

jambe et le pied : la sensibilité a partout disparu, elle est nulle au tact, à la piqûre, à la chaleur. La jambe se marbre ainsi que le pied de taches noirâtres, et dès le lendemain soir, la gangrène est évidente.

La malade fut envoyée dans notre service le 27 juin : je vous l'ai présentée à la visite du 29.

Le membre inférieur gauche est inerte, immobile : la cuisse a sa couleur normale, mais la jambe est noire ainsi que le pied. Le pied a déjà l'aspect momifié des vieux cadavres de l'Ecole pratique : les orteils sont raccornis, fléchis et raides. Sur la jambe se dessinent à côté de plaques cutanées noires, des arborisations veineuses injectées. La peau est froide, glacée. La cuisse cependant conserve sa couleur normale ; la sensibilité y est obtuse, mais non abolie. A la racine de la cuisse, quelques petits ganglions sont appréciables. Il n'y a pas de fièvre.

J'examine les vaisseaux, et ni sur l'artère poplitée, ni même sur l'artère fémorale, je ne puis trouver de battements appréciables.

Le diagnostic s'imposait : *gangrène par embolie*, oblitération probable de l'iliaque externe ou de l'iliaque primitive. Je jugeai une opération immédiate nécessaire ; mais la gangrène n'était pas encore limitée, et rien n'indiquait qu'elle ne remonterait pas à la cuisse. L'opération devait donc sacrifier le membre tout entier, et lorsque je prévins avec toutes les précautions nécessaires, la malade de ce que j'aurais à lui faire, je me heurtai à un refus absolu de sa part.

Trois jours se passèrent pendant lesquels les douleurs furent intolérables ; les plaques de sphacèle ne s'étendirent pas au delà de la jambe, mais la jambe se colora de plus en plus en noir, et la malade désespérée accepta enfin ce qu'elle refusait quelques jours avant.

Je l'opérai le 3 juillet ; j'eus recours à la cocaïne lombaire, et j'étais heureux de trouver dans la rachicocaïnisation un moyen d'éviter les inconvénients que le chloroforme pourrait avoir sur le cœur si malade de cette pauvre femme. L'analgésie fut absolue et je pus faire sans difficulté l'amputation de la cuisse.

Je la fis aussi haut que possible, à deux lambeaux ; il n'y eut pas d'hémorrhagie artérielle, c'est à peine si je dus placer une ou deux pinces en arrière. La fémorale ne fut même pas comprimée, et dans sa cavité, je trouvai un long caillot que j'enlevai : il était le résultat de la coagulation du sang au-dessous de l'oblitération embolique.

Les tissus coupés avaient une couleur normale, bien que l'irrigation fût très minime. En tout cas, il n'y avait encore aucune trace de

sphacèle, je pouvais tenter de réunir complètement ; c'est ce que je fis en laissant deux drains.

Mais les complications ne tardèrent pas à venir : le soir, la température s'élevait à 38°, le lendemain à 39°. Le premier jour je mis cette élévation thermique sur le compte de la cocaïne : mais le second jour, d'autres indices me montraient que des complications plus graves se préparaient.

C'est d'abord la partie interne du moignon qui prend une teinte noirâtre, et se couvre de plaques jaunes, verdâtres, gangréneuses. Par les drains sort un liquide puriforme, sanieux : on fait sauter les sutures, on met la plaie largement à nu, et on fait passer à sa surface de larges irrigations à l'eau oxygénée.

Puis ce sont des accidents cardiaques qui viennent ajouter encore à la gravité de cet état : la malade se plaint de violentes palpitations, le cœur se trouble et bat d'une façon désordonnée.

Je prescrivis de la digitale, on met de la glace sur la région précordiale, et au bout de quelques jours, il y a une détente, les battements du cœur se ralentissent et se régularisent ; la température retombe à 37°, et nous commençons à espérer une guérison.

Ce fut en vain : deux jours après, la température s'élève à nouveau, la gangrène s'étend à toute la moitié interne des lambeaux. Le septième jour dans la nuit, la malade est prise brusquement d'une dyspnée formidable et meurt en moins d'une heure.

L'autopsie ne put être pratiquée, mais il est possible de rétablir cependant la filiation des accidents.

Phénomènes de gangrène, phénomènes d'infection, phénomènes d'insuffisance cardiaque, tous les trois se sont associés, et ont évolué parallèlement.

Les tissus exsangues, au milieu desquels j'ai dû faire l'amputation étaient en imminence de gangrène au moment où j'opérais : la gangrène a continué après l'opération.

Dans ces tissus sphacelés, l'infection trouvait un terrain favorable, et la septicité venait ajouter à la gangrène préexistante un élément de gravité, une cause d'aggravation ; enfin le cœur troublé par ces influences diverses, entraînait en asystolie. Sur ces entrefaites une embolie pulmonaire ou une thrombose cardiaque emportait subitement la malade : c'est ainsi du moins que je crois pouvoir expliquer cette mort si rapide.

La mort est survenue malgré l'amputation, parce que l'amputation ne pouvait être faite en tissu sain.

L'oblitération embolique siègeait dans l'artère iliaque externe et peut-être dans l'iliaque primitive, et il devenait dès lors impossible d'amputer assez haut pour dépasser l'étendue et les limites probables d'un sphacèle en voie d'extension actuelle.

Le principe des amputations hautes n'est pas ici pris en défaut ; il n'y avait rien de mieux à faire. Abandonnée à elle-même, cette malade ne serait pas morte beaucoup plus tard : j'ai voulu tenter l'impossible, j'ai voulu donner à cette pauvre femme toutes les chances possibles de guérison, j'ai cru plus sage de prévenir que d'attendre la gangrène, et malgré la gravité des circonstances, je pensais barrer la route au sphacèle. Je n'ai pu y parvenir ; je ne pouvais amputer assez haut.

Il est des lésions qui sont au-dessus de nos forces, celle-là était du nombre, et devant des complications aussi graves, nous n'avons qu'à regretter humblement notre impuissance.

III

Les exemples que je viens de faire passer sous vos yeux ont trait à des gangrènes sèches, artérielles et par conséquent aseptiques. Le caillot qui, par embolie ou thrombose, obtura l'artère était aseptique ou peu septique, et la gangrène qui en est résultée est restée elle-même tout le temps aseptique.

Aucune effraction tégumentaire n'était réalisée chez la malade au poignet, avant la gangrène ; les tissus chez elle ont été frappés à mort avant d'avoir été touchés par l'infection ; et, actuellement momifiés, ils n'offrent plus aucune prise aux microbes pathogènes. Chez l'autre malade cependant, vous voyez déjà l'influence que l'infection peut exercer sur une gangrène jusqu'alors aseptique ! l'infection provoquée par l'opération et favorisée par un terrain sans défense a imprimé à cette gangrène une marche rapidement extensive et causé l'apparition de phénomènes généraux graves. Ici la gangrène débuta aseptique et finit septique.

Mais il est aussi des gangrènes primitivement et exclusivement septiques ; favorisées toujours par un terrain défectueux, elles reconnaissent pour cause et pour agent, des microbes divers, dont l'intervention produit tout de suite, avec des lésions locales et rapidement extensives, une réaction générale intense. Certaines de ces gangrènes sont même spécifiques par la nature de l'agent qui les provoque :

telle est par exemple la gangrène gazeuse due au vibrion septique. D'autres fois, la gangrène, moins spécifique en ses agents, moins caractérisée dans ses allures, se comporte comme une infection putride, dont la nature est difficile à définir et la marche impossible à enrayer.

C'est à ce cadre des gangrènes septiques, indéterminées dans leur nature, qu'appartient le troisième cas dont je veux vous entretenir. L'observation est déjà ancienne : nous l'avons recueillie dans les premiers jours du mois d'avril.

A cette époque, entrant dans notre salle Saint-Landry, n° 5, un malade de trente ans avec une ulcération du pied droit.

Sur le dos du pied, nous voyions une large ulcération étendue à toute la face supéro-externe : elle est allongée d'avant en arrière, confine en avant à la racine des orteils et en arrière s'approche du cou-de-pied. Cette ulcération a mauvais aspect ; ses lèvres sont boursouflées, œdémateuses, rejetées en dehors ; son fond est recouvert d'un enduit pultacé. La zone de peau voisine est rouge, et la rougeur s'étend jusqu'à la partie inférieure de la jambe. Il y a quelques ganglions à la racine du membre. La malade se plaint en même temps de douleurs très vives dans le pied et dans toute la jambe, et ces douleurs contrastent par leur intensité avec les lésions constatées.

L'ulcération date d'une dizaine de jours : notre malade qui exerce la profession de fumiste se serait blessé, paraît-il, avec une chaussure trop étroite. Une petite écorchure se développait sur la face dorsale du pied ; il n'y prit pas garde, continua son travail, et cependant l'aggravation des lésions, et aussi ces douleurs vives qu'il ressent depuis trois jours, le décidèrent à entrer à l'hôpital.

L'état général n'est pas très bon, les traits sont tirés, le malade est un peu abattu, la température est à 38°.

Et cependant, rien dans le passé ni dans l'état actuel ne suffisait à expliquer les accidents en présence desquels nous nous trouvions ; le malade n'a eu autrefois qu'une pneumonie dont il guérit parfaitement il y a dix ans, et, ni avant ni après, il n'eut aucune maladie sérieuse.

Il n'est pas syphilitique, il est cependant un peu alcoolique. Mais ses urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Le cœur et les poumons sont sains.

Il y avait ici associés deux ordres de phénomènes, des phénomènes d'infection et des phénomènes de gangrène ; la gangrène repré-

sentée par une ulcération en voie d'extension, l'infection par la rougeur, l'œdème, la suppuration. Je portai le diagnostic de *lymphangite gangréneuse*, sans attacher à ce terme aucune idée de spécificité, et sans trouver d'ailleurs dans le passé de ce malade la raison de ces accidents, et je prescrivis des lavages à l'eau oxygénée et des pulvérisations phéniquées.

Les jours suivants, l'état du malade s'aggrave rapidement : l'ulcération fait des progrès rapides, les douleurs deviennent vives, contusives, profondes ; la sécrétion se fait de plus en plus abondante et fétide ; la température oscille autour de 39°.

La gangrène ne tarde pas à s'accroître et à s'étendre ; les orteils gonflés perdent leur épithélium, se détachent et tombent ; tout le pied est rouge, tuméfié, par places ecchymotique.

Le 17 avril, en présence de cette extension de la gangrène, nous intervenons ; je fais faire par mon interne M. Digne, l'amputation de la jambe au tiers supérieur. Les tissus à ce niveau paraissent absolument sains. L'opération est pratiquée par le procédé du lambeau externe ; les tissus sont largement vascularisés, les artères saignent à la coupe, le lambeau est suturé complètement, mais un gros drain est laissé dans la plaie.

Les premiers jours tout va bien, la température tombe, les douleurs sont supprimées, le facies redevient meilleur et la langue humide. Mais le cinquième jour, réapparition des douleurs et élévation de la température à 38°,5.

Le pansement est défait ; la plaie est rouge, le moignon couvert de plaques verdâtres ; on défait les sutures, on irrigue la plaie avec de l'eau oxygénée. Mais, malgré nos efforts, la gangrène s'étend, la température reste élevée ; le malade est en proie à une dyspnée excessive, il expectore des crachats brunâtres et, à l'auscultation, on perçoit à droite à la base, un foyer pneumonique manifeste.

Il meurt le 28 avril.

A l'autopsie, on trouvait un énorme foyer de pneumonie à l'état d'hépatisation grise dans les lobes moyen et supérieur du poumon droit. Le poumon gauche présente dans toute sa hauteur de la congestion œdémateuse.

L'artère fémorale est perméable et présente seulement quelques stries transversales d'adhérences du début. La veine est intacte.

Ici, vous le voyez, Messieurs, tout est très différent de ce qui s'est

passé chez notre première malade : autant chez elle le problème était aisé à résoudre, autant il est difficile à trancher ici.

S'agit-il d'une simple plaie sur laquelle une gangrène septique est venue se greffer ? Ou bien la plaie n'est-elle pas au contraire la marque d'une gangrène primitive avec ulcération précoce ?

J'adopte la première hypothèse : à la faveur d'une effraction tégumentaire banale, un microbe, probablement un streptocoque a pénétré sous les téguments, et là, en vertu d'une virulence spéciale, ou grâce à une association avec des anaérobies, a engendré le double processus d'infection et de gangrène que nous n'avons pu entraver.

C'est une gangrène septique, très différente des deux autres. Alors que chez nos premières malades, le système artériel était seul touché primitivement, ici, au contraire, tous les tissus sont ensemble frappés et envahis par une infection qui tue et mortifie tout ce qu'elle touche. Ces gangrènes septiques trouvent la raison de leur gravité, ou dans la virulence de l'agent, ou dans la défectuosité du terrain : l'agent, nous n'avons malheureusement pu le chercher et notre observation comporte à ce point de vue une lacune regrettable. Mais, en ce qui concerne le terrain, il nous paraît intéressant de souligner ce fait, que notre malade ne présente aucune de ces tares organiques que l'on trouve d'ordinaire au seuil de toutes les gangrènes humides : il n'est pas diabétique, il n'est pas albuminurique, et seul l'alcoolisme peut être invoqué comme une condition d'infériorité physique.

Gangrènes sèches et gangrènes septiques ! entre les deux le contraste est frappant et se retrouve à toutes les phases de leur histoire.

Dans la gangrène sèche, tout un territoire est frappé à la fois ; privé de ses vaisseaux, tout un segment de membre meurt en pleine activité ; la gangrène n'a pas à croître, elle se confirme, elle se précise au-dessus de l'oblitération vasculaire, et le sillon d'élimination qui va se former montrera jusqu'à quel niveau la circulation collatérale a pu s'étendre.

Dans la gangrène humide, il n'y a rien de semblable : la gangrène n'est pas totale, elle est progressive ; elle a pour caractère propre de s'étendre successivement aux tissus qu'elle envahit, et elle marche, et elle évolue de proche en proche, remontant de l'extrémité vers la racine d'un membre, semant sur son passage des toxines dont la résorption donne à cette maladie l'allure et les caractères d'une maladie générale. Sans doute elle peut se limiter, mais la délimita-

tion est plus difficile, plus incertaine ; elle dépend plus des conditions générales de l'individu que des conditions locales propres à la gangrène elle-même.

Aussi le pronostic est-il toujours beaucoup plus grave ; il comporte toute la gravité qui convient à une maladie à tendances extensives, à réaction générale intense. Avec la gangrène sèche, au contraire, le pronostic sera toujours plus favorable : s'il n'y a pas une tare sérieuse qui soit de nature à troubler et à compliquer une gangrène d'origine artérielle, si le sujet n'est ni cachectique ni diabétique, le pronostic n'a guère qu'à envisager l'étendue de la gangrène et à apprécier l'importance du sacrifice à faire ; le malade perdra un membre, mais il vivra : il n'y a donc pas de danger. Le danger ne réside que dans la très grande extension de la gangrène : alors que comme chez notre deuxième malade, tout un membre est voué au sphacèle, il est à peu près impossible qu'un organisme soit assez résistant pour surmonter un trouble aussi considérable.

A des évolutions différentes doit aussi correspondre un traitement particulier.

Nous ne sommes plus au temps où l'on attendait sous des pansements appropriés, l'élimination de la gangrène. La méthode des amputations rallie à peu près tous les suffrages, mais une question restera toujours embarrassante : A quel moment faut-il amputer ? Faut-il amputer tout de suite, avant toute trace de délimitation ? Faut-il au contraire attendre l'arrêt du processus gangréneux et ne procéder à l'amputation que quand on est sûr que la gangrène est limitée ?

Messieurs, les variétés des gangrènes sont si nombreuses, les influences morbides qui déterminent leur apparition ou modifient leur évolution sont si multiples, que je ne saurais résoudre par des formules tranchées des différences thérapeutiques toujours nouvelles. Je vous dirai cependant les principes qui me guident. Dans les gangrènes sèches, artérielles, avant l'infection secondaire, vous pouvez, il vaut mieux attendre. Ici, rien ne presse, il n'y a rien d'urgent, la maladie reste locale. Laissez-la se délimiter, attendez pour opérer que le sillon d'élimination vous ait enlevé toute crainte d'extension, opérez assez loin du foyer, sur des tissus absolument sains.

Mais pour les gangrènes septiques, je crois au contraire qu'il faut opérer de bonne heure, le plus tôt possible et aussi le plus loin possible du foyer morbide. Ici l'infection domine, l'infection qui se répand et s'infiltré de proche en proche par les espaces lymphatiques,

l'infection qui de bonne heure constitue un danger pour l'organisme. Ici donc, opérez de bonne heure, supprimez ce membre envahi, devenu réceptacle de microbes pathogènes et producteur de toxines ; amputez de bonne heure pour éviter une propagation qui se fait par contiguïté, et qui se fera, soyez-en sûr, sous vos yeux si vous voulez attendre en vain la localisation de la gangrène. C'est la seule chance ; même en procédant ainsi, vous ne parviendrez pas toujours à sauver vos opérés, vous n'arriverez pas toujours à enrayer l'extension de la gangrène, nous l'avons vu sur notre malade ; mais vous aurez mis vos blessés dans les meilleures conditions possibles pour guérir, et, si vous avez à regretter un malheur, il vous restera cette pensée consolante que vous avez fait l'impossible pour l'éviter.