

Les *troubles fonctionnels* sont nombreux, la plupart nerveux. Mélancoliques, irritables, toujours lasses ou absorbées, les chlorotiques, très émotives, sont sujettes à des accidents neurasthéniques ou hystéroides (anorexie, appétit ou goût perverti).

Les palpitations, la dyspnée, les vertiges, les bourdonnements d'oreilles, les éblouissements, les maux de tête, traduisent l'anémie encéphalique. La *gastralgie* manque rarement, allant de la pesanteur et du gonflement épigastrique, après le repas, à la brûlure et au pyrosis avec éructations, et même vomissements acides, comme dans l'*ulcus*. Quand ces accidents sont au 1^{er} plan (1/3 des cas), le terme *chlorose dyspeptique* (Hayem) est justifié; probablement nerveuse plutôt qu'organique, leur origine reste obscure.

L'hypertrophie de la rate est très fréquente.

Presque toujours irrégulières, les *règles* sont difficiles, diminuées ou même suspendues, chez les jeunes filles récemment menstruées. Exceptionnelles, les *ménorragies* sont, en général, imputables à une complication (infection génitale ou rétrécissement mitral); la *leucorrhée* est presque la règle. Ces divers troubles dérivent directement de l'anémie.

Pâles, peu denses, les *urines* pauvres en urée et en phosphates, contiennent de l'*urohématine*, plus souvent de l'*urobiline* et de l'*indicane* (lié à la constipation). L'acide nitrique y fait souvent naître un léger disque albumineux (traces impondérables). Pour Dieulafoy, beaucoup de chlorotiques seraient des brightiques (*chloro-brightiques*) même sans albuminurie, comme le prouveraient la fréquence chez elles des signes de *petit brightisme* (cryesthésie, doigt mort, crampes, etc.) et des améliorations par le lait. Hayem, par contre, déclare rare l'albuminurie chez les chlorotiques et attribue les signes dits de *petit brightisme* à l'anémie. En réalité, la chlorose vraie comporte quelquefois une *albuminurie minima*, attribuée par Lancereaux à l'*aplasie artérielle*, par Hanot à une auto-intoxication, mais qui ne semble pas aggraver le pronostic.

Les *signes cardio-vasculaires* sont importants. De taille habituellement égale ou inférieure à la normale, le *cœur* semble pourtant, en certains cas, hypertrophié, grâce à la dilatation réflexe (d'origine dyspeptique) des cavités droites, phénomène généralement passager, qui entraîne parfois un bruit de *galop droit* ou même des signes d'insuffisance tricuspидienne (Potain et Barié). Subjectivement, tout se borne à un peu de dyspnée d'effort, à quelques palpitations et à un léger endolorissement précordial. Assez marqués, au contraire, les *signes physiques* consistent en *souffles* divers: 1^o *souffle au foyer pulmonaire* (C. Paul), le plus fréquent, doux, méso-systolique, musical parfois, mais fugace et très modifiable par la respiration, l'attitude (plus fort dans le décubitus); 2^o *souffles* dits de *la pointe*, se subdivisant en *souffle xiphoidien* (d'insuffisance tricuspидe pour Parrot) et *souffles cardio-pulmonaires* (apexiens et sus-apexiens, Potain). Ces divers souffles ne résultent pas directement de l'anémie. On ne peut lui attribuer qu'un souffle systolique rude, exceptionnellement constaté sur l'aorte dans les chloroses intenses.

Essentielle dans la chlorose, l'*auscultation des vaisseaux* portera princi-

palement sur la *jugulaire interne*. En appliquant légèrement le stéthoscope entre les deux chefs d'insertion inférieure du sterno-mastoïdien, ou derrière son bord postérieur, on entendra un bruit doux et continu, parfois musical si on presse plus fort, à renforcement systolique (*bruit de rouet, de diable*) dû à l'impulsion de l'artère sous-jacente. Une pression trop forte ne laisse subsister que le bruit systolique rude de l'artère. Posée sur les mêmes veines, la pulpe digitale perçoit un *thrill*, expression tactile du soufflé continu.

Dans la chlorose vraie, n'existe aucun *signe pulmonaire*, sinon la tuberculose doit être suspectée.

L'*état général* est peu atteint. La fièvre manque généralement; l'embonpoint subsiste presque toujours, grâce à l'inactivité des échanges nutritifs. Suffisamment élevé, le rapport du poids à la taille n'est jamais inférieur à 5 (Papillon).

Hématologie. — Les cas moyens se traduisent, avant tout, par un déchet en hémoglobine plus fort que ne le comporte la réduction numérique des hématies, caractère constaté au maximum, mais non exclusivement dans la chlorose. On compte 3 à 5 millions de globules rouges; la *valeur globulaire* varie de 0,50 à 1. Comme dans toute anémie, le sang est pâle, fluide et peu dense. Très réduit, le *caillot* nage dans un *sérum* abondant, incolore, souvent fluorescent. Au microscope, on constate une *poikilocytose* accentuée. A part, en quelques cas, un certain degré d'*éosinophilie*, le taux et l'équilibre des leucocytes sont peu modifiés.

Évolution. — La *marche* est d'habitude lente et progressive, il existe pourtant des exemples positifs de *début brusque* occasionné par une frayeur, une émotion. La déglobulisation est sujette à s'aggraver, sous des influences diverses: maladies intercurrentes, fautes d'hygiène, surmenage, ou même spontanément, par crises. Bientôt le repos et le traitement déterminent la *régénération sanguine*. La valeur globulaire G, accrue parfois, lors de certains accès, peut baisser à la *phase de réparation* qui multiplie les globules petits et peu colorés.

Après des alternatives variables ou même des rechutes, la guérison s'établit, l'hémochronomètre constate alors un accoissement lent et graduel de la richesse hémoglobique R. Le fait tient à une évolution spontanée liée à la croissance, comme le prouve l'extrême rareté de la chlorose au delà de 25 ans. Mais le repos et le fer hâtent beaucoup la guérison (quelques mois). Le mariage et la grossesse exercent quelquefois une influence favorable. La *durée* est très variable.

Formes. — A côté de sa forme vulgaire, la chlorose offre de nombreuses modalités. La *chlorose grave* comporte une anémie longue et tenace, quelquefois des *hémorragies* et de la *fièvre*; l'hypoglobulie y est très accentuée, la valeur globulaire y égale ou y surpasse 1, l'apparition d'*hématies nucléées* y est possible. A part le faible déchet hémoglobique, la *chlorose légère* n'offre rien de particulier. Entre les formes extrêmes, les termes intermédiaires sont si nombreux, qu'il est impossible d'en distinguer des degrés basés sur la teneur du sang en hémoglobine, d'autant plus que les chloroses atténuées

confinent aux anémies physiologiques. Hayem nomme *chloroses tardives* des anémies survenant, sans motif, vers 50 ans ou à l'âge de la ménopause, en même temps que des troubles dyspeptiques, chez des femmes ayant présenté de la chlorose, à l'âge de la puberté. Le même auteur distingue une *chlorose dyspeptique* dans laquelle les troubles digestifs dominent le syndrome. Il s'agit presque toujours, en pareil cas, de dyspepsie nerveuse, sans grandes lésions de la muqueuse. On observe aussi chez les garçons, au moment de la puberté, une *chlorose masculine* dans laquelle les accidents nerveux (neurasthénie, dyspepsie, palpitations) priment l'anémie; favorisée par l'hérédité, elle traduit surtout un trouble de développement. Le terme *chlorose constitutionnelle* désigne une anémie liée à une dystrophie généralisée d'origine hérédo-tuberculeuse. L'*infantilisme* (petite taille, sténose mitrale, hypoplasie cardio-vasculaire et génitale, débilité mentale) et ses stigmates en sont la caractéristique. Véritable malformation congénitale, l'anémie est alors incurable.

Complications. — La chlorose favorise la formation de *thromboses vasculaires*. Assez rares (1 pour 100), souvent précoces, elles occupent, soit les veines profondes du membre, soit, plus rarement, les cavités cardiaques, l'artère pulmonaire, les sinus. Sur les membres, il est fréquent de n'observer que de l'œdème, avec une sensibilité et une fièvre insignifiantes. Aussi les malades n'observant que tard l'immobilité, sont-elles exposées à l'*embolie pulmonaire*, tantôt prématurée, tantôt tardive (après plusieurs semaines).

L'origine infectieuse de ces thromboses est très probable; on y a décelé la présence du *streptocoque* (Bassano), du *colibacille* (Carrière) et du *staphylocoque* (P. Sainton et A. Jousset).

Diagnostic. — Facile, le diagnostic repose moins sur l'anémie que sur les conditions d'âge et de sexe qui l'accompagnent. Toute anémie chronique, survenant chez une jeune fille à l'âge de la puberté, sans cause appréciable, sera attribuée à la chlorose. Reste à distinguer celle-ci des *fausses chloroses*, ou anémies symptomatiques soit de la tuberculose, soit de la syphilis (plus rare) et justiciables du traitement de ces infections.

La *pseudo-chlorose tuberculeuse* se reconnaît surtout : à l'amaigrissement (pesées fréquentes); à l'abaissement de l'indice de corpulence (inférieur à 5. Papillon); à l'aménorrhée absolue (quoique plus tardive); à la rareté des souffles cardio-vasculaires, toujours moins nets; à la *dyspnée* et à la *tachycardie*. Le teint est grisâtre et terreux. La leucocytose n'est pas rare. Le fer est inefficace, nuisible même (Hayem).

La *pseudo-chlorose syphilitique* ne comporte pas non plus de souffles vasculaires; elle se distingue par la coexistence d'accidents spécifiques : céphalée nocturne, douleurs ostéocopes, etc., et par l'efficacité du mercure.

D'autres fois, la tuberculose, la syphilis, la dyspepsie semblent entrer en jeu à titre d'agents provocateurs de la *chlorose vraie*, qui alors cède au traitement de la cause associé à la médication martiale. Ce sont les *chloro-anémies* : *tuberculeuse*, *syphilitique*, *dyspeptique*, etc.; ou plus exactement : la *chloro-tuberculose*, la *chloro-syphilis*, la *chloro-dyspepsie*, etc.

La distinction des *pseudo-chloroses* et des *chloro-anémies* est souvent

délicate et subtile. Dans la *chloro-anémie tuberculeuse*, la tuberculose a généralement précédé la chlorose; les signes de la première sont très légers, relativement à ceux de la seconde; les souffles vasculaires existent; le traitement mixte est seul efficace.

IV. — HÉMOPHILIE

Signes étiologiques. — On appelle *hémophilie* la tendance héréditaire aux hémorragies. Elle se manifeste à l'occasion de traumatismes insignifiants, ou spontanément. Directe, l'hérédité atteint les garçons 8 à 10 fois plus souvent que les filles et leur est transmise par leurs mères, quoique celles-ci demeurent indemnes. Les mâles ne propagent l'hémophilie que par le moyen de leurs filles qui donnent naissance, quoique épargnées elles-mêmes, à des rejetons mâles hémophiles. Le premier accident peut compliquer les interventions du premier âge : section du cordon, du frein de la langue; circoncision; d'autres fois, il est différé des mois ou des années (2 à 20 ans). Gilbert et Lereboullet rattachent l'hémophilie à la *cholémie familiale*. L'existence d'une hémophilie vraie primitive ou acquise, quoique exceptionnelle, semble également admissible. On connaît mal les causes prédisposantes de l'hémophilie. Elle montre pourtant une prédilection pour les individus de race sémite ou anglo-saxonne.

Symptômes. — La symptomatologie consiste uniquement dans l'écllosion d'hémorragies, spontanées ou provoquées, externes ou internes, dont la cause occasionnelle, le siège et la gravité varient.

I. **Hémorragies externes.** — Souvent, la première manifestation est une *épistaxis*, en nappe, qui, au lieu de céder aux moyens habituels, se prolonge des heures et des jours, au point d'entraîner, en certains cas, une anémie mortelle. Après la pituitaire, les muqueuses de la bouche et du tube digestif sont les sources habituelles des hémorragies; l'hémoptysie, l'hématurie, la métorrhagie sont exceptionnelles; encore plus les hémorragies conjonctivales et cutanées (au pourtour des ongles). Chez la femme, le premier signe d'hémophilie peut être une menstruation prématurée et copieuse.

L'origine des *hémorragies provoquées* peut être soit une *blessure accidentelle* : écorchure, morsure de la langue, gerçure labiale, source d'un suintement intarissable; soit une *plaie chirurgicale* : avulsion d'une dent, application de sangsues, de ventouses scarifiées. On a vu la défloration donner lieu à une hémorragie grave, mortelle même.

L'écoulement du sang est toujours lent et continu. Les incisions chirurgicales profondes à bords nets saignent moins que les érosions, les plaies irrégulières, et les plaies par avulsion dentaire, particulièrement redoutables.

II. **Hémorragies interstitielles.** — Cutanées, sous-cutanées ou sous-aponévrotiques, occasionnées ou non par d'insignifiants traumatismes, elles se traduisent par des *pétéchies* ou des *ecchymoses* couvrant quelquefois tout un membre, ou par des *bosses sanguines* dont quelques-unes, énormes, sen-