

être achevée en quelques semaines, mais on l'a vue aussi n'être complète qu'au bout d'un an et plus.

A la FORME CHRONIQUE appartiennent les cas, le plus souvent bénins, qui se perpétuent pendant un temps considérable avec des périodes d'intermission. Le premier accès débute brusquement à la suite d'une émotion, d'une suppression de règles : il dure plusieurs jours, plusieurs semaines ou plusieurs mois. Rarement il est continu ; le plus souvent il est rémittent ou intermittent ; dans ce dernier cas, il affecte le type quotidien. Les autres accès se produisent à des intervalles de plusieurs mois ; ils surviennent sans cause appréciable ou sont raménés par les mêmes causes qui ont présidé au début de la maladie. A la longue, il semble s'établir une sorte d'accoutumance ; les accès deviennent moins graves ; mais alors les parties restent presque continuellement froides et engourdis.

Terminaisons. — L'affection n'aboutit pas toujours à la gangrène. Elle peut guérir sans avoir dépassé le stade d'asphyxie locale : les téguments reprennent alors leur aspect habituel. Dans quelques cas cependant la peau ne recouvre jamais sa coloration normale. Elle peut même s'indurer et revêtir, aux doigts surtout, un aspect qu'on ne saurait distinguer de la *sclérodactylie* ; les téguments des doigts et du dos des mains, épaissis et lisses, ne peuvent être plissés ni glisser sur les parties sous-jacentes. Les doigts et le métacarpe demi-fléchis sont immobilisés dans cette position. L'asphyxie locale est donc parfois un mode de début de la sclérodémie : ces deux maladies ont d'ailleurs un si grand nombre de caractères communs que certains auteurs confondent en une seule affection la gangrène symétrique et les formes locales de la sclérodémie¹, particulièrement la *sclérodactylie*.

Diagnostic. — Dans les cas rares où l'affection, encore au début, ne se traduit que par des accès douloureux, les troubles vaso-moteurs ne se produisant pas ou étant assez peu prononcés pour passer inaperçus, on peut croire à du rhumatisme ou à une névralgie. L'absence de fièvre et de gonflement articulaire d'une part, le siège des douleurs réparties symétriquement aux deux mains ou aux quatre extrémités d'autre part, sont propres à donner l'éveil. L'erreur ne saurait d'ailleurs être de longue durée, car l'apparition de phénomènes vaso-moteurs viendra bientôt faire cesser toute hésitation.

La syncope locale ne sera pas confondue avec l'état de pâleur habituelle des doigts qu'on observe communément chez les chloro-

1. FAVIER, *Sclérodémie spontanée ; ses rapports avec la gangrène symétrique des extrémités* (Thèse de Paris, 1880).

tiques. Quant à l'onglée, elle ne diffère de la syncope locale que par son étiologie.

La *cyanose congénitale* se distingue de l'asphyxie locale par le caractère permanent du trouble circulatoire qui s'exagère sous l'influence des efforts, par l'absence de douleurs, l'augmentation de volume de la phalange qui présente la déformation en massue.

L'*érythromélgie* présente des caractères presque opposés à ceux de l'asphyxie locale. Elle s'observe de préférence chez les hommes ; elle peut être symétrique. Les parties atteintes sont turgescents, et les artères qui s'y rendent sont animées de battements violents. La peau présente une teinte rosée, animée, vive, et non pas une coloration livide, cyanique. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité cutanée ; tout au plus y a-t-il un peu d'hyperesthésie, mais pas d'anesthésie ; la température locale est augmentée et non diminuée. Les troubles trophiques font défaut ; enfin les accès sont réveillés par la chaleur, et non par le froid. Malgré ces caractères différentiels, les deux maladies ont des rapports étroits, car on a vu des accès d'érythromélgie et d'asphyxie locale se succéder alternativement chez le même malade.

La gangrène symétrique est aisément confondue, à son début, avec des *engelures* : le siège aux extrémités, la sensation de brûlure, l'apparition de phlyctènes, puis d'ulcérations, expliquent cette confusion. En réalité l'étiologie et la marche de l'affection sont les seuls éléments de diagnostic. Les engelures sont une maladie d'hiver ; elles succèdent à l'action du froid ; dès que la température se relève, elles guérissent pour revenir l'hiver suivant. Quoi qu'il en soit, le diagnostic est souvent difficile, surtout chez les enfants.

La *gangrène sénile* diffère de la maladie de Raynaud par son siège unilatéral, son étendue plus vaste, sa marche serpentine et extensive, la diminution ou la suppression des battements artériels au-dessus du foyer.

La gangrène produite par le seigle ergoté présente quelque analogie avec la gangrène symétrique ; elle s'en distingue par son étiologie et les signes généraux de l'ergotisme.

MM. Pitres et Vaillard¹ ont décrit des *gangrènes massives et symétriques* des extrémités survenant spontanément, et probablement d'origine névritique : elles diffèrent de la maladie de Raynaud par leur étendue, leur marche et sans doute aussi par leur étiologie.

La première période de la *sclérodactylie* est habituellement caractérisée par des phénomènes d'asphyxie locale ; mais on ne

1. PITRES et VAILLARD, Contribution à l'étude des gangrènes massives des membres d'origine névritique (*Arch. de physiologie*, 1885).

connaît pas de moyen de prévoir dès cette époque si l'affection évoluera vers la gangrène ou vers la sclérodémie.

Les troubles trophiques et vaso-moteurs qu'on observe aux extrémités chez les syringomyéliques et l'affection décrite par M. Quinquaud sous le nom de panaris nerveux n'ont que des rapports plus éloignés avec la maladie de Raynaud.

Pronostic. — La guérison est la règle. Les cas à marche rapide sont ordinairement les plus favorables, car, une fois la période d'élimination terminée, on peut espérer une guérison définitive. Mais, lorsque la maladie se borne à des phénomènes de syncope ou d'asphyxie locale, avec ou sans production de phlyctènes, il est rare qu'elle ne s'éternise pas par la production d'accès à répétition. Sa durée fait alors la gravité du pronostic.

Étiologie. — La gangrène symétrique est une maladie du *sexe féminin* et de l'âge adulte. Elle survient en effet chez des femmes dans les quatre cinquièmes des cas, et elle est surtout fréquente de dix-huit à trente ans, d'où le nom de *gangrène juvénile* proposé par M. Raynaud. Elle est exceptionnelle au delà de quarante ans; mais on en a signalé quelques cas chez des enfants de douze ans, de neuf ans, voire de deux ans et demi¹.

La maladie a été observée chez des névropathes, des hystériques, des alcooliques², dans certaines formes d'aliénation mentale, dans l'épilepsie³, au cours de la tuberculose pulmonaire, de la lèpre⁴, de la leucocythémie, de la syphilis, du diabète. Le phénomène du doigt mort se produit communément chez les brightiques, mais les troubles vaso-moteurs peuvent aller chez eux jusqu'à la gangrène⁵. On a insisté jadis sur les rapports de la maladie de Raynaud avec l'arthritisme et surtout avec l'impaludisme. Mais, très souvent, l'affection survient chez des personnes dont la santé générale est parfaite, si bien qu'il serait imprudent de toujours établir une relation de cause à effet entre les états pathologiques antérieurs et la gangrène symétrique.

Les émotions, les troubles menstruels, le froid ont une influence sur l'apparition et le retour des accès. On a vu plus d'une fois le

1. ROSSIGNOT, *Gangrène symétrique des extrémités chez l'enfant* (Thèse de Paris 1888-1889).

2. LANCEREAUX, Leçons sur les troubles vaso-mot. et troph. liés à l'alcoolisme (*Union médic.*, 1881).

3. FÉRÉ et BATIGNE, Note sur un nouveau cas d'asphyxie locale des extrémités avec lésions congénitales de la peau chez un épileptique (*Rev. de médecine*, 1892, p. 891).

4. ZAMBACO-PACHA, La lèpre dans le midi de la France en 1893 (*Acad. de médéc.*, 9 mai 1893).

DEBOVE (*Soc. médic. des hôpit.*, 27 fév. 1880).

début de la maladie coïncider avec une suppression des règles, et sa guérison avec leur retour. Au début, tout au moins, l'influence de la saison froide est des plus nettes : c'est une maladie d'hiver; les phénomènes se dissipent pendant l'été. Mais, à la longue, les saisons perdent leur influence; il suffit alors d'un changement de température insignifiant pour provoquer un accès, ou bien encore les crises surviennent sans cause provocatrice.

Pathogénie. — L'examen anatomique montre que les causes vulgaires de la gangrène des membres ne sont pas en jeu dans la gangrène symétrique.

Pour M. Raynaud, il s'agit d'une névrose caractérisée par une irritabilité extrême des centres vaso-moteurs de l'axe gris spinal. A un spasme peu prolongé des capillaires, des artéioles et des veinules correspond la syncope locale. Si la constriction des artéioles persiste alors que celle des veinules, moins riches en fibres musculaires, disparaît, le sang noir reflue des grosses veines dans les veinules et dans les capillaires : c'est l'asphyxie locale. Enfin, si le spasme vasculaire atteint d'emblée une grande intensité et une longue durée, la gangrène survient; elle est limitée, parce que le spasme finit toujours par cesser. Cette constriction vasculaire serait d'origine réflexe : elle aurait pour point de départ une irritation périphérique, soit externe (action de l'air froid), soit interne (période menstruelle). Cette excitation est réfléchie par le centre vaso-moteur médullaire, d'où la symétrie des phénomènes morbides.

Vulpian a fait remarquer qu'il n'était pas nécessaire de faire intervenir les centres vaso-moteurs; il admet que le spasme vasculaire réflexe peut être produit par les ganglions situés sur le trajet des fibres vaso-motrices, tout près des parois vasculaires; la prédisposition locale naît sous l'influence d'une modification générale de l'économie et doit être à peu près égale dans les régions homologues des deux moitiés du corps. La maladie peut d'ailleurs n'être pas symétrique.

Pour quelques auteurs, des troubles vaso-moteurs, de quelque durée qu'ils soient, ne sauraient suffire à produire la mortification des tissus ischémiés; il faut qu'à ces troubles s'ajoute un affaiblissement de l'influence trophique du système nerveux. Aussi, des lésions ayant été rencontrées dans les nerfs collatéraux des doigts, ils estiment que les accidents doivent être mis sur le compte d'une névrite périphérique¹.

Enfin, à l'hypothèse de l'origine exclusivement nerveuse de la

1. WIGLESWORTH, *Peripheral neuritis in Raynaud's disease* (*Brit. med. Journ.*, 1887, p. 57).

maladie, on a cherché récemment à substituer une autre théorie où des lésions vasculaires, peut-être secondaires à des troubles nerveux, seraient la cause prochaine de la gangrène¹ : ce seraient des lésions histologiques d'artérite oblitérante, comme dans la sclérodémie, maladie dont nous avons signalé les affinités avec la gangrène symétrique.

Traitement. — Il s'adresse à l'état local et à l'état général.

L'application de liniments au laudanum, au chloroforme, au chloral, servira à calmer les douleurs. Des frictions faites sur les parties malades avec des liquides excitants, aromatiques, appliqués tièdes ou même froids, sont utiles pour hâter le retour de la circulation et de la chaleur.

On a employé avec succès les douches sur la colonne vertébrale et surtout les courants continus : les deux pôles sont promenés sur les points atteints pendant quinze à vingt minutes chaque jour, ou bien encore le pôle positif est placé sur le rachis, vers la cinquième vertèbre cervicale, le pôle négatif sur le sacrum ou la région malade.

La cautérisation ponctuée pourrait rendre des services : dans un cas, on a vu l'ignipuncture arrêter la gangrène sur un doigt qu'elle avait déjà frappé et soulager le malade à chaque nouvelle crise.

Comme traitement interne, on a conseillé l'emploi de la quinine, surtout chez les impaludiques, et de la belladone. Les valérianates et les bromures sont indiqués chez les personnes très nerveuses. La trinitrine a été vantée à plusieurs reprises : on prescrit deux ou trois gouttes d'une solution alcoolique de nitro-glycérine au centième, ou bien l'on pratique des injections hypodermiques de ce médicament aux doses d'un demi à un milligramme par injection.

M. BOULAY.

ÉRYTHROMÉLALGIE

Définition. — Sous le nom d'*érythromélgie*, Weir Mitchell a décrit une affection rare des extrémités, signalée pour la première fois par Duchenne (de Boulogne), et caractérisée cliniquement par des accès douloureux s'accompagnant de gonflement et de coloration rosée des téguments avec élévation de la température locale².

1. GOLDSCHMIDT (*Gaz. méd. de Strashourg*, févr. 1888).

2. WEIR MITCHELL (*Americ. Journ. of med. sc.*, 1878, t. II, p. 1). — LANNOIS, *Paralysie vaso-motrice des extrém.* (Thèse de Paris, 1880).

Symptômes. — La maladie a pour siège de prédilection les membres inférieurs; mais on l'observe aussi aux membres supérieurs et beaucoup plus rarement au pavillon des oreilles et aux pommettes.

La *douleur* est le premier phénomène éprouvé : elle est ressentie dans les deux pieds, dans un seul, dans une portion du pied (gros orteil, talon, face plantaire). C'est une sensation de fourmillement, de brûlure, ou même de déchirement, qui arrache des cris au malade. Elle est exagérée par la pression, l'action de la chaleur, la position déclive du membre. Elle diminue dans la position horizontale et par l'application du froid. Sur toute la surface douloureuse, la peau est rosée, violacée ou d'un pourpre foncé; ce n'est pas l'aspect livide et cyanosé de la gangrène; c'est plutôt une *teinte phlegmoneuse*. Les téguments paraissent tuméfiés; les veines se gonflent; les artères battent violemment, au moins au début. Il semble qu'on ait placé une ligature autour du membre. La peau est chaude; le thermomètre marque deux ou trois degrés de plus que dans la région correspondante du côté sain. On peut observer simultanément, mais d'une façon très inconstante, de la congestion du fond de l'œil, des troubles de l'ouïe, de la céphalalgie, du vertige, accompagnés de poussées congestives à la face.

Après une durée qui varie de quelques minutes à plusieurs heures, les douleurs s'atténuent, la rougeur disparaît et l'accès prend fin.

Dans l'intervalle des accès, les extrémités atteintes sont souvent froides et pâles; mais jamais les téguments ne présentent de troubles trophiques. La sensibilité au contact et à la température est ordinairement normale; mais la pression ramène les accès. Aussi la marche est-elle difficile : le malade, n'osant appuyer le pied à terre, marche sur les talons, s'aide de béquilles ou même se traîne sur les genoux. Les réflexes sont intacts ou un peu augmentés. Les muscles réagissent habituellement bien à l'électricité. On a parfois noté un certain degré d'atrophie musculaire. Dans deux cas, cette atrophie était accompagnée de douleurs en ceinture, indice probable d'une lésion spinale.

Marche. Durée. Terminaisons. — La marche est progressive. Au début, la douleur peut être le seul phénomène observé (acromélgie); tôt ou tard il s'y joint des troubles vaso-moteurs. D'abord limités à une portion du pied, les phénomènes douloureux et congestifs s'étendent bientôt à tout le pied, à la jambe et même gagnent la cuisse et la fesse. Le membre opposé est pris en même temps ou consécutivement; mais les symptômes sont toujours plus marqués d'un côté. A la longue, les accès se rapprochent ou sont