

éclatants sont plus fréquents chez les anémiques que chez d'autres personnes. Toutefois nous ne pouvons pas leur accorder une valeur diagnostique particulière.

L'étude des *échanges organiques dans l'anémie grave* présente un grand intérêt, mais n'a malheureusement pas été poussée assez loin jusqu'ici. On a des motifs de croire — et il serait à désirer que ce fait fût mieux établi — que la consommation de l'oxygène est réduite dans toute anémie d'un haut degré, et que les *conséquences de cette absorption moindre de l'oxygène* par l'organisme doivent nécessairement se faire sentir. De là résulte surtout, comme A. FRÄNKEL l'a démontré par voie expérimentale, une *désintégration plus rapide de l'albumine* des tissus et une *élimination proportionnellement plus considérable d'azote par l'urine*. Cet état de chose a également été constaté par nous, notamment dans un cas d'anémie essentielle très prononcée, et dans d'autres cas encore, d'accord en cela avec différents observateurs. Comme l'élimination de l'azote dépend naturellement de beaucoup d'autres facteurs, cette démonstration n'est pas toujours si facile à faire ; une chose est certaine, c'est qu'en beaucoup d'anémies graves, l'azote éliminé dépasse en quantité l'azote introduit. Cette circonstance acquiert une portée spéciale quand on la met en rapport avec certains états pathologiques qu'on rencontre dans l'anémie, surtout avec la *dégénérescence adipeuse* considérable et presque constante de plusieurs organes, notamment du cœur, des reins, etc. Cette adipeuse est l'expression anatomique directe de la destruction anormale d'albumine qui s'opère dans le corps, puisque la graisse est le résidu non azoté de l'albumine désintégrée. Si la graisse elle-même ne s'oxyde pas davantage, cela tient de nouveau au manque d'oxygène. Et effectivement on ne voit que trop que le pannicule adipeux se conserve remarquablement longtemps chez beaucoup d'anémiques.

Il est clair que la dégénérescence graisseuse des organes n'est pas sans entraîner à son tour certaines conséquences. Nous avons dit plus haut que la transformation adipeuse du cœur peut donner lieu à des irrégularités des battements cardiaques. Cependant il faut remarquer qu'on ne doit pas exagérer cette influence ; car on est parfois étonné de l'énergie du cœur, malgré le haut degré de dégénérescence de son tissu. Mais ce qui importe davantage, ce sont les *altérations corrélatives des parois vasculaires* dont les effets cliniques se font souvent sentir, surtout par les *tendances hémorragiques* si communes en beaucoup de cas d'anémie. Très souvent (par exemple dans la leucémie) se développe une diathèse hémorragique formelle. D'un autre côté nous verrons plus tard (v. le chap. de l'anémie pernicieuse) que l'état *hémoglobinémiq*ue et l'*intoxication chro-*

nique *par le ferment fibrineux* qu'il occasionne dans l'organisme, contribue également à la production d'hémorragies capillaires dans les anémies graves. Il y a lieu encore d'admettre en beaucoup de cas une *perméabilité anormale des parois vasculaires*. C'est à elle qu'est due l'apparition fréquente chez les anémiques d'*œdèmes* de faible intensité, qui ne doivent qu'exceptionnellement être envisagés comme des œdèmes par stase, résultant de la faiblesse du cœur (v. plus haut). La *polyurie* chez les anémiques est parfois le signe d'une perméabilité anormale des vaisseaux du rein.

Disons encore à propos de *l'état de l'urine* dans l'anémie profonde, qu'à la vue elle est ordinairement assez claire. Il est évident que la matière colorante de l'urine qui se forme aux dépens du pigment sanguin, est diminuée, mais la polyurie dont nous venons de parler (1500 à 2000 Cc et plus d'urine en 24 heures) est aussi parfois pour quelque chose dans cette décoloration. Malgré cela le *pois spécifique* de l'urine est souvent *relativement* élevé, plus élevé qu'on ne le croirait à la simple inspection, et va quelquefois jusqu'à 1015 et 1021. Cela tient évidemment à la grande quantité de matériaux fixes qu'elle renferme et en conséquence on trouve quelquefois, comme il a été dit plus haut, une *proportion relativement forte d'urée* (25 à 32 Grm. en 24 heures), nous disons forte quand on la met en rapport avec la nourriture prise. Il est vrai qu'en plusieurs circonstances l'élimination de l'urée est moindre. Quant aux autres éléments constituants de l'urine, on n'en sait encore rien de précis. Les *phosphates* sont parfois en quantité excessivement minime au regard du chiffre relativement considérable des urates. *L'albuminurie* ne se rencontre qu'exceptionnellement dans l'anémie simple.

Mentionnons pour finir les *données fournies par la température*. Tant dans les formes graves de l'anémie essentielle que dans les hauts degrés de l'anémie secondaire (par exemple après de fortes gastrorrhagies, etc.), on observe très souvent la *fièvre dite anémique*. La chaleur animale est sujette à des exacerbations irrégulières, ordinairement vespérales, qui montent à 38°,5 et à 39°,0 et au delà. Cette fièvre ne dépend pas d'altérations organiques inflammatoires. Selon toute probabilité elle tiendrait beaucoup plus à la présence du ferment fibrineux dans le sang.

Tableau morbide et marche de la chlorose. On désigne du nom de *chlorose* ou de *pâles couleurs* ces formes légères de l'anémie essentielle telles qu'elles se montrent surtout chez la femme arrivée à la période de la puberté. Cette maladie se produit parfois d'une manière rapide chez des jeunes filles bien portantes jusque-là, pour disparaître complètement après quelques semaines ou quelques mois. D'autres fois le cours total de la

maladie est plus chronique, moins nettement circonscrit, de façon qu'elle ressemble davantage à de l'anémie constitutionnelle (chlorose d'habitude). En beaucoup de cas il conviendrait mieux de considérer l'affection comme une série de *récidives* de la chlorose.

Les différents *symptômes morbides* de la chlorose dépendent presque tous directement de l'anémie et dès lors correspondent parfaitement au tableau que nous avons tracé ci-dessus. Il n'y a que l'intensité et la multiplicité des symptômes qui varient considérablement dans les divers cas. Il est des cas légers qu'on peut à peine qualifier de morbides, où les jeunes filles, parfaitement bien portantes pour tout le reste, passent pour « légèrement chlorotiques », tandis qu'en d'autres cas, après que toutes les nuances intermédiaires ont été parcourues, on voit se développer l'image achevée d'une anémie grave avec toutes ses conséquences.

Un signe constant et indispensable du diagnostic, c'est la *pâleur* plus ou moins prononcée de la face, de toute l'enveloppe cutanée, et des muqueuses visibles. Ajoutez-y, dans la pluralité des cas, l'*abattement* général et une tendance marquée à la *fatigue musculaire*, l'aversion et l'inaptitude pour tout travail manuel et intellectuel un peu soutenu, puis la propension aux *maux de tête* et aux *vertiges*, etc. Les symptômes nerveux d'une autre nature qui se présentent (hystériques) ne relèvent pas directement de l'appareil phénoménal de la chlorose et ne se montrent qu'à titre de complications. Les chlorotiques se plaignent fréquemment de *troubles de l'estomac*. Leur appétit laisse d'ordinaire à désirer, et après avoir mangé, elles souffrent quelquefois d'une *oppression* pénible à la région épigastrique. Des *cardialgies* véritables se manifestent parfois. Elles sont le plus souvent d'un caractère purement nerveux, mais peuvent tenir aussi à un ulcère de l'estomac qui complique la chlorose. Les *selles* sont en retard, ce qui est dû à la diminution des aliments et à la lenteur du mouvement péristaltique de l'intestin. — Au niveau des *veines du cou* on entend parfois un fort souffle, le *bruit de nonnes* dont nous avons parlé plus haut. L'examen du cœur fait reconnaître une légère dilatation, qui tient probablement à la facilité avec laquelle le muscle cardiaque cède à la pression sanguine. Les *bruits anémiques* ne sont pas rares au cœur. Le pouls est accéléré, très excitable. Pour le reste, l'exploration des organes internes ne fournit rien d'extraordinaire ; et notamment il y a absence presque constante de symptômes indiquant une altération de la rate, de la moelle osseuse ou des ganglions lymphatiques. La *fièvre* est rare dans la chlorose non compliquée ; dans les cas graves on constate souvent, principalement vers le soir, de légères ascensions thermiques (jusqu'à 38°,5 environ). L'*urine* est d'ordinaire pâle, ne s'écartant pas nota-

blement de l'état normal pour ce qui concerne la quantité et les éléments constituants. Il est digne de remarque enfin que la *menstruation* chez les filles chlorotiques est très souvent irrégulière. Quelquefois elle est très lente à se déclarer la première fois, ou bien elle est à chaque époque très peu abondante. Ce n'est que dans quelques cas rares qu'on observe des métrorrhagies.

On a cru, en faisant des *analyses approfondies du sang*, arriver à une connaissance précise de la pathogénie de la chlorose. En tirant une goutte de sang du bout du doigt, on constate à première vue qu'il est d'une *pâleur* remarquable. Si l'on examine ce sang au *microscope*, on voit que les hématies ne *s'empilent pas bien en rouleaux*, qu'elles sont plus claires, plus transparentes, d'inégale grandeur et qu'à côté de globules rouges de dimension normale, il y en a de remarquablement petits (*microcytes*), quelques-uns aussi d'une dimension extraordinaire (*macrocytes*). On remarque aussi par-ci par-là des hématies de forme irrégulière (*poikilocytes*). Les *globules blancs* sont d'ordinaire un peu augmentés en nombre, de façon qu'il y a un certain degré de *leucocytose* (v. plus bas). Quelquefois on constate la présence dans le sang d'une multitude de *produits granuleux* qu'on considère le plus souvent comme des déchets de leucocytes. On a tenté à différentes reprises, à l'aide de *méthodes particulières de numération* (MALASSEZ, HAYEM, THOMA, etc.), de déterminer exactement le chiffre des hématies dans la chlorose et les affections ayant de l'affinité avec elle. Ces procédés ont fait voir qu'en général le *nombre des hématies* a considérablement *baissé*, au point que dans un millimètre cube il n'y a, au lieu du chiffre normal de 5 millions, que 3 à 3 ½ millions de globules rouges, et encore moins. Il importe de remarquer cependant que, dans une série de cas, le chiffre des hématies n'est pas descendu (DUNCAN, HAYEM, LAACHE), et on en conclut que le principe colorant, l'*hémoglobine* des hématies, doit probablement être diminuée en quantité, ce qui n'est pas toujours le cas. — On manque encore de données positives sur tous ces différents faits. Nous reviendrons dans le chapitre suivant sur quelques vues hypothétiques qui offrent de l'intérêt, et nous y décrirons encore plus en détail les altérations que le sang peut subir.

On a vu plus haut à combien de variations le *cours de la chlorose* est sujet. Beaucoup de cas, graves en apparence au commencement, se terminent après 4 à 6 semaines ou après quelques mois, par une guérison complète. D'autres cas sont beaucoup plus rebelles, bravent toutes les médications et sont marqués de fréquentes *récidives*. Le *pronostic* par conséquent est en somme favorable, mais au début il comporte toujours une certaine réserve. Il est vrai que la chlorose commune ne met jamais la vie en un *danger*

imminent. Mais d'autre part, nous verrons tout à l'heure qu'il existe un lien de transition continue entre la « chlorose commune » et l'« anémie pernicieuse », et qu'un cas étant donné, on ne sait jamais dès l'abord dans laquelle des deux catégories il finira par se ranger.

Diagnostic. D'après ce qui précède, le diagnostic de la chlorose doit être considéré comme très facile ou comme entouré de grandes difficultés. Il est *facile* en ce sens que les symptômes caractéristiques de la chlorose, la pâleur du tégument et les suites ordinaires de l'anémie générale, en réalité se reconnaissent toujours aisément, mais il est *difficile* si l'on envisage que l'anémie ne peut être qualifiée de chlorose que pour autant qu'elle est positivement de nature primitive et essentielle. Cela étant, on n'est autorisé à porter le diagnostic de la chlorose, qu'après qu'une exploration attentive de tout l'organisme aura éliminé tous les facteurs étiologiques auxquels l'anémie pourra être attribuée, en tant qu'état morbide *secondaire*. Il faudra donc songer avant tout à l'éventualité d'une *tuberculose* débutante (faire l'examen du poumon, des crachats, de l'habitus général, des conditions héréditaires, etc.). Puis on tiendra compte d'une lésion anatomique possible de l'estomac (ulcère, dilatation, catarrhe). On se demandera s'il n'existe pas quelque *affection* chronique du *rein*, parfois aussi une *syphilis* constitutionnelle (chlorose syphilitique) etc. En beaucoup de circonstances toutes ces formes anatomiques secondaires de l'anémie et d'autres encore sont faciles à exclure ; mais quelquefois aussi il est très malaisé de formuler un jugement décisif.

Traitement de l'anémie et de la chlorose. Le traitement de la chlorose, comme de toute autre forme d'anémie, doit viser avant tout à promouvoir et à soutenir de toutes les manières le travail de régénération du sang. Cette indication peut être remplie, d'abord par une série de mesures de diététique et d'hygiène, et ensuite par l'administration d'un certain ordre de médicaments.

En ce qui concerne les premières, il faut veiller tout d'abord à procurer aux malades du *bon air* et une *alimentation bien ordonnée*. Mainte citadine au teint pâle reprend des joues roses après avoir séjourné quelques semaines aux champs, dans un pays montagneux ou au bord de la mer. Le choix du séjour doit naturellement être dicté par les conditions cosmiques. Très souvent une saison appropriée à la campagne rend d'aussi bons services qu'un voyage dispendieux dans un pays lointain. Si le séjour à la mer est indiqué, la Baltique mérite la préférence dans les cas graves de chlorose. Nous indiquerons plus loin les stations balnéaires où l'on trouve à la fois la jouissance de la saine atmosphère des bois et les sources ferrugineuses à boire.

Quant à l'*alimentation* des anémiques, une nourriture riche en albumine et de digestion facile est ce qui convient le mieux. Il faut réduire la quantité de carbures hydriques et de graisse dans l'alimentation des anémiques chargés d'un fort pannicule adipeux, tandis qu'ils sont particulièrement à recommander chez les malades maigres (mets farineux faciles à digérer, extrait de malt, bon beurre, huile de foie de morue, etc.). Le lait, quand il est toléré, est toujours un excellent aliment pour les anémiques. Toutefois la diète lactée exclusive, la *cure au lait*, comme nous l'avons dit dans le premier volume, n'est le plus souvent pas en situation. On a attaché de divers côtés une valeur outrée à l'usage des *boissons alcooliques*. On peut les accorder en quantité modérée, surtout quand les malades le désirent et qu'elles ont pour effet de stimuler leur appétit. Les anémiques amaigris se trouvent le mieux de l'usage de bières riches en principes extractifs (porter, etc.), tandis que le vin est souvent mal supporté par les filles chlorotiques.

Un facteur auquel nombre de médecins accordent également beaucoup de mérite, c'est l'*exercice prolongé au grand air*. Cependant on dépasse quelquefois le but sous ce rapport, et il n'arrive que trop souvent que des filles chlorotiques sont contraintes malgré elles à faire des promenades forcées et n'en deviennent que plus lasses et plus abattues qu'auparavant. Dans les cas les plus graves, nous considérons même un certain degré de *repos physique* comme un *pressant desideratum* pour épargner au corps des efforts musculaires inutiles qui sont inséparables d'un travail de désassimilation organique. Nous avons été témoin des meilleurs et des plus rapides succès dans le traitement de la chlorose institué à l'hôpital, où souvent des ouvrières de fabrique et des filles de boutique atteintes de la maladie, commençaient par rester au lit huit jours durant. Si donc d'une part, l'air frais de la campagne et des bois est incontestablement d'une grande utilité, il y a d'autre part une mesure à garder quant aux différents exercices corporels. Les malades se sentent-ils plus forts et plus dispos, l'envie leur vient d'elle-même de se livrer à des fatigues physiques, et alors les promenades au loin, les courses à pied, etc., peuvent certainement être avantageuses.

Parmi les *médicaments* usités contre toutes les formes de l'anémie, les *préparations ferrugineuses* occupent depuis longtemps le premier rang. Jusqu'à ces derniers temps, on a ignoré complètement leur mode d'action, des recherches positives ayant établi que les sels de fer ne sont absorbés dans l'intestin que dans des proportions infinitésimales et que la quantité de fer requise par l'organisme est tellement petite que la dose qu'en renferment les aliments ordinaires suffit amplement à ce besoin. C'est BUNGE le premier qui récemment a donné une explication acceptable, pour quelques cas du

moins, de l'action thérapeutique du fer. Il a notamment démontré que le fer n'existe guère dans les aliments à l'état de composé inorganique, mais dans une combinaison organique très complexe, qu'il a appelée *hématogène*. Ce sont les sels ferrugineux inorganiques qui préserveraient l'hématogène de la décomposition, surtout en neutralisant les sulfures alcalins qui se forment facilement dans l'intestin et dont l'action destructive sur l'hématogène est démontrée.

De là ressort déjà que le fer ne peut pas agir de la même manière dans tous les cas d'anémie ; et en effet, on remarque souvent que certains anémiques prennent pendant un temps considérable le fer sans aucun résultat. D'autre part, les effets des préparations ferrugineuses sont tellement favorables en apparence que maintenant encore, en dépit de l'insuffisance de nos notions théoriques, nous prescrivons ordinairement dans l'anémie grave et en particulier dans la chlorose, outre les remèdes diététiques généraux, une des multiples préparations de fer en usage.

En général, c'est la règle de ne pas prescrire le fer à trop faible dose, et de le donner 2 ou 3 fois par jour immédiatement après les repas. Le fer réduit par l'hydrogène est une substance pulvérulente parfaitement pure, excessivement fine, qu'on administrera plusieurs fois par jour à la dose de 0,05 à 0,2 en poudre ou en pilules. Pour la médecine des enfants on recommande les *pastilles de chocolat ferrugineux* confectionnées avec du fer réduit. On prescrit dans des boîtes deux préparations officinales : le *carbonate de fer saccharin* et l'*oxyde de fer saccharin soluble* (3 fois par jour $\frac{1}{2}$ à 1 cuillerée à thé dans de l'eau). Ce dernier a de plus l'avantage de ne pas noircir les dents. Comme composé ferrugineux de facile digestion, citons encore le *lactate de fer* (en poudre ou pilules depuis 0,3 à 0,75) et enfin le *sulfate de fer*, base des *pilules dites de Blaud* (sulfate de fer, carbonate de potasse pur, ana 15,0, gomme adragante q. s. pour 100 pilules, trois fois par jour 3 à 5 pilules). Parmi les gouttes chalybées, les plus en usage sont la *teinture éthérée d'acétate de fer*, la *teinture éthérée de perchlorure de fer* et la *teinture de mars pommée* (toutes à l'état de pureté ou mêlées à du sirop simple à la dose de 20 à 40 gouttes), cette dernière est surtout usitée chez les enfants. On recommande aussi la *liqueur d'albuminate de fer* (3 fois par jour une cuill. à thé) qui a l'avantage d'agir favorablement sur l'appétit. Enfin on a tout dernièrement fait de nombreux essais avec l'*hémoglobine* à l'intérieur, notamment avec les pastilles d'hémoglobine de PFEUFER (6 par jour) préparées avec du sang de bœuf, essais qui n'ont pas trop mal réussi. — On associe parfois les préparations ferrugineuses à d'autres remèdes et en particulier à la *quinine* (qui peut agir comme amer et « tonique », puis contre

la céphalalgie dépendante de l'anémie), aux stomachiques (extrait de gentiane, etc.), aux dérivatifs (extrait d'aloès), etc.

Parfois le fer n'est pas supporté, et occasionne des troubles digestifs, de la diarrhée, etc. Alors on doit changer de préparation ou diminuer la dose. C'est en grande partie pour obéir à un préjugé qu'on avertit les malades soumis au traitement ferrugineux de ne pas faire usage de mets acides.

L'emploi du fer sous forme d'*eaux minérales* est très répandu, quoique la quantité de fer introduite dans l'organisme de cette manière soit tellement petite qu'on a peine à comprendre leur efficacité thérapeutique. Parmi les eaux artificielles, l'*eau ferrugineuse pyrophosphatée* est la meilleure et d'ordinaire la mieux acceptée par les estomacs débiles. On expédie au loin beaucoup d'eaux minérales naturelles. Prises sur place, elles ont plus d'effet, ce qui tient uniquement à ce que les conditions hygiéniques générales qui environnent les malades dans les stations balnéaires, sont beaucoup plus favorables que celles où ils vivent chez eux. Les sources ferrugineuses les plus renommées et les mieux visitées en Allemagne et en Suisse sont : *Cudowa, Rippoldsau, Homburg, Elster, Schwalbach, Pyrmont, Driburg, Liebenstein, St-Moriz, Tarasp*, etc. Les *bains ferrugineux* sont aussi recommandés, cependant ils ne doivent pas leur effet à la proportion de fer qu'ils contiennent, mais au mélange d'acide carbonique et à leur température. Il paraît d'ailleurs que les *bains* dans la chlorose ont parfois une utilité remarquable, et c'est pourquoi nous prescrivons souvent aux chlorotiques des bains simples ou des *bains salins* (5 à 6 livres de sel ajoutés à un bain de 26 à 27° R. à prendre deux à trois fois par semaine pendant 15 à 20 minutes).

Après le fer, les autres remèdes internes entrent beaucoup moins en ligne de compte dans le traitement de la chlorose. Il n'y a à signaler ici que l'*arsenic* qui exerce souvent une action particulièrement avantageuse sur l'ensemble de la constitution et mérite par conséquent d'être employé dans la chlorose grave, soit seul, soit associé au fer (v. recettes dans l'appendice). Citons encore comme digne d'une mention spéciale l'*acide chlorhydrique* qui rend parfois de grands services en cas de dérangements gastriques (tension à l'épigastre). On prescrit de 10 à 15 gouttes d'acide chlorhydrique dilué dans $\frac{1}{4}$ de verre d'eau $\frac{1}{2}$ heure après les repas. SCHOLZ et STRÜBING recommandent le *soufre* (soufre dépuré 10,0, sucre de lait 20,0, trois fois par jour une prise sur la pointe du couteau). — Pour ce qui regarde les essais d'*injections sous-cutanées de sang*, v. le chapitre suivant.

On tâchera de remédier à la *constipation* coexistante, d'abord par des prescriptions diététiques (une alimentation d'une action mécanique un peu

plus excitante, fruits, pain non bluté) et par des dérivatifs légers, au cas seulement où les premiers moyens ne réussiraient pas.

CHAPITRE DEUXIÈME.

ANÉMIE ESSENTIELLE PERNICIEUSE.

(Anémie pernicieuse progressive. Forme grave de l'anémie essentielle).

Définition et étiologie. Nous appelons *anémie pernicieuse* (v. p. 665), cette forme d'anémie essentielle qui ne se termine pas, comme la chlorose, par la guérison ou qui s'arrête quand elle est arrivée à une limite d'intensité relativement légère, mais qui marche fatalement en avant et, en de nombreux cas, conduit directement à la mort par le degré considérable d'anémie auquel elle parvient. Le mot « essentiel » indique de plus qu'il s'agit d'une anémie *primitive*, dont le développement ne s'explique que par une cause morbide qui entrave l'hématopoèse ou vicie le sang lui-même. Nous devons nous en tenir rigoureusement à cette manière de voir, surtout à l'encontre des tentatives répétées faites en ces derniers temps pour rayer totalement l'anémie pernicieuse du cadre nosologique, en tant que maladie idiopathique, et pour ne la considérer que comme une *anémie secondaire* grave, due aux causes les plus disparates.

Convenons toutefois que l'existence d'une anémie primitive est parfois admise à la légère et qu'une exploration plus scrupuleuse finirait par découvrir à l'anémie une cause particulière. Est-on tombé dans quelque grosse erreur de diagnostic, l'autopsie viendra éclaircir le problème. Assez souvent, pour en donner un exemple, un cas morbide envisagé pendant la vie comme une « anémie pernicieuse », s'est révélé à l'amphithéâtre avoir été un carcinome de l'estomac (v. t. I). Dans d'autres circonstances, la cause première de l'anémie est beaucoup plus difficile à trouver. C'est ainsi que l'anémie grave des ouvriers du tunnel Saint-Gotthardt fut prise au début pour une anémie essentielle, jusqu'à ce que des recherches plus minutieuses ont démontré que c'était l'affection anchylostomateuse (v. t. I) qui en avait déjà imposé souvent pour le tableau symptomatique de l'anémie essentielle. En outre on (REYHER, RUNEBERG) a fait remarquer que la présence du *Bothriocéphale large* (t. I) dans l'intestin, a donné lieu au tableau morbide d'une anémie grave, parfois d'apparence primordiale. Enfin dans ces derniers temps on a relaté une foule d'observations où les recherches d'autopsie avaient donné comme cause d'une inanition et d'une anémie

progressives, une *atrophie* étendue des *parois gastriques et intestinales*, quelquefois avec participation évidente des plexus sympathiques rénaux. Ces cas si intéressants en eux-mêmes n'ont également rien de commun avec l'anémie pernicieuse essentielle, pour autant qu'il ne s'agit pas d'altérations *secondaires*, analogues aux autres dégénérescences graisseuses (v. plus loin). Sous le rapport clinique aussi ils s'en écartent considérablement, et nous ne serions par conséquent pas d'avis d'admettre une « forme soi-disant gastro-intestinale de l'anémie pernicieuse ». Ces anémies *secondaires* sont susceptibles d'être groupées et divisées d'après la diversité de leurs causes, mais pas les *anémies essentielles primitives* dont l'unité clinique doit nécessairement être maintenue.

C'est à BIERMER (1868) que revient le mérite d'avoir le premier étudié l'anémie pernicieuse comme forme morbide particulière, quoique quelques cas de cette maladie fussent connus depuis longtemps. GUSSEROW en signala le premier l'existence chez les femmes enceintes.

L'*étiologie* spéciale de l'anémie essentielle pernicieuse est aussi peu connue que celle de la chlorose. Il est vrai que KLEBS et récemment FRANKENHÄUSER ont trouvé dans le sang des anémiques des microorganismes (*cercomonas globulus* et *c. navicula*) auxquels ils ont attribué une valeur pathogénésique. Cependant cette découverte demande plus ample confirmation. En tout cas ce fait remarquable concorde le mieux avec l'hypothèse de la nature infectieuse de la maladie, étant donné que l'anémie pernicieuse est infiniment plus fréquente dans un pays que dans l'autre, en Suisse par ex., que dans l'Allemagne septentrionale. A Leipzig on l'a souvent observée, passé quelques années, tandis que dans ces derniers temps elle semble devenue remarquablement plus rare. — Il n'y a pas moyen de lui trouver de *causes occasionnelles* particulières. L'idée de mettre la maladie sur le compte de conditions extérieures mauvaises, du manque de nourriture etc., est vraie pour quelques cas peut-être, mais pas pour tous. Nous pouvons même, ainsi que pour la chlorose, considérer comme caractéristique, que l'anémie grave se manifeste souvent en dépit des circonstances ambiantes les plus favorables. Un seul élément causal paraît avoir une valeur particulière, c'est l'influence de la *grossesse* et de l'*accouchement*. Il arrive fréquemment que chez la femme cette cause donne la première impulsion à l'évolution morbide. Les cas où la maladie se rattache à une *hémorragie grave*, unique ou répétée, présentent un vif intérêt, mais ne sont pas faciles à interpréter. Il semble quelquefois que l'organisme soit dans l'impuissance de se relever d'une perte aussi abondante de sang et alors l'anémie aiguë fait place à une anémie qui persiste malgré tous les soins, toutes les