

## ARTICLE IX.

## De la rétraction musculaire.

La rétraction musculaire est une affection caractérisée par le raccourcissement permanent, l'atrophie en longueur et en épaisseur, et quelquefois la transformation en tissu fibreux, des muscles de la vie de relation.

**Causes.** On observe cette maladie le plus souvent aux membres inférieurs; quelquefois au cou, où elle prend le nom de *torticolis*; dans l'orbite, où elle donne lieu au *strabisme*; aux gouttières vertébrales, dont les faisceaux musculaires raccourcis jouent un certain rôle dans la production des *diverses déviations de l'épine*. En général, la rétraction musculaire ne se montre pas d'emblée sous cette forme; elle est précédée d'un autre état des muscles caractérisé par des contractions plus ou moins longues, c'est-à-dire par une véritable *contracture* qui paraît elle-même avoir son point de départ dans une maladie des centres nerveux. La rétraction musculaire est tantôt une maladie congénitale; tantôt elle se développe dans la première enfance.

**Symptômes.** La rétraction musculaire produit des déformations qui varient d'après les organes que les muscles rétractés sont chargés de mouvoir. Aux membres, les articulations sont déformées et immobiles; sur l'un des côtés de la jointure se dessinent, à travers la peau qu'ils soulèvent, les tendons des muscles rétractés; ces tendons sont immobiles, raides, tendus. Les tendons voisins de ces derniers, et dont les muscles n'ont pas subi de rétraction, sont relâchés. Ceux qui sont placés du côté opposé à la rétraction sont allongés et tendus. Les ligaments articulaires participent aux modifications précédentes, ceux qui sont placés du côté correspondant aux muscles rétractés reviennent sur eux-mêmes; ceux du côté opposé sont allongés. Il est à peine besoin d'ajouter que les mouvements de l'articulation sont très-limités, les tendons rétractés s'opposent à l'éloignement du membre de la nouvelle position qu'il a prise; on ne peut qu'exagérer dans quelques cas cette situation, en portant le membre dans le sens correspondant à la rétraction. Lorsque la maladie est ancienne, le membre est notablement amaigri, les muscles ayant eux-mêmes subi une réduction dans leur masse sous l'influence de l'inactivité à laquelle ils ont été condamnés. Dans l'orbite, au cou, au rachis, la rétraction musculaire produit des effets qui seront étudiés plus tard. (Voyez *Strabisme*, *Torticolis*, etc.)

Dans les régions du corps où les tendons glissent dans des gaines ostéo-fibreuses, au poignet, au cou-de-pied, ces tendons soulèvent beaucoup moins la peau qui les recouvre, parce qu'ils se trouvent bridés par leurs coulisses; ces dernières sont élargies. Du côté correspondant à la déviation du membre, les artères deviennent flexueuses, quelquefois le calibre en est diminué; les veines et les nerfs du même côté sont plutôt raccourcis.

La rétraction musculaire est facile à reconnaître: la déviation permanente d'un membre ou d'un organe qui donne attache à des muscles permet

déjà de la soupçonner; l'examen attentif de la région fait découvrir la saillie des tendons qui appartiennent aux muscles rétractés.

**Traitement.** Lorsque la maladie est récente, on la combat par des bains, des douches, des frictions, la gymnastique, l'électrisation localisée; plus tard, on se sert d'appareils orthopédiques qui ramènent le membre ou l'organe dans une direction convenable; comme ressource extrême, on peut pratiquer la section des tendons rétractés, afin de redresser la partie qui est déviée.

**RÉTRACTION MUSCULAIRE SYPHILITIQUE.** Elle diffère de la précédente, en ce qu'elle reconnaît pour point de départ une infection syphilitique. Elle appartient au groupe des accidents tertiaires ou de transition de la vérole. On la rencontre particulièrement dans les muscles fléchisseurs du membre supérieur. Elle est accompagnée de douleur, tantôt dans tout le membre, tantôt dans le muscle affecté seul, surtout au voisinage des insertions osseuses de l'organe. On la distingue de la rétraction qui accompagne les tumeurs syphilitiques des muscles (p. 235), par la présence dans ce dernier cas d'une nodosité dans l'épaisseur du muscle; de la rétraction nerveuse, en ce que dans celle-ci la rétraction est de courte durée, intermittente, tandis que la rétraction syphilitique est permanente et offre une augmentation ou une diminution graduelles. Dans la rétraction musculaire consécutive aux affections rhumatismales et articulaires, le corps du muscle est douloureux; dans la rétraction syphilitique, cette portion du muscle est indolente. En cas de doute, il convient de soumettre le sujet à l'usage interne de l'iodure de potassium, qui guérit promptement la rétraction musculaire syphilitique.

## CHAPITRE V.

## MALADIES DES ARTÈRES.

## ARTICLE I.

## Blessures des artères.

Les plaies des artères se divisent en deux espèces: les unes n'intéressent que les parois de ces vaisseaux, les autres s'étendent jusque dans la cavité artérielle. Il y a donc des plaies *non pénétrantes* et des plaies *pénétrantes*.

1° **PLAIES NON PÉNÉTRANTES.** Une plaie non pénétrante d'artère peut s'étendre à une profondeur plus ou moins considérable; si elle ne comprend que la gaine du vaisseau, des bourgeons charnus ne tardent pas à en réunir les bords et la perméabilité de l'artère est conservée; si la division porte à la fois sur la gaine et sur la tunique celluleuse, les parois de l'artère s'épaississent par suite de l'inflammation traumatique qui se développe, et



il ne se produit pas de tumeur anévrysmale; si la plaie intéresse à la fois la gaine, la tunique celluleuse et la moyenne, il se forme un anévrysme mixte interne, au dire de Haller, qui a expérimenté sur les artères méésentériques de la grenouille; Hunter avance, au contraire, que les parois artérielles s'épaississent par l'organisation de la matière coagulable; il est encore possible que la tunique interne, cédant à l'effort latéral du sang, finisse par se rompre et qu'il se produise une hémorragie.

2° PLAIES PÉNÉTRANTES. Elles sont faites par des instruments piquants, tranchants ou contondants. Il a été question des blessures d'artères par instruments contondants à la page 61. Les plaies produites par *arrachement* ont été signalées à la page 58. En cas de lésion par instrument tranchant, la plaie est longitudinale ou transversale, et elle comprend le quart, le tiers, la moitié, les trois quarts ou la totalité de la circonférence du vaisseau.

**Anatomie et physiologie pathologiques.** Nous prendrons pour type de notre description les phénomènes qui se passent dans les plaies transversales complètes.

A. PLAIES TRANSVERSALES COMPLÈTES. Elles sont suivies d'un écoulement rapide de sang qui peut durer jusqu'à la mort, si l'artère est volumineuse et si la plaie extérieure est large et non réunie par la suture. Dans des conditions opposées, il se peut que l'hémorragie s'arrête soit définitivement, soit d'une manière temporaire. C'est le mécanisme de la guérison qu'il importe de préciser dans ce cas. J.-L. Petit avait déjà formulé à cet égard une théorie à laquelle les recherches modernes ont peu ajouté. D'après ce chirurgien, le sang cesse de couler, parce qu'il se forme un *caillot* dont une partie entoure les bouts du vaisseau divisé (*couvercle*) et dont l'autre occupe la cavité du vaisseau (*bouchon*). Il ajoute qu'il y a dans le caillot une partie *blanche* qui adhère fortement aux lèvres de la plaie du vaisseau et qu'il compare à la substance qui s'épanche entre les lèvres d'une plaie et les réunit en quatre à cinq heures. Morand ajouta à la théorie précédente le frocement de l'artère par la contraction des fibres circulaires et le raccourcissement du vaisseau par la contraction des fibres longitudinales, de telle façon que le diamètre de l'artère est diminué. Puis, un peu plus tard, Pouteau, rejetant toute influence du caillot et de la rétraction de l'artère, crut trouver la véritable cause de la suspension de l'hémorragie dans le gonflement, la tuméfaction et l'induration des parties voisines, toutes circonstances qui avaient pour effet d'effacer la cavité du vaisseau en le comprimant. La théorie de J.-L. Petit, ébranlée par Pouteau, fut également combattue par Gooëk, Kirkland, White, John Bell, etc. La question restait indécise, lorsque Jones et plus tard Béclard entreprirent sur des animaux une série d'expériences qui conduisirent les deux auteurs à cette conséquence, que le sang, les parois du vaisseau, la gaine, le tissu cellulaire ambiant, l'affaiblissement de la circulation, la sécrétion de la lymphe plastique concourent à arrêter l'hémorragie. Voici, en effet, ce qu'ils ont constaté, en divisant sur des chiens une grosse artère en travers :

1° *Phénomènes immédiats ou provisoires.* Au moment où l'artère est coupée, elle tend à se rétracter dans sa gaine et cette rétraction s'accomplit

malgré l'impulsion du sang qui paraîtrait devoir y mettre obstacle. Le sang se coagule dans la gaine, dont la portion qui déborde le vaisseau n'offre plus un canal à parois lisses; le caillot se prolonge entre la gaine et l'artère, en remontant du côté du cœur. (On reconnaît le caillot extérieur ou le *couvercle* de J.-L. Petit.) En même temps que ces phénomènes s'accomplissent en dehors du vaisseau, il se forme un caillot intérieur (*bouchon* de J.-L. Petit), dont le sommet est tourné vers le cœur et la base vers l'orifice du vaisseau: ce caillot a une longueur égale à la distance qui sépare la plaie du vaisseau de la première collatérale qui naît au-dessus. Béclard a comparé l'artère, au point de sa division, au goulot d'une bouteille obstruë à la fois par un bouchon et par de la cire extérieure. Un autre obstacle à l'écoulement du sang au dehors est la *contraction* de l'artère qui a pour effet d'en resserrer le calibre, et enfin il faut bien tenir compte aussi d'une diminution dans la force d'impulsion du sang contre les parois du vaisseau, conséquence de l'hémorragie plus ou moins abondante qui accompagne toute section d'artère.

2° *Phénomènes définitifs.* Au bout de quelques heures, les bords de la division artérielle s'enflamment; il se dépose une matière organisable entre le caillot intérieur et l'extérieur, entre le vaisseau et sa gaine, entre le caillot et la membrane interne; d'où la formation d'une masse indurée, blanchâtre, friable, dans laquelle se perdent les bouts d'artère. Plus tard, les caillots externe et interne se résorbent, la lymphe plastique s'organise, l'artère subit une sorte de rétraction qui finit par la convertir en un cordon d'apparence ligamenteuse, et ce cordon lui-même disparaît quelquefois par un travail d'absorption qui laisse à la place du vaisseau du tissu cellulaire.

Les phénomènes que nous venons d'exposer se passent aussi bien du côté du bout central du vaisseau que du côté du bout périphérique. Toutefois, d'après Jones, la contraction de ce dernier est plus considérable que celle du bout supérieur; le caillot qui l'enveloppe est plus petit. Au moment de la production de la plaie, le bout inférieur fournit un jet de sang, lorsqu'il contracte de larges anastomoses avec d'autres artères; en cas contraire, l'écoulement de sang fourni par ce bout est encore possible, mais alors le liquide s'écoule par un jet non saccadé et présente souvent une coloration noire.

B. PLAIES PAR INSTRUMENTS PIQUANTS. Les résultats diffèrent d'après le calibre de l'instrument vulnérant: pour peu que ce dernier ait un certain volume et que l'artère soit d'un diamètre considérable, il se fait une hémorragie abondante qui entraîne une mort rapide. Si l'instrument vulnérant est mince, l'artère d'un petit calibre, les choses se passent d'une façon moins grave: quelquefois il y a réunion immédiate des tuniques artérielles perforées; ou bien la tunique externe se réunit immédiatement, tandis que les deux tuniques profondes s'agglutinent plus tardivement par l'intermédiaire de la lymphe plastique. On constate parfois la production d'un thrombus ayant la forme d'un bouchon dont la partie renflée est placée au-dessous de la tunique externe, pendant que la pointe s'engage entre les lèvres de la plaie faite aux tuniques propres. L'écoulement du



sang au dehors est modéré par la résistance du liquide épanché dans la gaine ; ce sang se coagule et plus tard le caillot est résorbé. Un petit renflement persiste quelquefois au niveau de la piqûre, et le vaisseau peut rester perméable. Il n'est pas rare d'observer, chez l'homme, des hémorragies consécutives ou la formation d'un *anévrisme faux consécutif*.

**C. BLESSURE LONGITUDINALE.** Elle n'est pas suivie d'un écartement des bords de la plaie ; l'ouverture s'oblitére par la formation du caillot extérieur, et la perméabilité du vaisseau peut être conservée. On conçoit la possibilité, comme dans le cas précédent, d'hémorragies consécutives ou de la formation d'un anévrisme consécutif.

**D. DIVISION TRANSVERSALE INTÉRESSANT LE QUART DE LA CIRCONFÉRENCE DU VAISSEAU.** La plaie prend une forme *arrondie*, le sang se coagule dans la gaine, la lymphe plastique bouche l'ouverture du vaisseau et s'y organise. J.-L. Petit a comparé à un clou à base en dehors et à pointe tournée vers la cavité du vaisseau le caillot qui est interposé aux lèvres de la plaie. Le caillot peut céder aux efforts du sang et se détacher, d'où résulte une hémorragie ; ou bien il s'entoure d'une couche de lymphe plastique et donne lieu à une cicatrice qui se soulève plus tard et donne lieu à la formation d'un anévrisme faux consécutif.

**E. DIVISION TRANSVERSALE INTÉRESSANT LA MOITIÉ DE LA CIRCONFÉRENCE DE L'ARTÈRE.** Les lèvres de la plaie s'écartent considérablement et la plaie elle-même prend une forme *ovale* ; l'écoulement du sang est souvent assez considérable pour produire la mort ; si l'animal échappe à ces accidents, il guérit avec une oblitération de l'artère.

**F. DIVISION TRANSVERSALE INTÉRESSANT LES TROIS QUARTS DE LA CIRCONFÉRENCE DE L'ARTÈRE.** La rétraction des lèvres de la plaie est telle, que cette dernière prend la forme d'un bec de flûte ; le calibre du vaisseau est diminué, ce qui rend la guérison plus facile que dans le cas précédent. Le plus souvent la portion persistante de l'artère disparaît, soit en raison de la rétraction considérable des deux bouts à laquelle elle cède, soit par ulcération.

**Symptômes.** Au moment où une artère est blessée par un instrument piquant ou tranchant, il s'échappe par la plaie extérieure un flot de sang *vermeil* sous la forme d'un jet *continu et saccadé* ; les saccadés sont isochrones aux battements du cœur. Toutefois ces caractères ne sont pas absolus ; ils peuvent être modifiés par les circonstances suivantes : si la plaie des téguments et celle de l'artère ne sont pas parallèles, le sang, au lieu de sortir par un jet, s'écoule en bavant ; d'un autre côté, il se peut que le sang artériel, au lieu de présenter une coloration rouge, offre une couleur noire qui en impose pour une plaie veineuse ; cela se voit particulièrement quand le sang vient du bout inférieur de l'artère où ce liquide, ramené par les branches anastomotiques, a perdu en partie ses qualités de sang artériel. Toutes les fois qu'un jet de sang s'échappe d'une artère, on peut, par la compression exercée entre la plaie et le cœur, en modérer l'intensité ou même le suspendre complètement ; la compression exercée entre la plaie et les capillaires produit un résultat opposé. Le sang fourni par l'artère ne s'écoule pas toujours au dehors ; lorsque la plaie des téguments est étroite

et cesse d'être parallèle à la division artérielle, ce liquide s'insinue et s'infiltré plus ou moins dans le tissu cellulaire voisin, d'où la production d'un *anévrisme faux primitif ou diffus*. Lorsque l'instrument vulnérant a ouvert une cavité naturelle, comme la plèvre, le péritoine, la trachée, etc., en même temps que l'artère, le sang s'épanche dans cette cavité et y forme des collections que nous étudierons plus tard. (Voy. *Blessures de la Poitrine et de l'Abdomen*.)

**Marche. Terminaisons.** Lorsqu'une plaie intéresse une artère de gros calibre, comme la carotide primitive, la sous-clavière, l'iliaque externe, et que le malade n'est pas promptement secouru, la mort en est la conséquence prochaine. Si le vaisseau est moins volumineux, qu'une compression soit appliquée immédiatement après l'accident, le malade échappera à une mort par hémorragie ; le sang, s'infiltrant au milieu des couches celluluses de la région, donnera lieu à la formation d'un *anévrisme faux primitif*. Si la plaie est petite, elle peut se cicatrifier ; le sang infiltré en petite quantité autour du vaisseau se résorbe ; mais, au bout d'un certain temps, la cicatrice est soulevée par l'effort latéral de la colonne sanguine, et il se forme un *anévrisme faux consécutif*. Ce n'est pas tout, lorsque le malade est convenablement traité, il est encore exposé très-souvent à des hémorragies qui surviennent à une époque plus ou moins éloignée de la blessure, et qu'on appelle *hémorragies consécutives*.

**Diagnostic.** Il faut distinguer la plaie artérielle d'une plaie veineuse, et déterminer le vaisseau artériel lésé.

Les plaies artérielles diffèrent des plaies veineuses par la couleur du sang et par la forme même du jet que ces deux ordres de vaisseaux fournissent. Le sang des artères est rutilant, celui des veines noir ; le sang des artères s'en échappe sous la forme d'un jet continu et saccadé ; le sang des veines offre un jet simplement continu. Nous avons signalé précédemment quelques causes d'erreur ; on en trouvera d'autres à l'article *Plaies des veines*. Dans les cas douteux, on aura recours à la compression exercée sur la région entre la plaie et le cœur d'une part, entre la plaie et les capillaires de l'autre ; les effets de cette compression sur l'écoulement du sang au dehors étant diamétralement opposés, suivant que la blessure a atteint une artère ou une veine, phénomènes faciles à expliquer par la direction du cours du sang dans le système artériel et dans le veineux.

Il n'est pas toujours facile de préciser le vaisseau artériel qui a été lésé. Dans certaines régions, comme au pli du coude, à la partie moyenne du bras, à la face antérieure de la jambe, il ne peut y avoir d'embarras, parce que les grosses artères sont isolées ; mais dans d'autres régions, comme l'axillaire, la partie supérieure de la cuisse, la région latérale et supérieure du cou, où l'artère principale est accompagnée de grosses branches collatérales, le diagnostic est extrêmement difficile. Comment distinguer la blessure de la fémorale commune de celle de la fémorale profonde, celle de la carotide externe de la thyroïdienne supérieure à son origine, celle de l'axillaire de la scapulaire commune, etc. ?

**Pronostic.** Une plaie d'artère est toujours une lésion grave, soit au



moment où elle est produite, soit plus tard. Cette gravité est d'ailleurs subordonnée au volume du vaisseau blessé, à la direction et à l'étendue de la blessure, à sa situation et aux conditions générales dans lesquelles le sujet se trouve.

**Traitement.** Il est provisoire ou définitif.

La première indication à remplir, lorsqu'une artère est blessée, est de s'opposer à l'écoulement du sang. A défaut de tout instrument ou de tout appareil propres à interrompre le cours du sang dans l'artère, on exerce une compression non interrompue avec les doigts sur l'orifice du vaisseau; lorsque l'artère est située trop profondément, on comprime de la même manière la plaie extérieure. Si on a sous la main un tourniquet (fig. 35), on ajoutera à la compression directe la compression indirecte sur l'artère principale du membre; les doigts d'un aide intelligent ou tout autre appareil peuvent suppléer le tourniquet. On évitera autant que possible de transporter le blessé à une grande distance du lieu de l'accident, dans la crainte que les secousses du transport ne dérangent l'appareil compressif. La compression n'est en effet qu'un moyen d'arrêter momentanément l'effusion du sang, et, pour obtenir la guérison de la plaie artérielle, il faut recourir à d'autres

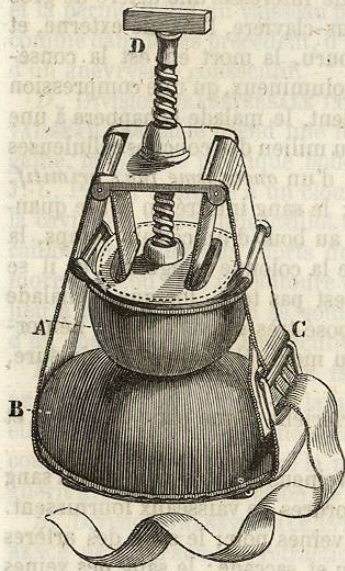


Fig. 35.

méthodes de traitement. La règle de conduite à suivre varie en raison du volume du vaisseau blessé, de sa situation plus ou moins profonde, de ses rapports.

Lorsque le vaisseau blessé est peu volumineux, on arrête quelquefois définitivement l'hémorragie, en affrontant exactement les lèvres de la plaie; c'est ce qui arrive après l'opération du bec-de-lièvre. A défaut de réunion, on peut soumettre le vaisseau à la torsion ou bien encore en cautériser l'extrémité avec le fer rouge. La compression directe suffit aussi pour arrêter l'hémorragie dans les plaies des artères appuyées contre un plan osseux, telles que la temporale, l'occipitale, l'auriculaire, et lorsqu'une artère est ouverte dans la portion de son étendue qui est contenue dans un canal osseux, on introduit dans la lumière du vaisseau un cylindre de cire ou une petite portion de bougie; la même règle de conduite est applicable aux artères dont les parois sont ossifiées. En dehors des circonstances précédentes, il n'existe pour les plaies artérielles qu'un seul et même mode de traitement: c'est la ligature des deux bouts du vaisseau divisé, à l'endroit même de la plaie. Il faut découvrir l'artère, en se guidant sur les notions anatomiques que tout chirurgien doit posséder, en prenant la précaution

de faire exercer par un aide une compression au-dessus de la plaie pour se rendre maître de l'hémorragie pendant l'opération; puis porter une première ligature sur le bout supérieur et une autre sur le bout inférieur. Cette opération offre quelquefois de grandes difficultés, en raison de l'infiltration de sang qui masque les tissus et qui les rend méconnaissables. Il est bon de tenir compte d'une observation qui a été suggérée à J.-Z. Amussat par ses expériences: d'après ce chirurgien, le sang fourni par l'artère blessée forme sous la peau une tumeur d'un rouge uniforme enveloppée dans une espèce de poche constituée par le tissu cellulaire. Le trajet de la plaie qui s'étend de l'artère à la peau est indiqué par un caillot rouge que l'on peut enlever avec des pinces et qui laisse à sa place un canal conduisant à l'artère blessée; cette artère, en cas de blessure latérale, est bouchée par un petit caillot brun; en cas de blessure complète, on rencontre aux deux extrémités de l'artère des caillots d'un brun noirâtre et à forme mamelonnée.

Il est des hémorragies artérielles dont il est extrêmement difficile de déterminer d'une manière précise le point de départ; cela arrive quand une plaie intéresse une région où plusieurs artères sont accolées les unes aux autres; ou bien encore quand le vaisseau lésé est situé à une telle profondeur, que, pour le découvrir, il faudrait pratiquer de grands délabrements. Dans ce cas, la plupart des chirurgiens conseillent de pratiquer la ligature de l'artère principale du membre, à une certaine distance de la plaie. Il ne faut pas se dissimuler toute l'insuffisance de ce traitement et les dangers auxquels il expose les malades; en effet, le rétablissement de la circulation donne lieu à des hémorragies consécutives. C'est par ce motif que Guthrie a conseillé la ligature des deux bouts de l'artère divisée dans tous les cas sans exception.

#### DES HÉMORRAGIES CONSÉCUTIVES AUX PLAIES D'ARTÈRES.

On donne le nom d'hémorragies consécutives aux hémorragies fournies par une plaie, à l'époque où les accidents inflammatoires, conséquence nécessaire de toute plaie, se sont déjà développés. Il faut distinguer des hémorragies consécutives celles qui surviennent peu de temps après la blessure; ces dernières reconnaissent pour causes l'absence de ligature de vaisseaux plus ou moins volumineux, leur dilatation à l'époque où le spasme produit au moment de l'opération a cessé, le retour du sang par le bout inférieur de l'artère lorsque ce bout n'a pas été lié; leur traitement ne diffère pas de celui des hémorragies primitives (p. 32).

Les hémorragies consécutives proprement dites se produisent encore sous l'influence des causes précédentes. Il faut y ajouter les affections morales vives qui ont pour effet d'activer la circulation, l'usage de boissons alcooliques, une disposition constitutionnelle particulière à certains individus, la blessure de tissus érectiles; une fluxion inflammatoire exagérée de la plaie qui produit une exhalation de sang; la chute prématurée d'une ligature, ou bien encore d'une escarre qui comprend une partie ou toute l'épaisseur du



vaisseau ; des gangrènes diverses, la pourriture d'hôpital, etc. D'après Sanson, les hémorragies consécutives ont quelquefois le type *intermittent* et cèdent alors aux préparations de quinquina.

Le traitement des hémorragies consécutives varie en raison de l'abondance de l'écoulement sanguin et des vaisseaux qui fournissent ce dernier.

Quand le sang est versé en nappe par la surface d'une plaie et que l'hémorragie est le résultat d'un travail inflammatoire ou d'une trop forte constriction de l'appareil, il faut couvrir mollement la plaie, appliquer un simple bandage contentif et modifier la fluxion inflammatoire par des émissions sanguines. Si l'hémorragie est fournie par un vaisseau d'un petit calibre, on exerce une compression sur son orifice, ou bien on le cautérise avec un bouton de feu ; cette dernière pratique convient également aux hémorragies fournies par des tissus érectiles. S'il se manifeste des hémorragies *capillaires* consécutives chez des individus faibles, scorbutiques, on a recours aux topiques astringents et styptiques, aux absorbants, etc., à un régime analeptique, à des boissons aiguës avec des acides minéraux. L'hémorragie consécutive peut être la conséquence du retour du sang par le bout inférieur, lorsqu'on a omis de faire la ligature de ce bout, ou bien de la section prématurée des tuniques artérielles de l'un ou de l'autre des bouts de l'artère liés tous les deux au moment de la production de la blessure. La plupart des chirurgiens modernes conseillent, en pareille circonstance, de pratiquer une nouvelle ligature à une certaine distance de la première, persuadés que les artères qui se trouvent au fond d'une plaie qui suppure sont trop fragiles pour supporter la constriction d'un fil à ligature ; ils préfèrent donc la méthode d'Anel. D'autres praticiens professent que toutes les fois que la plaie artérielle est située dans une région où les anastomoses permettent à la circulation de reprendre rapidement son cours, à la main, au pied, au cou, le retour de l'hémorragie après l'application de la méthode d'Anel est presque inévitable. Ils préfèrent pratiquer la ligature directe de l'artère au fond de la plaie ; les expériences sur le cadavre et sur les animaux vivants faites par Courtin démontrent en effet qu'on a exagéré la fragilité des artères entourées de tissus enflammés. Nous pensons que, lorsque l'hémorragie peut être arrêtée par la compression directe, celle-ci est préférable.

## ARTICLE II.

### De l'artérite.

C'est l'inflammation des artères que l'on désigne sous le nom d'*artérite*. Quelques pathologistes l'attribuent à l'abus des alcooliques, à l'usage habituel d'une nourriture trop animalisée, à l'action d'un froid excessif ; les lésions mécaniques de toutes sortes des artères la produisent ; il est rare qu'elle soit la conséquence de la propagation jusqu'au tube artériel d'une inflammation des tissus au milieu desquels l'artère se trouve ; elle peut naître *spontanément*, c'est-à-dire sans cause appréciable. Nous avons

indiqué précédemment (p. 127) l'influence exercée sur la production de l'artérite par l'arrêt d'un *embolo* dans un des vaisseaux à sang rouge.

**Anatomie pathologique.** La coloration rouge de la face interne des artères ne suffit pas à elle seule pour caractériser l'artérite ; car elle est souvent la conséquence d'une imbibition cadavérique produite par le contact du sang renfermé dans le vaisseau. Il n'en est pas de même de l'injection des capillaires qui rampent dans l'épaisseur des tuniques artérielles ; cette hyperhémie est souvent accompagnée d'une sécrétion de lymphes plastique et d'un épaissement avec friabilité des parois du vaisseau. L'artérite a pour conséquence de donner lieu à la coagulation du sang renfermé dans l'artère, d'où l'oblitération de cette dernière et un obstacle à la progression du sang. Le caillot subit diverses transformations : il contracte des adhérences intimes avec les parois artérielles, se condense, et l'artère se transforme après un certain temps en un cordon fibreux ; ou bien il est résorbé et le canal artériel est rendu à la circulation ; la suppuration du caillot est rare.

**Symptômes.** L'artérite est caractérisée par une douleur plus ou moins intense qui augmente lorsqu'on exerce une pression sur le vaisseau enflammé ; par des pulsations violentes dans l'artère, au début de la maladie, d'après Broussais et Roche. En explorant l'artère avec les doigts, on constate qu'elle est dure, qu'elle a augmenté de calibre et que la main n'est plus soulevée par des battements. Il est impossible aussi de retrouver ces battements dans tous les points de l'artère situés au delà de la partie enflammée. En même temps, les malades se plaignent de picotements, d'engourdissement, de tiraillements, d'une sensation de froid, dans les organes où se rendent les branches de l'artère affectée d'inflammation. On comprend que tous les phénomènes que nous venons de signaler en dernier lieu sont la conséquence de l'interruption de la circulation artérielle dans une étendue plus ou moins considérable. L'artérite est accompagnée quelquefois de symptômes généraux plus ou moins intenses.

**Marche. Terminaisons.** Dans les cas les plus heureux, le caillot qui s'est formé dans l'artère se résorbe et la circulation se rétablit ; on voit alors disparaître les phénomènes locaux et les troubles fonctionnels qui en sont la conséquence. D'autres fois l'artère s'oblitére, dans une étendue plus ou moins considérable, et si les anastomoses ne suffisent pas pour rétablir la circulation dans le membre, il se développe une gangrène dont les signes ont été exposés précédemment (p. 125).

**Diagnostic.** Il est difficile quand l'artère enflammée est située profondément ; ce n'est que par les signes rationnels, c'est-à-dire par la cessation des battements artériels à l'extrémité du membre, qu'on peut soupçonner l'existence de la maladie. L'artère est-elle, au contraire, accessible à l'exploration directe, l'artérite sera facilement reconnue, et on la distinguera de la phlébite aux signes qui seront exposés plus loin. (Voy. *Phlébite*.)

**Pronostic. Traitement.** Ce sont les conséquences de l'artérite qui en font une affection sérieuse. La gravité de cette maladie est subordonnée avant tout au volume de l'artère. C'est par un traitement antiphlogistique local et général qu'il faut combattre cette affection ; pour calmer la douleur,