

mètres de diamètre, et sa couleur est d'un blanc mat. La peau se sèche, devient semblable à du parchemin et légèrement ridée. La teinte de la peau ne change pas pendant les processus d'élimination; celle-ci se fait comme pour les autres eschares après formation d'une ligne de démarcation rouge; en dehors de cette ligne, la peau a une couleur rouge pourpre. Un sillon se creuse, et les bourgeons charnus qui se développent détachent l'eschare.

Il y a de grandes différences sous le rapport de la profondeur de la mortification. Il est fréquent de voir le derme seul atteint; d'autres fois tous les tissus sont frappés jusqu'aux os. Comme on peut le supposer, la durée de ces processus varie aussi. S'il s'agit d'une gangrène superficielle, l'eschare mince et blanchâtre tombe en deux à trois semaines; mais quand elle pénètre jusqu'aux os, il faut des mois avant sa chute et la cicatrisation de la plaie consécutive.

Diagnostic.

Il est impossible de confondre cette forme avec la gangrène résultant d'une compression trop violente de la peau ou d'une contusion, car

GANGRÈNE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS

« La symétrie qui m'a servi à dénommer cette affection, dit M. Raynaud (1), je ne l'ai jamais prise dans le sens géométrique du mot. Elle comporte du plus et du moins, cela va sans dire, comme tous les phénomènes organiques. Toutefois, je puis assurer que les scrupules qui m'avaient arrêté d'abord ont été levés par la vue d'un grand nombre de cas nouveaux qui me sont passés sous les yeux. Dans quelques cas, la similitude des lésions est on ne peut plus frappante des deux côtés du corps, soit en étendue, soit en profondeur et jusque dans les menus détails de configuration qui échappent à toute description générale. »

La symétrie bien connue qui se manifeste dans le rhumatisme et dans certaines éruptions cutanées se voit aussi dans la gangrène, mais c'est rare. Ce phénomène est dû à des différences de constitution bien évidentes dans la peau et les muqueuses.

(1) Maurice Raynaud, article GANGRÈNE du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, 1872, t. XV, p. 637.

dans ces deux cas l'épiderme et les couches sous-jacentes ont une coloration noirâtre. La couleur blanche que prend parfois la peau sous l'influence de la compression disparaît rapidement après que celle-ci a cessé, et avant le sphacèle, elle passe au rouge foncé. Quand il y a eu contusion, on voit d'emblée sur la peau des taches violettes ou grisâtres.

Pronostic.

Il est très favorable pour la forme superficielle. Mais il est évidemment très grave quand la gangrène pénètre à travers les tissus, dénudant les os et ouvrant les articulations.

Traitement.

Le traitement ne diffère pas de celui qui convient aux autres formes de gangrène non inflammatoires pendant cette même période de la vie. Les forces du malade sont aussi bien diminuées pendant la durée de l'élimination des eschares. A l'extérieur, on emploie les solutions désinfectantes utilisées dans les cas ordinaires. A l'intérieur, on administre de même des toniques.

La gangrène symétrique se manifeste de plusieurs manières différentes. Souvent elle frappe les deux extrémités presque au même moment, et elle marche d'une façon vraiment égale des deux côtés. Cela peut résulter du fait souvent observé que les artères sont également dégénérées dans les deux membres. Quand la gangrène débute dans une extrémité, elle produit un état de dépression générale, qui est la cause déterminante de son apparition de l'autre côté. La gangrène symétrique peut aussi résulter de l'embolie de l'aorte à la bifurcation des artères iliaques, cause dont l'importance est évidente.

J'ai vu aussi des eschares se former à la plante du pied et au gros orteil, chez un homme de haute taille, qui buvait beaucoup de bière. Il garda le lit, les eschares se détachèrent et il se remit parfaitement. Cependant, quelques jours plus tard, une mortification analogue apparut à la plante et au gros orteil de l'autre pied, et sur les deux orteils voisins. Les eschares des deux côtés furent presque identiques de forme et de dimension.

GANGRÈNE DANS LES FIÈVRES.

Il existe encore une autre forme de gangrène, qui n'est pas aussi facile à comprendre et dont voici un exemple :

Un malade eut une fièvre typhoïde grave. Il tomba dans un état d'extrême prostration, et à ce moment on vit paraître des eschares sur sa peau. On ne put leur

découvrir aucune autre cause que la fièvre typhoïde.

La situation de la gangrène, d'ailleurs fréquente dans la fièvre typhoïde, a été sans doute déterminée, dans le cas mentionné plus haut, par des particularités histologiques que présentent certains points de la peau.

AINHUM.

Cette singulière maladie a été décrite pour la première fois par le docteur Da Silva Lima, de Bahia. Les caractères séméiologiques, la marche, l'anatomie pathologique de l'affection, ont été magistralement étudiés par le professeur de l'École de médecine de Bahia (1); plus tard, le docteur Moncorvo de Figueiredo (2) a établi avec précision le diagnostic différentiel par rapport aux formes variées de la lèpre (3), à la gangrène symétrique des extrémités, ou pian, etc., et ces descriptions représentent un tableau fidèle de la physiologie spéciale de la maladie.

Causes.

En fait d'étiologie, le docteur José Pereira Guimaraes (4) ne fournit aucune donnée plus positive que ses prédécesseurs. La maladie, spéciale aux nègres, inconnue chez le blanc, plus fréquente chez les noirs d'Afrique que chez les créoles du Brésil, paraît dépendre de dispositions inhérentes à la race.

L'humidité constante dans laquelle vivent certains nègres aurait peut-être quelque influence. Des deux malades observés par Guimaraes, l'un vivait constamment dans une écurie; l'autre, dans l'eau de mer. La maladie n'est pas rare dans les grands centres agricoles de la province de S. Paulo, d'après le docteur V.-J. da Silveira Lopès; elle semble moins commune

(1) Da Silva, *Étude sur l'ainhum* (*Archives de médecine navale*, t. VIII, p. 128).

(2) Moncorvo de Figueiredo, *De l'ainhum* (*Archives de médecine navale*, t. XXVI, p. 127).

(3) Collas, *Note sur la maladie décrite sous le nom d'ainhum, observée chez les Hindous* (*Archives de méd. nav.*, t. VIII, p. 357).

(4) José Pereira Guimaraes, *Rivista medica de Rio-Janeiro*, 1876 et *Archives de méd. navale*, 1877, t. XXVIII, p. 147.

dans la province de Rio-de-Janeiro qu'à Bahia.

La cause, d'après Guimaraes, doit dépendre de la contracture des muscles vaso-moteurs des artères qui alimentent la partie. C'est la théorie de Maurice Raynaud, qui attribue l'asphyxie locale des extrémités à un spasme réflexe des vaisseaux sous l'influence d'une excitation centrale de l'axe spinal.

D'après ces idées, les sillons ne seraient pas la cause, mais bien la conséquence de la maladie, et, par suite, le débridement de l'anneau constricteur au début de la maladie ne serait pas justifié.

Symptômes.

D'après le professeur Da Silva Lima (1), l'ainhum commence par une légère dépression un peu moins que demi-circulaire, occupant la face interne et inférieure de la racine du doigt, coïncidant exactement avec le sillon digito-plantaire, sans ulcération permanente, sans douleurs internes, sans aucun phénomène inflammatoire susceptible d'attirer l'attention du malade. Le doigt va peu à peu s'écartant de son voisin, au moins d'une manière apparente vers sa racine, mais à son extrémité libre, au contraire, il se rapproche parfois du quatrième doigt, paraissant former un angle au niveau de cette dépression ou de ce sillon.

Graduellement l'organe augmente de volume, à mesure que le sillon s'étend vers la face dorsale et plus tard vers la face externe, de sorte qu'à la fin l'extrémité du doigt a acquis deux ou trois fois son volume ordinaire. Le sillon circulaire se creuse au point que le mince pédicule qui relie l'orteil malade au pied n'est visible

(1) Da Silva Lima, *Archives de méd. navale*, 1867, t. VIII, p. 131.