

Malvina Reynolds

C.A.

ACADEMIES ET SOCIETES SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 10 mai 1880. — Présidence de M. BECQUEREL.

M. Milne-Edwards fait hommage à l'Académie de ses « Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux », faites à la Faculté des sciences, tome XIV et dernier.

M. Carles, de Bordeaux, adresse une « Étude chimique et hygiénique du vin en général et du vin de Bordeaux en particulier. »

M. Quinquaud, une « Chimie pathologique; Recherches d'hématologie clinique. »

M. Jullien, des « Recherches statistiques sur l'étiologie de la syphilis tertiaire », et un « Traité pratique des maladies vénériennes. »

M. Pasteur présente, au nom de M. le docteur A. Nicolas, qui a observé au Gabon et aux Antilles, une courte note sur les analogies et les différences qui existent entre la maladie du sommeil, ou somnoze, et le nélavan. Sans contester les analogies précédemment signalées par M. Talmy entre le nélavan et le choléra des poules, M. Nicolas distingue du nélavan la maladie du sommeil ou somnoze des nègres, qu'il persiste, comme en 1861, à croire essentiellement constituée par les manifestations physiologiques du sommeil prolongé au delà de ses limites normales. Le nélavan, au contraire, se distingue par tout un cortège de symptômes d'une telle importance qu'il est invraisemblable qu'ils aient pu échapper à l'observation la plus grossière, et surtout par l'absence fréquente du symptôme unique et essentiel de la somnoze : la somnolence ou le sommeil. En outre, il est au moins étrange que le nélavan, somnoze compliquée, soit curable, comme on l'a dit, par l'ablation des ganglions du cou, plus ou moins engorgés, alors que la somnoze simple a été reconnue mortelle dans tous les cas observés.

Voici le remarquable résumé des lois qui régissent la matière à l'état sphéroïdal, adressé à l'Académie par M. Boutigny (d'Évreux), avec cette épigraphe empruntée à Fontenelle : « Une idée nouvelle ou un fait nouveau est un coin qui n'entre que par le gros bout. »

PREMIÈRE LOI. — *Température.* — La température des corps à l'état sphéroïdal est toujours inférieure à celle de leur ébullition ; elle est de + 97° pour l'eau.

DEUXIÈME LOI. — *Anéquilibre de température.* — Le corps à l'état sphéroïdal ne se met jamais en équilibre de température avec le vase qui le contient ; sa température est toujours dans un état d'équilibre stable, qu'il soit dans une capsule à l'air libre ou dans le moufle d'un fourneau à coupelle. Mais, si le corps à l'état sphéroïdal ne se met pas en équilibre de température, la vapeur qui en émane s'y met toujours. Ces deux phénomènes se manifestent très-nettement lorsqu'on opère dans une sphère creuse, disposée *ad hoc*.

TROISIÈME LOI. — *Réflexion du calorique rayonnant.* — La matière à l'état sphéroïdal refléchit le calorique rayonnant.

QUATRIÈME LOI. — *Volume et masse des sphéroïdes.* — Les volumes de la matière à l'état sphéroïdal sont en raison inverse de leur densité, et leurs masses sont égales entre elles.

CINQUIÈME LOI. — *Force répulsive à distance sensible.* — Cette loi est la plus importante de toutes, la plus riche en déductions, car nous la considérons comme l'antagoniste de l'attraction universelle.

Sur le sol du Panthéon, dans l'axe de la coupole, on place sur un bon feu de charbon une large capsule de platine, dont on élève la température le plus possible. Cette disposition étant prise, on verse du haut du Panthéon (70° de hauteur environ) de l'eau qui tombe dans la capsule sans la mouiller, et qui passe à l'état sphéroïdal instantanément.

On recommence l'expérience en plein air quand il pleut ou quand il tombe de la grêle et les résultats sont les mêmes que dans l'expérience du Panthéon. Peut-on dire que, dans ces expériences, l'eau et la grêle sont soutenues dans la capsule par la vapeur qui les enveloppe ? Non, assurément ; elles sont repoussées instantanément par la force répulsive que la chaleur fait naître dans la capsule.

Opérons maintenant avec des corps non volatils qu'on ne peut pas distiller, mais que la chaleur décompose.

On chauffe la capsule comme précédemment et l'on y projette de petits fragments de cire, de suif, d'acide stéarique ou margarine, ou bien quelques gouttes d'acide oléique ou d'une huile fixe, et voici ce qui passe : comme les mouvements moléculaires ne se transmettent pas avec une très-grande vitesse, le corps expérimenté reste suspendu sur la capsule *sans vapeur et sans gaz* provenant de sa décomposition ; ensuite les gaz provenant de sa décomposition

se dégagent, non de sa surface, mais de son intérieur : ils s'enflamment et le sphéroïde disparaît.

Évidemment le corps en expérience n'étant pas volatil, ne donnant pas de vapeur, et les gaz provenant de sa décomposition n'étant pas encore produits, ce corps ne peut être soutenu au delà du rayon de l'activité physico-chimique de la capsule que par la répulsion de celle-ci. *

M. L.

NOTICE SUR LE MONTAGE DES JOURNAUX

Contribution à l'histoire de quelques cardiopathies d'origine anoxémique (étouffement, angine de poitrine), par M. J. RENAUT. — Dans plusieurs cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone, l'auteur a constaté, outre la sensation d'impuissance musculaire et c. bâlement des membres qui sont constants, des troubles passagers dans le rythme du muscle cardiaque (palpitations, faux pas du cœur, tendances à l'état syncopal et syncopes).

Dans la première observation, il s'agit d'un homme de 50 ans, alcoolique, qui exagéra encore ses mauvaises habitudes à la suite d'un violent chagrin. Un jour, étant ivre, il voulut se suicider en allumant dans sa chambre un réchaud de charbon. Les voisins intervinrent en temps utile, alors qu'il était en état de mort apparente. Transporté à l'hôpital, il présenta quelques jours après, une impuissance musculaire absolue, de la perte complète d'appétit, des lipothymies, des syncopes qui amenèrent rapidement la mort. A l'autopsie, on trouva une dégénérescence graisseuse du cœur, du foie, des reins, et, à ce sujet, l'auteur fait remarquer que la plus grave des cardiopathies, la dégénérescence graisseuse vraie et généralisée du cœur, peut être déterminée par une action brusque du gaz oxyde de carbone sur l'économie. Ceci permet de penser que le séjour prolongé des alcooliques, des gens atteints d'affections organiques du cœur, des chlorotiques, etc., dans les milieux où se dégagent abondamment et incessamment des vapeurs de charbon, constitue un danger véritablement sérieux. Les forges, les fonderies, les cuisines, constituent des milieux très-déleteres pour ceux qui les habitent, et surtout pour les alcooliques.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une femme de 34 ans, qui fut obligée de se placer cuisinière après des malheurs de famille. Bientôt, elle sentit son énergie musculaire s'affaiblir considérablement, au point de ne pouvoir faire ses courses ; elle ressentit des palpitations provoquées par le moindre exercice, et, au bout d'un an, elle était devenue très-pâle. Puis elle fut prise d'accès douloureux dans le côté gauche de la poitrine, dans la moitié du cou du même côté et dans le bras correspondant. Elle fut reprise de temps en temps de véritables accès d'angine de poitrine, avec l'angoisse particulière qui la caractérise. Ces accès diminuèrent au point que la malade put être envoyée en convalescence au Vésinet. Mais, huit ou dix jours après, elle fut prise d'un accès très-intense qui se prolongea pendant plus de vingt-cinq minutes, et se termina par une syncope mortelle.

Ces deux observations montrent que l'action toxique du gaz oxyde de carbone semble hors de doute, en tant que cause soit prédisposante, soit déterminante, de lésions graves du myocarde et de l'angine de poitrine.

Dans une dernière observation rapportée par l'auteur, il est question d'un malade qui, au moment de l'accès, présentait des sueurs très-accusées dans tout le côté gauche de la poitrine, de la face et du cou. Cette sueur locale constitue une sorte d'*aura stéréotrope*, analogue à l'aura de nature sensitive (douleur du doigt, d'un orteil, etc.), ou réflexe et motrice (bâillements, etc.), ou enfin esthétique (sensation gustative, olfactive, accès de faim passagère, etc.). (*Lyon médical*, n° 3 ; 1880.) — H. H.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Décret portant reconstitution du Comité consultatif de l'enseignement public.

Le Président de la République française,
Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
Vu la loi du 27 février 1880 ;

Décrète :

Art. 1^{er}. — Le comité consultatif de l'enseignement public est divisé en trois sections correspondant aux trois ordres d'enseignement supérieur, secondaire et primaire.

Art. 2. La section de l'enseignement supérieur se compose d'inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, titulaires ou honoraires, de professeurs et d'anciens professeurs des

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'acropathologie : maladie de Raynaud et états similaires.

En 1862, Raynaud publia son premier mémoire sur la maladie qui, maintenant, porte son nom et qu'il appela « asphyxie locale et gangrène symétrique des extrémités ». J'ai été, je crois, un de ceux qui ont contribué à substituer à cette dénomination celle de « maladie de Raynaud », devenue d'un usage courant au moins en Angleterre. L'adoption de ce terme n'est pas seulement un hommage rendu à un savant qui a fait une découverte clinique importante : elle présente encore un avantage réel, celui d'écartier de la nosologie un terme qui ne s'applique pas à une seule affection bien définie, mais à plusieurs états pathologiques, états similaires, il est vrai, mais cependant plus ou moins différents l'un de l'autre.

Raynaud avait découvert qu'il est des cas dans lesquels l'action du système nerveux sur la circulation s'exagère au point de menacer la vitalité de certaines parties (parties terminales des extrémités) qui subissent le plus l'influence nerveuse. Il a décrit d'abord les différentes phases du spasme artériel : pâleur au début, puis stase veineuse et, enfin, dans les cas graves, gangrène ; il a désigné ces trois phases successives sous les noms de « syncope », « asphyxie » et de « gangrène symétrique ». Dans un second mémoire, il a donné une explication théorique de ces troubles névropathiques de la circulation, qu'il fait dépendre de la moelle. Sur cette théorie est basé son traitement électrique dont le but est de diminuer, par l'application des courants constants, l'action excito-motrice du système nerveux.

Il est donc évident que, dans la pensée de Raynaud, la maladie qu'il décrit n'est, à son début, qu'un simple trouble fonctionnel et nullement la conséquence de modifications organiques. Et cette conception est parfaitement justifiée, du moins pour ce qui concerne un grand nombre de cas. Mais il en est d'autres, très analogues aux précédents sous certains rapports, auxquels cette interprétation n'est applicable qu'en partie, et parmi lesquels on rencontrera précisément les exemples les plus frap-

On peut également remplacer avec avantage le terme « gangrène symétrique des extrémités » par la dénomination plus courte d'*acrosphacète*.

Des expressions telles que « acrodynie » et « acromégalie », si fréquemment employées de nos jours, nous ont déjà assez familiarisés avec le préfixe *acro* qui rappelle l'idée d'« extrémités » ; en général, c'est-à-dire non seulement les doigts et les orteils, mais encore les oreilles, le bout du nez, les lèvres, le pénis et, chez les quadrupèdes, la queue. Ce terme s'applique aussi à des parties plus étendues, à la main, au pied, à la tête, mais il sous-entend toujours que l'affection débute par les points périphériques, par les parties terminales des organes désignés.

L'expression *acro-artrite* convient aux cas que j'ai décrits autrefois sous le nom un peu long, mais assez expressif, je crois, « d'arthrite des articulations terminales ». L'acro-artrite se observe chez les sujets qui présentent, en même temps que de la tendance aux phénomènes de Raynaud, une forte prédisposition congénitale à la goutte. Un exemple typique de ce genre est le cas d'une jeune femme du nom de Mabey que j'ai présentée. Il y a plus de vingt ans, dans une séance de la Société huthénienne, et chez laquelle il existait une inflammation des articulations des doigts et de la matrice des ongles. Depuis lors, j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs autres faits du même genre. Je ne doute pas qu'il ne s'agisse là de cas de maladie de Raynaud, mais ils présentent tous cette particularité, à savoir que c'est la tendance héreditaire à la goutte qui en constitue le facteur pathogénique le plus important.

Sous le nom d'*acrodermatite* je comprends toutes les variétés d'engelures, de gercures de la peau et d'eczème chronique débutant par les extrémités des doigts, ainsi que d'autres affections de la peau des doigts ayant leur origine dans les troubles locaux de la circulation et de la nutrition.

Par *acrosclériase* j'entends la forme morbide connue sous le nom de « sclérose diffuse de la peau » ou de « morphie diffuse ». Elle affecte rarement le tronc d'une façon sérieuse. Elle débute toujours par les extrémités et y reste plus accusée qu'en n'importe quel autre point du corps. Ses rapports avec les troubles de la circulation sont intimes et évidents.

Dans les antécédents de plusieurs sujets at-

mimées. Souvent ils n'indiquent que des phases d'une seule et même maladie. Ainsi, par exemple, l'acro-asphyxie peut se terminer par acrosphacète, comme ce dernier peut parfois être le résultat de l'acrosclériase. La terminologie que je propose a seulement pour but d'indiquer, au moyen du préfixe *acro*, que l'état morbide dont il s'agit est localisé aux extrémités et qu'il leur est pour ainsi dire inherent par suite de certaines conditions désavantageuses qu'elles présentent au point de vue de la circulation et de la nutrition.

II

Voyons maintenant quels sont les différents aspects que peuvent présenter les troubles de la circulation dans les extrémités, et commençons par ceux d'entre eux qui constituent plutôt des particularités individuelles que des phénomènes morbes proprement dits.

On sait combien sont différents, suivant les individus, les effets du froid sur la peau. Chez certaines personnes, la peau de la face et des mains prend, par les journées froides, une coloration rouge-brûlée diffuse et uniforme. Ce sont pour la plupart, à mon avis, des individus à peau plus ou moins épaisse, doublée d'une couche abondante de tissu sous-cutané cellulo-graissant. Assez souvent on constate chez eux une autre particularité dont je ne puis donner l'explication exacte. Elle consiste en l'apparition sur la surface rouge foncée de la peau de petites taches d'une teinte plus claire, disséminées en grand nombre ; et là et absolument semblables aux taches qui existent sur la peau de certains poissons, du carrellet par exemple. Les personnes chez lesquelles on observe, sous l'influence du froid, ces modifications dans la coloration de la peau souffrent rarement d'engelures ou d'autres symptômes ressemblant à la syncope ou à l'asphyxie locales. Souvent elles n'éprouvent même pas la sensation de froid. Ce qui les caractérise surtout, c'est un tempérament plus ou moins apathique et la flacidité, la mollesse de tous leurs tissus. Elles paraissent posséder un système de capillaires très développé, mais peu résistant, et avoir peu de tendance aux troubles circulatoires réflexes qui ont pour résultat une diminution de l'afflux du sang vers certaines parties terminales du corps.

Chez d'autres, le froid exerce une action touti-

y aurait donc lieu — bien que l'opinion de Raynaud reste inattaquable en substance — d'introduire dans la terminologie quelques modifications de détail. C'est ainsi qu'il me paraîtrait opportun de remplacer le terme de « maladie de Raynaud » par celui de « phénomènes de Raynaud » et d'en restreindre l'application aux états que ce clinicien aurait considérés comme des cas d'asphyxie des extrémités et qui, d'après tout ce que nous en connaissons aujourd'hui, sont possibles de cette interprétation, qu'il leur aurait assurément donnée. Ces cas ne constituent pas une maladie indépendante *sui generis*, mais représentent plutôt un groupe de troubles circulatoires pouvant survenir dans des conditions variées et révélant des formes assez différentes. Dans une certaine mesure, chacun de nous est sujet aux phénomènes de Raynaud, en ce sens que, sous l'influence du froid, il peut se produire chez n'importe quelle personne un ralentissement de la circulation artérielle avec stase veineuse au niveau des extrémités. L'asphyxie des extrémités est, en effet, un état qui, au point de vue de son intensité, peut et doit présenter les degrés les plus variables. Et ce n'est que lorsque cet état est considérablement exagéré qu'il survient à la moindre occasion qu'il doit recevoir une dénomination spéciale et être envisagé comme une maladie.

I

L'introduction de termes nouveaux est chose inévitable dans toutes les branches de nos connaissances cliniques. S'il est vrai qu'un néologisme prématûre et mal approprié aux circonstances présente des inconvénients, il n'en est pas moins vrai que les inconvénients sont plus grands encore lorsqu'on persiste à vouloir grouper sous une même dénomination déjà vieillie des états morbides différents.

La définition de « l'asphyxie des extrémités » a déjà été donnée. Ce terme doit être considéré comme étant sous tous les rapports le synonyme de « phénomènes de Raynaud ». Il désigne une phase, une étape commune à un grand nombre de maladies plus ou moins différentes entre elles. Le terme « asphyxie des extrémités » peut être changé par abréviation en celui d'*acro-asphyxie*.

Teinté de sclériase, M. le docteur Barlow a relevé divers symptômes de maladie de Raynaud ayant existé avant l'apparition des altérations organiques de la peau. Quelques-unes des observations relatives par Raynaud lui-même paraissent être des cas de cette affection. Le nom d'acrosclériase leur convient mieux que celui d'acrosclerodermie, puisqu'il s'agit ici d'une lésion non pas limitée à la peau, mais intéressant aussi les tissus sous-jacents. En proposant d'appeler acrosclériase l'état d'induration ligneuse que les doigts affectent dans les cas de morphée, je suis loin de vouloir identifier ce terme avec ceux de morphée localisée ou de maladie de Raynaud dans ses formes ordinaires. Entre ces deux affections et l'acrosclériase il existe, sans doute, certaines différences. Mais il n'en est pas moins vrai que l'acrosclériase s'accompagne souvent de symptômes de la maladie de Raynaud, avec laquelle elle a des rapports intimes.

Le terme *acodynies* a déjà trouvé sa place dans le vocabulaire médical; malheureusement on l'emploie pour indiquer, non pas un symptôme, l'élément douleur, ainsi que cela devrait être, mais pour désigner une maladie. Nous croyons qu'il serait préférable de s'en servir pour caractériser simplement une douleur siégeant au bout des doigts et habituellement associée à certains troubles locaux de la circulation.

Comme synonyme d'« anesthésie d'origine artérielle » on peut employer avec avantage le terme *acro-anesthésie*, pour désigner ces états d'obtusion et de perte de la sensibilité par afflux insuffisant de sang artériel, qui débutent par les extrémités des doigts et ne sont pas en rapport avec la distribution des branches nerveuses. Leur signe caractéristique est de se limiter au même niveau par une ligne circulaire tracée autour du membre, du pied ou de la main. L'engourdissement des pieds sous l'influence du froid est un exemple d'anesthésie d'origine artérielle, d'*acro-anesthésie*.

Les divers termes que je viens d'indiquer suffiront probablement pour permettre de classer en groupes naturels les différents cas de maladie de Raynaud et les aspects variés que les symptômes de cette maladie peuvent révéler. Mais, ne l'oublions pas, ces termes ne visent que des symptômes et ne se rapportent en aucune façon à des affections organiques déter-

différente. Il amène rapidement l'état que Raynaud a appelé syncope, c'est-à-dire une diminution de l'irrigation sanguine par suite de contraction artérielle. Les sujets qui appartiennent à cette catégorie se plaignent d'engourdissement et de démangeaisons dans les parties refroidies. Chez eux, après une première période de pâleur, le nez, les oreilles et les doigts deviennent plus facilement livides, cyanosés. Ce sont pour la plupart des sujets à peau fine, mince, dépourvue de couche graisseuse sous-cutanée; leur irritabilité réflexe est considérable. Les conséquences d'un défaut de tissu adipeux sous-cutané sont, en effet, faciles à comprendre. Il est évident que l'absence de ce tissu protecteur laisse les artères et les veines pour ainsi dire à la merci des changements de température du milieu ambiant.

D'après Raynaud, une période de pâleur (syncope) précédrait toujours la période de lividité (asphyxie) dans les états morbides qu'il a décrits. Or, si cette succession des deux périodes doit être, en effet, considérée comme une règle générale, il y a lieu de douter qu'elle ne puisse souffrir d'exception. C'est ainsi que, dans certains cas, on voit la peau pâlir et rester pâle indéfiniment, tandis que, dans d'autres, l'état cyanotique survient avec une telle rapidité que la phase de pâleur, si elle a existé, passe inaperçue. Ces différences s'expliquent par les particularités individuelles d'organisation et de réaction. Ainsi, chez les personnes dont le système veineux est fortement développé, mais chez lesquelles les valvules des veines offrent peu de résistance, les symptômes de l'asphyxie locale sont toujours très accusés. Ce fait dépend aussi en grande partie de la force des contractions cardiaques et de l'état des poumons.

Donc, pour expliquer les différences individuelles qu'on observe dans les phénomènes dus à l'action du froid, nous devons prendre en considération tout un ensemble de conditions telles que l'état du pannicule adipeux, le développement du système vasculaire (artères, veines, capillaires), la capacité pulmonaire et l'énergie de l'action du cœur.

Quant aux différents symptômes objectifs appartenant au domaine de l'acropathologie, on peut les grouper ainsi qu'il suit :

1° Pâleur due à l'état de vacuité des capillaires artériels et veineux;

ception des porceaux. La raison en est que le porc seul à la queue nue et dépourvue de graisse, tandis que, chez les autres animaux domestiques, la queue est protégée par une couche graisseuse et par des poils plus ou moins abondants. Il est donc facile de comprendre que, chez le porc, le froid puisse produire une contraction spasmodique des vaisseaux de la queue, suivie de gangrène.

Les conditions sont probablement les mêmes dans la plupart des cas d'acrosphacie chez l'homme. Rappelons-nous que la circulation locale est réglée par des influences nerveuses à la fois périphériques et centrales dont le mécanisme ne nous est pas encore exactement connu dans ses détails. Le froid peut agir directement en partie sur les artères et en partie sur les ramifications nerveuses et les tissus qui en dépendent. Bien qu'il soit incontestable que des troubles fonctionnels de la moelle et même du cerveau puissent exercer une certaine influence sur la circulation périphérique, il ne faut cependant pas se hâter d'invoquer cette influence tant qu'une explication plus simple des phénomènes peut être donnée.

Pour ce qui concerne les rapports des symptômes de la maladie de Raynaud avec les déterminations morbides occasionnées par le froid du côté des extrémités, il faut remarquer tout d'abord que la prédisposition à la syncope locale doit certainement augmenter les chances d'une lésion par l'exposition prolongée au froid intense. La tendance exagérée des vaisseaux à se contracter spasmodiquement implique, en effet, le risque de la congélation des doigts et des orteils. D'autre part, il est incontestable que les personnes dont la circulation se fait énergiquement sont capables de supporter le froid beaucoup mieux et plus longtemps que les individus moins favorisés au point de vue de l'état de leur circulation. Quoiqu'il en soit, les congélations et les accidents de même ordre peuvent aussi survenir, indépendamment de toute anomalie de la circulation, chez des sujets absolument sains; elles sont alors en rapport direct avec la durée de l'exposition au froid. Mais, chez les personnes sujettes aux phénomènes de Raynaud, les troubles provoqués par l'action du froid sont hors de proportion avec l'intensité de cette action. L'exposition à une température très basse constitue donc une sorte d'épreuve de la prédisposition

en génération. Les manifestations de la goutte héréditaire sont souvent toutes autres que celles de la goutte acquise. En effet, dans la forme héréditaire, les symptômes de la goutte dite « active » peuvent manquer; il n'existe alors qu'une prédisposition à certaines formes modifiées d'arthrite. C'est dans ces cas que, sous l'influence d'écart de régime, on voit survenir, entre autres, des acro-arthrites dans lesquelles les symptômes goutteux proprement dits sont associés à des troubles de la circulation sous forme d'acro-anesthésie et d'acro-asphyxie pouvant aboutir à l'acrosphacie.

Les rapports entre les phénomènes de Raynaud et l'acrosclérodermie sont d'une interprétation beaucoup plus difficile. Il y a, en effet, entre ces deux affections, des différences incontestables. Dans certains cas d'acrosclérodermie la localisation des lésions est en rapport avec les ramifications nerveuses, contrairement à ce que l'on observe dans la véritable acrosyncope. La maladie affecte rarement le bout du nez et les pieds, mais plutôt les joues, la tête, les régions claviculaires et les extrémités supérieures. Mais, d'autre part, l'acroscléroderme s'accompagne fréquemment d'acrosyncope et d'acrosphacie, ce qui la rapproche de la maladie de Raynaud. C'est ainsi qu'une malade atteinte d'acrosclérodermie localisée surtout aux mains et à la face, et qui avait, en outre, des placards de morphée disséminés sur le tronc, a présenté d'abord des phénomènes d'acrosyncope dans les deux pieds, puis une gangrène très douloureuse de plusieurs doigts. Une autre malade, chez laquelle j'avais constaté la coexistence de l'acrosclérodermie et de l'acrosyncope, fut aussi atteinte de gangrène des doigts cinq ans après le début de son affection.

Mais j'en resterai là pour ce qui concerne la question des rapports qui existent entre l'acrosclérodermie et les phénomènes de Raynaud, car c'est un sujet très complexe et dont, pour le moment, il m'est impossible de poursuivre plus loin l'exposition.

V

Parmi les causes qui agissent sur l'individu après sa naissance en affaiblissant sa circulation

(1) Pour les observations de l'auteur, voir *The Medical Week*, 1893, p. 97 et suivantes.

maladie que lorsqu'on possède la seconde pathogénie. Ce n'est pas d'aujourd'hui que le débat est ouvert : il a commencé presque à l'apparition des premières théories sur la maladie.

Pour ne citer que les auteurs les plus connus, on sait que M. Lecorche a admis l'hypothèse du sucre chez le diabétique, et cette opinion a été brillamment défendue dans une récente communication à l'Académie de Paris par MM. G. See, A. Robin (1), etc. On sait aussi que M. le professeur Bouchard a considéré le diabète comme une maladie par conséquent de la nutrition.

Depuis plus de deux ans je soutiens dans le diabète, à la fois : 1^e diminution de la consommation du sucre, en rapport avec la diminution du ferment glycolytique (dont connaît l'existence à l'état normal) et augmentation de la production du sucre, et, dans un travail précédent, j'ai pris soin d'expliquer les raisons qui rendent cette hyperglycémie de sucre très vraisemblable chez les diabétiques sinon chez tous (2).

Je crois que cet éclectisme est partagé par la plupart des médecins et il suffit d'avoir rencontré un certain nombre de diabétiques pour être amené à penser que la pathogénie de leur maladie n'est pas toujours la même.

Cependant, MM. les professeurs Chauvin et Kaufmann viennent de faire paraître une importante étude expérimentale, dans laquelle la théorie éclectique du diabète est battue en brèche. A la vérification, ils ne prétendent pas à la théorie du diabète, mais ils ne disent pas qu'ils en préparent les bases, en étant convaincus que la cause immédiate de la déviation dans laquelle il provoque l'hyperglycémie. Dernièrement, disent-ils, qu'elle provienne de l'excès de production glycogénique et non pas d'un ralentissement de la dépense de sucre dans les vaisseaux capillaires (3). *

(1) *Semaine Médicale*, 1893, p. 172 et 178.

(2) LÉPINE. (*Rev. scientif.*, 1890, T. I., p. 274).

(3) CHAUVEAU et KAUFMANN. (*Comptes rendus des Séances*, 1893, p. 226, et *Semaine Médicale*, p. 72.)

Claudia M. Merritt,

or Dr. Alice,

M. Edwards.

Pla书记ation intermittente au cours du
malade - Augmentation progressive -
Mon père reconnut que il était atteint du
diabète en 1865, où il fit, par hasard, l'analyse
de son urine et y trouva de fortes proportions
de sucre. Depuis quelques années déjà
il était souvent fatigué et il avait fort mangé.
La soif était très intense; il descendait fréquem-
ment de voiture pour boire l'eau dans les boucheries
des rues - Ce symptôme lui fut diagnostiqué
probablement la même affection chez
son père, mort à 39 ans en 1819, de恰恰ine
à marche rapide - D'après ma grande mère
son mari buvait tout ce qu'il trouvait, depuis
la plus mauvaise bière jusqu'aux vins les
plus fins avec la mêmeavidité, ce qui l'avait
fait taxer d'alcoolisme par sa famille -

De 1865 à 1871 mon père eut successivement
des éruptions furonculées graves, de l'amaigris-
sement et une profonde dépression morale.
Il était fatigué dès qu'il marchait, mais
n'éprouvait pas encore les symptômes de sommeil
dont il souffrit plus tard -

C'est en 1871 qu'il eut, pour la première fois, des
mânupe nocturnes qui attirèrent son attention.

à deux ou trois reprises, ces crampes nocturnes
lui déclouaient, le forcant à se lever pour
poser le pied à terre, il tombait sans con-
naissance en poussant un grand cri.
Il fut le rattraper, chaque fois qu'il se
réveillait à une fatigue plus
grande dans la journée, à une marche
forçée par exemple.

Ce n'est qu'en 1878, alors qu'il
me accompagnait chaque jour à l'École
au débris de mes études, que j'ai pu voir
ces accès de claudication intermittente.

Toujours il se mettait en route il marchait
raideusement pendant 1/4 d'heure
aviron et puis il sentait les jambes, plus
souvent une seule se raidir, et il le
trouvait - s'il avait fait un ou deux pas,
il pouvait ensuite se remettre à marcher, plus
lentement, plus péniblement, en trainant
un peu la jambe, perdant au temps plus
de vingt long, avant d'arriver de nouveau
mais si le sentait pressé pour un cours, par
exemple, il forçait sa marche et après
avoir senti d'abord la pesanteur, puis la
raideur du membre ; il éprouvait une douleur

épouvantablement violente, accompagnée de
douleurs dans les muscles gastroscéniques, et
(je crois me rappeler) des muscles postérieurs
de la cuisse - ordinairement en fin de
cette douleur intense il s'arrêtait; mais un
jour, malgré l'attraper au omnibus, il persista
et tanta sans connaître une rémission
qui le ramenèrent au Bureau des omnibus -
De 1878 à 1882 ces phénomènes persistaient et
augmentaient de fréquence; il calculait tous les
jours que la marche qu'il pouvoit faire
avant son premier arrêt diminuait graduellement
au point d'être à peine de cinq minutes. -

~~Accident de phénomène~~ Chaque fois qu'il
éprouvait cette crampes, il devenait très pâle -
sa figure s'allongeait, il faut se croire de deux -
lorsqu'un dyspnée tristement et très pénible
accompagnait ces crampes, et se présentait
également sous forme paroxystique - Cette
dyspnée paraît aussi apparaître isolément
quand il marchait - et accompagnait des
sourcils de sensations de constriction thoracique
au niveau de la région pectorale, et de douleurs

inadiés dans l'épaule et le long des costales
gauche - ce qui lui faisait regarder ces atroces
dyspnées comme des vives larves d'anguine
de poisson.

Il avait depuis trois jours, après avoir pris froid,
un point de côté assez intense sans aucun
phénomène thoracique (le poumon & le cœur
aux autres occasions n'étant plusieurs
reprises pas toujours très vivement ou non
parfaitement saisis) - quand un matin
après avoir mangé un peu il éprouva,
étant encore couché, cette dyspnée si intense
il sentit un douleur atroce au cœur qui le fit
vier - en même temps il avait une
palpitation extrême et des sueurs profuses -
il portait la main au cœur et mourut
au milieu de cette crise pendant
laquelle la figure exprimait la plus
angoissante douleur - en Sept. 1882 à l'âge de 6 ans.

Il n'avait pas d'athérome artériel - La température
n'était pas élevée - mais l'artère radiale
était assez souple - Rien au cœur -

La vue était affaiblie au début de maladie, mais
il voyait encore fort bien, d'une bonne vue de
nugope et lisait généralement sans hésiter -

12, HERTFORD STREET,
MAYFAIR, W.

Dec. 16. 1890

Cher Professeur Charcot.
Selon ma promesse
je vous envoie ci-joint
la copie du rapport
du cas de M. Hamilton.
Je vous serais bien
reconnaissant si vous
voulez bien m'écrire
votre exacte opinion
du dessus et la signez
Il occupe une charge

important auprès du
gouvernement et il faut
absolument arranger
qu'il puisse bien se
reposer, ce qu'il ne
pourrait faire sans
avoir un certificat
de Médecin -

Le vôtre lui servirait
de grande utilité -

- J'os demandant
nulle garantie de

vous dérangez aussi
le cours des Professeurs
tout à vous.

J. Manteig. Suis _____

12. HERTFORD STREET,

MAYFAIR. W.

April. 9. 1891

Cher Professeur Charcot,

Londres, le 7^{me}

décembre 1890, je me
rends chez vous avec
Monsieur Hamilton, vous
avez manifesté le désir
de recevoir quelques
des nouvelles de l'état
de santé de ce dernier.

Je vous dirai donc qu'à
notre retour en Angleterre
je le ramènerai au traitement

que vous aviez suggérée,
c'est-à-dire à un repos
absolu, à une dore
complète d'iodure de
potassium, et en
appliquant sur la jambe
un mélange de sucre
et de glycerine.

Pendant les 5 premières
semaines de ce traitement,
son amélioration fit de
grands progrès, la
saignie de l'orteil
s'arrêta, commença
à s'exfolier et

disparaît finalement le
18 Janvier.

Le 21 Janvier, un
nouveau symptôme se
produisit par une forte
enflure de la jambe
gauche, (c'est à dire
de la jambe à laquelle
appartient l'orteil grangréé)

Je trouvai la veine
fémorale et poplité^e
énormément enflammées
Cette attaque de phlébitis
est lieu sans trace
apparente. —

Je lui prescrivis une
branche; la jambe fut
enveloppee dans de la
soie, et le mal s'abaisse
graduellement au bout
d'une dizaine de jours

Cette attaque cependant
avait mis obstacle
à l'ulcération de l'orteil,
qui, une fois l'gaflure
disparue, recommença
à être très-douloureux.

Le 12 dernier surgit
une nouvelle suppuration
monsieur Haumont fut
faisce d'une violente

12, HERTFORD STREET,

MAYFAIR, W.

douleur dans la région
intercostale droite, juste
au-dessous de la
poitrine. La douleur
fut si aiguë qu'il ne
respirait qu'avec la
plus grande difficulté.

La température s'éleva
à 103 Fahréheit, et
la respiration nous
paroît de guide -

Dont d'abord les symptômes
des poumons furent
très-obscurs, et l'abattement

ressembla fort à un
rhéumatisme intercostal
Au bout de trois jours
cependant, une
pneumonie bien marquée
se déclara dans le
poumon droit, et il en
sabat le cours ordinaire.
Je l'attribuai en
partie à un reprovisissement
pres pres d'une
bouteille ouverte, et au
partie aux blocus de l'eau
des voies par ménier
- Cette affection affaiblit

beaucoup le malade ;
Mais il se renuit petit à
petit, si la poumon
est en partie raccourcie,
quoique la percussion
au-dessus du buste soit
encore très faible : au
contraire, l'airage est
aussi très imperfect.

Cette attaque des
poumons droit n'a sa
aucun rapport avec
la guérison de l'ostéïl
ou de la jambe gauche,
qui furent des progrès
on ne peut plus favorables,

et lui, au commencement
de mars, furent
complètement guéris;
et l'oeil, gravé que
lui, resuble abstraitement
dans. -

Cependant la santé
du malade sembla en
général très affaiblie
par ces différentes
attaques, et je trouvai
que ce qu'il y avait
de mieux à faire,
s'était de l'envoyer
à Brighton où il se
rendit environ le
1^{er} mars

12, HERTFORD STREET,

MAYFAIR, W.

Son état s'est amélioré
beaucoup. Mais, il y a
une dizaine de jours,
une forte suffrance s'aggrave
de la jambe droite
et fait bientôt l'amme
au paravent le côté
gauche.

L'suffrance s'étendit
jusqu'à la région
iliaque, et provoqua,
autant que je puis
juger, d'une
obstruction de la veine
iliaque. —

Le malade fut pris
d'une vive douleur
dans la région lombaire,
empêchant d'assurer
sa repos.

Et voila ce que tu
as donné à présent.

Rien d'alarmant
ne s'est plus produit
dans les pieds, gue.
Maintenant vont très
bien.

Je serais bien aise
de vous lire bientôt
mon cur, et de pouvoir

prendre note de toute
suggestion que vous
pourriez bien faire.

Monsieur Hamilton
prend tous jours de
l'iodeure de potassium
avec de faibles doses
de potassme. Il est
enfin à un régime
très léger.

Il est sauvé à Brighton
où il occupe un
appartement faisant
face à la mer. —
Cette longue maladie

Le fortement abattu,
et il lui tarde de
connaître votre
opinion quant aux
chances probables de
guérison. Toutes ces
différentes attaques
ayant graduellement
cédé à nos traitements
j'ai cru pouvoir l'encourager
en lui disant d'espérer
pour l'avenir.

Veuillez, si vous plait,
des professeurs, et cerner
la longueur de la maladie,
et daignez me croire
votre tout dévoué
J. Mantey. Sims.

12, HERTFORD STREET,

MAYFAIR, W.

July. 5. 1891

Cher Professeur Charcot

Je me permets de vous informer encore une fois, de l'état de santé de Monsieur Hamiltion. —

Comme dit dans ma dernière, il se rendit à Brighton le 8 Juin, et pendant son séjour là-bas, son état de santé s'est général d'améliora, considérablement; mais la partie droite dans

laquelle le mal s'était
déclaré dans les
commencements de la
maladie se remit à rufler

La cuisse tout entière
ainsi que le reste de
la jambe ruflerent
et ressemblerent à des dîques
qui une des grandes veines
liées étais bouchées
graduellement l'urine
diminua, et la jambe
reprit presque sa taille
et sa forme normale. -

L'effleur de reproduit
quand la pauvre tête.

Monsieur Hamiltion est
rentré à Londres, après
4 mois de séjour à
Brighton, et sort à même
de se promener dans sa
chambre. —

Il prend l'air tout
doucement et son état
général est vraiment
très bien. —

Il n'y a plus en retour
d'ulcération de l'œil
gauche, et cela que
vous avez vu, est

complètement guéri
et a repris ses fonctions
et prend toujours
de la iodide de Potasse.

Ce que je desire.

Particulièrement vous demandez
c'est votre avis quant aux
minéraux qu'on pourrait
laisser permettre, et croirez-vous
aussi qu'il doive continuer
à prendre sa médecine.

Je vous envoie ci-joint
un chèque pour cette consultation
et la prochaine.

Besoitez me croire

Cher Professeur,
Votre tout dévouée
F. Maury. Sans

Memoir du cas de M^r E. W. Hamilton

je naquis en 1847.

Mon père mourut à l'âge de 68 ans, par suite de la faiblesse d'une valve dans le cœur, attribuée à un effort fait à la qualité de rameur, à Oxford. Ma mère mourut à peu près au même âge, par suite de goutteux. Jamais, auparavant, je n'avais souffert d'aucune maladie; je pouvais, au contraire, être considéré d'homme bien portant. - J'avais été en Ecosse pendant à peu près une huitaine, et je me m'y livrais que faire des exercices très-moderés, quand, le 2 Septembre 1889, en gravitant
tranquillemeut d'une colline, je sentis ma jambe droite faiblit considérablement et, en arrivant à la "Grouse-box", mon lieu de destination, mon pied se trouva froid et engourdi.

Après un moment de repos, ma jambe reprit bientôt quelque sensibilité, et, quoique la trouvant bien faible, je fus à même de regagner ma demeure qui se trouvait à peu de distance de là. J'attribuai cette faiblesse à la

cheville du pied, qui, par moments,
m'avait souvent donné des
inconvénients, incommodant et souvent
justifiés cependant par l'application
d'emplâtres.

Le lendemain, je résolus
de recourir à mon remède ordinaire,
et j'estayai d'utiliser ma jambe,
quoique, par instants, je sentis
des fourmillements dans le pied.
Le jour suivant je devais faire le
craquel d'une bûche et tenir, et
je m'aperçus que mon pied
s'eutourdisait périodiquement.
Pendant les deux jours qui suivirent,
je découvris que, chaque fois que je
marchais, la circulation s'arrêtait
dans le pied droit, que, en ces
moments, là était d'une parfaite
insensibilité. Je fis appeler le
docteur de l'endroit qui m'examina;
Selon son opinion, l'artère tibiale,
par une raison inexplicable, était
bloquée. Il me recommanda de
retourner à Londres, ce que je ne
fus pas long à faire.

Par suite de l'absence
de Messieurs Sims et Cooper -
que je consulte généralement -

je prisai Monsieur Ernest Kingcole,
de Salisbury, de venir à Londres pour
me voir. Il déclara que c'était un
cas difficile à diagnostiquer; mais comme
les insensibilités du pied n'étaient
que périodiques et spasmodiques, il
attribua ce désordre à quelque
étrangement du système nerveux.
Il me prescrivit le Galvanisme;
me fit envelopper le pied dans du
coton, et me le fit plonger alterné-
tivement dans de l'eau chaude,
puis dans de l'eau froide, à chaque
nouvelle crise; et, à ces moments-là,
les crises se produisaient, même quand
je ne marchais pas. Je gardai le lit
pendant quatre ou cinq semaines à
peu près; petit à petit, les crises
devinrent moins fréquentes, si bien
que, en moins de deux mois, je fus
capable de marcher aisément pris
d'une fièvre sans m'arrêter et sans
ressentir de sensations désagréables;
même je fus à même de faire toute
une journée sans éprouver le moindre
inconveniencie.

Vers la fin de Novembre
1889, tout en ne marchant que
comme à l'ordinaire, je sentis un
retour de faiblesse qui fut, après un
jour ou deux, suivie d'une douleur dans

le mollet. Ce que j'esprouvais après une course d'une centaine de mètres, c'était une sorte de crampes, tout comme si ma jambe avait été chargée de plomb.

Suivant les conseils d'amis, je consultai alors Monsieur Wherton Hood, qui attribua mon malaise à un dérangement de la circulation et qui me prescrivit le massage. Je persisterai dans ce traitement pendant quatre ou cinq semaines, mais quoique capable de mieux marcher au bout de ce temps, l'amélioration ne fut pas considérable; les froidures du pied et les douleurs dans le mollet réapparaissaient immédiatement après une marche de quelques centaines de mètres.

En janvier 1890, sur l'avis de Monsieur A. Cooper, j'allai trouver l'ancien le docteur Buzzard. Il déclara déconseiller un dérangement du système nerveux; affirma encore que c'était un blocus d'artère et qu'avec le temps il s'établirait une espèce de circulation collatérale.

Pendant les six mois qui suivirent, il ne se produisit pas de grand changement dans la jambe;

même la circulation du pied se maintint presque bien, tant que je n'étais pas en mouvement, surtout lorsque la température devenait plus douce ; mais, quoique mes forces fussent très-limitées, le pied, après chaque nouvelle crise, se remettait certainement plus vivement qu'avec l'aide de la médecine. Cependant, par moments, j'y recourais encore. Je finis par consulter un autre docteur, Monsieur Dr. Garrison, qui conclut que ce devait être une artère bloquée ; Monsieur Hollyraud, le Lubéois, eut l'idée singulière de me supposer ~~malade~~ la bille — qui n'existe pas — pesant sur le nerf sciétique ; enfin, Monsieur le docteur Broadhurst me demanda si des eaux minérales échauffées ne seraient pas de quelque efficacité. Ce dernier aussi fut que c'était une artère bloquée ; il me recommanda de marcher autant que possible. Par suite d'autres recommandations, je pris le lit pendant trois semaines, mais ce nouveau traitement resta absolument sans résultat.

En Août 1890, je me mis à courir la mer pendant une quinzaine, et ce me fut que je me sentis froid.

partout que j'éprouvais quelque malaise ; l'engourdissement toujours se dissipait alors par la friction avec une serviette très-dure.

Le 1^{er} Septembre j'abordai sur les côtes de l'Ecosse ; à l'aide d'un "pony" je fus capable de gravir les collines et de chasser le mal de-bruyère, marchant à l'occasion de courtes distances, sans presque éprouver autre chose que des picotements dans le pied, mais qui cessaient aussitôt que je m'arrêtai pour me reposer.

À peu près une heure plus tard j'essayai de jouer un peu au "Lawn-Tennis", en m'appuyant le plus possible sur la jambe en bon état, savoir : la jambe gauche, sauf tout-à-coupl cette jambe, du haut en bas, fut frise de ce que j'appellerai une crampie. Pendant une heure ou deux j'éprouvai une certaine dose de douleur, qui, pourtant, finit par se dissiper. Je refusai d'abord de m'avouer que ma jambe gauche était en train d'imiter la jambe droite, et je me consolei par la supposition d'un effort musculaire.

Les six jours suivants j'essayai encore de monter les collines, faisant mes

trajets avec quelque difficulté, mais sans éprouver dans la jambe gauche la moindre espèce de sensations qui m'aude-
-tis dans la jambe droite. Le troisième
jour, cependant, je me vis forcé de
m'avouer que ma jambe gauche
était maintenant absolument dans
le même état que la droite ; car, après
une paisible marche d'un quart
de lieue à peu près, j'éprouvais
des picottements, de la froideur
et des engourdissements dans les deux
jambes. Pendant quelques jours encore
je tâchai de combattre le mal ; mais,
trouvant que ma jambe gauche
était devenue le principal siège de
la maladie, je renonçai à tout exercice.
Les sensations continuèrent à n'être
pas les mêmes que celles que j'avais
éprouvées au début de la maladie de
la jambe droite ; pendant la nuit
j'y éprouvais moins de froideur,
mais, par contre, plus de
picottements et de crampes douloureuses
dans la jambe.

Ne trouvant alors près
d'Edinburgh, je fis prier Monsieur
le docteur Underhill de venir me voir ;
son opinion était que je souffrais de
la maladie de "Rainaud". Je séjournai

encore quelques jours en Ecosse, ma jambe gauche se faisant de plus en plus dystrofique, et l'etant absolument incapable de m'appuyer et moins encore de marcher dessus.

Je retournai à Londres un samedi le 20 Septembre, et fis prier Monsieur Sims de venir me visiter, l'informant que j'avais, alors l'avis de Monsieur le docteur Underhill demandé à Monsieur le docteur Darlow de m'examiner. A mon retour, un ulcère se fit jour sous le petit orteil du pied gauche.

Mercredi, le 27 Septembre, Monsieur le docteur Darlow se dérangea pour une consultation à mon sujet. À l'accord avec Monsieur Sims, on conclut que je devrais souffrir d'une sorte de maladie de " Rainaud".

Le traitement auquel ces messieurs me soumirent fut tantôt le Galvanisme, tantôt le massage à l'aide de certains mélanges.

Pendant les cinq semaines qui suivirent, mon principal malaise était l'ulcère qui se faisait très-douloureux, quoique très-lentement, mon état fut

l'ouvrant quelque progrès ; j'entendais
par là que à la fin des cinq semaines,
j'éprouvais vraiment de la froideur
ou des engourdissements dans le
pied gauche ; la douleur au-dessus
du genou avait presque disparu ;
j'étais à même de m'appuyer sur
la jambe un peu mieux qu'aupara-
vant ; le sommeil m'était revenu ;
l'ulcère se cicatrisait petit-à-petit, et,
pendant mon espèce d'omnipotencie
de repos forcé, je ne ressentais absolument
rien dans la jambe droite.

Le 24 Octobre 1890, Monsieur
Linn demanda à Monsieur le docteur
Gorrer de venir me voir. Il confirma
le diagnostic de Monsieur Linn et affirma
entièrement le traitement auquel
j'étais soumis : il n'avait, en effet,
aucune suggestion à faire. Je fus
continué à suivre absolument les
mêmes prescriptions pendant les cinq
dernières semaines ; bref, il me quitta
avec le serment espérant de voir progresser
mon amélioration. Quant à l'origine
du mal, ou à la nature de ce désordre
et du résultat éventuel de tout ceci,
il avoua en être complètement dans
l'ignorance.

Durant la quinzaine
qui suivit, la guérison de l'ulcère

fit des progrès peu sensibles : moi,
en vérité, je n'éprouvais pas de
grand soulagement ; au contraire,
je sentis ma jambe se raidir de plus
en plus, surtout dans le mollet, et
je me vis plus atrophié que jamais.
Voyant cela, Monsieur Sims me suggéra
l'idée de consulter Monsieur Joseph
Lister.

Monsieur J. Lister vint
Dimanche le 9 Novembre 1890. Son
opinion fut que je souffrais d'une
articulation bloquée ou de la maladie de
"Rheumatism". Dans le premier cas
il n'y avait autre chose à faire qu'à
prendre patience ; dans le second cas,
le traitement auquel j'étais soumis
était celui qui il fallait, et je n'avais,
par conséquent, qu'à y persévérer ; il
eut aussi que l'application de cannabis
sur l'épine dorsale pourrait être
de quelque efficacité. Il pensa surtout
qu'à mon âge on devrait, en tous les cas,
avoir la chance d'un prompt rétablissement.
Il me recommanda de me rendre à
l'étranger dans le cas où le froid me
deviendrait sensible ; sinon, il n'en
voyait pas la nécessité. Pendant les
deux journées précédentes j'avais constaté

un peu plus de vie dans la
jambe gauche.

Dans le courant des trois
semaines suivantes, l'ulcère du
pied empira ; toute fois la plaie
continua à se refermer. À ce changement
eut se mêlé une douleur spasmodique
dans le grand orteil du pied gauche
qui disparut finalement avec l'ulcère ;
et, à l'exception de la douleur et de
la délicatesse de la plaie, je me vis
débarrassé de tout malaise, quoique
inconsciemment à une amélioration
réelle dans l'usage de mes membres.



Sur un cas de gengivite
du pied d'un astéroté
aberrant, j'arrive à
l'admission au musée.

Presente ~~en la~~ en la ~~clase~~ Clase 11, Mar 93

Claudicat. intermitente por
oblit. arteriales.

1º - Rousettina

2º - Endarterita elephantis.
Friandise, wenn oder
Heydenreich, Levy et Dure

3º - Endarterita hypertrophica. diatetica
Ferraro.

4º: arteritis syphilitica.

28 an

Bernier boulanger. 38 ans. — ^{Opér. le}
Mardi 9^e Septembre 1876.

Le 1889 21 boulanger de la route impéiale et
commune. — (bras droit de poing — palme distendue)
l'antécubitus sur la table et au repos. —

26 Juin. — Descente d'un fauteuil droit. Douleur et
une gêne d'activation sur tout le bras.

Le 1er juillet. Pendant son travail en enfournant
il oblige à s'asseoir sur une chaise de devant et
bras droit et jambe droite.

En Janvier 90. —

Gangrène du pied gauche.

18 et 19 octobre. Le bras et le pied.

À l'autopsie abdication de la partie, tête
antérieure et fémoral par un caillot qui a suivi
jusqu'à la bifurcation des deux.

V. Mar. 60 ans. employé de commerce.

A. H.

Surv. - 68 ans. mort à 68 ans. Sénégale d'un colic et ataque. Spasmes
dans l'ig 2, 23 ans.
une tante maternelle a eu une attaq. de nerfs

A. P. née, n° 1880. n° 2006, n° 2007, n° 2008, n° 2009.

2d. Janv. 1892. Hemisphère gauche. comotol, feu avec brûlures
n'a 14 mois. — guérie en 15 mois

26 juillet 1892

6 mois après

Opérat. Internothéma.
Faute droite.

Doul. dans le mollet & tout le bas de la jambe

dans la périphérie de
8-6. femme clair

Sympt. définitifs. en tout — | Le malaise est fort, douleurs permanentes,
légères et formelles, tache douloureuse, sphincter
en 3^e état — | un peu de sueur inconstant
dans l'airinon. à peine brûlant.
d'albumine.

retiré à l'abdomen le 16 juillet.

Le 25 juillet ^{1^{re} partie}
opérat. sur l'abdomen

accidentellement.

Un feu morte avec des jets d'urine
1890 Flav. 13°

et vom paroxysme, probable
phlébite urétrique — céphalées
— faiblesse intermitente.

Cecor normal.

Le malaise aéroptique. Endoloris
abdominal progressif et des crampes
de phlébite. comme c'est l'habitat.

... à propos de la maladie ce qui fut faire rapport, ce sont les phénomènes d'convulsions de la maladie. Informé par Stalwart, astronaute qui a été l'un des premiers à faire une expédition à l'étoile pour envoyer l'homme au centre de la galaxie.

... qui sont portés à connaître ne fait que pour faire un dialogue entre le sujet et l'astronaute.

— La description — Meilleur en regard. Soit : monde de 5, 10, 30 mètres et plus, avec 12 étoiles, ^{éloignées} Moller et Fenton 2 astres = 2^e orange monastique 3^e Meilleur astre il est peu visible, 4^e en noir — après avoir été vu, il faut faire repartir.

Ces phénomènes sont très importants — Désconfortables, on a peur de l'astronaute, il vit dans un état de révolte, il a peur de l'astronaute, il a peur de l'astronaute, il a peur de l'astronaute.

2^e Chaque astre = 8^e à 10 minutes d'éclatement suivant l'heure.

— La Classification interne des astéroïdes ou planètes de l'espace des étoiles — Le sujet est dans l'espace.

Le sujet dans toute la forme d'astre 1^e astre astronaute progressant — Friedland, Wimberley, Herdwich, Dulit et d'aujourd'hui non alement jeune sujet, non astronaute. Vigilant, le meurtre, l'assassin — Le sujet dans situation astre 2^e astre d'air, l'astre curiosité, aiguille 3^e position 3^e à son état d'astre 1^e astre 2^e astre — 2^e astre — Syphilitique — en général c'est le bâton de l'Esophag.

3^e astre syphilitique, ya hier astre spirale, 2^e étoile — astre. Diabète Hypertension et Torsade 3^e astre. Le sujet astronaute, l'astronaute moi — Vigilante — et aussi aiguille 2^e position.

4^e Infirmité astéroïde, Léonard, 4^e astre formateur — La mort de la vie — meurtre astre.

quelques meurtres peuvent être faits, plusieurs mois — ou faire à qui auras vraiment — il y a pas rien à faire dans cette période. Et bien pourquoi faire indument l'astronaute et je crois devoir apprendre que, un astronaute convaincu peut malgré le deuxième faire de l'astronaute et au bout de deux fois fatalité.

de l'astre à l'astronaute c'est le temps l'astronaute, en plus — mais on devra le prendre qui fait

éritis à l'île pour la voie. Ne jamais marcher sans bretelles
de guilla suspendue. 99% de morts en 2 ou 3 mois de la typhoïde
laisse sur les malades. Tonnes signale leurs malades.

- L'amiral X, a été vit depuis 10 ans avec crise forte le
3 m 4 minutes - Il continue aujourd'hui à ne jamais marcher plus de
100 mètres - perte de réves lors au moins 10%

- Mais, il est bon au moins deux fois d'éteindre l'œil et d'agiter
approprié sur la typhoïde - Chaque malade ayant - Chez les
jeunes qui peuvent se faire aider, l'abstention - D'autre part, obtient
comme dans l'art. Adversat. L'adversat, admet et cesse.
et dans le cas de typhoïde y ajoute le Méruen en fractions.

Je crois que nous pouvons empêcher 99% de la mort par une
qui consiste à h. d'auquel, de meurtre - Telle quelle révise bien
remarque (pour les très malades) bien que ~~sous~~ sang fait
par l'an de faire un artier et profondément bien, peut que
non démontre par le sang -

Ne pas ouvrir que quand il faut. Interventions non justifiées
peut faire gravement possible ou immédiatement de la mort, ou de
la perdre - mais non d'autres organes, Cerveau, cœur, arête
Cervicale, &c. - Il existe tout ce qui s'interfère aux artères et
veines, ou affecter la y allez aux artères viscérales.

Claudiatum submillecula

de caup astericelle, chez
l'homme,

animal Lespes,

49. rue Troncy. 7 juin.

Monsieur le docteur,

Je vous m'envie
d'agréer mes hommages
et vous exprimer toute ma
reverraifance pour les rares
avis que vous m'avez
donnés. Comme je regrette
de n'avoir pas fait plus tôt
appel à votre Science j'aurais

avité le moins des traitements invasifs.

Je ne puis dire que j'aille mieux, ~~depuis~~ puisque j'écris scrupuleusement de l'autre côté la douleur mais déjà ma jambe est moins sensible à la pression et les petits tressaillements du pied s'atténuent sensiblement, ce qui me donne l'espoir d'arriver, sans risque à une guérison.

complète, au moins à une
amélioration réelle.

Veuillez agréer, Monsieur
Le docteur, l'assurance de
mes sentiments très vifs,
chairs et les plus
distingus.

J. Lepied

avance leper 59 ans. va avec
Debave, Monod, a mod guyot, le
31 mai, Rue de l'Orme - 49.

Depuis 10 ans claustration intermittante
Varicelle - avec fièvre de 3 ou 4 minutes.
Comme symptom de la grippe du malade.

C'est la membre infér. gauche et droite
qui est malade sans asthme, mais il
y a eu à un moment donne
gastro-entérite du M. infér. droit qui
peut faire l'exp. - Les deux bras
peuvent être levés dans le
Mollet et sur la tête du berceau
elles augmentent par la pression - au contraire
dans l'intervalle de deux ou trois mois
liberté complète - augmentation
des gouttes sous forme de cristaux
dans le lit d'orties restées rouge
enfoncés dans le pied - quand
le malade se lève on voit le pied, la
jambe rouge au genou y compris
d'une rouge aussi bien en arrière

pour arriver et d'un faim gewale
Mais faute de vermmades quelqu'agonor
, la jaunche et le fuis du est g anche
en onto qu'il de jme estre fme
Maladious plus forte. - on
aper l'mons avec fme batte
l'osten penuer a droit d'ff^o
et g anche - queut a la gquette
on n'appr vu la trouer.

Mr leper vous fait, us ouens.
Il a une forte refroidie de la farole,
Il a un arcey leuili extrémement
froissé. - auquel malade autrement
connue.

Mon cher maître

L'amiel remplit
actuellement les fonctions
de préfet maritime.

Il se porte très bien
à condition de ne
pas marcher ou de
peu marcher.

Quand il est obligé
de passer une heure,
(ce qui a eu lieu encore le
14 juillet dernier)

sous un pretende que le coup
il s'arrête sous les
cent mètres, il grise
à cette sorte de petit
repos, il prend toute
pour tous les assistants

Recevez mon cher
maire, l'assurance de
mes sentiments d'obéissance

M. Debord

Claudication intermittente

(albunurine liquide)
(glaconie)
intermittente

Jaunisse du pied droit

Dermine articulaire -

Expectoration:

Pillaut - 60 ans - employé de commerce

A. H

- { A peu connu les grands-parents
- { Lise morte à 68 ans de congestion cérébrale ? Mortent paralysie d'un côté - attaque d'effort fourni dans le membre de ce côté depuis l'âge de 23 ans.
- Tante âgée de 48 ans, bien portante
- { Marie est morte à 63 ans, ignore de quelle maladie - on lui a fait une opération Bayle-Martin - 6 ans de remaniement sur le grand-parent
- Oncle âgé de 74 ans pas de remaniement
- Tante a eu des attaques de corps fatigant au jeune âge

A. P

- Accuse maladie antérieure grave.
- Pas de rhumatisme - pas de goutte - pas de maladie de foie
- Ni syphilis - Ni alcoolisme.

hémiparésie gauche
le 21 Janvier 1892.

Le 1^{er} accident qui a inauguré la série de phénomènes mortels est une attaque d'hémiparésie de côté gauche le 21 janvier 1892, en se levant, l'abdomen qu'il rentrait plus forte de jambe gauche lors du lit - Il sortit des toilettes pour faire pipi à 10 heures. Le bras se était alors encore touché - à 10 heures débute la jambe gauche avait commencé très brusquement la maladie à l'aise. Mais il reste avec toute la partie - Recouvrance à 9 heures du soir - à 11 heures du soir après un court sommeil il s'éveille complètement paralysie de tout le côté gauche = le membre inférieur et surtout le bras et la face étaient tout à fait immobiles. La bouche était devinçue, il perdait presque de toutes les connaissances - après 28 jours la paralysie est devenue complète, à la jambe d'abord puis au bras au bout de 15 jours il n'en restait plus trace et la maladie peut reprendre ses occupations -

jeudi au 26 juin de la même année sans
faire trouble.

26 juillet

Le 26 juin, en revenant de Travailles, entre
Wang et Meidi; il rencontrait une douleur dans
la région du tendon d'Achille de la jambe
droite. D'abord cette douleur fut légère - il
peut arriver cby lui sans boîte - après le déjeuner
il est sorti pour aller mettre un état à
la porte - Il alla du quai Jemmapes à la
place de la République - En revenant, tout
de suite il montait l'escalier de sa maison, la
douleur refit très vive, essuyant la même
direction. Il eut beaucoup de peine à arriver
jusqu'à l'abriage où il habite; il retournait
à la course pour pouvoir monter - après
qu'il n'arriva pas de lever la douleur dans
toute la nuit dans ce parti-là - Lorsque
matin il partit pour aller à son travail.
Dès les premiers pas qu'il fit dans la rue
douleur d'abord mollet très vive, qui se
faisait à boîte. Il arriva souffrant et lassant
à son magasin - après quelques moments de
repos la douleur disparaît complètement -
Mais dès qu'il se remettait à marcher,
elle réapparaissait ~~assez~~ ^{très} dans une étrangement
il était contraint de s'arrêter. Ce jour-là
pour aller déjeuner cby lui, il a été obligé
de prendre l'autobus.

après 99 pas,

18 juillet

Le 3^e jour la douleur était plus forte
et dure cby lui. Elle avait toujours le même caractère
c'était un mollet. Nulle au repos elle se produisait seulement
l'occasion de le marcher; le mollet n'étant
pas douloureux à la première. Il se garait no
rangeur, où j'expliquerai -

Le médecin appelle "perçage de la goutte"
c'est une tumeur sur la partie douloureuse

les forces meurtrières et fut retourné à son
magasin mais sans succès le dimanche. Ainsi
meurtri il travaillait aussi.

Le 8 juillet il eut définitivement l'allez
et le travail - et grande compensation la
chambre furent au 15 août date de son
entrée à l'ambulance Standard atteint le maladie
que le corps (peut-être 45 ans) = 2 gr. d'albumin, 2 gr. de sucre facile.
Mais le greffage fut très mal. Il avait
au greffage claudication intense toute l'après-midi
et l'après-midi suivant, ~~et~~ ~~peut-être~~ la maladie :
D'abord le malade remarqua que son pied
toujours froid - pris ; 2-3 jours plus
qu'il fut greffé le malade pied
fut greffé à la cheville, la partie de ce membre
les douleurs s'installent à l'heure d'aujourd'hui
fict ; alors ~~l'abcès~~ très vif, lancinantes, l'empêchant
de dormir - bientôt intolérable.

Le 12 ou 13 août, 2 ou 3 jours avant son entrée à l'ambulance
il s'aperçut qu'il n'avait une très forte souffrance, surtout
sur le 3^e osselet - officiel du 3^e osselet - entre à
l'ambulance, service de M. Steyer, le 16 août

Le quelques jours le officiel fut évident à tout
les osselets, les douleurs furent toujours incroyables
terribles -

- Alors putation de la jambe au 1/3 supérieure
le 25 août 1892 - Cicatrisation, levée, officiel
réapparition du malade (maladie de l'os de cheville)
finie ~~à 35°~~ 40° - ~~la putation~~ ~~supplémentaire~~ ~~durant~~ ~~long~~
995 jours après l'amputation en fit faire l'extirpation de
l'abcès = 2 gr. de sucre ; 2 gr. d'albumin - régime
lacté -

La suppuration fut complète, mais
parce que vers le 15 septembre le malade
~~peut-être~~ 2 fois plus que l'abcès avait par conséquent
l'état de ~~greffe~~ ~~de greffe~~ tombé dans un état
tellement grave qu'il ne s'agissait ~~plus~~ ~~encore~~ ~~toujours~~

De cette période - Siècle du siècle ^{18^e} (Septembre
évidemment ~~plus tard une période plus froide~~)

Secteur en convalescence sous le père D'Estebanez
Nouvel examen des actes : les suites qui abrévient
- Sortie de l'hôpital le 10 novembre - le
repose est lui prescrit au 1^{er} novembre -
à cette époque il a déjà un malaise dans le genou
à l'enter avec une grande douleur dans la matinée de
jour -

Il n'a commencé à sortir et à marcher
avec son père qu'en février 1893 -
Vers ce premier mois sorti le cheville du pied gauche
enflait légèrement, adouci par Steffanis
Sous l'influence du repos - Cet adoucissement aidait
le malade à rebrousser à l'antioré et
fasse 10 jours l'an obrevation dans le service
de M. Delgès du 11 au 21 février dernier
le 22 Mr. Berger envoie le malade
à la Salpêtrière où il est admis le même jour

Etat actuel
- Le seul trouble dont le malade se plaint
c'est ~~cette~~ cet adoucissement qui se produit dans pied
dans la jambe gauche ~~qui~~ qui s'accompagne de
lorsqu'il sort de l'antioré un certain temps -
Mais pas de douleurs - rien qui suffoque
ou trouble l'historie de l'autre jambe -
Quand le malade a marché pendant un certain
temps l'autre jambe devient adoucie jusqu'à ce
qu'il revienne - elle lui fait mal, mais pas douloureux
d'une autre façon -

- Les artères du membre inférieur battent
tous deux de la partie (fémur, tibia et poche
poplité, fessier) - La veine, les huméral, l'
élastique sont toutes s'effacent vers le
membre du droit - Elles n'ont pas l'irritation

de arteria atherosclerotica.

Le cœur a son volume normal ou un peu moins
par hypertrophie de façon appréciable —
la croix du cœur sont normaux, à l'exception d'un petit
comme au foyer aortique —
Pas de traces de galop.

Pas de signes subpathologiques, ni objets d'un véritable
dysfonctionnement de l'aorte —

Le poumon sont à l'état normal —

Foie et fonctions digestives normales
Mais il a l'arcus levato.

Ménier — Léger, très léger nœud d'albumine —
Succès — la réaction est à propos de cette —
à faire quelques renouvellements — — —
par de l'acronie certaine actuellement —

— J'ai écrit à M. Dreyer pour lui demander
le nom de l'espèce dont il nous a envoyé la
famille, au cours d'avril dernier, l'après
qu'il avait été admis la pice australienne
de Malabar que nous avions reçue au M. Hirsch —
je pensais que celle-ci était la famille de l'
acronie d'Orlans — L'âge est aussi, je
peux pas déterminer l'âge mais je préfère pas
vous en donner mais c'est le résultat —

Le cœur fonctionne ainsi : l'artère (clinique de
l'acronie) suffisamment étanchée —

Invitations de la
Claudication
Infernale

Classification. Virginie veineuse

Vitis de Delaunay.

Class.-int. d'origine sarcelle

Vitis 1890.

fr. 4th.

Classification. d'origine veineuse.

joum. 16 au.
Norme, variété de l'apéry

en portant un point, coup d'épingle au milieu
depart le temps, partage de la jaune qui suit
et enroule - et alors retenu après repos. 2.
- C'est l'écaille veineuse qui empêche l'échappée
des sels de la racine dans le jus.

M. Vacher
M. Hardy écrit quelque chose de semblable
dans les phénacites.

Rés expérimentales - Lem de Nullet. ordicel
faute - 28^e 1891
Certaines, faites à l'assassinat des meurtres
impériaux.

Un lieutenant de chasseur pas. 30
avoir une contusion le pied il y a 1 an
depuis lors quand il marche bien,
mais il prend l'allure pesante
du cheval à pied, il éprouve une brûlure
de 20 minutes une fatigue des
membres inférieurs douloureuse et une
lévité vague de poids dans voie
douloureuse repos - disportion —
répétée repos et aussi de peine.

aucun changement de température
l'un de modif. des battements, l'autre de
coloration. initiale — pas de crampes.

— Effet réag. des reflets

C'est un Neurosthenique.

Tai expérimental, rapide, mais
l'allure de trotte voulue, fait
la diagnostique.

Classification intermittente.

1^o Astérielle classique. - { goutte, éclaté, albuminurie, vésiculeuse,
syphilitique.
Inflammation.
Tuméfaction.

2^o Veineuse. (Vaguez.) Symptômes ressemblant à la claudication intermittente, mais que l'on rencontre chez le curieux, pléthysmographe peu le phénomène aussi clair, le malade fait remarquer que souvent dans la pléthysmie on rencontrera des crises astériennes, pléthysmographiques et astérioscléiques.

3^o Veineuse. -

Observation de Brissaud. (Classée à part.)

Observation de Brissaud. (Malade de M. Tissier, chez
quel le syndrome a été. - Veineuse classique
s'accompagnant d'affaiblissement des jambes qui
se déroulent au bout de 6 à 8 heures de marche
dure, et la station debout fort pénible et
qui nécessite le repos immédiat. (Remarque qu'
il marche et allumeur, qui cependant non dépen-
se longtemps et sans effort, jusqu'à ce qu'il fasse un petit
coup à la claudication pléthysmographique.)

4^o Polythique. - 2 observations d'Hallier et P. Clercat. (Brissaud)

Problèmes de la
claudication intermittente
polythique; analogie
avec l'agoraphobie.

I^o: Pas d'antécédents héréditaires, n'engabbez pas les héréditaires
ni personnels - Vie régulière.
Doux et lent au marche, grand bâillement puis
marche normale; après un parcours plus ou moins long
arrête brusque qui peut durer jusqu'à une
heure puis de nouveau départ. Ces arrêts sont
sans aucun pressage, quand on l'appelle, quand on
l'appelle, quand il faut faire une partie, quand il
faut changer de direction. - La première fois que ce
fut arrivé, le sort fut perdu, il n'y avait aucune raison.

Symptômes ressemblant à
la claudication intermittente?
ne parvenant pas relativement à une
cause articulaire. (Hérité?
émission urinaire?)

Glossation complète. Glossologue. Tracteur de bras
jambes et de la jambe gauche. Etat localisé lezatte
douleurs peu portant. - Phénomène de claudication
intervenant de temps à autre et d'intensité variable.
A noter algodystrophie de la jambe gauche et plages de
dysesthesie. - Pas de signes artériels.

et Auteurs

Eudartite Vulgaris,
Sectiquement,

C'est la Quintalite ou ...,

- ago - on est l'age de
les artides.

- Rhumat. goutte - alleiale -

des.

cette qui forment les

ristostomes "

Arterite chronique Vulgaire

Le tort rive / à l'âge de 40 ans
commence.

Bidonat dit que chez les sujets
âgés de plus de 60 ans on rencontre
cette maladie 7 fois sur 10,

L'artiste oblateurale,

— Heydecker

Lemuria mortals

9. Juillet. 1892

1 de la gangue par l'astoreum adoucissant."

— Duit et Lamy

Arch. de Medicine
Experimentale.

1893. 1^{er} juillet

Etude des artistes oblateurale
programme

Hypodermie

la gare de vétérinaires ou les dégâts
abdominaux des artères.

Mais l'anat. Sallo a décrit l'artère
exténuée ?

Friedlandet. 1876. abattu.

Moyenne u petite artère - forme d'un tube
cylindrique riche en artères - cette la paroi
élastique interne et l'endothélium.

Cela rappelle ce que les anciens appelaient
l'organum d'un "cælisse oblongus".

Il y a un certain temps Lenin tombé
dans les Vénus.

- Il me fais demander à son procès
"Interven ambiant"

- Würzbourg. 1879 montre que
les vaisseaux grands peuvent être affectés de
quelque maladie plus ou moins primitive
il y avait aussi endophthalmitis -

- qq^e M. Supérieur

Les artères rétrécies par les végétations
provoquées par des sarcines ~~exkerres~~
, traversent la tumeur moyenne, et
perforent la tumeur interne superficielle.

Plusieurs actions effectuées à la fois :
Système, coronaires, art. fémorale
distale.

Leurs rapports avec l'art. distale
par le système - Le thrombotic sy.
devrait se produire l'obstruction
complète.

- C'est une des formes d'artériosclérose

- Th. ou fibrose qui ille n'en pas très
rare - qq' combien à l'atherome.

- âge de 31 à 65 ans
C'est l'homme de 30 à 60 ans (adulte)

Étiologie obscure - m. syphilit., m.
trigonalisation, m. atherosclerose
et des drépanogènes

Symptômes - plus accusés, douleurs dans
les muscles - Cyanose des extrémités
- un affection grave

qq' facteurs, art. fémorale partiellement, dans
une échelle de 2 centimètres - qu'on peut
augmenter de la cinq -

- qq' atherosclerose à un grand nombre d'artères,
Heidenreich et Widermann, tout l'apex de poitrine.

2.

C'est une affection de rachitisme, qui frappe
le système circulatoire et le système nerveux. —

Marche progressive : 88° rapide

etc. La chaleur et l'appelation à
la Dame d'Agayagroni, perçue la
mort des 67 Semaines, 18 mois
plusieurs années. Seeu!

Mission fol dans l'acupuncture ou
l'angine n'entrant pas, le chirurgien a
été obligé d'amputer plus haut
la jambe tenant. Néanmoins il a
réussi au malade des malades
grave. Malgré que ~~pas~~ l'acupuncture
la sang n'est pas corrompu.

Endoarteritis
hypoplastica
Dialyse

Endoarterite diabetica · Vizjoli
La claudicatio
nasi 1891 f. 8.

Oggi per gli studi dell'anatomia patologica, e specialmente per i lavori bellissimi de Ferraro, ispirati dal nostro P. (Cantani) siamo in grado di affermare che nei diabetici esiste una forma di endoarterite iperplastica, con tendenza a restringere od anche occludere il lume delle arterie chiamata pure endoarterite diabetica

Gangrènes diabétiques — pas rares dans les
temps. 1864 Dr Montet pris à
Gangrène diabétique 1^{er} dimanche probable
par astérisme

2^e dans le phlegmasie et autres de
mauvaise nature —

— C'est la doctrine qui fait accepter — Cas de Sotau
Léonard Verrier, Cas de Verneuil — (meilleur)
résumé — et puis le cas de Claudication
intermittente chez le diabétique ; Charcot
2^e et plus visible tout au contraire, dans
un travail intitulé :

La Claudication intermittente
comme Méga diagnostic, nei casi di
Diabète Insipidus. Napoli. 1891

précédemment de Léonard dont rien ne nous d'autre
de portant : —

Il parle d'un travail de Ferraro —
faire dans la direction de Cantani et Levi —
la Endarterite epiglottica diabète

Eudarsteria
Syphilitica,

Kraemer.

Die Luesische Erkrankung
der Hirnarterien.

Leipzig. 1874.

La deg. atherosclerose de la Calafroïde
y sont rares.

Arterie Systolique à l'
Marchand. Real ou pseudos
f. 70, t. I.

- on a attribué depuis longtemps les artéries sclérosées
principales à la syphilis - Harebow
Lancereau & Chlorac abbott. ont déjà parlé
d'artéries systoliques -

mais c'est à Humbert d'avoir décrit le
processus - d'avoir montré que certaines artéries
cérébrales - que processus gummous, (syphilitiques)
Braungarten - que l'on peut retrouver de
l'adventice

c'est un processus d'effacement de l'adventice
observé dans certaines ; mais dans les formes
chroniques on ne peut le distinguer - les
Knöpfchen artig. Venditti. der intima

- Eine bemerkenswerte Erscheinung
in die Bildung eigenartlicher Knöpfchen
der adventitia - manchmalen daß es
eigentl. Zäpfchen - Knöpfchen + a ein Zirkumflex.

Harebow place le globe du processus dans
la membrane interne, Tandis que Braungarten
peut que c'est une periarterite gummous

La lésion systématique des artères pulmonaires plus que l'artériosclérose vulgaris — on la voit chez des sujets jeunes et d'âge moyen.

— Il n'y a pas de dégénération graisseuse ou calcane dans l'artère systémique rendant la guérison possible.

— Il y a une disposition particulaire de la sympathique pour les artères cerveau; forme le Vein Heubner, mais aussi que l'a vu Heubner, on la voit aussi dans les artères de l'intestin —

Björck Heidefeldt a vu une lésion systématique coronaire et aussi Ehrlich.

— dans l'artère pulmonaire Wagener —

Lancéen aux dit les essai dom
dans son traité de la syphilis
J. 403. que les lésions arterielles
de la syphilis sont remarquables
par un siège spiculé, le plus
habituellement les artères
carotides et leurs branches.

Article gangrène du dict. Encyclopédique
par Spielmann.
f. 665.

on a rapport à cette lésion quelques faits de
gangrène en extrémités humaines sous le couvert
de la Syphilis - Tel en celui de Podras
(Podres)

Prout admet également l'existence de
l'artère syphilitique dans les vaisseaux
périphériques.

Symptom:

- 1^o Claudiacum intermittens per obliteratio arterielle. — Charcot,
- 2^o Paralytic intermittent intermissione ioflavique
in par obliteratio arterielle
— Charcot.
- 3^o Paralytic intermissione, per ischiae
intermissione in frigescuere et
tremere. — Charcot
- 4^o Impotens motus per ischiae intermissione
determinata per obliteratio arterielle.

Viginti: 1

Bibliographie

- Charevitch. Soc. d. Biologie - 1858. } t. IV
— Leesing. Cestrianales — 1886 } oeuvres
— Sudarstenia, rugosa. } fondatrices.
- Lucy de Madoz' 1888 t. I
— Diphilidae.
- Vizioli — 1891. 2. car. Diphilidae

Sous la clav. Tutam^{ne}

9 juill. 92

LA SEMAINE MÉDICAL

273

PATHOLOGIE EXTERNE

De la gangrène par endarterite oblitérante.

I

La gangrène qui survient spontanément en apparence et qui frappe surtout les membres inférieurs, de préférence chez les vieillards, reconnaît pour cause habituelle la dégénérescence atherosclérose des artères. Cependant elle est parfois sous la dépendance d'une autre affection arterielle, que les progrès de l'anatomie pathologique ont mise en lumière, et que l'on peut appeler *endarterite oblitérante*.

Décrise pour la première fois par Friedländer (*Centr.-Bl. f. die med. Wissenschaft*, 1876, p. 65) sous la dénomination d'*arterite oblitérante*, elle consiste, d'après lui, dans la formation d'un tissu conjonctif riche en cellules, ayant son point de départ dans la paroi des moyennes et des petites artères, et aboutissant au rétrécissement et finalement à l'oblitération de ces vaisseaux. Ce processus débute, selon Friedländer, entre la lame élastique interne et l'endothélium. Il rappelle, de tout point, les phénomènes qui aboutissent à l'oblitération définitive d'une artère à la suite de la coagulation du sang dans son intérieur, c'est-à-dire ce que les anciens considéraient comme l'organisation du caillot. Enfin il peut s'accompagner d'une lesion semblable dans les veines. Pour Friedländer, l'*arterite oblitérante* est, en général, le résultat de l'extension aux artères d'un processus de sclérose des tissus ambients; il est exceptionnel qu'elle survienne primitivement.

Trois ans plus tard, von Winnicott (*Arch. f. klin. Chir.*, L. XXIII, p. 202, 1879) décrivait un cas de gangrène du pied, observé par Billroth et ayant nécessité l'amputation de la jambe. La gangrène était due à une endarterite avec endophlébite; les lesions vasculaires étaient semblables à celles qu'avait décrites Friedländer, mais elles frappaient des vaisseaux plus importants et semblaient être primitives. Von Winnicott dit avoir trouvé dans la littérature chirurgicale des cas pareils au sien, mais dans lesquels l'examen histologique n'a pas été pratiqué. Il cite, en particulier, un fait relaté par Lari-

les seuls documents que j'ai trouvés sur la question.

II

Comme type de l'affection qui fait l'objet de cet article, je donnerai un résumé de l'observation que j'ai pu suivre pendant plusieurs années jusqu'à la mort du malade.

Il s'agit d'un cordonnier, âgé de trente et un ans au moment où débuta son mal et ne présentant aucune tare diathétique ou acquise. Il accusait, depuis le mois de novembre 1882, des douleurs localisées aux deux mains et au mollet droit; ces douleurs réapparaissaient tous les quinze ou vingt jours, pour disparaître au bout de quelques jours. En février 1883, il se fit, sous l'ongle de l'index droit, une piqûre insignifiante; à ce niveau se forma une crevasse, accompagnée de douleurs vives, cuisantes, se propagant jusqu'à la racine du doigt. A ce moment, on trouva la pulpe du doigt dure, douloureuse à la pression, mais sans gonflement, sans rougeur et sans diminution de la sensibilité de la région malade. Le mal ne tarda pas à progresser: une escharre apparut sous l'ongle, celui-ci tomba, et la première phalange se montra à nu par sa face dorsale; la gangrène continua à s'étendre et envahit la seconde phalange. Au bout de huit mois et après des douleurs violentes irradiées jusqu'à la face dorsale de la main, le malade se fit amputér le doigt au niveau de l'articulation de la première et de la seconde phalange.

Les suites de l'opération furent simples et la guérison rapide. Mais bientôt le moignon se gonfla, devint douloureux, et la cicatrice se rouvrit, laissant persister une fistule. En même temps, apparaissait sur le petit orteil du pied droit un durillon, qui s'ulcéra rapidement, tandis que l'orteil se gonflait et que des douleurs atroces s'y déclaraient. Peu de temps après, en janvier 1884, brusquement les cinq orteils du pied droit devinrent bleus et insensibles jusqu'à la racine. Puis les trois derniers doigts de la main droite étaient envahis de la même façon.

A la main, la gangrène affecta la forme sèche, et se limita aux deux dernières phalanges de chaque doigt atteint; le travail d'élimination des parties mortifiées dura deux ans, et la cicatrisa-

foie cardiaque, d'une congestion des reins, enfin d'un fin piqûre hémorragique et d'une exacerération peu profonde de la muqueuse stomacale.

Mais les lésions les plus intéressantes concernent le système vasculaire. Sur le membre amputé en 1886, mon collègue, M. Baraban, avait constaté que la tunique interne des artères avait perdu en partie son endothélium, et que la couche conjonctive de cette tunique avait proliférée et végété, à tel point qu'elle rétrécissait considérablement la lumière du vaisseau et que d'autre part, elle exerçait une poussée du côté de la lame élastique, qui avait disparu en certains points. En même temps, des vaisseaux partant de la tunique externe et traversant la tunique moyenne, avaient pénétré dans la tunique interne. Enfin, les artères, rétrécies par les végétations, étaient oblitérées par des thrombus au milieu desquels s'étaient développés des vaisseaux de nouvelle formation, qui s'étaient mis en communication avec ceux de la paroi.

Les veines semblaient présenter des lésions semblables, c'est-à-dire une endophlébite végétante. Toutefois, M. Baraban a cru devoir attendre plus tard cette dernière opinion. D'après lui, si certaines veines du membre amputé portaient nettement un épaisissement notable de leur couche sous-endothéliale, les apparences de végétations devaient être rapportées, en général, au phénomène déterminé dans la couche conjointive sous-endothéliale par la couche circulaire de fibres musculaires lisses sous l'influence de la diminution de la quantité de sang arrivant dans les veines.

A la mort du malade, M. Baraban a pu confirmer ses premières recherches. Les lésions arterielles s'étendaient, plus ou moins marquées, à un grand nombre d'artères, à la sylviane aux artères coronaires, à la fémorale, la radiale etc., etc. Dans les artères d'un certain calibre, le tissu de nouvelle formation se bornait à recouvrir le vaisseau; celui-ci, cependant, était souillé oblitéré, mais par le fait d'une thrombose due à l'inflammation de la tunique interne. Les mêmes phénomènes se remarquaient dans les artérioles, mais dans beaucoup d'entre elles la lumière était presque oblitérée par le seul fait des végétations de la paroi, la thrombose ne jouant alors qu'un rôle accessoire.

Il cite, en particulier, un fait relaté par Larivière (*Journal de Bordeaux*, sept. 1869).

Je ne fais que citer en passant les recherches d'Hippolyte Martin (*Rev. de médec.*, 1881, p. 34), qui n'ont pas directement trait à mon sujet. Martin a montré que le premier stade de l'athérome artériel est constitué par l'endarterite obliterante des vasa-vasorum, c'est-à-dire des vaisseaux nourriciers de l'artère, endarterite qui a pour conséquence une diminution d'apport sanguin et nutritif pour cette artère.

Depuis l'observation de von Winiwarter, il n'a été publié que fort peu de cas analogues au sien. Burrow, au Congrès de thérapeutique de Königsberg (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1883, n° 33, p. 307), a présenté un malade à qui il avait pratiqué l'amputation de la cuisse pour une gangrène due à l'endarterite obliterante.

Will, au même Congrès, en 1886 (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1886, n° 17, p. 208), a cité le cas d'un homme qui est mort de septicémie à la suite d'une gangrène des deux membres supérieurs due à une endarterite obliterante de l'avant-bras et du bras.

J'ai observé, de mon côté, un fait extrêmement intéressant de gangrène étendue aux deux membres supérieurs et à l'un des membres inférieurs, et due à une endarterite obliterante. Ce cas, qui s'est terminé par la mort du malade, a été le point de départ de deux mémoires (1).

Routier a communiqué à la Société de chirurgie (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, p. 526, et *Semaine Médicale*, 1887, p. 40*) sous le titre de « Nouveau cas de rétrécissement généralisé du système artériel causé par l'endarterite », une observation qui se rapporte évidemment à l'affection qui nous occupe.

Citons encore un cas de Riedel (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 1888, p. 554), une communication faite au vingtième Congrès allemand de chirurgie (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 156) par Zeege-Manteuffel, qui dit avoir vu six cas de gangrène due à l'arterite décrite par von Winiwarter, enfin un mémoire de Widenmann (*Beiträge zur klin. Chir.*, t. IX, 1892, p. 218), où se trouvent encore consignés deux faits de même nature. Tels sont

parties moribondes dura deux ans, et la cicatrisation put être obtenue. Au pied, la marche fut toute différente. La gangrène avait débuté aux orteils sous la forme sèche; elle attaqua lentement l'avant-pied sous la forme humide. Puis, à une certaine distance de la zone mortifiée, en regard du cuboïde et au niveau de la malleole externe, apparurent deux escharas jaunâtres, qui se détachèrent, laissant après elles des ulcerations à fond grisâtre.

Telle était la situation à la fin de l'année 1886. Les douleurs étaient si vives que, malgré l'abus de la morphine, le malade avait à peine quelques instants de repos. Ces douleurs, qui avaient le caractère de la causalgie, restaient, d'ailleurs, localisées au niveau des foyers de gangrène; rarement quelques irradiations se faisaient sentir dans le mollet et dans la cuisse.

Je me décidai alors à intervenir, en m'efforçant de réduire le plus possible le traumatisme. Le 1^{er} décembre 1886, je pratiquai l'amputation sus-malléolaire, sans tenir la réunion par première intention. L'évolution de la plaie opératoire fut absolument normale; mais, pendant les huit premiers jours, l'opérateur se plaignit de crises répétées et extrêmement douloureuses au niveau de la plaie, avec irradiations dans le mollet.

Cependant, l'affection continua sa marche progressive. De petites escharas, suivies d'ulcérations, se montrèrent sur ce qui restait de l'index droit. La main gauche, indemne jusqu'à ce moment, fut prise à son tour. Successivement l'index, le médius, le pouce et l'annulaire furent atteints. Le mal débutait sous l'ongle ou aux environs de l'ongle; puis les ulcérations, qui succédaient aux escharas, envahissaient lentement les tissus, accompagnées toujours de douleurs à forme causalgique; d'autres escharas apparaissaient à quelque distance des premières.

Au commencement de l'année 1888, des vomissements survinrent, rendant l'alimentation très difficile. Les urines restèrent toujours normales. Puis le malade se plaignit d'essoufflement, d'accès de suffocation. Une nuit de mai 1888, il fut pris brusquement d'un de ces accès; on le trouva couvert d'une sueur froide, en proie à une anxiété extrême et à un tremblement nerveux considérable, et il ne tarda pas à succomber.

L'autopsie permit de constater l'existence d'une congestion pulmonaire intense, d'une légère dilatation du cœur avec hypertrophie, d'un

(1) ETIENNE. Un cas de gangrène spontanée des extrémités par endarterite et endophlébite végétantes. (*Revue médicale de l'Est*, 1887, p. 289). — BALABAN et ETIENNE. Endarterite et gangrène symétrique des extrémités. (*Revue médicale de l'Est*, 1889, p. 513).

III

Je n'insisterai pas sur l'anatomie pathologique de l'endarterite obliterante. Dans plusieurs observations, cette lésion a été accompagnée soit de plaques d'atherome, soit d'endophlébite obliterante; nous avons vu cependant que, sur ce dernier point, il y a peut-être quelques réserves à faire. Quoi qu'il en soit, l'endarterite obliterante peut être considérée comme une des formes de l'arterio-sclerose. Est-elle aussi rare que semble l'indiquer le petit nombre des faits publiés? Je ne le pense pas. Quand l'attention sera éveillée sur les gangrènes par endarterite obliterante, il n'est pas douteux que les cas ne se multiplient.

Cette gangrène, de même que la gangrène atherosclerotique, frappe surtout les hommes. Les 8 cas, que j'ai réunis (je n'ai pu trouver de mention détaillée sur les faits de Zeege-Manteuffel), concernent sept hommes et une femme. L'âge des sujets a varié de trente et un à soixante-cinq ans.

Quant à l'étiologie de l'affection, elle reste absolument obscure. En général, les malades étaient indemnes de syphilis, d'impaludisme, d'alcoolisme, etc., et n'offraient les traces d'aucun état diabétique. Von Winiwarter suppose que la maladie se développe chez les sujets exposés d'une façon répétée à se refroidir et à être mouillés. La profession de quelques-uns des malades (officier, berger, journalier, cantonnier) semble donner raison à cette opinion; mais, dans d'autres cas, cette explication est inadmissible. Braun, à propos de la communication de Zeege-Manteuffel, a fait remarquer qu'il a observé plusieurs cas de gangrène par angio-sclérose depuis qu'il pratique dans l'Allemagne du Nord; il n'avait jamais observé l'affection dans l'Allemagne du Sud. Aussi pense-t-il que le froid joue dans l'étiologie un rôle notable. Parfois un traumatisme insignifiant détermine la localisation de la gangrène.

Il peut arriver que l'explosion de la gangrène soit précédée, pendant un temps plus ou moins long, pendant des années même, par des douleurs dans les membres (von Winiwarter, Larivière, Heydenreich), ou par de la cyanose des extrémités (Widenmann), ou encore par un affaiblissement général (Will).

Une fois que la maladie est constituée, les douleurs sont un symptôme absolument cons-

tant. Ces douleurs, d'ordinaire localisées aux parties atteintes, offrant parfois des irradiations, sont extrêmement vives. Souvent elles ne laissent pas au patient un instant de repos, elles le privent de sommeil et l'amènent à user et à abuser de la morphine.

La gangrène elle-même, dont le mode de début est variable (gonflement diffus, cyanose, durillon, phlyciène, petite escharre), est seche ou humide. Chez notre malade, elle affectait l'un ou l'autre type suivant les parties atteintes. La sensibilité reste d'ordinaire intacte au voisinage des tissus mortifiés. Par contre, les pulsations des artères du membre atteint de gangrène cessent fréquemment d'être perceptibles, ou tout au moins sont peu marquées ; des différences peuvent exister, d'ailleurs, entre les diverses artères d'un même membre.

Le plus souvent, ce sont les membres inférieurs qui sont frappés. Toutefois, dans plusieurs observations (Will, Heydenreich, Widemann), les membres supérieurs ont été atteints, soit isolément, soit en même temps que les membres inférieurs. Le sphacèle commence par les doigts ou par les orteils, pour se diriger vers la racine du membre ; mais il arrive que des plaques de sphacèle apparaissent à une certaine distance des parties déjà mortifiées.

La gangrène étant sous la dépendance de l'endarterite oblitérante, la marche de l'affection dépend avant tout de la limitation ou de l'extension de l'endarterite. Dans le cas de Riedel, qui concerne une femme de trente-six ans, l'artère fémorale était oblitérée, sur une étendue de 2 centimètres, par un foyer limite d'endarterite végétante ; au-dessous, il existait encore deux petits foyers d'endarterite ; les autres artères paraissaient saines, et la malade guérit après l'amputation de la cuisse. D'autres malades (von Winiwarter, Larivière, Widemann) ont guéri de même après une amputation. Mais comme ils n'ont pas été suivis, il est impossible d'affirmer que la guérison a été définitive.

A côté de ces cas à terminaison relativement favorable, il en est d'autres qui évoluent d'une façon toute différente. L'endarterite s'étend à un grand nombre de vaisseaux, la gangrène envahit successivement plusieurs membres ; puis, des troubles d'ordre différent peuvent survenir, si l'endarterite gagne les viscères. Le malade que j'ai observé a succombé à une angorie de

bislement de la circulation, après la ligature des artères principales et l'application de la bande d'Esmarch, fut excessivement lent, il ne s'écoula pour ainsi dire pas de sang par les petits vaisseaux, et aucune ligature nouvelle ne fut nécessaire : en dépit de ces conditions, l'opérateur guérit parfaitement. D'un autre côté, Zesge-Manteuffel a pratiqué avec succès l'amputation de Gritt dans des cas où les pulsations de la fémorale n'étaient plus perceptibles.

Je terminerai par une dernière considération : c'est que l'application de la bande d'Esmarch apporte un trouble notable dans la circulation, et que ce trouble s'ajoute à celui qui déjà résulte de la maladie. Dans ces conditions, il est à craindre que la bande d'Esmarch ne facilite la production de la gangrène, et il me paraît indiqué d'y renoncer.

ALBERT HEYDENREICH,
Doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine. — M. le docteur MERKLEN.

Rétrécissement mitral et grossesse.

En vous parlant du pronostic général des affections mitrales, j'ai déjà appelé votre attention sur l'influence réciproque des maladies du cœur et de la grossesse. La malade entrée dans notre service le 1^{er} février dernier et couchée au n° 7 de la salle Roux me donne l'occasion de revenir sur ce sujet. Cette femme, âgée de vingt et un ans, est venue réclamer nos soins pour de la toux avec aphonie, des sueurs nocturnes et une grande faiblesse, accidents survenus progressivement dans le cours d'une première grossesse de six mois. Les antécédents straumes de l'enfance, les signes physiques d'une induration légère du sommet droit pouvaient faire penser tout d'abord à une tuberculose pulmonaire commençante. Mais l'examen du cœur révélait en même temps l'existence d'un retrécissement mitral pur caractérisé par ses signes habituels : roulement diastolique et souffle préystolique de la pointe, dédoublement du deuxième bruit

étaient rares et légèrement albuminoiseuses : le volume était de 500 centimètres cubes par vingt quatre heures, leur densité de 1011 ; elles contenait 11 gr. 52 d'urée et 0 gr. 15 centigr. d'albumine par litre. Cette oligurie avec albuminurie n'était-elle pas due à une néphrite gravidique ? Nous ne l'avons pas pensée, la faible quantité d'albumine et l'oligurie appartenant en priorité à la congestion rénale d'origine cardiaque. Il était d'autant plus légitime d'invoquer la stase veineuse comme cause et de l'anasarque et les troubles urinaires que la dilatation de l'oreille gauche avait encore augmenté, la malité veineuse du cœur s'levant maintenant jusqu'à deuxième côté gauche. Toutefois, nous ne constatations pas les signes habituels de la dilatation du cœur droit, ni le souffle systolique tricuspidien, ni le pouls veineux jugulaire, ni la congestion du foie. La stase veineuse était surtout prédominante du côté du rein et du côté des poumons. De ce côté elle devenait menaçante ; le 13 et le 14 février, elle se manifestait par des hémoptysies abondantes alternant avec des bronchorrhées sanguinolentes, et l'auscultation révélait, à la base du poumon gauche, du souffle tubaire mêlé de râles crépitants et sous-crémentants.

Comment désigner et interpréter ces accidents ? Nous avions évidemment affaire à des accidents *gravido-cardiaques*, terme devant classique depuis l'important mémoire de maître M. Peter pour désigner les troubles graves de la circulation qui surviennent chez les cardiopathes sous l'influence de la grossesse. Chez notre malade, ces troubles circulatoires se manifestaient du côté du rein et surtout côté du poumon. Les accidents pulmonaires tiennent, d'ailleurs, la première place dans l'histoire des troubles gravido-cardiaques, et cela se comprend aisément, puisque ceux-ci sont le plus souvent liés à des lésions mitrales. Sur 92 observations réunies par Porak dans son excellente thèse d'agrégation sur l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur, 13 fois seulement il s'agissait de lésions mitrales, 57 fois d'affections mitrales et 22 fois lésions complexes portant sur les deux orifices. Et je n'ai pas besoin de vous rappeler la séquelle des troubles pulmonaires dans les lésions mitrales. Pendant la grossesse, ces troubles sont, le plus souvent, liés à l'œdème et à la congestion pulmonaire qui peuvent survenir

que j'ai observé a succombé à une angine de poitrine due à une endartérite des artères coronaires. L'un des malades de Widenmann est mort avec des phénomènes qui semblent avoir été du même genre. Les malades de Will et de Routier ont été enlevés par la septicémie.

L'endartérite oblitérante est incontestablement une affection de cause générale, qui frappe le système artériel et souvent même le système veineux. Il est peu probable qu'elle se localise à une partie de ce système; elle doit tendre à l'environnement de plus en plus. On peut donc admettre que sa marche est progressive; mais la rapidité de cette marche varie considérablement suivant les cas. La durée totale de l'affection jusqu'à la mort (abstraction faite des prodromes) a été de trois semaines chez l'un des malades de Widenmann, de deux mois chez celui de Will, de six mois chez celui de Routier, de plus de cinq ans chez le sujet que j'ai observé. Peut-être les soldats guerissons se rapportent-elles à des cas à allure lente et ne constituent-elles que des arrêts momentanés dans la marche de la maladie.

Aucun traitement médical ne paraît avoir donné des résultats dans l'endarterite oblitérante. Par contre, l'amputation des parties mortifiées s'impose quelquefois, surtout à cause des douleurs atroces dont souffre le malade; et par elle-même elle n'a pas été suivie d'accident. Dans certains cas cependant (Will, Routier), on a vu éclater, peu de jours après l'intervention, une gangrène du membre opposé.

Il est évident que l'amputation doit être pratiquée dans des tissus sains, au-dessus des artères malades, si c'est possible. Riedel avait amputé la jambe de sa malade atteinte de gangrène du pied; mais, les artères liées ne présentant aucune pulsation, il se décida séance tenante à amputer la cuisse; l'examen du membre parut lui donner raison en montrant que la lésion était limitée à une certaine longueur de l'artère fémorale. Dans un des faits de Widenmann, l'amputation de l'avant-bras avait été faite pour une gangrène de la main; les artères radiale et cubitale furent trouvées obliterées par une thrombose au niveau de la section, et c'est à peine si la plaie donna quelques gouttes de sang après l'ablation de la bande d'Esmarch; l'amputation du bras fut pratiquée immédiatement.

Cependant, dans des circonstances de ce genre, il ne faut pas trop se hâter de faire une nouvelle amputation plus haut. Chez le malade de von Winiwarter, qui fut amputé de la jambe, le réta-

de la partie droite, et cependant le deuxième bruit à la bascule, ded...

Que devions-nous augurer de cette association de grossesse avec un rétrécissement mitral et probablement avec un sommet suspect? Le problème était complexe, mais une observation de quelques jours, aidée des notions que nous possédons sur l'étiologie du rétrécissement mitral pur, nous permit rapidement de faire abstraction de la lésion tuberculeuse du sommet pour ne nous occuper que des rapports de la cardiopathie avec la grossesse. En effet, le diagnostic de *rétrécissement mitral pur* ou de *maladie de Duroziez*, basé sur l'absence d'antécédents de rhumatisme, sur le retard et l'irrégularité de la menstruation, sur l'apparence débile de la malade, impliquait la possibilité d'une tuberculose pulmonaire concomitante, mais d'une tuberculose torpide et latente. Ainsi que l'enseigne M. Potain, et que cela résulte de ses relevés statistiques, les malades atteints de rétrécissement mitral pur sont souvent de souche tuberculeuse ou présentent des signes suspects d'un sommet, mais il s'agit de lésions arrêtées dans leur évolution et sans tendance à l'extension; les troubles de la circulation pulmonaire chez des cardiopathes ne sont pas favorables au développement de la tuberculose.

Pour en revenir à notre malade, sa tuberculose est actuellement négligeable et les signes physiques constatés au sommet droit ont plutôt diminué. Par contre, les accidents cardiaques ont pris une gravité telle que nous avons pu nous demander s'il ne serait pas nécessaire de provoquer prématièrement l'accouchement, et nous avons tout lieu de craindre que cette grossesse se termine mal pour l'enfant.

Des les premiers jours, nous avions été préoccupés de la dilatation de l'oreillette gauche rendue manifeste par l'extension de la matité verticale du cœur jusqu'au troisième espace intercostal gauche, et aussi de la dilatation du cœur droit caractérisée par une matité sternale absolue; de plus le deuxième bruit pulmonaire était affaibli, indice de l'affaiblissement du ventricule droit; dans ces conditions, nous devions craindre l'apparition rapide d'accidents pulmonaires et même de désordres graves dans la circulation générale, et c'est ce que nous avons bientôt observé. Le 12 février, nous notions, avec une dyspnée allant jusqu'à l'orthopnée, une anasarque généralisée et de la congestion pulmonaire de la base gauche. En outre les urines

sont, le plus souvent, mousseuses, la congestion pulmonaire qui peuvent survenir rapidement, s'accompagnant d'hémoptysie bronchorrheique sanguinolente et déterminant la mort si l'on n'intervient rapidement par graine, ou encore se produire lentement, progressivement, avec les allures d'un simple catarrhe pulmonaire. Chez notre malade, la congestion pulmonaire ont apparu rapidement et la congestion pulmonaire a été assez forte pour provoquer la rupture vasculaire et l'hémoptysie. Cela résulte des conditions physiologiques qui l'ont amenée.

De toutes les théories proposées pour qu'il y ait aggravation des maladies du cœur par l'influence de la grossesse, la plus satisfaisante est celle de M. Peter. C'est à la phtisis guinée qui se produit chez la femme pendant derniers mois de la grossesse, pléthora dirigée à la fois par la clinique et par les expériences directes chez les animaux, que M. Peter attribue les accidents gravido-cardiaques. La pléthora n'entraîne pas seulement une gêne de la grande circulation, mais surtout de la circulation déjà facilement troublée dans les affections mitrales. Que se passe-t-il en effet lorsque la masse totale du sang étant augmentée chez la femme grosse, le cœur est soumis à un travail supplémentaire qu'il ne peut fournir qu'à la condition d'être intact. Revenons au cas de notre malade atteinte de rétrécissement mitral. Le cœur mitral étant retrécit et probablement de manière très notable, ne peut laisser passer chaque systole auriculaire qu'une quantité terminée de sang, suffisante sans doute dans les conditions ordinaires de la vie; et c'est ce qui explique comment cette malade dont le cœur paraît absolument sain n'a jamais éprouvé la moindre gêne circulatoire. Maintenant, est enceinte et une plus grande quantité de sang doit passer par cet orifice toujours retrécit; grâce au surcroît d'activité du cœur droit et de l'oreillette gauche, cela n'est pas possible; il y a un obstacle mécanique dont la conséquence inévitable est, comme vous l'avez vu, la dilatation de plus en plus grande de l'oreillette droite qui ne peut se vider, puis successivement la stase dans les veines et les capillaires pulmonaires, d'où la congestion et l'hémoptysie. Le cœur droit s'est lui-même dilaté dans une certaine mesure, et la stase veineuse générale en est résultée s'est manifestée par l'anasarca et l'insuffisance rénale.

Secr. de 10 9th 91.

-
Classification intérieure
(particular)

Rue de

Lehm. der 12. J^h

1891.

J. M. ^{Médecin}
presente.

Sur un cas de Claudiacité ~~extérieure~~ ^{intermittante} par oblitiorum actus difficile propagation de maladie lymphatique.

Il s'agit d'une femme de 52 ans, état bénigne, chez laquelle l'asthme dont elle souffre depuis longtemps fait peu de attention date de plus de 30 ans.

Voici un quinzième accès. A Stenton le claudac. intermitt.

d'abord 1/4 heure - main depuis 2^{me} main

2^{me} 3^{me} minutes - bénigne.

C'est la claudiac. intermittante. P.
obliterat. arteriale. - Mémoire. 1858. - et des
oblitierat. arteriales.

C'est un phénomène spécifique. Cela forme le syndrome en question pour ce qui est de l'obstruction et de l'insuffisance artérielle. Je le nomme certainement syndrome de constipation artérielle. Il existe deux effets. - L'obstruction. une sorte de Paroxysme intermittent. Cela se traduit, sans malaise - sauf lors de l'obstruction - c'est dans la moelle. Et l'autre conséquence - c'est dans la moelle constipée.

Le mal peut être phénomène unique.

Syndrome - période de repos - épicerie - crise d'obstruction, engorgement mollet - engorgement mollet -

2^{me} palper et refroidissement

go. Crampes. Verdâtre. engorgement. temporaire.

chez le cheval, plus exacte - jambes dures - bras contractés.

- Coup organique - réaction brusquement - efflux de sang dans les muscles au finallement.

- Effet de Stenson - Main à immobilité ligature artérielle, la moelle.

2.

— Ainsi c'est une maladie de l'appareil cardiaque.
entendue au niveau : arête, sternum et dans les fibres
d'assise de l'os sternale. papilloté, fibroses, pédicules, non
peut pas être.

Il devient alors le phénomène permanent, à tout
Cela va devenir, dans la maladie, une maladie nocturne. —

— Savoir que la claudication intermittente, c'est
l'antécédent de l'athérosclérose — Cela se présente, sauf dans
quelques cas, ne peut pas provoquer, il est peu probable.

Il peut venir de tout à l'heure — La maladie qui déclenche
est d'étudier des circonstances et la physiopathologie de l'athérosclérose
pourrait faire l'origine de cette maladie nocturne.

Il est fait de deux sortes d'origines de la claudication
intermittente, l'athérosclérose atherosclerose — On d'autre forme qu'il y a
en la nature de l'obstruction atherosclerose qui provoque l'obstruction
— ou chez les personnes, la même, non pas la claudication.

aussi dans le cas d'athérosclerose, c'est une obstruktion
de l'artère il y a une grêve, battez, au niveau

mais c'est l'au cas tout n'est pas toujours

— chez le cheval, c'est obstruer de l'aorte supérieure —
ou bien une maladie atherosclerose de l'aorte descendante.

— Mais ce n'est pas toujours le plus communément.

Il n'y a pas d'obstruction — artère descendante — mais
au contraire, il y a obstruit et obstrué

dans l'artère — obstrue atherosclerose. Obstruction

qui se présente, c'est la rondeur de la

Vie — Maladie de la vie, non l'âge de la
maladie (Casal)

C'est l'ag. aiguë d'uric - urination -
elle n'a pas pu être traitée sans contre-
action de l'uricatase - 1^e II

2^e Diabète. Il faut penser aux diabètes que l'on a
classifiés en limites - artérite diabétique - plusieurs types
de glycémie dans le diabète.

En 1856. - J'ai déjà fait dans la distribution - 1^e J'avais
du phytomyse, et au foie, 3^e les artéries - les
2 latérales, cas de chariot dans la Thon à Bourges -
~~2 ligatures toutefois~~ - cas de claudication
intermittente. Moi je suis de Mauz / que l'
cas de Vigiotti - la partie de la claudication intermittente
comme moyen de diagnostic dans le cas de diabète
diabétique -

La partie supérieure de travail - de Ferraro - élève
Cantoni - Eudarderite hypertension, diabète.

— Mais chez cette malade il n'y a pas de
lenteur des urines, ce qui empêche à une distinction
des deux malades.

— 3^e glycémine non dans que l'endartérite. Ses
parties ces malades ne peuvent échapper

(#). 1^e. partie d'endartérite solitaire - 2^e cas très
rare malade, toutes les localisations - 1^e ag. aig. d'apoplexie.
2^e diplopie - affection cas de L. Janss. Il a été
quasi mort à l'arthrose de la tête, puis claudication
intermittente, plus ou moins forte.

— Mais il y a une autre condition à l'asthme
Lysophlebitis — ou peu, on ne demande, si ce ne sont
que les asthmes malades.

Thymadryas que Léonard, dans le Syph. p. 403.
 mais sans maladie. C'est le thymus spinaux — que c'est
 Heubner, 1876. Perturbé systématique par au moins,
 100000 f. v. Infektions. De la pneumo. admettre que Daumort.
 continuer comme le résultat de l'effet grossier. De
 connait bien le rôle fondamental des asthmes, qu'il a
 abstrait, dans la syphilis tuberculeuse. —

— on sait qu'il faut prendre précaution. Moller, et
 ceux de Heubner jusqu'à présent n'a pas été bonne chose.
 Car quand il y a naturellement infection de la pulmonaire
 il y a aussi sur tout il y a dégénération secondaire de l'asthme
 pulmonaire, il n'en plus temps. —

Il faut que je réponde à la question, si il y a
 pour faire les asthmes propres. —
 — lorsque il semble que c'est l'asthme — on n'a
 pas connu, Heubner, et Léonard.

Mais on a un asthme tuberculeux (Heubner.)
 asthme coronaire (Ehrlich)
 asthme pulmonaire (Wagner)

mais aussi Podras, & les stomes. D'autre
 l'asthme de Speluncae du Dr. Lucy Cope que.
 Je n'en pris trop pour ces asthmes propres.

Le mal est également —
 — Mais que dira mon avocat bon cette situation.
 — Mesures très importantes. Il y a en effet un
 état pathologique. — Nous en sommes en effet aux
 premiers, pour être faire relâcher les asthmes
 les asthmes.

Le Syphacte le frigant, mais non accompagné d'aucune
d'inflammation, et alors appelle Spécifique.

C'est bien. — Mais allez voir. J'appris que lors des
Syphilites — sans doute plus de preuve, comme on le fait
lorsque l'on connaît malade grave, au moins pas tout à fait
se qui me dit faire ce qu'il faut le faire.

Non, c'est autre chose ! Non, autre chose. —
Mais alors l'autre est lorsque la maladie n'a pas le caractère
que nous pouvons faire actuellement, soit de quoi il faut
que l'on établisse que c'est la Syphilis grave, lorsque a
ceci en jeu et pour rendre probable que non évident,
on peut dire qu'il faut faire une vie à ce déceptio... par la
Syphilis qui peut être cette même acte au contraire, mais
que toutefois ce phénomène traduit une syphilite grave —
que toutefois ce phénomène traduit une syphilite grave —
que toutefois ce phénomène traduit une syphilite grave —

Et c'est alors que c'est autre chose. —

Nous les prenons à l'apogée.

En 1860 à 18 ans. Donc, actuel. 18 mois à 18.

En 1860 — Migraine, une bonne partie.

Donc ceci est évident.

— En 1860. à 24 ans. Lumbago, du dos du pied — lombaire qui peut avoir
ici un nom d'apogée.

En 1870 — 34 ans. Mal de gorge terrible.

Coryza rebelle — qui a amené l'appendicite
du bas. Rue Camard — et de plus probable
l'opérat. de po-molle de Valde fortifiée.

En 1875. Ensuite, il me semble que le tracé, c'est à dire
probablement d'origine curative.

En 1890 — Céphalgie atroce de jour et de nuit
de 3 mois. — un peu après déformation du
rachis. Mal de tête. Les pleurées.

— Vertiges et accès d'hydrogène portefeuille
D'abstinent que le Dr. Sospiria jugea
dure de faire temporaire.

— C'est pour après — parmi nous, ce le S. qui
que déclina la classification immobilière.

dans une forme de phénomènes, qui au fil des temps apparaissent
lorsqu'ils se dégagent, caractéristiques que ne peuvent faire aucun doute sur l'origine immobilière
de ce syndrome.

et il n'y a aucun bonne raison pas suffisante
que La Cypriote enfin même me qui concorde le, attire
des meubles. —

C'est tout au moins une hypothèse plausible
il me paraît évidemment un peu évidemment, d'autant qu'il y a
celle hypothèse en préférant à toute autre, et que nous ne
savons pas mieux. Si nous nous renfermons, si faire un peu
mal, ayant d'un autre est, si nous ne nous renfermons
pas, toute la chose par faire beaucoup de mal.

1^o. Troubles de la clairvoyance, astrophiles — le
regard prolongé — ne j'aime pas que le phénomène de
clairvoyance —

2^o. Main et pieds gels, formants douleur —
Opium, remède de nos vagues ?

3^o. Main latente de ce corps de l'opium forte.
Froidure dans la tête canale. — Main faire redouleur
d'hydrogène — Dommages nous a anche la maladie.
à obtenir la guérison — on peut faire au moins l'espérance
et finir de暮の間のものではあるが、我らが欲する
étudier, chercher et prouver. — Il faut demander plus.

Dans la gangrène par abcès et arterielle

Stake capillaire - coloré + forcée,

Lente élongation - qq. bulles.

- douleur sans ties nettes, moléculaire
- qq. suintements purulents vagaux

Classique, intermittent

Spiallmann.

dict. Encyclopédique.

Gangrène lente - Clémard. Iss. de Jacob.

Gradual - peu sensif. Dernière, lentes et vagues

Formation, constatées tardivement, grises

pour la gangrène -

Mais qq. elle s'accompagne de douleurs aiguës qui cèdent
à la chaleur du lit

Mioprague
dysolexie.

La Dyslexie. par Sick.

elle consiste en ce qu'il écrit : - bien ou mal corrigé pour quelques mots la lecture n'importe est au bout de 95 temps, accompagnée d'irritations peniblement ; elle devient alors d'abord difficile, puis impossible.

Le repos améliore les choses un instant mais si l'on reprend, retour de la Dyslexie.

[— 99 fois cela est accompagné d'une sorte d'imprécision graphique (Brouns)

La Dyslexie le plus souvent est le prodrome d'affections cérébrales graves déterminées par des lésions vasculaires.

~~Fracture dans son voûte des artères~~
~~de l'artère cérébrale~~
Schwann, faire remarquer qui au début des symptômes intermittents - Il y a dit il une claudication intermittente du rein, du cœur du cerveau.

L'artère schwann peut varier pour tous les

Vincent fut grevet. la crudelitatem quod
femina ; celle que nul pnt suffisante
pour empêcher les actes odieux de la
vie ; mais dî à un moment donné
la fracture s'opéra. l'organe
d'excuse cutanéane fut quelque
faux pas, puis des mouvements
de friction. bientôt, false voix,
l'hôpital le nommey fure, et repris
Sa fortune enfin, sans interruption.

La Dyslexie (Sip. sick.
en. Stag.)

en. Mendel's Centralles.
Imay n° S. f. 130.

La Dyslexie, qui n'est qu'un
modèle affirmé de la cécité verbale
peut être interprété d'après
le mécanisme de la Claudication
intermittente de Charcot. —

reil digestif, l'appareil circulatoire, le foie, la rate, les reins, etc. Chez notre malade, elle avait atteint encore le larynx en donnant une laryngite spéciale; les urines, très albumineuses, indiquent chez lui la néphrite dothiéntérique. Si, par hypothèse, il avait guéri, il aurait pu succomber aux suites de sa maladie, laryngo-typhus ou néphrite. Sur l'intestin, vous pouvez constater à la fois des ulcérations des plaques de Payer et de la psorentérie. Les plaques ne sont atteintes que dans une étendue assez peu considérable, mais elles sont détruites profondément, et l'une d'elle est perforée. Il se produit, dans ces cas, quelque chose de comparable à ce qui arrive pour la plèvre quand une pleurésie adhésive ne la protège pas contre les tubercules pulmonaires qui entraînent alors la perforation de la séreuse. Vous voyez encore qu'il y avait une adénite considérable des ganglions mésoentériques.

L'hyperhémie laryngée est la règle dans la dothiéntérie; elle siège surtout sur les replis aryteno-épiglottiques et près des arytenoïdes. Ces ulcérations, qui se développent souvent, avaient été signalées par Louis dès 1828. Il disait que, quand on trouve dans une autopsie des lésions graves, ulcérées, du larynx, en dehors de la tuberculose, on doit chercher la dothiéntérie. Cliniquement, notre malade avait de la douleur à la déglutition, de l'aphonie et vous constatez qu'il y a des érosions de la muqueuse. Dans la laryngite typhique intense, la localisation du bacille d'Eberth se fait dans les glandules des arytenoïdes ou de la base de l'épiglotte, et est analogue à celle du bacille de Koch. L'inflammation détermine trop souvent une laryngite œdémaleuse par infiltration des replis aryteno-épiglottiques. Puis elle peut devenir purulente, ulcérée, ulcéro-nécrosante.

Il y a deux formes de laryngite typhique : la forme rapide et la forme tardive.

La première évolue dans le cours de la dothiéntérie, le quinzième, seizième, vingtième jour, au moment où la maladie devrait se terminer. La complication s'accuse par de la douleur du larynx, de la difficulté de la déglutition par gêne des mouvements épiglottiques, de la dyspnée croissante caractérisée par un obstacle à l'inspiration, l'expiration étant beaucoup plus facile. C'est là le type de la dyspnée due à l'œdème glottique. Cette dyspnée augmente peu à peu, et, si l'on n'intervient pas par la trachéotomie, elle peut entraîner la mort par suffocation.

A l'autopsie, on trouve une infiltration séro-fibrineuse et séro-purulente et un commencement d'altération des cartilages arytenoïdes et cricoïde et de l'épiglotte. Le processus a été aigu et le malade en meurt.

La forme tardive évolue communément pendant la convalescence, lorsque le malade est guéri, au moins deux mois après la fin de la fièvre typhoïde. La voix reste troublée, dysphone, puis les symptômes de l'œdème de la glotte apparaissent. La situation est alors tellement grave que, dans une statistique de Sextier, sur 10 malades trachéotomisés, il y a eu 10 morts; une statistique allemande donne 7 guérisons sur 19 malades trachéotomisés. Du reste, la situation, après la guérison, est très pénible, car la canule doit rester à demeure, les cicatrices qui se font dans le larynx obstruant le calibre du conduit.

En fait, dans le génie morbide de la dothiéntérie, il y a une tendance aux ulcérations, qui se produisent aussi dans le larynx. Une fois les ulcérations produites, le tissu sous-muqueux s'inflitre, puis le périchondre se

prend à son tour. Enfin survient la chondrite, l'ossification prématuée des cartilages et la nécrose de l'épiglotte, des arytenoïdes et du cricoïde. Un morceau de cartilage peut se détacher, tomber dans les voies aériennes et entraîner un accès de suffocation; d'autres fois, le cricoïde tout entier est rejeté sous forme de séquestre. Il faut tâcher d'éviter ces désordres excessifs en appliquant des vésicatoires au devant du cou, et c'est une pratique qui vous donnera souvent de bons résultats.

Genève. 1891. mars.

REVUE DES CLINIQUES

De la miopragie cérébrale, par M. le docteur G. BALLET (1). — Le mot miopragie vient de deux mots grecs : μινος, moins, et πραγμα, faire. On l'emploie pour désigner l'état d'un organe dont l'activité physiologique est au-dessous du taux normal. Dans des conditions d'activité moyenne, l'organe atteint de miopragie répond suffisamment aux exigences, d'ailleurs modérées, de la fonction qu'il est appelé à remplir. Mais si, pour telle ou telle autre cause, un surcroit de travail devient nécessaire, alors l'impuissance relative de cet organe s'affirme; il cesse d'être à la hauteur de sa tâche, et il plie sous l'effort qu'il eût accompli sans accroc, s'il était joué d'aptitudes physiologiques normales. Il y a une miopragie artérielle, une miopragie cardiaque, une miopragie rénale. M. Potain a particulièrement insisté sur ces dernières. La claudication intermittente représente le type du genre. Vous savez en quoi ce phénomène consiste : chez certains animaux, l'artère nourricière de l'un des membres est rétrécie; la quantité de sang qu'elle apporte aux muscles se trouve dès lors inférieure à la quantité physiologique. La marche n'en est pas moins possible lorsqu'elle est modérée et ne va pas jusqu'à la fatigue. Au contraire, si on la précipite, les muscles dont les besoins sont accrûs se trouvent tout à coup insuffisamment alimentés, ils fonctionnent d'une façon défectueuse, il y a boiterie.

Je me propose de vous montrer qu'il en est du cerveau comme des muscles. Il y a une miopragie cérébrale, comme il y a une miopragie artérielle ou cardiaque. Si je transporte dans le domaine de la pathologie mentale une expression qui a jusqu'à ce jour trouvé sa place dans la pathologie du cœur ou du rein, ce n'est pas pour la futile et commode satisfaction d'introduire un néologisme dans la nomenclature des troubles du cerveau; c'est pour montrer la part qu'il convient d'attribuer, dans la genèse des désordres psychiques, à certaines causes occasionnelles auxquelles on a souvent tenté de faire jouer un rôle qui n'est pas conforme à la réalité des choses.

Il arrive fréquemment, en effet, qu'on rattache telle ou telle affection psychique à la fatigue intellectuelle, au surmenage cérébral, aux émotions morales de divers ordres. Cette étiologie n'est pas de pure fantaisie. Il y a lieu de lui faire sa place, je compte vous la prouver. Mais ce serait exagérer singulièrement l'importance de ces diverses causes que de les supposer capables de créer de toutes pièces l'aliénation mentale. Quand elles la provoquent, c'est qu'elles agissent sur un terrain préparé. A tout prendre, leur rôle n'est pas autre que celui de la fatigue dans la claudication intermittente. Si elles amènent la « boiterie » du cerveau (passez-moi ce mot), c'est que l'organe était disposé à « boiter », c'est qu'il était en état de miopragie, tout comme l'artère qui irrigue insuffisamment des muscles soumis à un fonctionnement insolite.

Les malades que je vais faire passer sous vos yeux vous démontreront, je l'espère, l'exacuitude de mon assertion.

Voici un jeune homme âgé actuellement de 36 ans. Il nous raconte que, depuis six ans environ, il est affecté d'obsession. Ces obsessions sont de la nature de celles qui ont été décrites par MM. Charcot et Magnan sous le nom d'*onomatomanie*. A chaque instant se présentent à l'esprit du malade des mots anglais qui s'attachent fortement à sa pensée

(1) *Semaine médicale.*

et qu'il va répétant mentalement sans pouvoir s'en défaire. Cette variété d'onomatomanie diffère un peu de celle que MM. Charcot et Magnan ont étudiée en détail; elle est identique, au contraire, à celle dont j'ai rapporté naguère un cas, dans un court mémoire, à propos d'un dégénéré que quelques-uns d'entre vous ont eu l'occasion de voir. Il s'agit, ici, non de l'obsession provoquée par la recherche angoissante d'un mot qui s'échappe, mais de celle que détermine le mot s'imposant au contraire à l'esprit.

Si nous questionnons le malade, d'ailleurs fort intelligent, sur les causes qu'il attribue au trouble dont il souffre, il se hâte de nous dire qu'il n'est pas un « dégénéré ». Il paraît avoir lu différents travaux de médecine mentale relatifs à l'affection dont il est atteint; il sait, comme vous le savez aussi, qu'on considère généralement l'onomatomanie comme un stigmate psychique de dégénérescence. Cette interprétation ne lui va pas; il nous en donne une autre. Il nous raconte que l'obsession dont il se plaint est survenue à la suite de fatigues intellectuelles. Il y a cinq ou six ans, il s'était pris de passion pour l'étude de la langue anglaise, et l'avait apprise assez vite, au prix, nous dit-il, d'un certain surmenage cérébral. Vers la même époque, il avait du subir différents examens, et il assure s'être livré à de réels excès de travail, associés, d'ailleurs, à quelques excès alcooliques. Rien ne nous autorise à mettre en doute la sincérité et l'exactitude des affirmations de ce jeune homme. Et nous sommes tout disposé à penser que le surmenage n'a pas été étranger aux troubles cérébraux que nous constatons.

Mais le malade s'illusionne évidemment lorsqu'il attribue ces troubles à la seule fatigue intellectuelle. Le nombre est grand de ceux qui se livrent à des effort cérébraux soutenus sans en ressentir le moindre inconvenient. Ce fait prouve déjà à lui seul qu'il ne suffit pas d'une tension d'esprit prolongée pour verser dans l'obsession, pas plus qu'il ne suffit à l'animal d'une marche excessive pour aboutir à la claudication intermittente. Il faut une aptitude particulière à la fatigue et aux troubles mentaux, bref, un état de miopragie du cerveau que nous retrouvons chez notre malade, bien qu'il s'en défende. Il nie, en effet, toute tare héréditaire; mais lorsqu'on le questionne adroitement, on apprend que son père était un original, méticuleux, à l'excès, « embêtant », comme il dit, dans les choses de la vie courante. Sa mère n'était point nerveuse, paraît-il, mais, elle était atteinte d'eczéma chronique. C'était, nous dit-on, une herpétique, ou, si vous préférez, une arthritique. Or, vous savez les étroites relations qui unissent les diathèses arthritique et nerveuse.

Enfin, un de ses frères, sans être positivement malade, est, paraît-il, nerveux à l'excès. Voilà plus qu'il n'en faut, je pense, pour que nous soyons en droit d'admettre que ce jeune homme, quoi qu'il en dise, n'est pas exempt de tare héréditaire.

Il n'est pas impossible qu'il fût resté indemne de tout désordre s'il eût vécu d'une vie calme et quasi-oisive. La prédisposition n'est peut-être pas suffisamment accusée chez lui pour avoir provoqué l'éclosion de troubles mentaux en dehors du concours de circonstances occasionnelles. Mais son rôle, tout limité que vous le supposez, ne nous paraît pas moins positif. C'est elle qui a mis le cerveau en état de moindre résistance, et qui, en créant la miopragie cérébrale, a rendu nocifs des efforts intellectuels qui, dans d'autres circonstances, fussent restés sans effets mauvais.

Il ne faut pas croire que les faits analogues au précédent soient très communs. A tout prendre, le surménagement *intellectuel* ne semble pas être une cause fréquente d'aliénation mentale. Il y a à cela plusieurs bonnes raisons: l'une des principales, c'est que le surmenage amène la fatigue, que la fatigue est pénible et que l'individu qui la ressent, à moins de contrainte, sait en général s'y soustraire à temps.

Mais il n'en est pas de même du surmenage *moral*. Le chagrin, les émotions pénibles sont une cause occasionnelle commune de troubles mentaux. Chez les gens dont le cerveau est bien constitué, les troubles de la sensibilité affective n'ont point, d'ordinaire, assez de prise pour déranger l'équilibre cérébral. Chez les miopragiques, il en est tout autrement, vous l'avez vu.

La jeune fille que voici est âgée de 21 ans. Elle est employée dans la maison de son père, qui tient un petit commerce. Elle est d'ordinaire active et sort avec empressement les clients qui fréquentent le magasin. Il y a huit jours à peine, on a remarqué chez elle une sorte de paresse, d'indifférence à ce qui se passait autour d'elle. Puis elle a cessé de

remplir correctement ses petites fonctions habituelles. Hier, enfin, elle a refusé de parler. Ce qui frappe tout d'abord lorsqu'on examine cette malade, c'est qu'il existe chez elle un degré assez accusé d'obtusion intellectuelle. Il semble qu'un voile ait été jeté sur sa mémoire. Lorsque je lui demande son âge, elle me répond : « Je ne sais pas. » Nous avons peine à la faire causer. De loin en loin, elle articule quelques monosyllabes, « oui, non », et voilà tout. Vous la voyez se livrer ici à des actes enfantins : elle prend cette lettre que je viens de cacheter et cherche à l'ouvrir. Elle s'assied sur ce fauteuil et fait mine de dormir. Si je la pousse à lire le journal, elle me dit : « Je ne sais pas. » Je lui mets une plume entre les doigts, et elle écrit machinalement la phrase suivante : « J'aime Gaston ! » Vous comprendrez tout à l'heure quelle peut être dans l'esprit de la malade la portée de ces mots. Elle rit niaisement, tandis qu'à d'autres instants, son visage revêt l'aspect de la tristesse. Mais nous avons beau la questionner, la retourner en tous sens, nous ne trouvons chez elle aucune idée fixe. Bien que l'expression de sa physionomie soit par instants celle des mélancoliques, elle n'accuse aucune des conceptions délirantes qu'on rencontre d'ordinaire chez les malades de cet ordre : ni idée de ruine, ni idée de damnation, ni idée hypochondriaque. A tout prendre, elle ressemble plutôt à certains enfants arriérés dont le développement cérébral a été incomplet. Bref, c'est moins une délirante qu'une obtuse.

Mais remarquez que l'obtusion cérébrale n'est pas, chez cette jeune fille, affaire ancienne comme chez les idiots ou les arriérés. C'est un trouble de fraîche date, puisqu'il remonte à huit jours au plus. A cette époque, le cerveau de la malade a, pour ainsi dire, été figé : la mémoire s'est voilée, la faculté d'attention a disparu. Et cette jeune personne, qui, jusque-là, jouissait d'une intelligence moyenne, vient (pour un temps seulement, je pense) de descendre au rang d'une débile.

Or, l'événement ne s'est pas produit sans motif. Il y a quelques semaines, la malade avait jeté ses vues sur un jeune homme, ce Gaston, dont elle écrit volontiers le nom, et elle paraissait fort désireuse de l'épouser. Ses intentions ont été contrariées par son père. Et, bien qu'elle ait tout d'abord dissimulé le chagrin qu'elle a ressenti de la détermination paternelle, ce chagrin paraît n'en avoir été que plus vif. C'est sous son influence que s'est développé l'état mental actuel.

Mais ne vous y trompez pas, quelque important qu'ait été ce facteur étiologique, il n'a pas agi seul. Le terrain sur lequel devaient germer les troubles mentaux était préparé de longue date. En effet, cette jeune fille est une héritière au premier chef : un de ses oncles maternels a fait un séjour prolongé dans une maison de santé ; plusieurs des autres frères de sa mère sont atteints de débilité mentale. Il ne nous paraît pas douteux que le cerveau de la malade se soit ressenti de la tare familiale. Tant qu'aucune circonstance fâcheuse n'est venue perturber son équilibre fonctionnel instable, il a tant bien que mal accompli sa fonction ; mais le jour où le chagrin et les émotions morales pénibles l'ont incité, la miopragie s'est révélée et le désordre psychique a été constitué.

Je vais vous présenter une autre malade qui ressemble beaucoup à la précédente. Celle-ci a 23 ans. Elle a toujours été un peu bizarre ; dans son entourage, on la tenait pour une originaire. Il y a cinq semaines, sans gros motif apparent, elle a été prise d'une sorte d'accès d'excitation maniaque : elle a perdu le sommeil, s'est mise à crier, à articuler des phrases incohérentes. Cet état d'excitation a persisté pendant une huitaine de jours. Puis les choses ont changé de face ; la malade est devenue plutôt triste, mélancolique. C'est dans cette situation que vous la voyez aujourd'hui. Elle a de loin en loin des hallucinations auditives et visuelles dont quelques-unes semblent avoir un caractère terrifiant. Telle qu'elle est à cette heure, elle ressemble beaucoup à la jeune fille que je vous ai présentée avant elle ; l'œil est sans grande expression ; aux questions que nous lui adressons, elle répond par monosyllabes ou par mots incohérents. Vous la voyez aller et venir, saisir les objets à sa portée, les jeter à terre ou chercher à les déchirer ou à les briser. Aucune idée délirante suivie, aucune conception mélancolique nette. Malgré qu'elle ait l'apparence d'une hypomaniaque, elle se laisse aller, par instants, à des accès d'agitation, comme si elle était reprise, par intervalles, d'excitation maniaque.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi de vous présenter quelques observations au sujet

de l'état mental de cette jeune fille. Il y a quelques semaines, vous ai-je dit, au début de son affection, on pouvait penser qu'on avait affaire à de la manie. Actuellement, malgré quelques instants d'agitation, l'aspect clinique est plutôt celui de la mélancolie. Est-ce à dire que l'état mental de la malade se soit profondément modifié et que nous nous trouvions en présence d'une de ces formes à évolution cyclique, telles qu'on les rencontre, par exemple, dans la folie circulaire ? En aucune façon. En dépit des apparences, l'état mental est aujourd'hui ce qu'il était hier. Ce serait une faute de la juger d'après les seules manifestations extérieures. Chez les aliénés, sans doute, les expressions extérieures du délire ont une grande importance, mais elles ne sont pas tout. Audessous des phénomènes grossièrement apparents, qui quelquefois dissimulent plus qu'ils n'accusent l'état mental fondamental, il faut chercher la caractéristique du trouble psychique primordial. Or, ici, comme chez la précédente malade, nous n'avons affaire ni à de la manie, ni à la mélancolie, mais à de l'obtusion cérébrale. Du jour où cette jeune fille est devenue malade, ses facultés intellectuelles se sont trouvées amoindries ou plutôt engourdis ; la faculté d'attention a disparu, la mémoire s'est recouverte d'un voile.

C'est là, à un degré moyen, l'un des états que les aliénistes, il y a quelques années, désignaient du nom de *stupidité* !

Mais il s'agit maintenant, pour revenir au sujet qui nous occupe, de rechercher les raisons et les conditions qui ont provoqué le développement des troubles que vous constatez.

Nous allons retrouver ici une cause occasionnelle analogue à celle que nous avons vu intervenir chez la malade précédente, c'est-à-dire les hésitations, les préoccupations, les soucis provoqués par un projet de mariage. Il y a quelques mois, en effet, il a été question pour cette jeune fille de s'établir ; dès ce moment, deux sentiments contraires se sont combattus dans son esprit, d'une part le désir d'accepter un parti qui lui agréait à certains égards ; d'autre part, la préoccupation de quitter ses parents qu'elle supposait avoir besoin de ses services ; de la, des longueurs, des ennuis, des soucis de jour et de nuit.

Pareils soucis sont le lot fréquent des jeunes filles à l'époque critique pour elles, du mariage. Ils amènent souvent de l'insomnie, des larmes, des hésitations de diverse nature. Mais il est rare, fort heureusement, qu'ils occasionnent la folie. Pour déterminer ce résultat fâcheux, il faut autre chose que les soucis ou le chagrin. Le surmenage moral y aide, mais n'y suffit pas. Il est besoin d'une certaine préparation du cerveau. Il faut que l'organe soit en état de miopragie.

C'est bien le cas pour cette jeune personne comme pour la précédente. Avant l'éclosion du trouble mental actuel, cette malade, je vous l'ai dit, n'était point une normale. C'était une originale, une bizarre. Et, bien que la raison de cette défectuosité de caractère n'apparaisse pas aussi évidemment ici que chez les autres malades qui sont passés sous vos yeux, nous apprenons cependant qu'une tante de la jeune fille aurait été internée naguère dans un asile d'aliénés.

Ainsi voilà trois malades, chez qui la tare héréditaire a créé une prédisposition spéciale aux désordres mentaux ; en dépit de cette tare, qui n'enlevait pas à leur cerveau l'aptitude à un fonctionnement régulier dans des conditions d'activité moyenne et de fatigue modérée, ces malades eussent pu traverser la vie sans accroc, si les circonstances ne les avaient exposés au surmenage, soit intellectuel, soit moral, mais le jour où ce surmenage a eu lieu, les facultés psychiques ont plié sous le faix, le trouble mental a été constitué.

Un dernier exemple vous permettra mieux encore que les précédents d'apprécier à sa valeur le rôle des causes occasionnelles chez les miopragiques.

Il s'agit cette fois d'un cas typique de mélancolie avec conscience. La malade, qui est âgée de 38 ans, a, comme vous le voyez, l'aspect sombre et triste. Elle hésite à parler, mais répond cependant correctement aux questions que nous lui adressons avec quelque insistance. Ecoutez ce qu'elle nous dit : elle est en proie à une profonde tristesse ; elle n'a de goût ni pour la distraction, ni pour le travail. Elle ne songe qu'à des choses lugubres, aux enterrements, à la mort. Elle se sent incapable de tout effort et se croit à charge à ceux qui l'entourent. Elle a la conviction que cet état d'impuissance physique et morale

dans lequel elle se trouve est définitif et ne guérira jamais. Il s'agit là, fort heureusement, d'une illusion morbide, car tout porte à penser que les troubles, dont souffre actuellement la malade, seront transitoires et guériront. Cette femme, en effet, n'est pas à sa première crise de mélancolie. Celle dont vous êtes témoins est la cinquième qu'elle ait eue.

A l'âge de 13 ans, elle fut frappée une première fois à la suite de contrariétés; à 17 ans survint un deuxième accès à l'occasion d'un traumatisme (une brûlure à la joue); à 28 ans nouvelle crise provoquée par le chagrin qu'occasionna à cette jeune femme la mort de sa mère; à 30 ans, elle manque un mariage, éprouve de ce chef un vif désapointement, d'où rechute; enfin, l'accès actuel est survenu il y a quelques semaines à la suite d'une violente émotion qu'éprouva la malade devant le cercueil de sa mère qu'on venait d'exhumier.

Ce cas vous montre mieux encore que les précédents, ce qu'est la miopragie cérébrale. Voilà une femme chez laquelle, dans les conditions ordinaires de la vie, le cerveau fonctionne normalement : on ne note chez elle aucune tare trop évidente, aucun symptôme bien manifeste de déséquilibration mentale. Mais chaque fois qu'une circonstance quelconque vient ébranler trop vivement ce cerveau peu résistant, l'organe cesse d'être à la hauteur de sa tâche; il faiblit et l'état mélancolique est constitué.

Vous entrevoyez les applications pratiques qui découlent des considérations dans lesquelles je viens d'entrer. Si le surmenage (intellectuel ou moral, moral surtout) ne suffit pas à lui seul à provoquer l'aliénation mentale, il suffit du moins à en déterminer l'élosion chez les individus dont le cerveau est doué d'une moindre résistance. De là, vous le comprenez, l'impérieuse nécessité d'une bonne hygiène cérébrale chez ceux dont les facultés sont prêtes à s'ébranler au moindre choc. De même que le cœur ou le rein même lésés peuvent suffire à la tâche lorsqu'on n'exige d'eux qu'un travail modéré, de même le cerveau miopragique est apte à un fonctionnement régulier, si on ne lui demande pas des efforts trop grands. Mais la fatigue et les émotions ont sur cet organe une prise qui leur fait habituellement défaut. Quand l'état de miopragie est constitué, le surmenage intellectuel et moral devient une réalité.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Les lésions du pancréas et le diabète, par le docteur MATONI. (In *La Reforma medica*, n° 20 et 21.) — Cowley, en 1788, publia le premier cas de calculs du pancréas trouvés sur un sujet mort du diabète. Depuis, nombre d'observations ont été recueillies sur les altérations de cette glande concomitantes avec la présence du sucre dans l'urine. Dans toutes ces observations, l'atrophie du pancréas est la lésion qui domine. Bright, Frerichs, Lancereaux et autres, ont donné des notes sur des cas de cancer de cet organe accompagnant le diabète. La physiologie a secondé beaucoup la clinique en entretenant une série d'expériences ayant toutes pour but de rechercher si l'extirpation du pancréas montrerait la relation qui existe entre cette glande et la glycosurie. Notre grand Claude Bernard a, le premier, marché dans cette voie qui, cependant, n'a pas donné entre ses mains tous les résultats attendus.

L'extirpation complète du plexus cœliaque qui, comme l'on sait, à tant de rapports avec le pancréas, a permis à Klebs et Munk d'obtenir la glycosurie et l'atrophie du pancréas. Les travaux de Lancereaux et Lapierre sur le diabète maigre dans ses rapports avec les altérations du pancréas ont créé ainsi une forme nouvelle de la maladie sucrée ou diabète pancréatique bien nettement engendrée par les altérations de cet organe. C'était une éclaircie dans cette question obscure. Cantani et Ferraro ont nettement établi à leur tour que l'atrophie pancréatique était une cause de diabète. Enfin, en 1889, les beaux travaux de Mering et Minkowsky sur l'extirpation du pancréas ont prouvé magistralement la relation vraie qui existe entre cette glande et la production du sucre, les animaux devenant diabétiques aussitôt qu'ils étaient privés de leur pancréas. Martinotti avait déjà réussi en 1888 à enlever cette glande, mais ne s'était pas occupé

Voyage.

Troubles norwegiens
post pleine lune
semblant à la vindication
internationale pour obligeance
arbitraire.

3° 33. gav. headwadain
f. 391
13. aout 1892

Nanner. repre. de madame Krieger

Ven la 2^e lec

45 ans. 24 Rue de Lyon
Va avec le Dr. Vilhaut 18 juillet 1885

- Jamais malade, vigoureux -

- Il y a 2 ans. Coup à coup pris de la sue de l'œil gauche.

Eyg. ophtal. Thrombose artère centrale de rétine.

- En nov. 1885 (8. mois avant la consult.) remarque qu'il ne peut marcher ^{16mois aps 1^{re} visite} 10 minutes sans éprouver une douleur dans le pied et dans le mollet, suivie d'engourdissement de crampes

après 90 minutes de repos la douleur cesse puis la marche redevenait possible pendant 8 minutes et ainsi de suite.

La circulation des genoux limitait par en haut la partie affectée -

— Dans ces derniers temps quand le malade posait pied à terre, l'avant pied devient d^e violat puis la coloration ut permanente.

— La couleur l'avant pied devient tonante en comprimant artère fémorale (dans triangle de Scrofa) et veine.

les parties colorées non deviennent plus froides que l'autre -

— Un peu d'anesthésie au gr^e oreil

— une petite espèce de nystagmus du petit doigt à gauche. —

on fait marcher le malade pourtant

La consultation - le malade est toutefois fort ya
me vertebra et crânien, le pied très fléchi, tendances
vers l'antécubital comme dans la véritable crampes.

— Le malade a une voix brisée - man au
cœur, artères du poignet non dures.

Je diagnostique intermittente par l'ischémie
arterielle.

Le diagnostic avance été (Rhumatisme. Laméness)
Mr. Vass-moscou. Debout

Le voisin le malade le 16 mars, 8 mois après
Il peut marcher pendant 1/4 d'heure 20 minutes
et plus - Mais ^{maladie} inférieur tout entier engourdi
- 99 jours cela va mieux; ^{comme} cependant récidive et va venir de
l'île France à la fois dys.,大象牙病。

— Cependant 99. Syrups, permanents, & bons produits.
auj: 1^e maladie hiver & au printemps la main froide
par froid & échauffement - au 3^e matin, elle devient
2^e le poing serré & la tension -
il est maintenant plus rouge & plus froid que
les autres parties.
3^e au moment de la maladie la main le goutte
et rougit -

J'ai appris qu'il est mort d'une angine
de poitrine.

del Prof. Charcot
CONTRIBUZIONE *Onnaggio*
ALLA *Raffaele Vizioli*

NEUROPATHOLOGIA DEL DIABETE

*La claudicazione intermittente come mezzo diagnostico
nei casi di diabete decipiens*

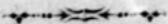
COMUNICAZIONE

fatta alla R. Accademia Medico-Chirurgica

nella seduta del 23 febbraio 1891

PEL DOTT.

Raffaele Vizioli



NAPOLI
Stabilimento Tipografico Tocco
S. Pietro a Maiella, 31
1891.

Contribuzione alla Neuropatologia del diabete.

La claudicazione intermittente come mezzo diagnostico nei casi di diabete decipiens.

Comunicazione fatta alla R. Accademia Medico-Chirurgica nella seduta del 23 Febbraio 1891 pel dott.

RAFFAELE VIZIOLI.

Ho l'onore di richiamare l'attenzione di questa Accademia sopra una serie di sintomi di natura neuro-muscolare a cui Charchot nel primo volle dare la denominazione di *claudicazione intermittente per obliterazione arteriosa*.

Questa denominazione quasi venne imposta allo stesso Charchot, perchè essa già esisteva da parecchio tempo nella Patologia Veterinaria, riscontrandosi il fenomeno medesimo nel cavallo in determinate condizioni patologiche.

Si chiamerebbe più propriamente *impotenza motrice da ischemia intermittente per occlusione arteriosa*; ma in Neuropatologia, con la giusta autorità di Charchot, tutti hanno accettato la denominazione di *claudicazione intermittente*.

Dicevo poco fa che il fenomeno si riscontra nel cavallo ed è ben conosciuto dai Veterenarii sotto i nomi di *zoppia intermittente* o di *claudicazione intermittente*.

Prima di studiarla nell'uomo, vediamo brevemente in che essa consiste nel cavallo.

Un cavallo, in apparenza di buona salute e che ha fatto per lo innanzi ottimo servizio, mentre trotta è preso, tutto ad un tratto, da zoppia ad uno, o, più spesso, a tutti e due gli arti posteriori, e dopo pochi istanti l'impotenza motrice del treno posteriore obbliga l'animale a stramazzare al suolo in uno stato di

grande abbattimento e con rigidità delle membra paralizzate.

Lasciato riposare per 15 minuti o più, il cavallo, come se nulla fosse avvenuto, si rialza e si trova di nuovo nello stato di poter riprendere il trotto; ma a capo ad una mezz' ora circa di bel nuovo è ripreso dall'istesso accidente e così di seguito.

Di solito, quando il cavallo è così caduto, viene fortemente frustato, perchè si crede ad un capriccio dell'animale, e sotto le frustate lo si vede fare degli sforzi inani per tentare di rialzarsi; ma tutto inutilmente, se non passa un determinato tempo.

Tale è, a sommi tratti, la *claudicazione intermittente* del cavallo di cui avea già letto la bella descrizione che ne fa Charcot e che per la gentilezza del Prof. Oreste ho avuto l'opportunità di vedere nel suo tipo classico un mese fa nella nostra R. Scuola di Veterinaria.

Che cosa avviene nel momento della crisi al povero animale? Ecco: È risaputo in patologia veterinaria fin da molto tempo che nel cavallo può facilmente avvenire l'obliterazione ora del tratto lombare dell'aorta, ora delle iliache, ora delle femorali, per trombismo. Non importa ora a noi di sapere le cagioni di questo trombismo che possono essere varie. Basti sapere che esso d'ordinario avviene in un modo più o meno istantaneo.

Avvenuta una volta l'obliterazione totale o parziale di uno o più tronchi arteriosi principali, si sa che manca, o è insufficiente il sangue per un tratto più o meno esteso del treno posteriore; e, finchè è possibile, la nutrizione dell'arto si fa colla circolazione collaterale, la quale può bastare, è vero, ad alimentare i muscoli, al solo patto però che i medesimi stiano in riposo o facciano una moderata funzione; ma una volta che si fa trotolare l'animale, cioè facciamo fare ai muscoli del treno posteriore uno sforzo, allora quella quantità di sangue che era bastevole per la nutrizione

di essi allo stato di riposo, non lo può essere più quando questi muscoli sono in funzione, nel quale momento hanno bisogno, come si sa, di una quantità supplementare di sangue arterioso, il quale non può essere più fornito, atteso il ristretto campo vasale.

Ne consegue da ciò, in tutto l'arto e specialmente nei muscoli, una ischemia relativa con consecutivo crampo, impotenza motrice, etc.

Dopo un riposo più o meno lungo il muscolo è rimesso nuovamente nelle condizioni fisiologiche, sempre però relativamente allo stato di riposo o di una moderata funzione; ma se torna a funzionare saremo da capo cogli stessi fatti.

Passando poi dalla patologia ippica allo studio sperimentale, ho voluto ripetere, a questo proposito, una vecchia e famosa esperienza di Stenone, ripetuta da Brown-Sequard e da altri: la ligatura cioè dell'aorta addominale.

Ligando in un coniglio l'aorta immediatamente al di sopra della sua divisione nelle iliache (e ciò per non comprendere nell'anemia il segmento lombare del midollo ed escludere così ogni influenza di esso sul fenomeno) ho potuto constatare i seguenti fatti:

1. La temperatura negli arti posteriori si abbassa;
2. I movimenti, dapprima difficili ed incerti, danno luogo ad una completa paraplegia con rigidità muscolare;
3. La pelle degli arti paralizzati è anestetica;
4. I riflessi sono aboliti.

Levata la ligatura, a poco a poco vanno a cessare tutti questi sintomi e gli arti ritornano allo stato normale.

Facendo stare la ligatura per più tempo, per due ore per esempio, i muscoli perdono la virtù di contrarsi, restano rigidi, e tutto cade in isfacelo, se la ligatura non è rimossa, o è rimossa dopo molto tempo.

Questa esperienza si può variare, facendo la semplice compressione digitale attraverso le pareti addominali, ottenendosi gli stessi risultati.

Premesso ciò, veniamo ora al fatto che ci riguarda più direttamente, cioè alla claudicazione intermittente nell'uomo, e vediamo come essa possa paragonarsi a quella del cavallo e coi fatti sperimentali, e in fine cerchiamo di trovare il rapporto tra essa e il diabete.

Prima permettete che io dica poche parole su due ammalati che presentavano il fenomeno della claudicazione, da cui ho preso l'occasione di fare questa comunicazione.

Verso il principio di questo inverno si presentava al dispensario elettroterapico dell'ospedale clinico un vecchio di circa 80 anni da S. Giovanni a Teduccio a nome Gioacchino Borreli. Quantunque a quell'età, era ancora ben portante.

Raccontava che da più di un anno innanzi gli era impossibile di fare di seguito un anche breve cammino senza essere obbligato a fermarsi ogni 5-6 minuti per riposarsi, e se ciò non faceva, cadeva per terra perchè gli arti inferiori divenivano impotenti a reggerlo. Tale impotenza era accompagnata da una specie di crampo doloroso lungo tutti e due gli arti. Tanto il dolore che la debolezza cessavano col riposo, e dopo poteva riprendere il cammino, come se nulla avesse provato, per poi ricominciare da capo colla impotenza motrice, col crampo doloroso nel proseguire a camminare.

A poco a poco questi fatti si sono andati sempre più accentuando fino a ridurre il povero vecchio nella quasi impossibilità di camminare per un tratto anche brevissimo di strada.

All'epoca in cui io l'ho osservato la prima volta si trovava appunto in questo stato.

Ebbi a notare inoltre che gli arti nel momento dell'impotenza motrice divenivano più freddi, un poco cianotici e il riflesso rotuleo diminuiva di molto. Da qualche tempo l'inferno era assalito di tratto in tratto da accessi di *angina pectoris*, accessi che erano quasi sempre provocati o dal moto o da emozione. Durezza in tutte le arterie accessibili.

La claudicazione speciale, risvegliandomi alla mente il sospetto di diabete, disposi per una immediata ed accurata analisi delle urine che dette per risultato il 50 per litro di zucchero.

Dopo aver raccomandato il riposo assoluto e la dieta carnea licenziai l'infermo.

L'ho riveduto in seguito per altre due volte nel suo paese nativo e l'ultima volta lo trovai coi fatti dello incominciato sfacelo alla gamba sinistra, e poco dopo seppi dal suo medico curante che moriva sotto un accesso di *angina pectoris*.

L'altro infermo è un certo Orazio di Mare da Arzano, di anni 42.

In lui i fenomeni, si può dire, sono allo stato incipiente. Da qualche tempo egli non può recarsi dal suo paese a Napoli, ogni mattina, a piedi, come sempre aveva fatto per venirvi ad esercitare il suo mestiere di immondezzaio, perchè, dopo un certo tratto di strada, è preso da formicolio intenso e penoso insieme a raffreddamento agli arti inferiori, e, seguitando a camminare, da dolori ed infine da impotenza motrice da obbligarlo a fermarsi. Col riposo questi fatti cessano, per ricominciare novellamente se si rimette a camminare, ovvero se fa degli sforzi a cui lo obbliga il suo mestiere. Dice che nelle ultime volte che, sforzandosi e riposandosi per istrada, ha potuto arrivare a Napoli, non gli è stato poi possibile per tutta la giornata esercitare il suo mestiere, perchè, ad ogni sforzo per alzare pesi, o quando doveva fare un tratto non breve di strada, era obbligato a riposarsi.

È un individuo molto decaduto nella nutrizione da sembrare già vecchio alla sua età.

Anche in lui riscontrai, oltre il raffreddamento degli arti nel momento della impotenza motrice, una diminuzione dei riflessi patellari. Nessuna colorazione cianotica.

Per la ragione detta di sopra feci praticare l'esame dell'urina e si rinvenne il 45 per litro di zucchero.

È a notarsi che in tutti e due questi infermi l'alimentazione è stata sempre prevalentemente amidacea; anzi nel secondo quasi esclusivamente tale; che lo zucchero diabetico è interamente scomparso dopo un sol giorno di cura carnea.

In tutti e due mancavano assolutamente i sintomi che sogliono presentare i diabetici; tutti e due, pel loro mestiere, avevano esercitato molto gli arti inferiori.

Ecco due infermi che, a diverso grado, presentano gli stessi fenomeni che abbiamo visto nel cavallo. In questo sappiamo ora il meccanismo con cui si determinano i fatti della claudicazione.

Nei nostri infermi quale è la condizione che produce il medesimo fenomeno?

Oggi per gli studii dell'Anatomia patologica, e specialmente per i lavori bellissimi del Ferraro, ispirati dal nostro Professor Cantani, siamo in grado di affermare che nei diabetici esiste una forma di endoarterite iperplastica, con tendenza a restringere od anche occludere il lume delle arterie, chiamata pure *endoarterite diabetica*.

Ora è facile comprendere che, verificandosi il più delle volte il fenomeno della claudicazione intermittente nei diabetici, sia questa condizione vasale la causa precipua dell'ischemia intermittente che dà come risultato la claudicazione con tutti i fatti che l'accompagnano.

Non è necessario, come nel cavallo, che sia occluso un vaso più o meno grande per avversi il fenomeno. Dato un restringimento iperplastico concentrico che restringa per metà, o anche di più, il lume delle arterie; e dato ancora che questo restringimento sia diffuso in tutto, o in gran parte dall'albero arterioso di un arto, e specialmente se sono interessate le arterie nutritizie dei muscoli, ci farà facile comprendere che quella tale quantità complementare di sangue arterioso non possa arrivare al muscolo quando esso

entra in azione, e quindi la consecutiva ischemia intermittente con la sindrome che le è speciale.

A questo punto sorge spontanea una difficoltà.

Essendo l'endoarterite diabetica diffusa in tutto l'albero arterioso perchè nei nostri infermi e negli altri descritti, i fenomeni di ischemia intermittente debbono limitarsi soltanto negli arti inferiori?

Prima di tutto c'è il caso descritto da Nothnagel in cui il fenomeno si riferiva ad un arto superiore. Eppoi, se è vero che l'endoarterite diabetica è provocata dalla presenza dello zucchero nel sangue, ne viene in conseguenza che debbono risentirne di più l'azione quegli organi che funzionano di più, perchè più irrorati; e noi sappiamo che tra i muscoli della nostra economia sono quelli degli arti inferiori che stanno quasi continuamente in funzione, servendoci di essi, oltrechè pel cammino, anche per la stazione eretta, come ha bellamente dimostrato Iaccoud per spiegare le forme di paraplegia così dette da ischemia.

Eppoi l'anatomia patologica che non ha mai lavorato finora su questo indirizzo non ci ha detto ancora se in questi casi esista veramente una restrizione maggiore del lume delle arterie negli arti inferiori.

Questa mi sembra la ipotesi più probabile per spiegare il fenomeno, ipotesi del resto che fu già intraveduta dallo stesso Charcot, il quale fin dal 1850 è stato il primo a descrivere il fenomeno e lo pubblicò in una dotta memoria.

Dopo di lui fu richiamato l'attenzione sui fatti di simil genere e comparvero altri lavori come quello del Saburin, del Nothnagel, del Frerichs, del Tèrillon etc. e in questi ultimi tempi lo stesso Charcot in una delle sue lezioni, a proposito di un altro caso di claudicazione intermittente, ha richiamato di nuovo l'attenzione dei clinici, facendo rilevare che essa, pur essendo sempre l'espressione di una ischemia intermittente dei muscoli per occlusione arteriosa, era anche quasi sempre

espressione del diabete. In fatti in quasi tutti i casi da lui osservati si riscontrava zucchero nelle urine.

Sia o no sempre la claudicazione intermittente una espressione del diabete, il fatto importante a notare è che essa prelude sempre allo sfacelo, che comparirà più o meno presto, a seconda che l'infermo è stato sottoposto più o meno ad una rigorosa cura, la quale si riassume tutta in questo unico e solo precetto: *Non fare, a qualunque costo, funzionare i muscoli.* Nel caso citato da Saburin l'ammalato potè vivere, osservando questo precetto, per ben altri 4 anni dopo la comparsa dei primi segni della claudicazione.

Le conclusioni sono brevi e sono le seguenti:

1.^o La così detta claudicazione intermittente è quasi sempre l'espressione dell' endoarterite iperplastica da diabete.

2.^o Sia o no essa espressione del diabete, prelude sempre allo sfacelo, e sotto questo rapporto, è da ritenersi come un prezioso segno premunitore pel medico e per l' ammalato.

3.^o L'*angina pectoris*, di cui rimase vittima il primo infermo, starebbe per provare che anche le coronarie erano invase dal processo di *endoarterite iperplastica*, ed il cuore mostrava anch'esso di avere la sua ischemia intermittente.

4.^o Si può, nei casi di diabete *decipiens*, quasi con certezza avere un elemento (quando c'è) per la diagnosi, da una via alla quale non si sarebbe mai ricorsa: la via della endoarterite iperplastica.

Rapporto della Commissione della R. Accademia sul precedente lavoro.

Signori Socii

Nella tornata che questa Accademia teneva il 22 febbraio ultimo il D.r Raffaele Vizioli lesse una sua contribuzione alla neuro-patologia del diabete intorno alla così detta *claudicazione intermittente*, ed i sottoscritti sono lieti farne relazione, essendo il lavoro ben meritevole di considerazione.

L'autore crede non propria la denominazione data al fenomeno; che preferisce chiamare *impotenza motrice da ischemia intermittente per occlusione arteriosa*, indicandone così la patogenesi; e fa la storia della claudicazione intermittente nel cavallo, nel quale animale dimostra il fatto in rapporto di occlusione per trombismo di uno o più tronchi arteriosi importanti del treno posteriore. La circolazione collaterale cioè, che si stabilisce, basta solo ad alimentare i muscoli ed a farli funzionare moderatamente; ma se l'attività diviene più energica, come nel trotto, manca la quantità supplementare di sangue arterioso richiesta, e ne consegue ischemia, crampo, paralisi. E questa patogenesi conferma sperimentalmente, ripetendo la nota ligatura dell'aorta addominale, che esegue nel coniglio, e che è seguita, come si sa, da abbassamento della temperatura, paraplegia e rigidità muscolare, anestesia della pelle degli arti paretici, ed abolizione dei riflessi; i quali fenomeni cessano rimuovendo la ligatura.

Indi l'autore riferisce particolarmente la due storie cliniche, che gli hanno dato occasione alla comunicazione; e trattasi di due infermi col fenomeno a

grado diverso della claudicazione intermittente, senza altre manifestazioni diabetiche, quando l'uno aveva 50 e l'altro 45 per litro di zucchero. Oltre a ciò il primo soffriva di accessi di angina di petto, e moriva per un di essi, ed ambedue pel mestiere erano costretti a camminare molto.

A spiegare il fenomeno ricorda l'anatomia patologica vasale del diabete e le ricerche del Ferraro ispirate dal Cantani, ed ammette con lo Charcot per la endoarterite iperplastica diabetica il restringimento concentrico del lume delle arterie, onde il difetto del sangue necessario nell'attiva funzione, determinandosi ischemia, crampo, impotenza motrice, ed il ritorno della attività funzionale dopo un certo riposo, per essere sorpreso più tardi dagli stessi fenomeni.

Alla obiezione che l'endoarterite diffusa diabetica dovrebbe determinare ischemia non limitata ai soli arti inferiori, l'autore riferisce il caso del Nothnagel, nel quale si aveva il fenomeno in un arto superiore, ed osserva che le conseguenze dei fatti vascolari si debbono aspettare nelle parti che più attivamente funzionano, maggiormente irrorate dal sangue arterioso, come nei muscoli degli arti inferiori che lavorano nel cammino ed anche nella stazione eretta.

E poichè in quasi tutti i casi finora osservati dallo Charcot e da altri si è riscontrato zucchero nelle urine, il Vizioli vede nella claudicazione intermittente un segno indiretto per la diagnosi di un diabete non rivelato dai comuni sintomi, siccome avveniva nei due casi da lui riferiti.

E dopo altre minori considerazioni l'autore viene alle seguenti conclusioni:

1.^a La così detta claudicazione intermittente è quasi sempre l'espressione della endoarterite iperplastica del diabete.

2.^a Sia o no espressione di questa condizione, prelude sempre allo sfacelo, e sotto questo rapporto è utile segno premonitore pel medico e per l'ammalato.

2.^a L' angina pectoris può indicare che anche le coronarie sono prese dall'endo-arterite iperplastica.

4.^a Nei casi di poco manifesto diabete , è buono elemento di diagnosi a riconoscerlo.

I sottoscritti dunque, pure riconoscendo che saranno utili nuove osservazioni e nuove ricerche a conferma dei dati esposti dal Vizioli, giudicano la sua comunicazione assai importante.

D'altra parte credono loro debito ricordare che egli ha letto a questa Accademia altri tre lavori, cioè:

1.^a Dell'applicazione del freddo negli aneurismi ed in ispecie , se l'azione del ghiaccio possa continuarsi od alternarsi con l'elettroterapia nei casi di aneurisma dell'aorta toracica.

2.^a Casi di contrattura ereditaria ripetentesi in tre generazioni.

3.^a Guarigione immediata e completa, mercè la suggestione, di una paralisi vescicale isterica durata 14 mesi , e questo lavoro è comune col prof. Frusci.

In fine il D.r Raffaele Vizioli, già pareggiato nello insegnamento della nevropatologia e della elettro-terapia è autore di altri sette lavori ; fin dal 1877 ha il posto di aiuto onorario alla Università per detta disciplina nell' Ospedale Clinico, e come redattore del Giornale di Nevropatologia vi scriveva e vi scrive riviste, sunti e biografie; pei quali titoli onorarii ed importanti la Commissione crede proporlo a socio onorario della nostra Accademia (1).

G. ALBINI

L. ARMANNI

FRANCESCO FEDE *relatore*

(1) Dopo la lettura di questo rapporto , l'Accademia Medico-Chirurgica di Napoli elesse ad unanimità il Dott. Raffaele Vizioli a socio onorario.

refos, don la Gaudie: iato nulo.

Sia o no sempre la diabete. Una
espirazione del dialetto, è fatto importante e nobile
e che essa prelude sempre a lo Sfondo, che
comporòra più o meno pronto, e seconda che
l'inforno è stato sottoposto più o meno
ad una vigorosa cura, la quale si riasfeme
fatta in questo modo e solo precetto:
Non fare a qualunque costo, funzionare
i muscoli. Nel caso citato da Sabourin
l'amelatto pote utrere, osservando questo precetto
per ben altri altri 4 anni dopo la comparsa
dei primi segni della claudicazione.
Vigore. Claud. ent. nel dialetto. p. 10