est alors considérable si on la rapporte à celle des autres matériaux organiques. Lorsque la guérison survient, la diurèse s'établit et la quantité de potasse éliminée diminue.

COMPLICATIONS. — Nous avons déjà vu que le scorbut peut compliquer diverses maladies épidémiques, fièvre paludéenne, fièvre typhoïde, typhus, dysenterie, rougeole, choléra, ou que ces affections peuvent éclater au cours de son évolution : il acquiert dans ce cas une très grande gravité.

En dehors de ces associations morbides, les complications du scorbut sont nombreuses et fréquentes ; bon nombre ne sont d'ailleurs que le résultat ou l'exagération des symptômes mêmes du scorbut.

Les *organes respiratoires* sont assez fréquemment le siège de lésions inflammatoires qui constituent la pneumonie, la bronchopneumonie et la pleurésie scorbutiques. La fréquence de ces lésions varie avec les épidémies, mais elle semble surtout dépendre du fait que les scorbutiques sont, ou ne sont pas, soumis aux causes qui provoquent l'apparition de la pleurésie ou de la pneumonie chez des individus non scorbutiques. Fréquentes pendant la campagne de Crimée, elles ont été rares (Hayem) dans l'épidémie du siège de Paris 1870-1871. La symptomatologie des inflammations pulmonaires venant compliquer le scorbut ne présente rien de spécial dans bien des cas ; cependant elles s'accompagnent presque toujours d'une dyspnée plus intense que celle qu'on observe dans les pleurésies ou les pneumonies ordinaires. Cette exagération de la