



UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

ULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1922-1923

No 57

ms. A. 13.26

# Maladie de Raynaud et Syphilis

## THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1923*

PAR

### M. LASSERRE

*Diplômé de l'Institut d'hydrologie*

MEMBRES DU JURY	}	MM. MOREL, <i>President</i>	}	<i>Assesseurs</i>
		SOREL		
		LAPORTE		
		SOULA		

*Suppléant : M. DE VERBIZIER*



TOULOUSE  
IMPRIMERIE SAINT-MICHEL  
74, Rue des Récollets

1923

## Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie

## TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN.....	MM. ABELOUS.
ASSESSEUR.....	AUDEBERT.
	FREBAULT.
PROFESSEURS HONORAIRES.....	MOSSE.
	SAINT-ANGE.

## PROFESSEURS

Anatomie.....	MM. VALLOIS
Anatomie générale et embryologie.....	N.
Physiologie.....	ABELOUS.
Anatomie pathologique.....	TAPIE.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	N.
Pathologie expérimentale.....	BARDIER.
Bactériologie.....	RISPAL.
Pathologie interne.....	BAYLAC.
Thérapeutique.....	DALOUS.
Hygiène.....	SERR, ch. C.
Médecine légale.....	SOREL, ch. C.
Clinique médicale.....	MOREL.
Clinique chirurgicale et gynécologie.....	REMOND.
Clinique chirurgicale.....	MERIEL.
Clinique chirurgicale infantile.....	DAMBRIN.
Clinique obstétricale.....	CAUBET.
Clinique des maladies des enfants.....	AUDEBERT.
Clinique de dermatologie et de syphiligraphie.....	BEZY.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	AUDRY.
Clinique ophtalmologique.....	CESTAN.
Physique.....	FRENKEL.
Chimie.....	MARIE.
Botanique.....	ALOY.
Pharmacie.....	GERBER.
Hydrologie.....	RIBAUT.
	LAFORGUE.

## COURS COMPLÉMENTAIRE

Anatomie topographique.....	MM. DIEULAFÉ
Cours d'obstétrique aux élèves sage-femmes.....	AUDEBERT.
Obstétrique.....	GARIPUY.
Physique pharmaceutique.....	ESCANDE.
Pharmacologie.....	SOULA.
Chimie analytique et toxicologie.....	ALOY.
Cryptogamie et microbiologie.....	MARTIN (E.)
Zoologie médicale et parasitologie.....	FAURE.
Oto-rhino laryngologie.....	ESCAT.
Stomatologie.....	NUX.
Clinique des voies urinaires.....	MARTIN.
Pathologie externe.....	DUCUING.
Médecine opératoire.....	GORSE.
Matière médicale.....	MAURIN.

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

Anatomie.....	MM. DIEULAFÉ.
Histologie.....	FAURE, ch. de t.
Physiologie.....	SOULA.
	De VERBIZIER (ch. de .)
Pathologie interne médecine légale.....	SOREL.
	SERR.
Dermatologie e syphiligraphie.....	LAPORTE.
	NANTA.
Chirurgie.....	MARTIN.
	GORSE.
Accouchements.....	DUCUING.
	GARIPUY.
Chimie.....	FLORENCE.
	MOOG.
Physique.....	ESCANDE.
Pharmacie.....	MAURIN.
Secrétaire de la Faculté.....	CHAUDRON.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats  
Délibération en date du 12 mai 1891



A Monsieur le Professeur Agrégé LAPORTE

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et guidé de ses conseils.

Nous avons toujours trouvé auprès de lui l'accueil le plus bienveillant, nous tenons à lui exprimer notre respectueuse gratitude.

A mon président de thèse  
Monsieur le Professeur MOREL

Professeur de Clinique Médicale à l'Hôtel Dieu  
Chevalier de la Légion d'Honneur

A mon Jury de thèse

Monsieur le Professeur Agrégé SOREL  
Chargé du cours de Médecine Légale

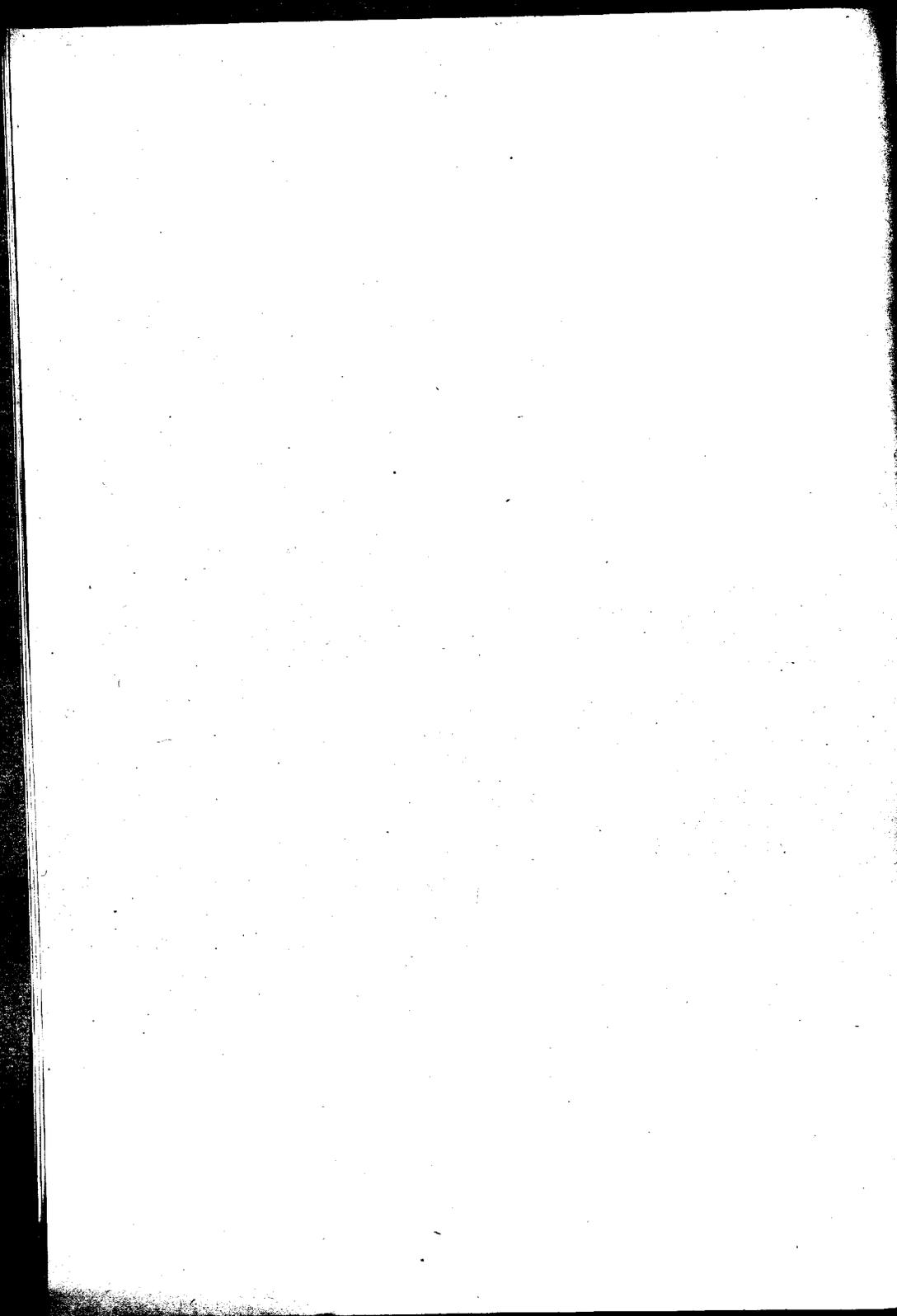
Monsieur le Professeur agrégé LAPORTE

Monsieur le Professeur Agrégé SOULA

Monsieur de VERBIZIER faisant fonction d'agrégé

**Maladie de Raynaud  
et Syphilis**

---



## INTRODUCTION

---

Nous n'avons voulu dans ce modeste travail qu'apporter de nouvelles preuves de l'origine syphilitique fréquente du syndrome de Raynaud. Les observations que nous avons recueillies dans la littérature médicale et celles que nous publions, dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Laporte, nous paraissent démontrer d'une façon non douteuse cette origine, cependant si souvent oubliée ou même niée par de nombreux auteurs. C'est ainsi que des livres classiques récents passent sous silence, au chapitre « Maladie de Raynaud » l'étiologie syphilitique de cette maladie.

La syphilis et les lésions vasculaires qu'elle entraîne sont la cause essentielle, déterminante, de l'asphyxie locale des extrémités. Nous restons persuadés quant à nous, que la pratique systématique de la réaction de Wassermann chez ces malades, augmentera dans une proportion considérable le nombre des cas que l'on pourra rattacher à la spécificité. L'étiolo-

gie devenant plus précise, le traitement sera par cela même simplifié. Les résultats thérapeutiques si décevants, deviendront par le traitement antisyphilitique rapidement favorables et le plus souvent la guérison s'ensuivra, quelquefois même après quelques piqûres. On assistera suivant, le mot de M. le professeur Fournier à une résurrection du malade et les lésions qui trop souvent étaient voués à la nécrose et nécessitaient l'intervention chirurgicale seront toujours améliorées, parfois même guéries.

Il ne faudra pas, dans ce traitement, se laisser décourager par quelques insuccès, mais, bien plus tôt se rappeler que souvent la syphilis ne touche pas seulement les vaisseaux mais aussi les glandes endocrines. L'observation XXV due à l'obligeance de M. le Professeur Audry nous paraît particulièrement remarquable à cet égard.

Dans un premier chapitre nous étudierons rapidement la symptomatologie de la maladie de Raynaud.

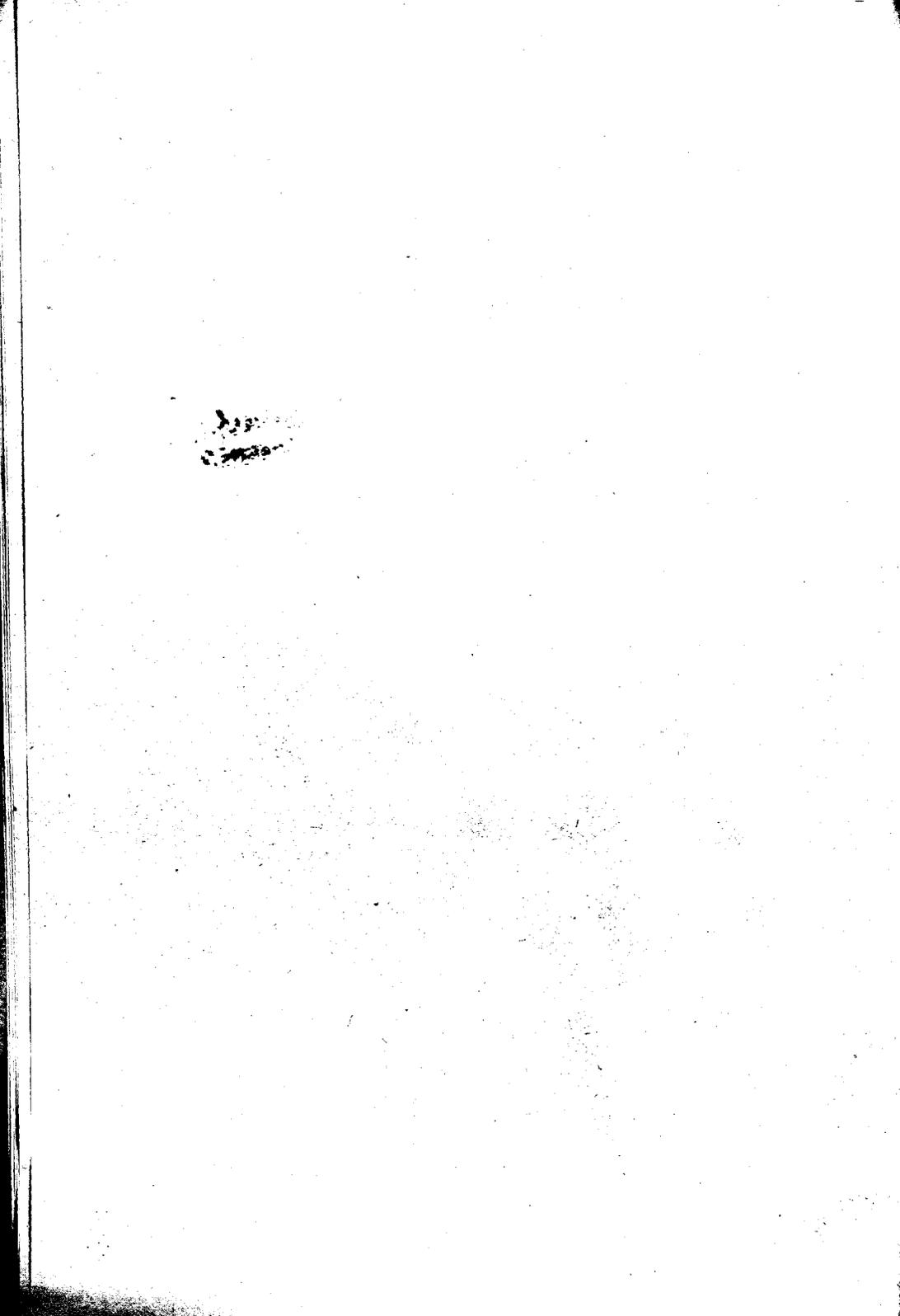
Dans un second nous rappellerons les diverses théories pathogéniques qui tour à tour ont cherché à expliquer les lésions et les symptômes.

Le troisième chapitre rapportera les observations qui semblent les plus favorables à notre thèse.

Dans le quatrième chapitre nous indiquerons les divers traitements mis en œuvre et nous nous étendrons particulièrement sur le traitement antisyphilitique qui nous paraît devoir donner les meilleurs résultats.

tats. Nous verrons que le syndrome de Raynaud paraît comporter des indications spéciales dans l'application de ce traitement.

C'est de l'ensemble de tous ces éléments que nous formulerons les conclusions qui logiquement semblent découler de notre étude.



## CHAPITRE PREMIER

---



Depuis que Raynaud, en 1862, décrivait la maladie qui porte son nom, peu de choses ont été ajoutées à la description.

On peut diviser en trois phases distinctes l'évolution de ce syndrome :

- 1° Phase de syncope;
- 2° Phase d'asphyxie;
- 3° Enfin phase de gangrène.

1° **Phase.** — L'état syncopal se manifeste surtout aux extrémités. Les doigts ont un aspect blanchâtre pouvant même aller jusqu'à la lividité. La région atteinte est habituellement le siège d'une hypothermie très marquée liée à un ralentissement de la circulation et à un abaissement parfois considérable de la tension artérielle. Enfin se manifestent des phénomènes subjectifs tels que : picotements, engourdissement comparable à la sensation de doigt mort observé dans le

brightisme. Si l'affection est localisée aux doigts, il y a de la maladresse des mouvements. Dans une phase plus avancée, la douleur, légère au début, s'exacerbe avec des paroxysmes surtout marqués pendant les ~~jours~~ les plus froids.

**2° Phase.** — A ce premier stade succède bientôt l'asphyxie. La teinte blanche, livide, fait place à une rougeur de plus en plus accusée. La cyanose s'installe progressivement. Les douleurs deviennent plus intolérables surtout pendant la nuit. La coloration devient successivement violacée, puis noire. Les extrémités sont sèches, glacées, insensibles.

**3° Phase.** — Enfin le troisième stade s'installe. A l'extrémité de la phalangette apparaissent des phlyctènes qui se rompent. La phalangette se sphacèle, la gangrène envahit les doigts pouvant même produire l'élimination spontanée des parties malades.

---

## CHAPITRE II

---

Si la symptomatologie donnée par Maurice Raynaud de la gangrène symétrique des extrémités n'a pas été modifiée, il n'en est plus de même de la pathogénie.

Pour Raynaud, le spasme vasculaire était le facteur essentiel, capable à lui seul d'entraîner les lésions qu'il avait si magistralement décrites. Cet auteur n'admettait pas le rôle joué par l'artérite. Actuellement la théorie de Raynaud est abandonnée. Comme le disent MM. Bret et Chalié « dans la production de la syncope et de l'aphyxie locale, le spasme joue un rôle essentiel, quel que soit son point de départ, mais il est sans doute aidé dans un grand nombre de cas, par des lésions artériolaires périphériques. Il intervient aussi dans le processus gangréneux des extrémités, mais il passe ici au second plan, vis-à-vis des altérations hors desquelles en l'absence d'une lésion nerveuse, la nécrose ne peut avoir lieu (1) ».

(1) Revue de Médecine 1911.

Depuis Raynaud de nombreuses théories ont essayé d'expliquer dans son mécanisme intime l'apparition des divers accidents. En 1884, Epanier essaye de rapprocher ces manifestations de l'hysérie. Fere. en 1851, incrimine l'épilepsie, Colman la syringomyélie, le tabès. D'autres auteurs, les diverses maladies infectieuses, le paludisme surtout. Sur 180 cas Monro trouve :

Antécédents paludéens certains : 15.

Antécédents paludéens négatifs : 25.

Antécédents paludéens inconnus : 75.

D'autres théories ont voulu voir l'origine de la maladie de Raynaud dans le typhus, l'intoxication par le plomb, les affections rénales, la tuberculose, la sclérodémie, les affections vasculaires.

Actuellement quatre théories tentent d'expliquer la production de la gangrène symétrique.

**1° Théorie nerveuse.** — Est la première en date. Raynaud explique la gangrène symétrique des extrémités par un spasme vasculaire lié à une hyperexcitabilité des centres vaso-moteurs ;

**2° Théorie névritique.** — Pour Pitres, Vaillard, Déjérine, le syndrome de Raynaud serait dû à une névrite parenchymateuse.

**3° Théorie du choc hémoclasique.** — MM. Souques et Moreau présentent plusieurs observations à l'appui de leur thèse. Ces auteurs ont provoqué chez

trois malades des accès d'asphyxie locale par immersion des extrémités dans l'eau froide.

Chez une malade la crise hémoclasique a été des plus nettes, la leucocytose est tombée de 11800 à 3600 — chute de la pression artérielle, de 11/7 à 6/2 — coagulabilité sanguine augmentée.

Chez les deux autres malades les troubles observés furent différents : élévation de la tension artérielle, pas de leucopémie, pas de malaise général, ce qui fait dire à M. Souques ; « Il semble qu'il y ait au moins deux variétés de maladie de Raynaud ; l'une caractérisée par des accès d'asphyxie et de gangrène purs et simples ; l'autre vraisemblablement plus rare, compliquée de phénomènes généraux ».

4° **Théorie vasculaire.** — Depuis longtemps de nombreux auteurs ont essayé d'expliquer le syndrome de Raynaud par des altérations vasculaires. Raynaud lui-même s'était arrêté à cette théorie, mais l'avait bientôt délaissée n'ayant trouvé dans les autopsies qu'il fit aucune trace de lésions vasculaires. Cet auteur bornait son examen aux grosses artères, or, il est aujourd'hui prouvé par de nombreuses recherches et de nombreux travaux que, dans la majorité des cas les grosses artères sont indemnes, les lésions touchant exclusivement les fines artérioles.

En 1837, Bourelly (1) signale l'affaiblissement et parfois même l'abolition totale des pulsations au niveau des membres lésés. Après lui d'autres auteurs

(1) Thèse Paris 1837.

signalent des lésions d'endartérite et d'endophébite siégeant surtout au niveau des vaisseaux de petit calibre. Pour tous ces auteurs les lésions artérielles ou veineuses seraient à l'origine des troubles, le spasme venant secondairement s'ajouter. Sous l'action des causes secondes, le froid le plus souvent, l'endartérite serait le point de départ d'un réflexe aboutissant à la contracture des vaisseaux malades.

On connaît l'affinité de la syphilis pour le système cardio-vasculaire. Peu d'auteurs cependant ont attaché une importance à l'association de la syphilis et du syndrome de Raynaud. En 1836, Portal (1) signale un malade syphilitique atteint de gangrène symétrique des extrémités. Bernard Henry (2) en 1837 rapporte l'observation d'une femme syphilitique présentant elle aussi le syndrome de Raynaud. Giovanni en 1856 rapporte un autre cas. En 1871 Hutchinson publie dans le « Medical Times » deux observations de « Refroidissement et lividité des doigts guéris par le traitement syphilitique ». Depuis de nombreux auteurs observent l'association de la syphilis et de l'asphyxie symétrique des extrémités.

Schiff admet l'action de l'artérite syphilitique dans la production de syndrome de Raynaud. Plus tard Beck, Barthélémy, Gaucher, Croissant, Gougerot admettent l'endartérite syphilitique comme étant la lésion primitive, initiale, le spasme serait secondaire

(1) Arch. Gén. de Médecine 1836.

(2) Gazette Médicale 1837.

et se produirait par suite d'une action vasomotrice due à une excitation exogène. Cependant le mécanisme intime de la production du spasme est difficile à expliquer. M. Giroux admet deux hypothèses :

a) Les lésions locales expliqueraient à elles seules la production du spasme.

b) Les réactions vasomotrices ne pourraient se produire que sous l'influence de certaines conditions humorales particulières. Cette dernière hypothèse à laquelle paraît se rallier notre maître M. le Professeur Audry, nous paraît expliquer parfaitement les diverses associations de la maladie de Raynaud et des syndromes relevant d'un fonctionnement anormal des diverses glandes à sécrétion interne. Buddi, Petgè, Bonnin ont noté l'association de la maladie de Raynaud et d'un syndrome addisonien; Piazza, de la maladie de Raynaud et du goître exophtalmique. Dupré et Kahn font de l'hypothyroïdisme un facteur étiologique de la maladie de Raynaud. Il faudrait donc voir en cette maladie une manifestation de ce que M. le professeur Audry appelle : « les endocrinides syphilitiques angio neurotiques ». L'observation rapportée plus loin montre bien l'influence de la perturbation de la sécrétion des glandes endocrines. Très souvent ce dysfonctionnement des glandes endocrines est lié à une atteinte syphilitique du sujet. Aussi nous rangeons-nous à l'avis de Gaucher qui voit dans la syphilis « le facteur étiologique dominant

dont le rôle dans le déterminisme de l'asphyxie des extrémités repose sur toute une série d'arguments d'une incontestable valeur ».

A vrai dire certains ne peuvent être qu'une présomption en faveur de l'origine syphilitique, d'autres au contraire éclairent remarquablement l'étiologie de cette maladie et « doivent apporter avec eux une certitude à peu près absolue ».

Voyons maintenant quels sont ces divers arguments.

En premier lieu, nous notons :

a) La coexistence très fréquente de la syphilis et de la maladie de Raynaud.

b) La réaction de Wassermann positive alors que la syphilis n'avait jamais été soupçonnée chez le malade.

c) L'association très fréquente de la maladie de Raynaud et des maladies reconnues syphilitiques.

d) Enfin et surtout l'influence du traitement spécifique qui dans certains cas a amené la guérison, parfois rapide. Certaines observations résumées plus loin nous semblent particulièrement probantes.

Balzer publie le cas d'un homme de 53 ans syphilitique présentant le syndrome de Raynaud localisé à l'oreille, au nez, aux joues et aux extrémités des mains et des pieds. Le traitement fit disparaître en quatre semaines les lésions du nez.

L'observation XXVI due à M. le professeur Laporte est très démonstrative. La malade présentait depuis 1919 un syndrome de Raynaud localisé au niveau des mains. Plusieurs traitements furent institués sans résultats.

En 1922, M. le professeur agrégé Laporte fait un Wassermann qui est positif; le traitement antisyphilitique aussitôt mis en œuvre entraîne en quinze jours la disparition des crises.

A quelle époque de la syphilis apparaît la maladie de Raynaud? M. Giroux la considère comme une manifestation tertiaire. Voici ce que dit cet auteur à ce sujet (1) : « La coexistence d'accidents tertiaires, la fréquente association de l'hémoglobinurie paroxystique, considérée comme un accident de cette nature et enfin l'époque d'apparition doivent naturellement conduire à considérer la maladie de Raynaud comme une manifestation tertiaire de la syphilis ». D'une façon générale cette maladie apparaît de quinze à trente ans après le chancre.

Cependant plusieurs auteurs signalent l'apparition beaucoup plus précoce des accidents. C'est ainsi que dans la thèse de Lenègre nous relevons une observation due à Druelle d'un malade qui ayant contracté la syphilis au mois d'avril 1910, vit des accidents de syncope locale débiter au mois d'octobre

---

(1) Giroux : Annales des maladies vénériennes 1913.

Divers traitements essayés échouèrent et on fut obligé de pratiquer la résection des phalanges malades.

#### OBSERVATION 2.

Bernard Henry in thèse Raynaud, Paris 1862.

(Résumé).

Femme de 42 ans, syphilitique. Maladie débute par une sensation de picotements dans les extrémités.

Actuellement les doigts et les mains de la malade présentent une couleur brunâtre s'accroissant aux extrémités digitales qui sont noires, sèches, les pieds et le tiers inférieur des jambes présentent le même aspect. L'extrémité du nez était également de couleur sombre. Perte totale de la sensibilité au niveau des régions malades. Le processus morbide atteignait les cartilages des oreilles.

La malade succombe deux mois après son entrée.

OBSERVATION 3.

Bristow et Copermann in thèse Brandt, Paris 1895.

(Résumé).

Malade de 41 ans, syphilis il y a vingt ans. En janvier 1886, ses orteils deviennent bleus et froids. Plusieurs ongles tombèrent. L'hiver suivant les urines devinrent foncées par moments. Les attaques depuis lors se répètent tous les hivers, en été sa santé est bonne.

Entre à l'hôpital en janvier. Après une courte promenade au froid les pieds et les mains du malade présentèrent une coloration livide.

L'urine était chargée d'hémoglobine et d'albumine. Le lendemain ces symptômes avaient disparu. Quelques jours après nouvelle promenade et mêmes accidents.

OBSERVATION IV (Résumée).

Brunelle in thèse Brandt, Paris 1895.

Homme syphilitique. Depuis huit ans chaque

hiver accès d'hémoglobinurie. Frissons avec sensation de doigt mort, de perte de sensibilité des extrémités, de cyanose des ongles.

Les accès sont variables d'intensité suivant le degré de refroidissement.

#### OBSERVATION V (Résumée).

Sir Dyce Duckworth in thèse Brandt, Paris 1895.

S..., 5 ans, entre à l'hôpital le 25 novembre 1891. A 1 an a eu coryza chronique et une éruption, a pris du mercure. A 2 ans kératite interstitielle.

Actuellement ses doigts sont cyanosés de même que les orteils du pied gauche et les trois premiers du pied droit. Au cours de son séjour à l'hôpital les dernières phalanges des orteils atteints furent frappés de gangrène sèche et éliminées. Le troisième orteil du pied droit a seulement perdu un lambeau de peau.

#### OBSERVATION VI (Résumée).

Variot « Gazette des Hôpitaux, 1912. »

Enfant âgé de 3 ans et trois mois. Sourd-muet.

Lésions localisées au nez, aux oreilles, aux membres inférieurs et aux membres supérieurs. Réaction de Wassermann pratiquée au moment où le malade était atteint de rougeole fut trouvée positive.

Les lésions du membre supérieur ont évolué et les deux mains, la main gauche la première se sont détachées spontanément. Toute thérapeutique est restée sans effet.

#### OBSERVATION VII.

Gaston et Herscher. Société de dermatologie  
et syphiligraphie, 1899.

Malade entrée à l'hôpital pour une gangrène superficielle des extrémités digitales, des cicatrices pigmentées des jambes et des ulcérations.

L'interrogatoire de la malade fait connaître qu'elle a été soignée pour une aortite avec souffle systolique s'accompagnant de phénomènes douloureux et angoissants dans la région précordiale.

Les lésions des doigts qu'elle présente actuellement ont commencé il y a deux ans par des fourmillements avec sensation de doigt mort suivi d'apparition d'une teinte bleue violacée des extrémités digi-

tales à laquelle succédèrent des bulles et une desquamation aboutissant à une gangrène superficielle avec hyperesthésie intense.

Son mari a eu un chancre induré il y a une quinzaine d'années et a été soigné pour syphilides plantaires.

A son entrée à l'hôpital la malade présente au niveau des jambes des cicatrices brunes à contours mal limités, des ulcérations à bords taillés à pic, au fond bourbillonneux, en outre au niveau du tibia droit un empâtement ressemblant à une périostose gommeuse. Les mains sont violettes et froides et présentent de petites ulcérations très douloureuses.

Le traitement ioduré amène au bout de quelques jours une amélioration très marquée et de son état local et de son état général, ce qui fit dire à M. le professeur Fournier « qu'il y avait là une véritable résurrection ».

#### OBSERVATION VIII (Résumée).

MM. Balzer et Fouquet. « Annales derm.  
et syphil. 1903.

H. W..., 53 ans, cordonnier, entre à l'hôpital

Saint-Louis le 7 avril 1903, pour accidents syphilitiques. Le lendemain de son entrée son nez prit une coloration violacée. Dans l'après midi du même jour formation d'une plaque d'érythème avec phlyctène. Au bout de quelques jours la région est noire avec une croûte sèche et adhérente. Cette plaque de sphacèle occupe le dos du nez, empiétant de chaque côté sur les ailes. Autour de cette croûte la peau est violacée, la couleur varie avec la température. Quatre semaines après la croûte se détache, le nez reste encore rouge.

En 1893, le malade avait été soigné pour une iritis syphilitique et en 1902 pour une large syphilide tuberculo-ulcéreuse dont il porte encore la cicatrice à la face interne du bras gauche.

A l'examen du malade on trouve : pouls radiaux normaux des deux côtés; ni affection cardiaque, ni mal de Bright. Depuis longtemps le malade a remarqué que ses pieds, ses genoux, ses coudes, ses mains, sitôt découverts se refroidissaient. Les pieds et les mains sont actuellement froids, le nez rouge et cyanosé. Il n'existe pas de troubles de la sensibilité cutanée. Ces troubles de la circulation périphérique sont plus accentués en hiver qu'en été.

OBSERVATION IX (Résumée).

Ornellas « Archives de Derm. et syphil. 1888.

Homme de 45 ans. A 25 ans chancre syphilitique. Au début de 1887 le malade sent les doigts de sa main gauche très froids, surtout pendant les journées à basse température. Cet état dure six semaines, les extrémités des doigts sont blanc grisâtre. A la fin du mois de mars des taches brunes noirâtres apparaissent sur l'extrémité du médium gauche à côté de l'ongle. Les pulsations radiales sont amoindries. Quelques jours après l'annulaire gauche présente un point de sphacèle. Douleurs vives dans les doigts malades. Plus tard les mêmes accidents se manifestent sur l'index et l'auriculaire. Sur la langue accidents tertiaires.

Le traitement mixte, mercuriel et ioduré amène la guérison.

OBSERVATION X (Résumée).

Morgan in Lancet, juillet 1889.

Malade âgé de 28 ans atteint de syphilis constitu-

tionnelle. Douleurs siégeant dans le dos, s'irradiant dans les hanches, le sacrum et la colonne vertébrale. Douleurs à paroxysmes nocturnes. A ces douleurs succédèrent des fourmillements, puis des picotements dans les doigts et les oreilles qui par la suite devinrent glacés. Sensibilité tactile abolie. Au bout de cinq à six semaines les doigts présentent une teinte blanchâtre puis livide, enfin tout à fait noire aux deux mains. Les douleurs augmentèrent; la peau des doigts tombe, de profondes ulcérations s'ouvrirent.

Le malade entre à l'hôpital le 7 août 1883. Quelques jours après, une grande partie de l'hélix de l'oreille droite était détruite.

Sous l'influence du traitement mixte les douleurs cessèrent graduellement, les doigts reprirent leur couleur normale, les ulcérations se cicatrisèrent.

Le malade sortit de l'hôpital le 29 août et après quelques semaines de convalescence, était à peu près guéri.

#### OBSERVATION XI (Résumée).

Krisowski in Giroux an. Mal. A Vén. 1913.

Enfant de 3 ans atteint de syphilis héréditaire et

présentant des crises d'asphyxie locale aux pieds et aux pavillons des oreilles.

La mère fit neuf fausses couches de trois mois et eut deux enfants morts dans la première semaine qui suivit leur naissance.

Le malade quelque jours après sa naissance présenta des lésions vésiculeuses de la paume des mains et de la plante des pieds. La maladie actuelle remonte à l'âge de deux ans. A cette époque, les pieds et les mains étaient pâles et très douloureux. Ces phénomènes se reproduisaient tous les jours, intéressant le pavillon de l'oreille.

Le traitement mixte institué fut suivi de guérison.

#### OBSERVATION XII (Résumée).

Durando-Durante in Médecine infantile 1898.

Enfant de 24 jours, dont le père avait contracté la syphilis à 17 ans. Ce dernier reçut un traitement insuffisant. L'enfant est né à terme dans de bonnes conditions. Dix jours après la naissance est apparu de l'œdème du scrotum, puis des gonflements œdémateux du pied gauche et de la fesse du même côté.

Pendant le séjour de l'enfant à l'hôpital la peau

du membre inférieur gauche présentait une rougeur diffuse avec quelques taches bleuâtres. Au niveau des pieds refroidissement manifeste.

Le pied droit présentait sur le côté externe du gros orteil une tache de couleur bleuâtre plus foncée au centre. L'état général était très mauvais et l'enfant mourut le lendemain de son entrée à l'hôpital.

#### OBSERVATION XIII (Résumée).

Lustgarten in Journ. cut diseases N. Y. 1906.

Homme; début de la maladie il y a deux ans par asphyxie du bout des doigts et plus tard des symptômes de gangrène. Il y a un an il dut se faire amputer la première phalange du médius droit. Les artères radiales sont à peine sensibles.

Le traitement spécifique institué amène une sédation des douleurs, seule une grande sensibilité au froid persiste.

#### OBSERVATION XIV (Résumée).

Ornelle in thèse Lenègre, Paris 1911.

Homme âgé de 48 ans, dont le chancre suivi d'une

éruption papuleuse secondaire remonte au 10 avril 1910. Au 10 octobre de la même année le malade se plaint de sensations anormales dans les doigts des deux mains, de picotements simulant une onglée permanente. Hormis cette hyperesthésie très douloureuse les doigts ne présentent aucun caractère particulier, ni ulcérations, ni couleur anormale.

Le 20 octobre l'extrémité des doigts est froide. La peau du médium gauche est d'une coloration livide de même que l'extrémité de l'annulaire et de l'index gauche. A droite la coloration est normale. Pouls radiaux normaux.

Le 25 octobre les douleurs persistent. L'extrémité du médium gauche garde la teinte livide, l'annulaire et l'index gauche ont une coloration violette, échyмотique. Cette même coloration se retrouve sur tous les doigts de la main droite. Seul le pouce est respecté.

Le 15 novembre toutes les extrémités des doigts des deux mains ont une teinte violacée. A l'extrémité de l'index droit la peau noirâtre paraît se soulever, se sphacèle : le médium et l'annulaire du même côté présentent les mêmes lésions.

Le malade est traité régulièrement et le 18 janvier 1911 on note une légère amélioration de l'état local.

Les douleurs s'apaisent, la teinte échyмотique est moins foncée. L'état général s'améliore progressivement.

OBSERVATION XV (Résumé).

M. Ghelfi in La Réforma Médica. Naples.

Monsieur Ghelfi publie sous le titre : « Maladie de Raynaud et syphilis » deux observations dont nous extrayons quelques passages qui nous semblent apporter de nouveaux arguments à l'appui de notre thèse.

**Observation I.** — Femme de 25 ans, n'ayant jamais eu de maladie grave. Règles irrégulières.

Depuis quelque temps apparaissent des taches cyanotiques localisées aux doigts, aux orteils, aux lobules du nez et de l'oreille. En outre des fourmillements douloureux et une anesthésie localisée aux régions atteintes. En même temps l'état général s'altère, la malade se plaint de céphalée, de vertiges, de vomissements, de troubles de la parole.

A l'examen les membres sont froids, les extrémités cyanosées. La plus légère compression amène une teinte noirâtre. La pédieuse ne bat plus; les réflexes sont exagérés.

La malade est successivement traitée par l'adrénaline, l'hypophysine, les bains chauds, mais l'état général n'est pas amélioré.

La ponction lombaire permet de retirer un liquide clair, hypertendu avec légère albuminose. Quelques

lymphocytes. La réaction de Wassermann est positive : un traitement syphilitique : calomel puis salvarsan est alors institué. L'état général s'améliore, la cyanose locale régresse rapidement. Au bout de quatre mois, la guérison est à peu près complète. Seule une légère teinte bleuâtre persiste à la jambe.

**Observation II.** — Femme de 38 ans, anémique, migraineuse, souffrant depuis un an dans le talon gauche. Cyanose des deux pieds. La pédieuse ne bat plus. Réaction de Wassermann positive.

Le traitement spécifique institué amène, comme dans le cas précédent, une amélioration au bout d'un mois.

La malade cesse tout traitement. Deux mois après apparaît une gangrène au pied gauche nécessitant l'amputation.

#### OBSERVATION XV.

MM. Gaucher, Octave Claude, Croissant in an.

Dermat. 1911.

Le malade présente il y a deux mois un chancre syphilitique du sillon balano préputial. La roséole

secondaire survient un mois et demi après. Il n'y a eu ni plaques muqueuses ni céphalée.

Il entre à l'hôpital le 19 mai 1911 pour des fourmillements dans les doigts qui rendent tout travail impossible. Pas de traitement mercuriel jusqu'alors. Un pharmacien consulté ne lui a donné qu'un traitement local pour le chancre.

Les troubles que le malade présente aux doigts sont apparus avant la roséole, un mois après le chancre.

Il s'agit de troubles circulatoires. A ce moment l'index, le médium et l'annulaire des deux mains s'engourdirent, devinrent maladroits, douloureux et la perception tactile disparut. En même temps leur extrémité prit une teinte rouge d'abord, puis violacée, enfin noirâtre.

Cette acroasphyxie s'exagère quand le malade trempe les doigts dans l'eau froide.

Avec le repos et des frictions à l'alcool camphré le malade vit ses troubles diminuer. A l'entrée à l'hôpital ils étaient localisés à l'index de la main droite et à l'index et au médium de la main gauche dont l'extrémité était froide, douloureuse et de couleur rouge violacée. Le cœur et l'aorte ont paru normaux. Les pouls radiaux ont toujours été égaux et bien frappés. Rien au poumon. Urines normales.

L'action du traitement mercuriel : 7 piqûres de benzoate de mercure, paraît avoir une suite favorable déjà au 31 mai. Le 23 juin le malade est complètement guéri.

OBSERVATION XVI.

Brocq. in Société de dermatologie 1911.

Homme d'une trentaine d'années atteint depuis fort longtemps de maladie de Raynaud. Le gros orteil sphacelé, la gangrène gagnait rapidement les autres orteils et les pieds. Douleurs atroces à paroxysmes nocturnes.

Traitement mixte par frictions hydrargiriques et iodure de potassium. Résultat rapidement favorable. Douleurs diminuent et disparaissent en quelques jours, la gangrène s'arrête. Le père du malade avait eu la syphilis.

OBSERVATION XVII.

Schuster in Giroux An. Mal. Vener. 1913.

Homme de 37 ans ayant contracté la syphilis quelques années auparavant. Malade, vient consulter pour une gangrène sèche du gros orteil et des deuxième et troisième orteils du pied droit. Le pied entier était froid, avec de larges taches violettes sur

les faces dorsale et plantaire. On ne sentait ni les pulsations de la tibiale postérieure ni de la poplitée.

Au pied gauche état de syncope locale. La tibiale postérieure n'est plus perceptible. Avant le début de la gangrène le malade a ressenti des douleurs extrêmement pénibles dans les deux pieds.

Un traitement antisiphylitique de cinq semaines n'amène aucune amélioration, la nécrose s'étendit de même que la coloration de la plante du pied. L'amputation du membre inférieur fut pratiquée.

Le malade fut mieux quatre mois plus tard à la suite d'un traitement ioduré. Le pied gauche avait repris sa coloration et sa température normale, par contre, les pulsations de l'artère tibiale postérieure n'étaient toujours pas sensibles.

#### OBSERVATION XVIII (Résumée).

MM. Gaucher, Gougerot et Meaux Saint-Marc.

Soc. Derm. 1913.

Homme âgé de 21 ans entre dans le service du professeur Gaucher le 29 janvier 1913 pour de l'asphyxie locale des extrémités des doigts accompagnée de crises douloureuses intenses.

Le 1<sup>er</sup> janvier engourdissement des doigts, fourmillements. Le 8 janvier ses doigts deviennent pâles, exsangues blancs et froids. Douleurs sourdes et continues aux extrémités des doigts. Pas de rémissions dans les douleurs. Onze jours après les doigts se cyanosent, s'œdématisent. A ce moment apparaissent de violentes douleurs paroxystiques se renouvelant deux ou trois fois par jour. Les accidents sont surtout marqués à la main gauche. Les dernières phalanges des doigts des deux mains sont blanches, frappées de syncopes, extrêmement douloureuses à la pression, le reste de la main est violacé. Abaissement marqué de la température des parties malades. Pouls radial normal des deux côtés. Cyanose légère des deux pieds. Le nez et les oreilles ne sont pas touchés. z

La réaction de Wassermann est positive.

#### OBSERVATION XIX (Résumée).

Busy in thèse Lyon, 1895.

Homme de 43 ans, serrurier a eu un chancre syphilitique à 16 ans. L'affection actuelle remonte à huit mois. Le médius et l'annulaire de chaque main deviennent pâles et froids, exsangues et insensibles. Ces manifestations surviennent par accès sous

l'influence du froid. La pâleur est suivie d'une réaction douloureuse avec œdème rouge et passager des doigts atteints. Cet état de syncope locale apparaît chaque fois que le malade s'expose au froid.

#### OBSERVATION XX (Résumée).

Hans Riessel in Giroux in An. Mal. Vén. 1913.

Enfant de 6 ans, père syphilitique. A six semaines coryza. A trois mois et demi traitement antisyphilitique; pendant l'hiver 1904 crise d'hémoglobinurie. Les accès se reproduisent à différentes reprises. Au cours de l'hiver 1905-06 l'enfant se plaint de douleurs, de picotements dans les deux oreilles dès qu'il est resté à l'air. Celles-ci sont froides, d'abord pâles et plus tard cyanosées et très douloureuses. Aux doigts les mêmes phénomènes apparaissent. Ultérieurement survient une gangrène symétrique des deux oreilles. Ces phénomènes disparaissent au début de la saison chaude. En novembre 1906, nouvelle attaque d'hémoglobinurie et de gangrène des oreilles.

#### OBSERVATION XXI (Résumée).

Jeanselme in Journal de Cl. de Théra, 1905.

Jeune fille de 23 ans présentant de l'asphyxie locale des extrémités.

La mère a eu huit grossesses ; trois fausses couches. Le père alcoolique. Une sœur également atteinte d'asphyxie locale avec sclérodactylie. Un frère souffre d'engelures très douloureuses.

La malade présente des signes de dystrothie : corps petit, tibia et fémurs arqués, scoliose, épaules tombantes, dents petites creusées d'érosions parallèles. Reste de kératite interstitielle. Règles irrégulières, convulsions dans l'enfance.

La malade fut d'abord atteinte d'engelure. Depuis deux ans elle présente des crises douloureuses des doigts qui sont cyanosés et bleuâtres. Ces lésions sont symétriques et s'accompagnent de petites eschares. Crises d'hyperesthésie très marquée. On observe aux doigts de petites ulcérations grisâtres, très douloureuses. Aux pieds les lésions sont moins marquées.

#### OBSERVATION XXII (Résumée).

Sernon in Giroux An. Mal. Val. 1913.

Femme âgée de 51 ans, souffre depuis plus de six ans d'asphyxie locale des extrémités. A l'entrée à l'hôpital la malade présente de la gangrène sèche de l'extrémité du pouce, de l'annulaire et de l'auriculaire de la main droite, des orteils et cyanose du nez

et des oreilles. La réaction de Wassermann est positive.

La gangrène locale était très nette et était apparue malgré un traitement mercuriel et ioduré.

#### OBSERVATION XXIII (Résumée).

MM. Gaucher, Bizard et Braly in An. Mal. Vén. 1915.

X..., 25 ans, soldat, évacué pour accidents syphilitiques sur l'hôpital Saint-Louis.

Un père bacillaire; un frère mort tuberculeux. A vingt et un an a eu une pleurésie sèche. Depuis touse et s'enrhume facilement. Pendant son service militaire a eu à quelques mois d'intervalle trois crises de rhumatisme articulaire. Blennorragie avec orchite double. Chancre mou et bubon.

**Maladie actuelle.** — En juillet 1914, X... contracte la syphilis. Chancre induré du sillon balano-préputial. A son entrée à l'hôpital le malade est en pleine roséole. On injecte 0.45 de 606. Cicatrisation rapide du chancre, la roséole disparaît.

Mobilisé, le malade ne peut subir une deuxième injection. Quelques jours après récidence du chancre in situ, plaques muqueuses sur la bouche. Après

avoir subi huit injections de biodure de mercure le malade est évacué sur l'hôpital Saint-Louis où il rentre le 16 septembre 1916.

Trois jours après son entrée X... se réveille avec une sensation d'engourdissement des deux mains, principalement de la droite. L'extrémité des doigts est très froide, picotements analogues à ceux de l'onglée. En même temps sur la peau des parties froides, apparaissent de petits îlots de couleur blanche, entourés d'une zone rouge ou violacée. Ces troubles revêtent la forme spasmodique, disparaissent par la chaleur, réapparaissent sous l'action du froid. Phénomènes bilatéraux surtout accusés au niveau du membre supérieur droit. Plaques muqueuses sur les piliers et les amygdales. Le pouls est perceptible des deux côtés.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Les réflexes sont normaux. Les pupilles réagissent. Le malade est soumis à un traitement mixte : benzoate de mercure et iodure de potassium. Localement bains faradiques journaliers. La contracture du coude disparaît au bout de trois jours. Au 23 octobre les accidents locaux étaient notablement améliorés.

#### OBSERVATION XXIV (Résumée).

MM. Gaucher, Giroux et Megnet in an. Vén. 1915.

Mme Mo..., 53 ans, concierge, vient consulter à

l'hôpital Saint-Louis pour des phénomènes douloureux des mains dont le début remonte à une trentaine d'années environ. La maladie actuelle commença par des crises d'asphyxie des extrémités. Dix ans après des accidents de gangrène des dernières phalanges viennent compliquer le tableau clinique.

Ces accès sont toujours survenus à la suite d'une émotion et surtout d'un refroidissement. Au début on n'observait que de la pâleur des doigts avec cyanose légère accompagnée d'élançements douloureux. Ces accès étaient toujours bilatéraux mais n'intéressaient pas toujours les mêmes doigts.

Depuis dix ans, placards de gangrène localisés au début à la dernière phalange du médius de la main droite dont l'amputation fut pratiquée. Ultérieurement des placards de sphacèle sont apparus sur tous les doigts, localisés à l'extrémité de la dernière phalange. Les pieds et la face n'ont jamais été intéressés.

Actuellement, la malade présente une cyanose très accusée des deux mains et surtout des doigts avec refroidissement très marqué des téguments. La malade se plaint de picotements, de fourmillements, d'élançements douloureux. Troubles trophiques de la peau et des ongles. La réaction de Wassermann est positive.

Le traitement spécifique : injections quotidiennes de benzoate d'hydrargire associé à un traitement local par les courants continus amena une améliora-

tion notable des lésions locales et de l'état général de la malade.

### OBSERVATION XXV (Résumée).

M. Audry in An. dem. et syphil. 1922.

Françoise X..., 58 ans. Père mort de tuberculose, mère de congestion pulmonaire. Pas d'antécédents personnels, sauf des engelures. Réglée à 16 ans, assez irrégulièrement. A eu deux enfants qui sont morts l'un à 8 mois, l'autre à quinze mois avec des lésions du tégument. A l'âge de 36 ans la malade subit une cure radicale de hernie. Peu de mois après, les règles disparurent. Les accidents d'asphyxie douloureuse des doigts commencèrent un an après le début de cette aménorrhée précoce.

Depuis lors la malade se plaint de crises douloureuses, principalement nocturnes, siégeant exclusivement aux doigts.

La malade entre à la clinique de Dermatologie le 21 novembre. Depuis trois mois la malade a des crises douloureuses très violentes surtout nocturnes. Elles occupent les doigts des deux mains surtout à droite au pouce, index, médius et bord interne de l'annulaire.

L'examen du cœur et du poumon ne décèle rien d'anormal. La pression artérielle (au Pachon) est de 13-5 à gauche, 16-8 sur la jambe droite. La palpation du cou ne permet pas de percevoir une trace du corps thyroïde.

La réaction de Wassermann est positive dans le sang et dans le liquide céphalorachidien.

Pendant deux jours la malade est soumise à un traitement thyroïdien sans aucun résultat. L'ovarine est alors associée à la thyroïdine, les douleurs et les phénomènes circulatoires s'atténuèrent. Le 28 novembre on injecte 0.30 de novarsénobenzol. Dès le surlendemain, violente récrudescence des douleurs, fièvre, tuméfaction des doigts, accélération du pouls. L'ovarine amène une rapide sédation.

Le 5 décembre, nouvelle injection de 0.45 de novarsénobenzol, nouvelle crise analogue à la précédente. Le 13 décembre une injection de 0.60 de sulfarsénol provoque une troisième crise. L'ovarine et la thyroïdine amènent de nouveau la disparition des accidents. La phalange est devenue d'un bleu noirâtre. Le 18, poussée d'iritis à gauche disparaissant en six jours.

On abandonne les arsenicaux et on institue un traitement mercuriel (huile grise) et ioduré (6 grammes d'I. K. par jour), qui fut beaucoup mieux supporté. Les accidents circulatoires et douloureux s'amendèrent. L'extrémité de la phalange gangrenée fut enlevée.

La malade partit le 15 janvier améliorée.

OBSERVATION XXVI.

(Syndrome de Raynaud avec troubles trophiques).

Due à l'obligeance de M. le P. agrégé Laporte.

Mme D..., 49 ans. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. Mariée depuis l'âge de 21 ans, n'a pas eu d'enfants.

En 1919 apparaît un syndrome de Raynaud très net, les lésions occupent les doigts des deux mains et des deux pieds, les phénomènes étant surtout marqués au niveau de la main droite. Rapidement s'installent des troubles trophiques au niveau des 2<sup>me</sup>, 3<sup>me</sup> et 4<sup>me</sup> doigts de la main droite, avec début de gangrène sèche au niveau de l'extrémité de ces doigts.

La malade vient à Toulouse pour la première fois en juin 1922. A cette époque les troubles trophiques et la gangrène des doigts persistaient encore. Peu à peu s'installe un épaissement douloureux des parties molles de tout le membre supérieur droit. Une radiographie montre les os du membre supérieur normaux. La pression artérielle prise au Pachon, indique une diminution de 1 centimètre à droite au niveau du poignet. 17-9 à G., 16-8 à D. La réaction de Wassermann faite trois fois dans des laboratoires différents est négative. Malgré cela un traitement spécifique est institué associé à l'opothérapie polyglandulaire.

Une amélioration sensible se manifeste dès le début

du traitement, lente mais continue. En quelques mois la malade ne souffrit plus; les phénomènes de gangrène ont rétrogradé, il ne reste plus à l'heure actuelle que la cicatrice. Le membre supérieur droit reste légèrement épaissi dans son ensemble, la main est à peu près normale.

Le traitement spécifique, la malade n'habitait pas Toulouse a consisté en iodure et frictions mercurielles, la malade n'a été traitée ni par l'arsenic, ni par le bismuth.

#### OBSERVATION XXVII.

Due à l'obligeance de M. le P. agrégé Laporte.

Mme A..., 34 ans, sans profession. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Pas de maladies jusqu'à 15 ans. De 15 à 18 ans chloro anémie. A 20 ans, après une première grossesse la malade est fatiguée, reste anémiée pendant longtemps. A 22 ans, séjour à Arcachon pour bronchite et sommet gauche suspect. A 23 ans fissure à l'anus, blennorragie en 1914. Vers la même époque crises d'entérite. En 1918 la malade a un nouvel enfant. Quelque temps après est grippée, maigrit considérablement. La malade ne pèse que 43 kilogrammes.

**Maladie actuelle.** — En septembre 1919 la malade présente un syndrome de Raynaud des plus nets caractérisé par des alternatives de pâleurs des doigts et des mains s'arrêtant au niveau du poignet suivies de cyanose des régions tout d'abord exangues, le tout avec douleurs très vives, fourmillements, douleur en coup d'aiguille dans les extrémités des doigts.

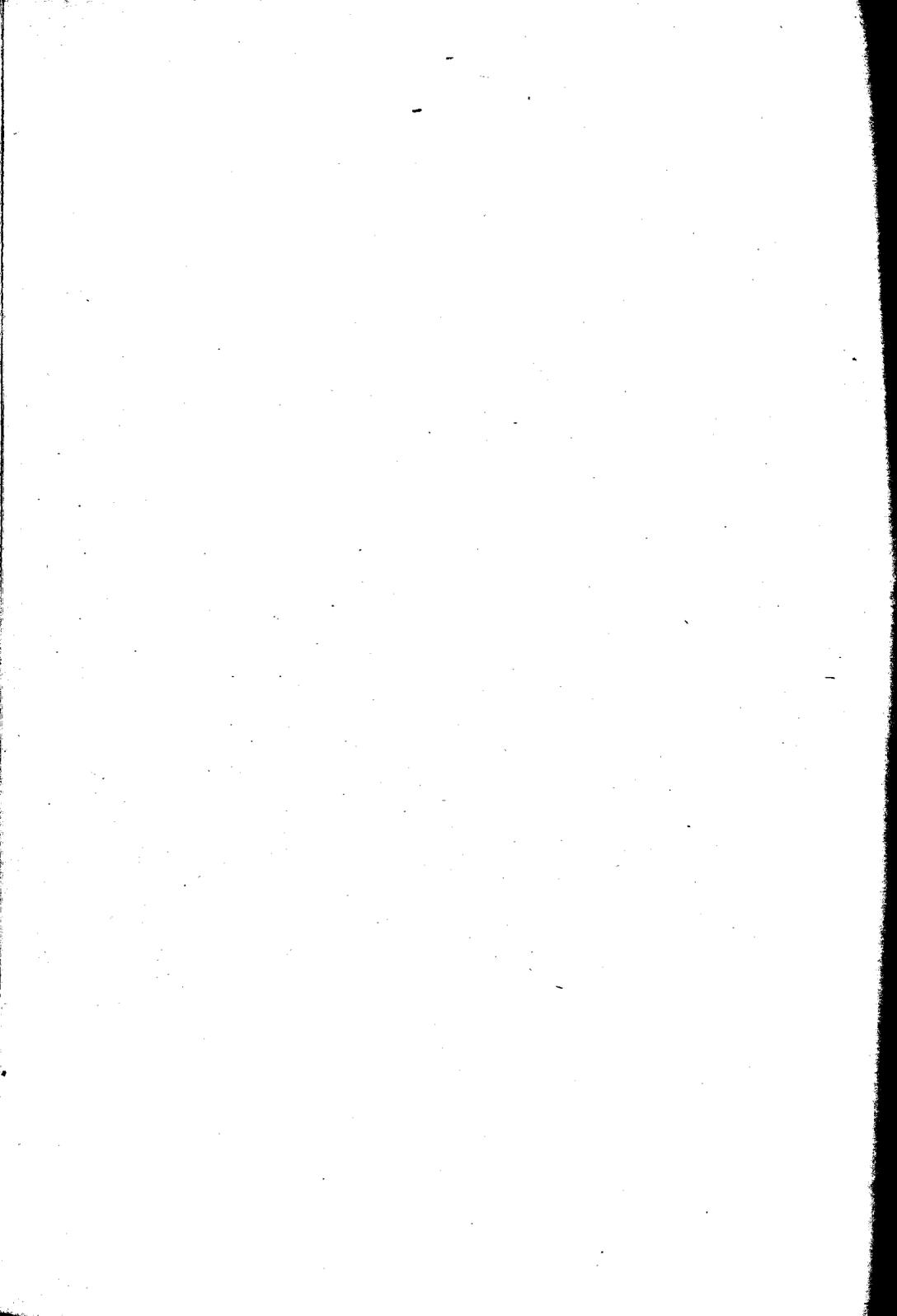
Ces phénomènes survenant par crises se répétant très fréquemment dans la journée et s'accompagnant parfois de douleurs irradiées dans le membre supérieur, dans le bras gauche et dans la région thoracique gauche rappelant l'angine de poitrine. Parfois la crise s'accompagne de vertiges et de tendance à la syncope. Les crises augmentent dès qu'il fait froid, elles sont très nombreuses pendant l'hiver au point d'empêcher la malade de s'occuper de son ménage ou de sortir. Ces crises s'atténuent quand la malade trempe les mains dans de l'eau chaude. Pendant les froides journées d'hiver le seul fait de retirer la main du manchon provoque une crise. Cet état dure en s'aggravant jusqu'en novembre 1922, la malade ne passant que deux mois sans crises : juillet et août.

La réaction de Wassermann faite en novembre 1922 est fortement positive. D'ailleurs le mari est syphilitique. Le Wassermann est négatif chez l'aîné des enfants.

Le traitement syphilitique entraîne en quinze jours sans autre médication la disparition des crises qui ne se sont plus reproduites depuis. Le traitement a con-

sisté en iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour et en injections d'huile grise. La malade qui ignorait être spécifique n'avait fait aucun traitement antérieur. Elle a reçu depuis des injections de Bismuth ; mais après la disparition du syndrome de Raynaud. L'arsenic n'a pas été employé chez elle.

---



## TRAITEMENT

---

De très nombreuses méthodes de traitement ont été essayées pour combattre le syndrome de Maurice Raynaud. Leur multiplicité même est une preuve de la faible efficacité de la plupart d'entre elles.

On devra chez un malade atteint de syndrome de Raynaud instituer tout d'abord un régime alimentaire sévère. La viande ne sera permise qu'en petite quantité surtout au repas du soir. L'alimentation devra être essentiellement lacto-végétarienne. Les cures de fruits seront, croyons-nous utiles. Le plus souvent le malade se trouvera bien de l'administration d'iodure de potassium ou de sodium à faible dose.

Mais les recherches des nombreux auteurs ont surtout porté sur le traitement symptomatique. Les bains de lumière locaux; les bains galvaniques; les douches d'air chaud à 50°; l'air chaud à très haute tem-

pérature sous anesthésie générale, surtout quand les lésions sont sphacelées; les pansements au Beume du Pérou, les rayons X ont été tour à tour employés avec des résultats plus ou moins favorables.

M. Veillet signale un cas de guérison par la sympathectomie péri-artérielle.

Le traitement antisypilitique est celui qui semble donner le meilleur résultat. Mais encore faut-il faire un choix judicieux parmi les médications spécifiques que la thérapeutique met à notre disposition. C'est ainsi que les injections d'arsénobenzènes paraissent avoir une action défavorable sur les lésions du syndrome de Raynaud. Nous avons retrouvé dans la littérature trois observations qui nous semblent particulièrement probantes.

Dans l'observation n° XXV nous voyons dès le surlendemain d'une injection de 0.30 de novarsénobenzol, une violente recrudescence des douleurs, la fièvre apparaît, les doigts se tuméfient, le pouls s'accélère. Deux autres injections de 0.45 et de 0.60 amènent le déclenchement des crises analogues.

Mêmes observations pour un malade de MM. Oddo et Giraud. Après une injection de 0.45 de néosalvarsan le malade ressentit un frisson violent, suivi de sensation de chaleur. Le lendemain douleur violente dans les deux pieds qui sont froids et blancs. Le malade entre alors à l'hôpital. Les orteils du côté droit sont cyanosés de même qu'une partie du pied gauche. Les orteils du côté gauche sont noirâtres et

voués à la gangrène. Quelques jours après, le 20 janvier 1921, la cyanose s'est accentuée sur les orteils du côté droit. Du côté gauche gangrène sèche des orteils, cyanose en pantoufle, remontant jusqu'au milieu du dos du pied. Le 9 février devant le progrès de la gangrène on se décide à l'amputation.

Une autre observation due à MM. Nicolas, Massia et Dupasquier (1) peut être rapprochée des précédentes.

Un malade entre à l'hôpital dans le service de M. le professeur Nicolas pour un syndrome de Raynaud atteignant les mains, les pieds, le nez et les oreilles.

Le malade raconte qu'en 1916 il fut soigné à Genève pour syphilis ; il reçut trois séries d'injections d'un sel soluble de mercure. En janvier 1920 nouvelle série de douze piqûres d'un sel mercuriel. Au mois de mai de la même année, il reçoit à Lyon une injection de 0.15 de 914. Trois ou quatre jours plus tard : fourmillements dans les doigts de la main droite qui deviennent bleuâtres. Le surlendemain ces phénomènes disparaissent. Une semaine après la première injection le malade reçoit de nouveau 0.15 de 914, la cyanose réapparaît quelques instants après avec des troubles du côté du pavillon des oreilles qui deviennent bleues. La cyanose et les douleurs per-

---

(1) Nicolas-Massia et Dupasquier : Pour un cas de syndrome de Raynaud avec gangrène d'origine arsénobenzolique, E. Méd. 2 Sept. 1921.

sistèrent trois semaines puis tout disparut.

Un mois et demi après ces accidents, le malade reçoit une nouvelle injection de 0.30 de 914, immédiatement après la cyanose se reproduit au niveau des mains. Le malade recommença à souffrir, les phénomènes s'aggravèrent progressivement et au bout de quinze jours les doigts de la main gauche reprirent ainsi que les orteils.

A son entrée à l'hôpital le pouce et les deux dernières phalanges de tous les doigts de la main droite sont fortement cyanosés. Au niveau de la racine de l'angle de l'index et du médius se distingue un léger sillon faisant le tour du doigt. Au toucher les régions atteintes sont froides et très douloureuses. La main gauche est atteinte, mais avec moins d'intensité. Les orteils du pied gauche sont cyanosés; enfin, le pavillon des deux oreilles présente dans sa partie supérieure une teinte bleuâtre.

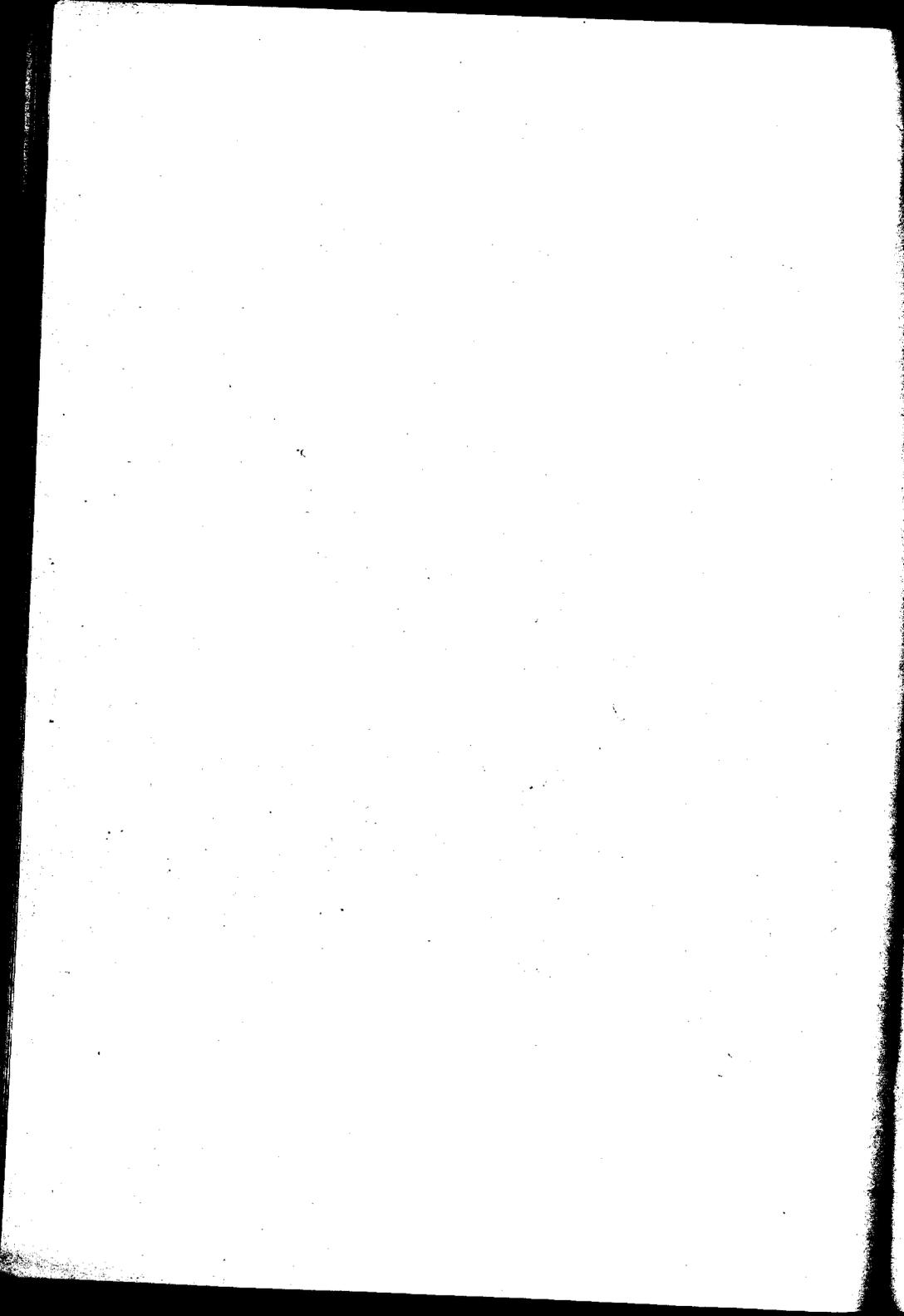
Les artères radiales, humérales, pédieuses et tibiale postérieure sont parfaitement permeables. Peu à peu la cyanose progresse, les parties touchées se sphacèlent et s'éliminent spontanément.

Les accidents observés nous semblent dans ces trois observations bien dues à l'action des arsénobenzènes. Comment et par quel mécanisme expliquer leur apparition? D'après Kopacenski il s'agirait d'une floculation survenue dans le sérum au contact de l'arsénobenzol. En effet, Mélarnet dans ses recherches expérimentales a bien montré cette floculation

du sang au contact du 914. Peut-être ces accidents ont-ils une pathogénie commune aux crises hémoclasiques étudiées par M. Vidal et ses élèves; sous l'influence des arsénobenzènes il se produirait un trouble dans l'équilibre colloïdal des humeurs, trouble passager dans la majorité des cas. Anormalement ce choc colloïdoclasique peut être d'une intensité particulière. Sous quelle influence en serait-il ainsi? Peut-être faut-il voir là une manifestation d'un trouble dans le fonctionnement des glandes à sécrétion interne. L'observation XXV semble venir illustrer et appuyer cette hypothèse. Chez cette malade en effet, les accidents survenus après les injections de novarsénobenzol et de sulfarsénol ont toujours été arrêtés et ont même rétrogradé sous l'influence d'ovarine et de thyroïdine.

Aussi, devant de tels faits il nous semble que le traitement antisyphilitique devra être tenté surtout par le mercure associé à l'iodure, l'arsenic devant être rejeté parceque dangereux.

---



## CONCLUSIONS

---

1° Le syndrome de Raynaud a, certainement des origines fort diverses. Cependant, il nous semble que son origine syphilitique est la plus fréquente.

2° Dans tous les cas d'asphyxie locale symétrique des extrémités, la pratique de la réaction de Wassermann nous paraît indispensable.

3° Si les résultats donnés par la clinique et le laboratoire concordent, il faut instituer un traitement antisyphilitique énergique. Cependant redouter l'arsenic qui, souvent aggrave les lésions.

---

Vu : *Le Doyen,*  
ABELOUS

Vu : *Le Président,*  
MOREL

*Vu et permis d'imprimer :*

Toulouse, le 13 Juillet 1923

*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,*  
*Le Doyen délégué,*  
ABELOUS

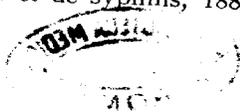
## BIBLIOGRAPHIE

---

- AUDRY. — La syphilis indirecte. Endocrinides syphilitiques. Sursyphilis. Bruxelles Médical, 1921.
- AUDRY et CHATELLIER. — Endocrinides syphilitiques angio-neurotiques et angio-neurotrophiques. An. D. et Syphil., 1922.
- AUNE. — Essai sur les gangrènes des membres consécutives à l'artérite syphilitique. Thèse Lyon, 1890-91.
- BARABAN et ETIENNE. — Revue médicale de l'Est, 1899.
- BARTHELEMY. — Hérédo-syphilis et glandes endocrines. Thèse Paris, 1918-19.
- BALZER et FOUQUET. — Sphacèle de l'extrémité du nez dans un cas de syphilis tertiaire accompagnée de maladie de Raynaud. A. d. et syphil., 1903.
- BRET et CHALIER. — Revue de Médecine, 1911.  
— Bul. soc. d. et syphil., 1911-1913.
- BRANDT. — Gangrène symétrique et syphilis héréditaire. Th. Paris 1895.
- BRUNELLE. — Bul. Méd. du Nord, 1891.
- BERNARD (Henry). — Gaz. Méd. 1857.
- DE BUZY. — Pachyméningite cervicale d'origine probablement syphilitique. Thèse Lyon, 1898-99.
- BOURRELLY. — Thèse Paris, 1837.

- DU CASTEL. — Bul. de la Soc. de dem. et syphil., 1901.
- CHALIER. — Rétrécissement mitral et maladie de Raynaud. Presse Médicale, 1918.
- CHARMAISON. — Maladie de Raynaud, aortite et syphilis. Thèse Toulouse, 1913-14.
- CHANGEY-PUSEY. — British Medical Journ., 1874.
- COULAUDON. — Quelques considérations sur la pathogénie de la maladie de Raynaud. Thèse Paris, 1920-21.
- DUBREUIL. — Bul. soc. franc. dem. et syphilis, 1921.
- DUPRE et KOHN. — Sclérodémie et maladie de Raynaud. Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1909.
- DURANDO-DURANTE. — Deux observations rares d'une forme mortelle d'asphyxie locale symétrique des extrémités chez des enfants dont les parents étaient syphilitiques. Méd. infantile, 1898.
- GAUCHER, GIROUX et MAYNET. — Troisième cas de maladie de Raynaud d'origine syphilitique avec aortite et R. W. Bul. soc. fran. dem. et syphil., 1913.
- GAUCHER, BIZARD et BRALEZ. — Maladie de Raynaud et syphilis secondaire. A. M. Vén. 1915.
- GAUCHER, CLAUDE et CROISSANT. — Maladie de Raynaud syphilitique, Bul. soc. de. et syphil., 1911
- GASTON et HASCHER. — Myocardite et gangrène symétrique des extrémités digitales chez une malade atteinte de périostite tibiale syphilitique. Soc. dem. et syphil., 1899.

- GARRIGUES. — Thèse Paris, 1899-1900.
- GIROUX. — Maladie de Raynaud et syphilis. A. Mal. Vén., 1913.
- GOODALL. — British Med. Journ., 1919.
- JEANSELME. — Journal de clinique et de thérapeutique, 1905.
- JEANSELME et SCHULLMANN. — Syndrome de Raynaud à paroxysmes d'origine syphilitique. Bul. soc. dem. et syphil., 1915-1916.
- KLOTZ. — Journal Cutan. diseases, 1908.
- LENÈGRE. — Maladie de Raynaud chez les syphilitiques. Th. Paris, 1910-11.
- LEVY-FRANKEL et CASTEL. — Maladie de Raynaud et rétraction de l'aponévrose palmaire. Bul. Soc. dem. et syphil., 1910.
- LISTON. — Lancet, 1836.
- MASSON. — Maladie de Raynaud et lésions cardio-vasculaires. Thèse Lyon, 1911-12.
- MORGAN. — Lancet, 1899.
- MOUTRIER. — Syndrome de Maurice Raynaud et sclérodémie. Thèse Paris, 1910.
- MARSH. — British méd. journ., 1898.
- MICHOTÉY. — Maladie de Raynaud. Marseille-Médical, 1919.
- NICOLAS-MASSIA et DUPASQUIER. — Sur un cas de syndrome de Raynaud avec gangrène d'origine arsénobenzolique. A. D. et Syphil., 1921.
- ODDO et GIRAUD. — Gangrène des extrémités par thrombose artérielle au cours d'un traitement par le néosalvarsan. Bul. Soc. Méd. Hôp., 1921.
- ORNELLAS. — Archives de dem. et de syphilis, 1888.



- PORTAL. — Gangrène sèche des premières phalanges des deux mains. Arch. gén. Méd., 1836.
- PETGES et BONNIN. — Jou. de Méd. de Bordeaux, 1911.
- RAMOND. — Anévrysme circoïde. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1918.
- RAYNAUD. — De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités. Thèse Paris, 1862.
- SAMOYEAU. — Contribution à l'étude clinique de l'érythromélie. Thèse Paris, 1920-21.
- SOUQUES et MOREAU. — Crise hémoclasique dans la maladie de Raynaud. Bul. Acad. de Médecine, 1920.
- SOUQUES. — Gangrène symétrique des extrémités du type Raynaud et lésions artérielles. Bul. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1916.
- SARRONAT. — Etiologie et pathogénie de la maladie de Raynaud. Gazette Hôp. Paris, 1907.
- SEE (Marcel). — Pratique dermatologique.
- SOMMELET. — Contribution à l'étude de la gangrène symétrique des extrémités chez les enfants. Thèse Paris, 1905.
- TOUTIRAS. — Contribution à l'étude de la maladie de Raynaud chez les enfants. Montpellier, 1911.
- SENON. — Syndrome de Raynaud et syphilis. The British Méd. Jou., 1913.
- VARIOT. — Un cas de maladie de Raynaud. Gaz. des Hôp., 1912.
- VEILLET. — Traitement de la maladie de Raynaud par la sympathectomie péri-artérielle. G. Méd. Hôp., 1918.





