

du mal de tête et de la fatigue survenus sans prodromes et sans fièvre; au second jour taches pétéchiiales; deux jours plus tard plaques ecchymotiques, selles noires; guérison complète au 10^e jour.

Ce cas, ajoute Duncan, m'a paru exceptionnel à plus d'un titre; je n'avais rien observé de pareil, et la dissertation de Graaf que j'avais lue ne m'avait pas convaincu de la réalité de la maladie. Suit une courte dissertation sur le diagnostic différentiel, et l'auteur finit par proposer de donner à cette maladie innommée le nom de *Pétéchianose*, sans y attacher d'ailleurs d'autre importance.

On comprend qu'il n'entre pas dans le plan de cette revue toute rétrospective de suivre la série des travaux entrepris sur le même sujet depuis le commencement du dix-neuvième siècle: je me suis proposé d'esquisser l'histoire des origines et non pas celle de la maladie.

La tâche serait d'ailleurs plus ingrate que difficile: la surabondance des matériaux à utiliser ne gênerait pas l'historien. Presque toutes les études postérieures à celles que je viens d'énumérer sont des redites confuses, et les auteurs peuvent se partager en deux catégories: ceux qui se bornent à raconter des observations courtes comme la maladie, et ceux qui dissertent à propos de faits dont ils n'ont pas été témoins ou même qu'ils ne connaissent que par oui-dire.

Le type morbide établi par Werlhof peut se résumer ainsi en n'énonçant que les données caractéristiques: pas de fièvre, pas de malaises prodromiques de quelque valeur, pas de maladie concomitante portant un nom. L'affection débute par une hémorragie plus ou moins intense, rarement énorme, le plus ordinairement gingivale, quelquefois par une épistaxis, jamais par une hémoptysie, une hématomèse ou toute autre hémorragie splanchnique.

Dès le lendemain, le surlendemain au plus tard, éruption pétéchiiale, plus ou moins confluyente, occupant les membres inférieurs d'abord, pouvant s'étendre jusqu'au tronc et aux mem-

bres supérieurs, ne siégeant jamais à la face. Ces macules sont ponctuées, indolentes et ne blanchissent pas sous la pression du doigt.

Un jour plus tard, apparition possible de taches plus larges, de sugillations, de plaques ecchymotiques d'étendue variable, occupant les membres inférieurs, se retrouvant parfois sur la membrane muqueuse de la bouche. Les hémorragies ou les suintements sanguins continuent avec une abondance variable et, suivant qu'ils sont plus ou moins copieux, rejet de matières noirâtres par les selles ou les vomissements, faiblesse, léger mouvement fébrile, diminution de l'appétit; tout au plus courbature sans douleur vraie des membres.

Amélioration à marche rapide dès qu'elle se déclare, guérison du 8^e au 15^e jour; pas de convalescence, pas de conséquences fâcheuses.

Les enfants et les adolescents sont plus sujets que les adultes à cette affection hémorragique remarquable par sa soudaineté, sa courte durée et sa tendance à la curation sous l'influence de quelques remèdes acides et amers.

Les observations contemporaines répondent exactement à la description, et depuis lors il ne manque pas de faits identiques, publiés dans divers recueils médicaux. La maladie existe donc avec des signes précis et elle mérite d'être conservée avec le nom de *morbus maculosus hemorrhagicus*. Est-on autorisé à l'élever à la hauteur d'une espèce? S'il est vrai que les maladies à complications hémorragiques, qu'elles soient les grandes fièvres à éruption, les altérations hépatiques mal connues du temps de Werlhof, etc., doivent être éliminées, n'existe-t-il pas d'autres groupes dans lesquels la maladie réputée nouvelle trouverait place?

Je passerai sous silence les rhumatismes et les érythèmes rhumatismaux qui, sous des influences indéterminées, peuvent prendre le type pétéchiial. Autant l'histoire des éruptions liées à la diathèse a profité des recherches récentes dont l'honneur revient au D^r Bazin, autant l'étude des exanthèmes liés au rhu-

matisme actuel et en pleine efflorescence reste indéfinie depuis Schönlein jusqu'à nos jours.

Le scorbut, au contraire, représente non plus une complication accessoire, mais une formule protopathique. Dans sa définition, entrent toutes les expressions symptomatiques sur lesquelles Werlhof a eu le mérite d'appeler l'attention. Il est difficile de méconnaître les analogies qui rapprochent les affections à hémorrhagies sous-cutanées du scorbut ; il ne l'est pas moins d'accorder que le scorbut se réduit à une phénoménologie si bénigne.

Personne n'a oublié la remarquable discussion soulevée et soutenue devant l'Académie de médecine par les D^r Le Roy de Méricourt et Villemain, l'un soutenant la spécificité exclusive du scorbut, l'autre au contraire n'y voyant que les degrés extrêmes d'un état qui n'atteint pas forcément son maximum pathologique. Ce grand problème qui domine la pathologie générale s'impose toutes les fois qu'on traite des maladies zymotiques ; l'endémie, l'épidémie vraie, donnent les notes suprêmes, mais au-dessous il existe des intermédiaires entre la santé et la maladie confirmée. De toutes les maladies à solennelles invasions, le choléra est certainement la plus brutale, dès qu'elle a revêtu la forme épidémique, elle devient le pire fléau, mais on la retrouve sous l'aspect sporadique tantôt bénigne, tantôt redoutable et trompant les pronostics suivant qu'on les emprunte au souvenir des épidémies classiques ou à l'observation des cas isolés. Les mêmes données interviennent à propos de la fièvre typhoïde et aussi des fièvres éruptives de moindre violence comme la rougeole, la variole, la scarlatine, etc.

Le scorbut, qui n'occupe qu'un rang inférieur parmi les affections épidémiques, est-il soumis à de semblables lois ? Je le crois en principe et je n'hésite pas davantage à croire qu'on peut le démontrer en fait.

Lorsque l'épidémie scorbutique du siège de Paris vint nous envahir, j'étais, comme mes collègues, peu préparé par des études antérieures. L'occasion me fut donnée de suivre pas à

pas, jour par jour, heure par heure, le développement d'une maladie qui ne m'était connue que par les descriptions. Chargé momentanément du service des prisons où le scorbut suivait une marche ascendante si rapide qu'elle préoccupait à juste titre l'autorité, j'ai examiné un à un tous les détenus, non pas à peu près, mais avec l'enquête minutieuse que commandaient les circonstances. Tous les prisonniers ont été passés en revue par moi, nus, examinés sans rien omettre et soumis à une constatation tout objective ; parmi eux, je trouvai tous les degrés, depuis les pétéchies rares des membres inférieurs jusqu'aux exanthèmes hémorrhagiques les plus accusés. Si les demi-malades étaient devenus les malades de l'avenir, je n'aurais été autorisé qu'à admettre une évolution lente mais fatale aboutissant au terme obligé ; il en était tout autrement. Parmi les candidats au scorbut, les uns avançaient par un progrès rapide, les autres s'arrêtaient à mi-route, d'autres enfin ne dépassaient pas les manifestations insignifiantes du début. Or j'opérais sur des quantités énormes, dépassant de beaucoup ce qu'on observe sur les navires et même dans les garnisons ; force était de reconnaître que le scorbut, réunit-il toutes les conditions d'une épidémie, procède avec les atténuations que comporte une affection plus chronique qu'aiguë et le plus souvent guérissable.

Nous sommes cette année, par un concours de circonstances inexplicable mais réel, en mesure de résoudre le problème, par d'autres points de vue. Depuis deux mois on observe à Paris des cas de scorbut sporadique à curation rapide ; j'en ai vu dans le cours des mois de mars et d'avril plus que je n'en avais observé dans toute ma vie médicale, et il est assez naturel que je profite de ces documents d'une pressante actualité. Il n'existe pas parallèlement, ni dans les prisons, ni dans les hospices, ni dans les casernes, de scorbut épidémique ; on assiste donc aux manifestations purement, strictement sporadiques. Sauf l'intensité, c'est le scorbut de 1870, avec tous ses caractères, avec ses localisations, ses taches disséminées, ses suffusions à larges plaques, ses ramollissements des muqueuses buccales, ses

ecchymoses palatines, la diminution rapide des globules, la cachexie apparente, mais plus saisissante que profonde. Je ne veux pas m'en tenir à une exception, et ce n'est pas aux faits dont j'ai été le témoin que j'emprunterai seulement des informations.

Un observateur désintéressé mais compétent, le prof. Cipriani de Florence a rapporté quelques faits de la maladie de Werlhof. En toute sincérité et sans entrer dans la discussion doctrinale, je lui emprunterai ses observations, d'une part comme exemptes de parti pris, de l'autre parce qu'il m'est agréable de rendre un témoignage justement mérité au savoir d'un des maîtres de la clinique en Italie (1).

Les trois cas qu'il résume débutèrent par du manque d'appétit, un malaise indéfinissable et de la débilité musculaire. Ce premier stade dura de deux à huit jours, après quoi apparurent les premières taches avec un mouvement fébrile, le pouls de 85 à 100, la température s'élevant à peine à 39°. Chez les deux malades le plus profondément atteints, l'éruption fut confluyente, chez le troisième elle occupait seulement les extrémités inférieures. Les macules variaient de couleur du rouge vif au violet, de dimension de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une petite pièce de monnaie, indolentes, sans démangeaison ni desquamation. Les gencives étaient ou n'étaient pas le siège d'un exanthème limité avec peu de gonflement et ne rappelant en rien les altérations profondes des gingivites scorbutiques.

Un malade avait eu une épistaxis avant son entrée à l'hôpital; un autre, affecté le jour même de son admission de bronchorrhagie, eut quatre saignements de nez abondants; pas de troubles gastro-intestinaux et plutôt de la tendance à la constipation; céphalalgie modérée, mais continue; urines en quantité normale, acides, de 1016 à 1019 poids spécifique et riches en uroféine et en uroxanthine. La guérison fut rapide et eut lieu à la suite d'un traitement par les acides amers.

Un des malades subit pendant le décours de la maladie une

(1) *Studi ad osservazioni intorno al malattie... accolti nella clinica med. di Firenze*, per il D^r Leopardi, 1875.

récidive de l'éruption, qui fut précédée d'une nouvelle poussée de fièvre; un autre fut pris, à la suite, de fièvre typhoïde. La quantité d'urée par litre d'urine se maintint entre 18 et 19.

Deux autres cas observés également à la clinique médicale de Florence et que le professeur Cipriani désigne sous le nom de *scorbut*, représentent les mêmes symptômes à un plus haut degré d'intensité. Il s'agit d'un homme de 49 ans, et d'une femme de 56 ans, venant de deux localités éloignées; tous deux avaient souffert de la misère et étaient soumis aux conditions hygiéniques les moins favorables.

La maladie avait débuté par de la prostration, qui n'était qu'un degré supérieur de la courbature, par de la céphalalgie gravative et par des douleurs occupant la continuité des membres supérieurs et inférieurs aussi bien que les jointures, douleurs qui ne disparurent qu'avec l'affection.

L'exanthème gingival semblait avoir précédé l'exanthème pourpré; il avait abouti à des ulcérations fétides. Des ecchymoses de dimension variée s'étaient produites en divers points, on eut même à constater quelques phlyctènes hémorrhagiques. Épistaxis plus ou moins répétées et diarrhée; pas de fièvre; température moyenne 37°, 2; pouls assez rapide; pas de signes d'anémie soit au cœur, soit dans les vaisseaux.

Les malades guérissent rapidement par les remèdes que nous avons rappelés, auxquels venaient s'ajouter un régime satisfaisant et le repos de l'hôpital.

A ces faits je joindrai une observation personnelle, recueillie dans mon service par mon élève M. Mathieu et sous le contrôle de mon chef de clinique, M. le docteur Hanot.

On aura ainsi des termes de comparaison qui permettront de tracer la ligne schématique du scorbut depuis la maladie de Werlhof, sous sa forme la plus adoucie jusqu'à l'expression la plus avancée, telle que je l'ai exposée dans un Mémoire auquel je renvoie le lecteur (1), telle que l'ont décrite avec une autorité

(1) Ch. Lasègue et Legroux : L'épidémie de scorbut dans les prisons de la Seine et à l'hôpital de la Pitié (*Arch. gén. de méd.*, 1871).

incontestable tant de médecins éminents. Les faits de Werlhof marquent pour ainsi dire la première étape; les cas du professeur Cipriani serviraient à établir le second degré; l'observation ci-jointe représenterait un type plus accusé, et enfin les récits nombreux et remarquables à tant de titres des épidémies scorbutiques, présenteraient le *summum* possible de la maladie.

L'observation recueillie à la clinique de l'hôpital de la Pitié aura en outre l'avantage que présentent tous les cas sporadiques, celui de permettre une étude attentive dégagée des préoccupations qu'entraînent les graves épidémies, et poursuivie jusque dans les détails minutieux de l'analyse.

Le nommé Charles Georges, 25 ans, marinier, entre à la Pitié, salle Saint-Paul, le 10 mars 1877; c'est un homme d'apparence robuste, de haute stature, habitué au grand air, à une alimentation copieuse et qui n'a fait que de rares excès alcooliques.

A la suite d'un délit sans gravité, tapage et injures à des agents de police, il a passé 5 mois comme détenu à Sainte-Pélagie, soumis au régime ordinaire de la prison. Vers le 2 janvier il commença, dit-il, à ressentir quelques douleurs dans les jambes, ses genoux étaient raides et ses pieds enflaient le soir. Peu après apparurent sur la jambe gauche de petites taches lenticulaires, d'un brun rouge; les douleurs, la faiblesse, l'œdème allèrent en croissant, et le 18 janvier, le malade demanda son entrée à l'infirmerie de la prison.

Il importe de noter qu'il survint à cette époque quelques épistaxis peu abondantes, mais qui répondent aux hémorrhagies initiales de la maladie de Werlhof.

Les taches à la peau existaient seulement à la face externe de la jambe gauche où elles étaient d'une moyenne confluence.

C'est à la même jambe gauche qu'apparurent bientôt sur la face postérieure des plaques ecchymotiques bleuâtres; le membre déjà œdématié se gonfla de plus en plus, le malade se plaignit d'y éprouver des sensations assez confuses de fourmillements, d'élançements, et la pression y était douloureuse.

Dans les premiers jours du mois de février la jambe droite devint œdémateuse; une éruption de pétéchies s'y produisit et plus tard on constata l'existence de suffusions ecchymotiques.

C'est seulement vers la fin de février que les gencives devinrent douloureuses, gonflées et donnèrent lieu à des exsudations hémorrhagiques peu abondantes. Les dents étaient légèrement ébranlées, et d'après le dire du malade, il lui semblait qu'elles étaient allongées.

L'appétit avait peu souffert, les fonctions digestives s'accomplissaient régulièrement, mais les forces diminuaient progressivement et la faiblesse acquit bientôt de telles proportions, que le malade ne pouvait se soulever même dans son lit sans éprouver des vertiges, des éblouissements et des bourdonnements d'oreille.

La durée de sa peine étant expirée, le malade quitta la prison et fut transféré à l'hôpital.

A son entrée nous constatons les symptômes suivants: aspect cachectique très prononcé, visage bouffi, jaunâtre, pouls petit, régulier (90 à 100), battements de cœur faibles, souffle doux systolique à la base et dans les carotides, les gencives saignantes présentant çà et là quelques bourgeons charnus, salive abondante et mêlée de sang.

Les jambes sont œdématiées, luisantes, comme vernissées et donnent au palper la sensation d'une dureté toute spéciale qui, malgré l'œdème, ne se laisse pas déprimer sous le doigt. La pression y est douloureuse.

Cette induration se poursuit sur la partie postérieure des cuisses dans leurs deux tiers inférieurs.

Des marbrures brunâtres, violacées, qui ne s'effacent point par la pression, sont disséminées sur la face postérieure des jambes, en plus grand nombre à gauche. Quelques-unes, plus espacées et moins étendues, se rencontrent sur la face postérieure des cuisses. Les unes d'aspect exactement ecchymotique sont régulières, diffuses; d'autres sont réticulées, ramifiées et semblent dessiner les veinules sous-jacentes. Çà et là, sur la face antérieure de la jambe gauche sont semées des taches brunâtres,

de la grandeur d'un grain de chènevis et légèrement saillantes. D'autres plus nombreuses et beaucoup plus petites, semblables à une piqûre de puce, acuminées, portent un poil implanté à leur centre. Le gonflement s'arrête aux malléoles, la face dorsale des pieds n'est pas intéressée.

Léger mouvement fébrile 37°,5 à 38°,4 — 80 à 100 pulsations — 25 à 30 respirations.

20 mars. Mieux général. Les jambes commencent à désenfler; l'épiderme, moins lisse, se plisse et se fendille pour suivre la rétraction des parties profondes.

Les suffusions ecchymotiques s'effacent en commençant par la face externe de la jambe gauche. Au pourtour des taches, il se fait un liséré jaune verdâtre qui gagne vers le centre à mesure qu'il disparaît à la périphérie. Quelques-unes des plaques ont presque totalement disparu, et n'apparaissent plus que comme de petites taches jaunâtres.

Les gencives sont lisses, moins saignantes, les bourgeons charnus ont en partie disparu.

Le pouls est plus large, plus fort, les battements cardiaques sont devenus sensibles à la palpation. Les bruits à l'auscultation sont plus nets. Le souffle carotidien a disparu. Les muqueuses se colorent, il n'y a plus ni céphalalgie ni vertiges. L'appétit est bon, les digestions régulières.

10 avril. L'amélioration continue à faire de rapides progrès. Les suffusions sanguines des jambes, après s'être transformées en taches jaunâtres, se sont progressivement effacées. Le gonflement de la jambe droite a notablement diminué; il est plus prononcé encore dans la jambe gauche. La peau est redevenue douce et mobile, mais les parties profondes sont le siège d'une induration presque ligneuse.

Une pression un peu forte est douloureuse.

Au niveau des taches pointillées développées autour d'un poil, il se détache un petit disque épidermique, qui emporte à son centre la petite concrétion brunâtre. Généralement le poil la suit dans sa chute.

L'anémie très prononcée à l'entrée du malade a rapidement cédé; de 2 millions environ, les globules sanguins ont monté jusqu'à 5 millions, chiffre à peu près normal. On peut sur le tableau ci-joint suivre leur ascension progressive, ainsi que l'augmentation parallèle de la quantité d'urée rendue en 24 heures et de la densité de l'urine. Les mouvements respiratoires de 25 à 30 se sont abaissés à 16 ou 18. Le pouls de 100 à 115 est venu à 75, 80. Les muqueuses se sont colorées, la céphalalgie a disparu avec les éblouissements et les vertiges, et le malade a récupéré à peu près entièrement ses forces.

Les citrons et la limonade tartrique ont été les seuls moyens antiscorbutiques employés.

DATES.	GLOBULES.	QUANTITÉ par litre.	URINES. Densité.	URÉE (gr.) par litre.	URÉE en 24 h.
14 mars	1.902.500	1.25	1013	3.75	4.68
15	—	1.25	1013	4	5.00
16	1.933.875	2.50	1010	4.06	10.15
17	—	2.50	1010	4.32	10.80
18	2.259.000	2.75	1010	4.32	11.88
19	—	2.50	1012	5.14	12.81
20	—	1.40	1016	10.14	14.19
21	2.698.250	1.75	1025	10.95	19.16
22	—	1.50	1020	10.20	15.30
23	—	1.50	1022	7.50	11.25
25	—	1.35	1015	8.59	11.59
28	4.078.750	1.25	1030	13.90	17.37
2 avril	—	1.25	1030	15.67	20.58
3	4.703.250	1.40	1022	14.81	20.72
5	4.970.000	1.70	1020	10.80	19.36
7	—	1.60	1020	12.86	19.86
9	4.750.000	1.80	1022	10.90	20.62

Le tableau qui précède donne une idée assez exacte de la maladie pour qu'il puisse à la rigueur se passer de commentaire. Il permet de suivre parallèlement l'évolution ou plutôt l'involution des symptômes que fournit l'examen du malade et celle des phénomènes plus intimes que révèle l'analyse.

(Archives générales de médecine, 1877.)