

cas, le marasme grandissant peu à peu, la mort survint sans autres phénomènes, sans hémorrhagies nouvelles, sans suppurations.

Mais il importe d'établir que ces derniers cas étaient graves, moins par le scorbut lui-même que parce que les sujets étaient déjà depuis longtemps dans un de ces états de cachexie, dans cette misère physiologique qu'il est commun de rencontrer chez les vieillards des dépôts ou chez les jeunes détenus qu'un long séjour dans les prisons a épuisés. Le scorbut est venu là précipiter la chute d'un organisme déjà très détérioré, et, en vérité, ces faits devraient être rangés dans la catégorie des cas secondaires, si l'état d'appauvrissement organique auquel ils sont venus s'ajouter constituait une maladie mieux définie dans son évolution.

*Cas secondaires.* — Ceux-ci encore peuvent se diviser en légers, moyens et graves. Leur début s'est confondu avec les symptômes des maladies alors en puissance, ou avec les péripiéties d'une convalescence plus ou moins pénible. Couchés dans leur lit, les malades n'ont pas pu ressentir les douleurs que la marche aurait dû produire; leur faiblesse était mise sur le compte de leur état morbide antérieur; aussi, le scorbut ne pouvait être prévu, et n'était notre attentive recherche pratiquée journellement sur tous nos malades, beaucoup des cas très légers nous auraient échappé.

Le scorbut secondaire fut caractérisé dans sa forme la plus bénigne par quelques pétéchies folliculaires, par une ou deux plaques ecchymotiques sur le dos du pied et autour des malléoles, par un peu de sensibilité des gencives et enfin parfois par deux ou trois taches purpurines du voile du palais qui, en se réunissant, finissaient par produire une petite ecchymose noire.

Nous vîmes le scorbut secondaire léger chez 5 hommes (1 phthisie, 2 bronchites, 1 paraplégie, 1 goutte) et chez une femme en dessiccation de variole bénigne.

Le scorbut secondaire d'intensité moyenne à forme sthénique frappa 3 individus (1 pneumonie, 1 bronchite, 1 sciatique), tandis

que dans sa forme asthénique il atteignit 4 malades chroniques (1 gastro-entérite ulcéreuse, 1 gastro-entérite chronique et anémie des prisons, 2 phthisie pulmonaire) sans que nous ayons pu établir la part du scorbut dans le dénouement fatal auquel ces malades étaient voués.

Le scorbut secondaire grave s'est développé dans 4 cas (1 péritonite chronique, 1 phthisie pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré, 2 convalescences de fièvre typhoïde intense). Les observations intéressantes de ces cas ont été rapportées pages 687 et suivantes du tome XVIII, 6<sup>e</sup> série, des *Archives générales de médecine*. Elles nous ont démontré que le scorbut secondaire un peu grave diffère du primitif par sa marche et ses déterminations symptomatiques. A début insidieux et d'autant plus rapide que le sujet est déjà plus profondément débilité, il cachectise plus sûrement ceux qui en sont frappés. Les hémorrhagies cutanées y sont souvent plus légères, tandis que l'effort hémorrhagique se porte sur les points déjà compromis par la maladie antérieure. Enfin on y voit des oblitérations de vaisseaux d'un assez fort calibre, et des épanchements pleuraux séreux ou séro-sanguins.

Le scorbut a donc une marche qui varie suivant des conditions de degré et de terrain, suivant l'importance prise par tel ou tel ordre de symptômes. Généralement lente au début, lente dans sa période d'état, la maladie peut être raccourcie dans sa troisième période par le traitement, à la condition que les infiltrations sanguines profondes n'aient pas conduit à la sclérose des membres ou que la cachexie n'ait pas pris une trop grande extension. Dans la majorité des cas, les malades, quoique guéris en réalité, conservent une telle raideur dans les membres, une telle difficulté à marcher, qu'ils sont obligés de tenir le lit pendant longtemps. Quand le scorbut fut mortel, il marcha rapidement jusqu'à la cachexie extrême.

La durée de la maladie a été de quinze jours à un mois pour les cas légers; de 2 mois et demi à 4 et 5 mois pour les cas moyens; enfin de 3 semaines et 1 mois à 5 mois pour les cas graves, suivant qu'ils ont été mortels ou non.



Parmi les cas graves par leur intensité et par leur durée, nous avons observé un individu chez lequel le scorbut s'est développé dès le mois de février dans la forme sthénique et a demandé près de neuf mois pour parcourir ses phases. En dernier lieu, lors de son entrée à la Pitié (août 1871), ce malade présentait encore quelques fongosités des gencives, une suffusion du voile du palais et une sclérose très remarquable des deux membres inférieurs. La sclérose était telle, que nous avons cru devoir présenter ce malade à la Société médicale des hôpitaux comme un bel exemple de cette lésion. On trouvera cette longue et intéressante observation dans les comptes rendus de la séance du 27 octobre, qui ont été reproduits dans les journaux (*Gazette des hôpitaux*, 29 octobre, et *Gazette hebdomadaire*, n° 43, p. 695).

*Statistique des cas observés à la Pitié et à Sainte Pélagie.* — 83 malades ont été traités, dont 57 à Sainte-Pélagie et 26 dans le service de la Clinique de la Pitié (22 hommes et 4 femmes).

— Sur ces 83 cas, 66 furent primitifs, 17 secondaires.

— Des 66 primitifs, nous comptons 11 cas graves (un seul mortel chez un vieillard du dépôt de Saint-Denis, dont la sénilité constituait presque un état morbide); 29 cas de moyenne intensité; 26 cas légers.

— Parmi les 17 cas secondaires, 6 furent légers, 7 moyens, 4 graves. Ils fournirent 7 décès.

Les 6 cas légers se répartissent ainsi quant à la maladie qu'ils compliquent : 1 phthisie, 2 bronchites, 1 variole, 1 paraplégie, 1 goutte.

Les 6 cas moyens : 1 pneumonie, 1 sciatique, 1 phthisie (homme), 1 bronchite, 1 entérite ulcéreuse, 1 gastro-entérite chronique, 1 phthisie (femme). Ces trois derniers succombèrent plus à leur maladie antérieure qu'au scorbut, aussi ne les avons-nous pas placés parmi les cas graves, quoiqu'ils se soient terminés par la mort.

Les 4 cas graves : 1 phthisie avec oblitérations veineuses, 1 péritonite chronique, 2 fièvres typhoïdes à rechute graves.

En résumé, sur 82 scorbutiques, nous n'avons compté que 8 décès, dont 7 dans les 17 cas secondaires.

*Anatomie pathologique.* — Nous nous sommes fait une loi d'exclure l'érudition de ce travail et d'y consigner seulement nos observations personnelles. L'épidémie a été peu meurtrière. Les événements s'accordaient mal avec des recherches suivies, aussi notre apport très limité à l'anatomie pathologique du scorbut se borne-t-il aux résultats fournis par les sept nécropsies que nous avons pratiquées.

L'examen doit comprendre les lésions qui exigent une analyse profonde et celles que découvre la simple autopsie. Ces dernières ont été conformes aux descriptions des auteurs et en rapport avec les symptômes observés pendant la vie.

Dans la peau, le sang est infiltré au pourtour des follicules pileux sous forme d'hémorragies lenticulaires, assez bien limitées, ou bien il est répandu dans les mailles du derme sur une étendue plus ou moins grande. Dans le tissu cellulaire sous-cutané, le sang, qui paraît associé à une certaine quantité de sérosité, est insinué dans la trame cellulo-adipeuse. Les grandes suffusions sous-aponévrotiques semblent formées par une infiltration de tissu cellulaire unissant les faisceaux d'un même muscle et les muscles entre eux. Il n'y a en aucun point de collection sanguine comme dans les contusions graves avec décollement ou comme dans les anévrysmes diffus; l'hémorragie apparente est toute interstitielle. En dégageant les faisceaux musculaires de l'atmosphère celluleuse imbibée de sang qui les entoure, on constate qu'ils ont conservé leur teinte rouge normale ou qu'ils sont seulement un peu pâles. Au microscope, la fibre se présente quelquefois avec un certain degré de dégénérescence grasseuse. Quelquefois, elle semble œdématisée, d'autres fois elle est atrophiée. On retrouve la même dégénérescence grasseuse en des points où il ne s'est pas fait d'extravasations sanguines, dans les muscles sacro-lombaires, abdominaux pectoraux, dans le cœur enfin. Il y a là l'indice d'un trouble profond de la nutrition.



Au niveau des épanchements sous-cutanés et profonds, les vaisseaux de petit calibre sont gorgés de sang noirâtre. Il n'y a pas là oblitération, mais stase par coagulation du sang dans les vaisseaux. Mais dans d'autres points, et généralement dans les interstices des muscles, nous avons trouvé une oblitération complète d'un certain nombre de veinules musculaires, par un caillot mou et noir, non adhérent à la paroi. L'oblitération occupait souvent une étendue de plusieurs centimètres, et le vaisseau ne paraissait nullement altéré. Cette lésion doit jouer un rôle considérable dans la lenteur de la résorption des épanchements et dans la production de l'œdème.

Les vaisseaux capillaires n'ont subi aucune altération. On y voit seulement quelques rares granulations graisseuses, disséminées sur leurs parois.

Les organes splanchniques offrent en général des lésions de dénutrition : le foie est plus ou moins gras, la rate molle et volumineuse, les reins sont pâles et anémiques, quelquefois graisseux. L'estomac est injecté et sa muqueuse ramollie par places. L'intestin, par exception, est atteint d'entérite aiguë ou chronique plus ou moins étendue.

Enfin, les cavités séreuses, le péritoine, les synoviales articulaires et tendineuses, la plèvre surtout, contiennent parfois une quantité plus ou moins considérable de sérosité sanguinolente ou non, avec ou sans production de fausses membranes.

Dans les cas de scorbut secondaire, on retrouve les lésions plus ou moins complexes de la maladie primitive, sur lesquelles le scorbut a imprimé son caractère hémorragique. Dans un cas, survenu chez une femme tuberculeuse, l'autopsie nous a montré plusieurs ulcérations tuberculeuses de l'intestin, infiltrées de sang noirâtre, lesquelles se faisaient reconnaître sur la face externe de l'intestin par des ecchymoses noirâtres plus ou moins larges.

Il est remarquable que le poumon soit resté indemne de lésion : dans aucune de nos nécropsies nous n'avons reconnu

de lésions pulmonaires scorbutiques. Chez les tuberculeux, il n'y avait ni trace d'hémoptysie, ni apoplexie.

Il est bien difficile, quand on étudie les altérations que nous venons d'analyser, de voir dans ces épanchements sous-cutanés et profonds une simple extravasation sanguine.

L'aspect diffère absolument de celui des hémorragies interstitielles ; lorsqu'on dédoie avec soin les aponévroses musculaires, il ne s'écoule pas une goutte de sérosité sanguinolente, pas plus que le sang ne suinte au travers des gencives, quand on passe le doigt à leur surface, sans exercer une forte pression ou sans déchirer le tissu.

Faut-il supposer que l'effusion a eu lieu entre les mailles du tissu connectif qui retiendrait le liquide comme dans une série d'utricules ? Faut-il admettre que l'épanchement est constitué par un dépôt de fibrine organisable, emprisonnant le sang coagulé ou riche en vaisseaux capillaires de nouvelle formation ?

Cette dernière opinion, soutenue par Samson Himmelstein, dans son *Traité du scorbut*, nous paraît seule pouvoir rendre compte de la nature et de l'évolution des épanchements sanguinolents. Elle explique la consistance du tissu cellulaire infiltré, la préservation des parties voisines, teintées par la matière colorante du sang, sans être imbibées par le liquide, la rapidité de la résorption et surtout l'état si étrange des organes où s'est produit le dépôt scorbutique, lorsque après la résorption de la matière colorante, il persiste une induration, sans analogue, des parties. Aucune hémorragie ne reproduit les conditions spéciales que nous venons d'indiquer ; aucune, à l'examen cadavérique, ne saurait être confondue avec les effusions sanguines des scorbutiques.

En admettant l'existence d'un dépôt constitué, non seulement par une extravasation sanguine, mais par l'épanchement d'une matière fibro-plastique, on est d'accord avec les résultats qu'ont donnés les plus récentes analyses du sang. Il semble aujourd'hui démontré, autant que dans l'état actuel de la science les analyses du sang impliquent une absolue démonstration, que le sang



des scorbutiques renferme moins de globules et deux fois plus de fibrine qu'à l'état normal.

La question ne sera résolue que le jour où, à l'explication hypothétique que nous acceptons, on pourra substituer l'examen des dépôts scorbutiques à toutes les phases de la maladie. Jusqu'ici nous ne connaissons pas d'autopsie de scorbutique à la période du scléreme, qui doit être la plus significative.

*Pathogénie.* — On a beaucoup écrit sur la pathogénie du scorbut. La maladie se présente en effet dans des conditions exceptionnellement favorables aux études étiologiques. Il est rare de rencontrer une affection dont les causes semblent au premier abord aussi faciles à élucider.

La contagion n'intervient à aucun titre : or, toutes les fois que le contagium direct n'explique pas à lui seul la genèse d'un état morbide, il complique et trouble la recherche. Il suffit de se référer à la fièvre typhoïde engendrée mi-partie par la contagion, mi-partie par des éléments d'un autre ordre.

Le scorbut, analogue, à ce point de vue, aux affections chirurgicales, naît sous des influences extérieures qu'on voit se reproduire à de lointaines périodes, mais dont il paraît facile de se rendre compte. Deux points méritent surtout de fixer l'attention : Existe-t-il un scorbut sporadique ? Le scorbut épidémique se produit-il toujours dans des conditions assez identiques pour que le malade absolument passif subisse une lésion à laquelle son individualité reste plus ou moins étrangère ? Notre opinion, qui, croyons-nous, est celle de tous les médecins, est que le scorbut ne se développe jamais sporadiquement, en prenant ce mot dans sa véritable acception. En d'autres termes, il n'arrive pas qu'un homme soumis à toutes les causes auxquelles on attribue la maladie en soit atteint, sans compagnons obligés d'infortune.

Ici se présente une des questions les plus controversées que soulève la maladie scorbutique. Peut-on admettre que le scorbut est l'expression extrême d'un certain nombre de cachexies où l'altération du sang, identique quant à sa nature, varie seu-

lement par le degré ? On sait sous combien de formes le même problème de pathologie générale a été agité dans la science, qu'il s'agit de la puerpéralité, des infections purulentes, etc. La supposition est que la maladie est due à une intoxication dont l'agent nous échappe, mais qui se juge par les effets, et que le malade plus ou moins imprégné peut être par conséquent atteint dans une mesure variable. L'empoisonnement typhique se prête au mieux à dresser cette échelle ascendante des accidents réputés toxiques.

Or, le scorbut étant caractérisé cliniquement par des suffusions sanguines sous-cutanées, étalées à la manière des contusions ou affectant la forme éruptive, ne retrouve-t-on pas d'autres affections qui se manifestent par les mêmes signes ? Le purpura qui répond aux éruptions ecchymotiques, les pétéchies elles-mêmes qui s'observent dans tant de cas ne sont-elles pas autant de manifestations scorbutiques atténuées ? Les suffusions pourprées dont les exemples ne manquent pas davantage ne se rapportent-elles pas aux mêmes conditions pathologiques. La question a divisé et divise encore les meilleurs esprits.

On peut tenter de la résoudre ou à l'aide des données cliniques ou par les analyses du sang altéré. Contre ce dernier procédé, le plus enviable de tous, nous n'avons qu'une objection, celle de notre ignorance relative.

L'analyse clinique, moins difficile et moins discutée, fournit de suffisants éléments de jugement. Aucune des affections qu'on a assimilées au scorbut n'entretient avec cette maladie des relations assez précises pour justifier même une assimilation. Si on veut faire du scorbut un tableau imaginaire où des symptômes déclarés pathognomoniques sont décrits superficiellement pour la commodité de la classification, rien n'est à la fois plus aisé et plus contraire à la rigueur de l'observation : à voir à distance un scorbutique il sera presque impossible de le distinguer d'un malade atteint de purpura, mais plus on pénétrera dans l'étude et plus on constatera de différences significatives.

Nous dépasserions les limites d'une monographie purement



descriptive, si nous poursuivions ici le parallèle des deux affections. Que l'observateur s'attache au mode de développement, à l'examen des lésions confirmées, au processus curatif, aux altérations consécutives, et il verra combien le scorbut se détache des états pathologiques supposés similaires.

La localisation des accidents morbides est pour l'établissement des types un fait capital et le plus souvent notre meilleur élément de diagnostic. Qu'une paralysie atteigne les fléchisseurs de la main, nous n'hésiterons pas à affirmer qu'elle n'est pas d'origine saturnine; qu'il existe un tremblement de la tête sans tremblement des mains, nous déclarons que l'intoxication alcoolique est hors de cause. Le scorbut a des localisations tellement définies, que nul n'est scorbutique s'il offre, en dehors des lieux d'élection, des lésions analogues à celles du scorbut. Toute ecchymose ponctuée qui n'occupe pas les bulbes pileux, toute suffusion ecchymotique qui se généralise en se dispersant à la surface du tronc, sans avoir débuté par certains points des extrémités et en épargnant les gencives, n'est pas la congénère du scorbut. La preuve est qu'elle n'aura ni la même évolution, ni les mêmes conséquences. Comme supplément de démonstration, elle ne guérira pas par les mêmes moyens; ajoutons qu'elle ne relèvera pas des mêmes causes.

L'examen anatomo-pathologique pratiqué même sur le vivant suffit à lever les incertitudes. On connaît de nombreuses lésions gingivales confondues autrefois sous le nom d'épulis et qui rappellent de loin la stomatite scorbutique. Les gencives sont tuméfiées, violacées, saignantes au moindre contact, les dents s'ébranlent, la gêne est énorme pour la mastication, la douleur insignifiante; tous ces symptômes se reproduisent aux périodes avancées du scorbut et lorsque la localisation gingivale a acquis son summum d'intensité. Mais la lésion réelle des gencives est sans parité. Le ramollissement scorbutique tient à un épanchement sanguin sous-muqueux, tellement spécial jusque dans l'aspect extérieur des parties, que c'est assez de l'avoir observé deux fois pour ne plus le méconnaître. Même dans ses phases extrêmes,

lorsque le mal a été abandonné à son libre progrès, on ne s'y trompe pas, et d'ailleurs, dût-on avoir douté, le traitement ne tarde pas à décider la question. Autant les gingivites ulcéreuses et autres sont rebelles aux remèdes les plus énergiques, autant l'affection vraiment scorbutique des gencives cède vite à une médication topique appropriée, bien avant que l'état général ait été modifié profondément.

Enfin, et cette raison primerait toutes les autres, les occasions ne manquaient pas d'observer le scorbut à sa naissance, réduit aux moindres symptômes et destiné à s'éteindre avant d'avoir accompli son entière évolution. De ces scorbutiques à peine ébauchés, pas un ne se rapprochait d'autres formes morbides et ne laissait prise à une indécision. Nous avons examiné successivement tous les détenus, hommes et femmes, enfermés dans les prisons de la Seine, nous avons pris une note sommaire sur tous ceux qui présentaient les moindres lésions d'apparence scorbutique, et malgré la rapidité obligée de cet examen, nous n'avons jamais eu à nous préoccuper d'un diagnostic différentiel.

Le scorbut n'a donc pour nous aucune solidarité avec les affections qui s'en rapprochent, mais qu'on n'est pas autorisé à confondre avec lui. Il est ou il n'est pas, et comme on ne l'observe pas avec ses caractères distinctifs chez des individus isolés, nous ne croyons pas à l'existence d'un scorbut sporadique.

Si nous sommes dans le vrai, si le scorbut frappe invariablement une collection d'individus, s'il ne se produit qu'à la condition d'avoir un foyer, on ne saurait se dissimuler les conséquences qu'entraîne cette seule donnée.

Il est incontestable que pas une des causes auxquelles on attribue la maladie n'est assez singulière pour que les hommes isolés y échappent. Si grandes que soient les privations imposées aux populations atteintes par le scorbut, combien de malheureux ont traversé de plus dures épreuves. L'excès des privations ne pouvant être invoqué, on s'est demandé à juste raison, si des privations spéciales, exceptionnelles plutôt par leur nature que