

sentaient aucun trouble dans la nutrition, bien que les vaisseaux collatéraux eussent plutôt un calibre au-dessous de l'état normal. L'atrophie des membres inférieurs n'a d'ailleurs guère été observée que lorsque la coarctation siège au voisinage du canal artériel, parce qu'alors la circulation des parties inférieures est seulement entretenue par les vaisseaux qui rampent dans les parois du tronc; tandis que quand l'obstacle siège près de la bifurcation, il s'établit une double circulation collatérale, l'une par les artères des parois, l'autre par les artères viscérales, c'est-à-dire par les anastomoses des mésentériques avec les branches profondes de l'hypogastrique, des sacrées latérales, des hémorrhoidales, des obturatrices, des ischiatiques et des honteuses internes. Ces dernières communiquent largement avec les ramifications des membres pelviens (Barth).

Parmi les lésions concomitantes qui peuvent accompagner les rétrécissements et les oblitérations de l'aorte, il n'en est pas de plus fréquentes que les altérations du cœur : cet organe, en effet, est presque toujours atteint d'hypertrophie ou d'amaigrissement; les ventricules sont plus ou moins dilatés, ce qui s'explique par l'énergie avec laquelle le cœur droit se contracte pour vaincre l'obstacle qui s'oppose au cours du sang, et par la stase de ce liquide dans les cavités de l'organe.

Les coarctations et les oblitérations de l'aorte, à part celles qui sont produites par des caillots fibrineux, sont des lésions toujours plus anciennes, et dont il est le plus souvent impossible de fixer le début. Il est probable qu'un grand nombre remontent à une époque plus ou moins voisine de la naissance : telles sont notamment les coarctations et oblitérations aortiques produites par un simple retrait des parois, sans altérations dans la structure de celles-ci, et qui siègent le plus communément au voisinage du canal artériel.

Symptomatologie. — Les rétrécissements et oblitérations de l'aorte sont des lésions qu'on ne reconnaît guère pendant la vie. Toutefois un pareil diagnostic n'est pas absolument impossible : M. Piorry paraît l'avoir, en effet, établi dans un cas avec beaucoup de précision. On devrait *souçonner* un rétrécissement de l'aorte : 1° à l'existence d'une douleur locale siégeant dans un point correspondant à la coarctation ou à l'oblitération du vaisseau, symptôme qui a été noté dans la moitié des cas; 2° à un bruit de souffle ou de râpe *permanent* au niveau du point rétréci; 3° à l'exagération des battements et au volume plus considérable des artères des parties supérieures nées au-dessus de l'obstacle, tandis que l'aorte ventrale et les artères des membres pelviens, moins développées que de coutume, sont le siège de battements beaucoup plus faibles; les malades accusent dans ces membres des *fourmillements* et des *élançements*, ou autres sensations analogues, qui paraissent devoir être d'autant plus marquées que la coarctation est plus considérable; elles sont portées à leur maximum dans les cas où l'oblitération est complète. Notons même qu'avec cette dernière lésion on observe quelquefois une faiblesse et une atrophie des extrémités inférieures. Mais il est rare de trouver ces signes réunis ou assez caractérisés pour que le médecin puisse hasarder un diagnostic; presque tous les malades présentent d'ailleurs quelques accidents d'affection organique du cœur ou d'anévrysme aortique. Ils succombent, en général, à ces maladies ou à quelque autre affection intercurrente.

L'oblitération de l'aorte peut néanmoins, à elle seule, entraîner la mort : en effet, si elle se produit rapidement, et si la circulation collatérale s'établit incomplètement, on peut voir survenir la paralysie et probablement la gangrène des extrémités inférieures. Lorsqu'on a lié l'aorte ventrale chez les animaux,

les muscles sont frappés de paralysie après un quart d'heure, et deux heures se sont à peine écoulées que ces organes ont perdu leur irritabilité; enfin, d'après M. Brown-Séguard, ils présenteraient, au bout de six heures, une rigidité très-analogue à la rigidité cadavérique. Si l'on enlève la ligature, tous ces accidents disparaîtraient successivement, en suivant un ordre inverse à leur manifestation.

Les oblitérations et la plupart des rétrécissements sont des lésions incurables, mais qui peuvent permettre à l'individu de prolonger assez loin sa carrière : ainsi M. Barth a cité un cas où le sujet, parvenu à une extrême vieillesse, s'éteignit sans présenter aucun symptôme remarquable.

Le traitement ne peut être que palliatif, et sera dirigé surtout contre les complications et les lésions consécutives, telles que les maladies du cœur.

RÉTRÉCISSEMENTS ET OBLITÉRATIONS DES ARTÈRES DES MEMBRES

Les rétrécissements et les oblitérations des artères des membres ne sont presque jamais congénitaux. Ils peuvent être produits par toutes les causes organiques que nous avons précédemment énumérées. Presque toujours ils sont déterminés par la coagulation du sang, qui elle-même est consécutive à l'inflammation du vaisseau, aux diverses altérations organiques des parois qui gênent plus ou moins le cours du liquide, ou à la propulsion d'un caillot venu d'un point plus ou moins éloigné. Cette dernière cause, quoi qu'on en ait dit, n'est pas la plus commune. Il est bien plus fréquent de voir l'oblitération se faire uniquement lorsque des concrétions athéromateuses ou crétacées, en gênant le cours du sang, favorisent la concrétion du sang dans ce point rétréci de l'artère. C'est ce qui explique pourquoi les oblitérations des artères des membres, quoique pouvant survenir à tout âge, sont néanmoins plus communes chez les vieillards, plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, et pourquoi elles affectent beaucoup plus souvent les artères des membres pelviens.

Symptomatologie. — Le rétrécissement et même l'oblitération peuvent exister sans qu'il en résulte aucun trouble, si l'altération, lente dans sa marche a permis aux collatérales de se développer suffisamment pour rétablir la circulation dans les parties inférieures. Si le vaisseau est superficiel, on reconnaîtra qu'il est rétréci ou oblitéré à la faiblesse ou à l'absence des battements, qui sont au contraire énergiques au-dessus de l'obstacle. L'artère forme en outre un cordon dur, parfois noueux, qui diminue ou disparaît lentement, lorsque, par suite de l'absorption du caillot et d'une partie des parois elles-mêmes, le vaisseau est converti en une lame mince ou en un petit cordon cellulo-fibreux.

L'oblitération plus ou moins complète de l'artère principale d'un membre a été cause parfois de douleurs névralgiques; ailleurs il y a eu de l'anesthésie avec paralysie plus ou moins complète et permanente des muscles, qui perdent tôt ou tard une grande partie de leur irritabilité. Il peut se faire encore que l'impuissance, au lieu d'être continue, ne soit qu'intermittente, qu'elle ne se révèle soudainement que lorsque les malades se livrent à l'exercice : c'est un fait des plus rares observé une fois seulement chez l'homme par M. Charcot (1), mais qui se produit fréquemment chez le cheval. Plusieurs vétérinaires distingués ont parlé en effet d'une boiterie dans un ou plusieurs membres, qui

(1) *Gazette médicale*, année 1859, p. 282.

atteint l'animal tout d'un coup pendant le travail de la course, qui cesse après quelques moments de repos pour revenir dès qu'on le force de nouveau à courir (1). Comment une oblitération de l'artère principale d'un membre peut-elle produire une claudication intermittente? Il est rationnel d'admettre que si la lésion vasculaire laisse encore aux nerfs et aux muscles des membres une nutrition suffisante lorsqu'ils sont au repos, ces organes ne reçoivent plus une excitation convenable lorsqu'ils sont forcés de fonctionner d'une manière plus énergique.

L'accident le plus ordinaire de l'oblitération des artères d'un membre est la gangrène des parties dans lesquelles le sang ne pénètre plus ou n'arrive qu'en quantité insuffisante. Cette lésion vasculaire est la cause à peu près constante de la gangrène dite *spontanée*, ainsi nommée parce qu'elle paraît se développer sans cause, ou *sénile*, parce qu'on l'a crue pendant longtemps presque exclusive à la vieillesse. C'est à elle aussi qu'il faut rapporter cette espèce de gangrène décrite par Jeanroy comme spéciale aux individus de la classe riche qui usent d'une nourriture succulente. Mais il est démontré par la pratique des hôpitaux que l'accident est au moins aussi commun chez le pauvre.

Nonobstant l'opinion contraire émise par Pott et par Delpech, nous ne croyons pas nécessaire, pour que la mortification ait lieu, que le vaisseau soit devenu tout à fait imperméable; car il existe dans la science des faits authentiques, vus par Van Swieten et par Morgagni, par S. Cooper et Hodgson, par Marjolin, par MM. Bricheteau, Cruveilhier, François, etc., qui prouvent qu'il suffit d'un simple rétrécissement occasionné par l'hypertrophie ou par des productions athéromateuses et crétacées des parois, pour que la gangrène soit produite. Le développement de celle-ci est précédé et accompagné de phénomènes très-remarquables, qu'il importe de bien connaître.

Dans une première période, les malades éprouvent, dans les parties qui seront frappées plus tard de gangrène, des fourmillements, un sentiment de froid, des douleurs vives, lancinantes, brûlantes, continues, sans qu'il existe souvent aucun changement appréciable dans les parties molles. Cependant la peau ne tarde pas à présenter une coloration d'un rouge livide, bleuâtre ou vineux; les tissus subjacents se gonflent et s'œdématisent; au bout de quelques jours, les phlyctènes remplies d'une sérosité sanguinolente se produisent, enfin des points gangréneux se montrent, etc. La mortification et les phénomènes qui la précèdent se développent communément sur les parties les plus éloignées du centre circulatoire: ainsi, aux membres inférieurs, la rougeur vineuse, l'œdème, les phlyctènes et la gangrène affectent d'abord les orteils et le dos du pied, et s'étendent ensuite de proche en proche et de bas en haut. Les parties mortifiées, au lieu d'être tuméfiées, sont souvent plus sèches; elles sont dures, racornies, comme momifiées; elles n'exhalent pas l'odeur caractéristique de la mortification et présentent plutôt les caractères de la gangrène sèche, ce qui s'explique très-bien par la cause même de la maladie. La mortification étant produite par l'absence du sang artériel, les parties gangrenées doivent moins contenir de liquides; elles doivent présenter l'état opposé à celui qu'on observerait si, chose encore contestable, la gangrène survenait exclusivement par suite d'un obstacle au cours du sang veineux. Nous devons noter pourtant que dans la plupart des gangrènes séniles, il existe à la fois oblitération des artères et oblitération des veines; mais cette dernière est consécutive: elle est postérieure à la première, et dépend sans nul doute de la

(1) Bouley et Reynal, *Nouveau Dictionnaire de médecine vétérinaire*, t. II, art. ARTÈRES.

stase que le sang subit dans les veines par suite de la diminution ou de la suspension de la circulation dans les artères.

Dans la gangrène par oblitération des artères, on note quelquefois des symptômes d'artérite; la chose est fort rare pourtant, car on l'observe peut-être à peine dans un vingtième des cas, du moins en France. On a donc eu tort, dans plusieurs ouvrages modernes, de regarder l'artérite comme la cause, sinon constante, du moins la plus commune, de la gangrène sèche.

Les symptômes généraux ne diffèrent pas de ceux que nous avons décrits en traitant de la gangrène en général.

Comme toute autre espèce de mortification, celle-ci peut envahir une grande étendue, par exemple un des membres inférieurs en entier; la mort arrive alors souvent avant que la gangrène se circoncrive. Ailleurs, elle se borne de bonne heure; mais la séparation se fait en général plus lentement que dans les gangrènes ordinaires, plus lentement surtout que dans les gangrènes humides. D'ailleurs on observe ici tous les phénomènes locaux et tous les accidents concomitants ou consécutifs que nous avons signalés à l'article *Gangrène*.

La gangrène sénile guérie est sujette à récurrence: c'est ainsi qu'on voit souvent des individus qui perdent, à quelques mois ou à quelques années de distance, un ou plusieurs orteils; souvent, après ces mutilations successives, la gangrène finit par envahir le pied et même une grande partie du membre.

Diagnostic. — La gangrène sénile a beaucoup de rapport avec l'ergotisme gangréneux. Celui-ci est, en effet, précédé des mêmes douleurs et des mêmes rougeurs: aussi est-on souvent obligé d'interroger les antécédents pour établir le diagnostic différentiel: toutefois, dans l'ergotisme, il est rare de constater la cessation des battements artériels, comme lorsque la gangrène est symptomatique de l'oblitération des artères.

A son début, la gangrène sénile pourrait en imposer pour des douleurs rhumatismales ou pour une affection de la moelle. Mais on évitera l'erreur si l'on remarque que dans le rhumatisme, ou bien la peau conserve sa couleur et sa température, ou bien elle devient plus chaude, et elle prend une teinte rouge érysipélateuse; au contraire, dans la première période de la gangrène sénile, les léguments se refroidissent et prennent une teinte violacée ou d'un rouge vineux; ajoutons que, dans celle-ci, les artères cessent de battre, tandis que, s'il s'agit d'un rhumatisme, les pulsations restent perceptibles même dans les artères secondaires. Cette circonstance aidera également à ce qu'on ne prenne pas une gangrène sénile pour une affection de la moelle; dans celle-ci on observe, en outre, que les douleurs, le refroidissement et les autres phénomènes locaux occupent presque toujours les deux membres inférieurs à la fois, tandis que la gangrène spontanée est presque constamment limitée à un membre.

Rappelons ici qu'on observe chez quelques diabétiques une gangrène qui offre la plus grande analogie avec la gangrène sénile; aussi ne devra-t-on jamais oublier, dans les cas de gangrène que j'étudie, d'examiner les urines, qui peuvent fournir au diagnostic un élément précieux et indiquer le traitement le plus efficace à suivre.

Pronostic. — La gangrène par oblitération des vaisseaux est une affection très-grave, et qui le plus souvent a une issue funeste. Cette terminaison est presque inévitable lorsque l'artère principale d'un membre est obstruée dans une grande étendue. Le pronostic est aussi plus fâcheux lorsque l'oblitération a été brusque que lorsqu'elle s'est faite graduellement. Enfin, la vieillesse, la misère, des conditions hygiéniques défavorables, rendent la maladie plus fâcheuse encore.

Traitement. — Le seul traitement rationnel consisterait à désobstruer les artères oblitérées et à rétablir la circulation avant la manifestation de la gangrène; mais il n'existe encore aucun moyen pour obtenir un pareil résultat. Jusqu'à présent les auteurs se sont laissé diriger, dans le traitement des gangrènes séniles, par des idées théoriques sur la nature de la maladie, et il en est résulté l'emploi des méthodes exclusives : ainsi, tandis que les toniques, les antiseptiques et l'opium sont préconisés par les uns, d'autres, comme Dupuytren, ont recours aux émissions sanguines et aux applications émollientes. Mais ici, comme toujours, le médecin ne doit se laisser guider que par les indications positives. Chez les sujets jeunes et vigoureux, lorsque le pouls est fort, vibrant, il faut recourir à la saignée générale, et, si l'oblitération du vaisseau est l'effet de son inflammation, on devra appliquer sur son trajet un plus ou moins grand nombre de sangsues; on fera quelques frictions mercurielles; on baignera le malade, et on lui donnera des boissons alcalines dans l'espoir de diminuer la plasticité du sang. Mais, il faut en convenir, ce traitement n'est indiqué que dans le plus petit nombre des cas, car, chez presque tous les malades, on ne découvre aucun signe d'artérite, et lors même que le vaisseau est enflammé, l'âge presque toujours très-avancé des sujets et l'état de faiblesse portent à soutenir les forces, à rendre au cœur toute l'énergie possible, car lui seul peut triompher de l'obstacle ou dilater les vaisseaux collatéraux qui doivent suppléer l'artère oblitérée. Voilà pourquoi le traitement tonique, l'emploi des préparations de quinquina à l'intérieur, les boissons vineuses, sont les moyens qui conviennent le plus souvent. Des frictions excitantes avec le liniment volatil camphré, avec de l'eau-de-vie, seront en outre faites sur le trajet du membre, qu'on enveloppe de laine et de linge chaud, afin d'y entretenir une grande chaleur. Les douleurs vives qui précèdent la gangrène ne peuvent être calmées que par l'emploi de l'opium, qu'on donne à l'intérieur ou qu'on applique sur le siège du mal. On sait que Pott en avait, en pareil cas, généralisé l'emploi; il ajoutait à ce traitement des topiques émollients; mais ces derniers ne conviennent guère que dans les cas rares où il existe de la chaleur et une phlegmasie locale : ceci ne se remarque guère qu'à l'époque de l'élimination de l'eschare. Les topiques toniques, comme le vin aromatique, les décoctions de kina rouge, sont les moyens qui sont applicables dans la plupart des cas. La gangrène une fois limitée, on se conduira, pour la séparation des eschares et les soins consécutifs, comme il a été dit plus haut à l'article *Gangrène*.

RÉTRÉCISSEMENT ET OBLITÉRATION DE L'ARTÈRE PULMONAIRE

La vie est incompatible avec l'oblitération de l'artère pulmonaire, à moins que, par suite de quelques dispositions congénitales dont il sera question à l'article *Cyanose*, le sang des cavités droites ne trouve une issue quelconque au dehors. L'artère pulmonaire peut aussi, par suite d'un arrêt de développement, présenter une capacité beaucoup moins considérable, et qui n'est plus en rapport avec la quantité de sang qui doit naturellement la traverser. Cette disposition peut n'exciter pendant longtemps aucun trouble manifeste; mais le ventricule droit, ne pouvant jamais se vider complètement, et obligé préalablement de se contracter violemment pour lutter contre l'obstacle permanent qui résulte du peu de développement de l'artère pulmonaire, finit par s'hypertrophier et par se dilater; les malades alors présentent tôt ou tard tous les symptômes d'une maladie chronique du cœur.

Les rétrécissements et oblitérations accidentels de l'artère pulmonaire sont plus communs qu'on ne l'avait cru. Ils peuvent reconnaître diverses causes organiques : ils peuvent être l'effet de la compression qu'exerce sur le vaisseau une tumeur extérieure, comme un anévrysme de l'aorte, ainsi que M. Louis en a rapporté un exemple; ou bien la face interne du vaisseau étant hérissée de concrétions ou étant le siège d'une phlegmasie, il se forme des caillots qui obstruent la lumière de l'artère. Ceux-ci peuvent-ils quelquefois aussi être spontanés, et se former sur place, en vertu d'une altération indéterminée de la crase du sang? La chose est au moins fort douteuse; M. Virchow estime que les caillots autochthones ou par thrombose n'existent guère dans l'artère pulmonaire, et que *toujours* ils auraient pour point de départ un caillot migrateur dont l'origine pourrait être trouvée dans un point du système veineux (la veine porte étant pourtant exceptée). C'est là sans doute une doctrine un peu trop exclusive, elle n'a pas d'ailleurs été adoptée par M. le docteur Ball, qui, dans sa thèse inaugurale (année 1862), a le mieux étudié en France cette cause d'oblitération de l'artère pulmonaire. L'origine de l'embolie se trouvera le plus souvent dans une oblitération des veines des membres inférieurs si commune après les couches ou dans les maladies cachectiques.

Quelle que soit celle de ces causes qui existe, si l'obstacle est considérable, si la branche oblitérée est volumineuse, les malades éprouvent une dyspnée extrême qui survient en général subitement; l'anxiété précordiale est des plus pénibles, et le besoin de respirer ne peut être satisfait nonobstant les plus grands efforts. Le pouls est petit, faible, irrégulier, bientôt insensible, nonobstant la violence des contractions du cœur. Bientôt ses battements s'affaiblissent, des syncopes surviennent de temps en temps; les extrémités se refroidissent, la face pâlit, ou bien au contraire se cyanose; la prostration est extrême; l'intelligence devient à peine obtuse, et les malades succombent, les uns comme asphyxiés, les autres dans un état syncopal. Ces accidents, généralement continus, peuvent néanmoins se présenter sous forme d'accès, lorsque le rétrécissement artériel est l'effet d'une compression extérieure, qui peut varier suivant une foule de circonstances. Il peut en être de même lorsque l'obstacle consiste dans la formation de caillots fibrineux; mais, dans ce dernier cas, les accidents vont communément en s'aggravant sans cesse, et ont une marche plus ou moins rapide, suivant la promptitude avec laquelle les caillots se forment et envahissent les principales ramifications ou le tronc lui-même du vaisseau. C'est ainsi qu'un malade de MM. Louis et Richelot a succombé dans l'espace de cinq à six heures. La mort peut être subite. La gangrène pulmonaire est-elle possible par suite de l'oblitération d'une branche de l'aorte pulmonaire? On l'a dit, on a même cité des faits, mais la chose est impossible, le vaisseau oblitéré n'étant pas le vaisseau nourricier du poumon.

On comprend que les accidents seront d'autant moins graves que l'oblitération atteindra des ramifications plus petites de l'artère.

Le diagnostic des rétrécissements de l'artère pulmonaire est presque impossible; c'est une des lésions qu'on doit néanmoins soupçonner lorsqu'on voit survenir l'ensemble des accidents précédemment énumérés, lorsque surtout ceux-ci ne peuvent être expliqués par la présence de quelque autre altération grave des organes respiratoires et circulatoires. On soupçonnera que l'oblitération est due à une embolie, si la femme est accouchée depuis peu, car l'état puerpéral est une des causes les plus puissantes de concrétions sanguines; on croira d'autant plus à une embolie, s'il s'était formé dans une veine périphérique des caillots susceptibles de se détacher; enfin une dyspnée débutant

brusquement dans ces conditions donnera au diagnostic une présomption de plus.

Si l'on pouvait diagnostiquer un rétrécissement de l'artère pulmonaire, on devrait insister sur les émissions sanguines, afin de diminuer la masse du sang et administrer de plus les substances alcalines à haute dose, si l'on supposait que l'obstacle est produit par une coagulation de ce liquide. Une concrétion sanguine est d'ailleurs la cause la plus commune. (Voy. plus bas l'histoire des *Concrétions sanguines*.)

RÉTRÉCISSEMENT ET OBLITÉRATION DES VEINES

Les veines se rétrécissent et s'oblitérent quelquefois par l'épaississement de leurs parois, plus souvent par la formation, à leur intérieur, de caillots fibreux, ou par l'exhalation, à l'intérieur, ou bien entre les tuniques ou dans le tissu cellulaire périphérique, d'une matière albumineuse et plastique, signe certain d'inflammation; fréquemment aussi elles sont comprimées par des tumeurs voisines.

Les rétrécissements et les oblitérations des vaisseaux ont pour conséquence la production de caillots dits *autochthones* ou *par thrombose*, caillots qui, détachés et entraînés dans le sens de la circulation, jusque dans le cœur droit, peuvent aller se loger dans une des divisions de l'artère pulmonaire. Indépendamment de ces caillots mécaniquement formés, on voit naître, spontanément et subitement, dans certaines veines, chez les sujets cachectiques, des concrétions dont nous parlerons avec quelque détail dans l'article *phlegmatia alba dolens*.

Le caillot obturateur d'une veine est cylindrique, offrant les renflements et les dépressions de la veine sur laquelle il s'est moulé; il est plus ou moins étendu, il peut occuper toute la longueur du vaisseau; son extrémité libre mérite une mention spéciale; Virchow surtout l'a bien décrite. Au delà de la partie adhérente du caillot, il y a en effet une portion tantôt effilée, tantôt plus ou moins conique, ou renflée, mobile, pouvant aisément se détacher par un effort ou par la seule impulsion de la colonne sanguine, car la circulation persiste encore plus ou moins active dans cette portion du vaisseau.

Quelle que soit la cause de l'oblitération, du moment que la lumière d'une veine est fermée ou seulement obstruée, on voit, comme conséquence inévitable, un ralentissement considérable de la circulation dans les parties molles situées au-dessous de l'obstacle; car si le sang artériel afflue librement, le sang veineux, au contraire, stagne, et ne peut revenir vers le cœur qu'en passant par des branches et des anastomoses plus ou moins petites.

Les accidents qu'on observe sont très-différents, suivant que l'oblitération se fait d'une manière brusque, ou suivant qu'elle a lieu lentement, et suivant aussi le volume et l'importance du vaisseau obstrué. L'oblitération survenant presque tout à coup, occupant la veine principale d'un membre, comme la crurale au pli de l'aîne, ou la veine iliaque, ou bien la brachiale, l'axillaire ou la sous-clavière, les parties situées au-dessous de l'obstacle s'œdématisent, se tuméfient; le membre acquiert un volume double ou triple; la peau prend une teinte violacée, disposée par plaques irrégulières; la calorification diminue; la sensibilité est obtuse, puis anéantie. Les malades accusent tantôt de vives douleurs, le plus souvent ils ne se plaignent que de fourmillements, d'engourdissement et d'une pesanteur incommode. Enfin, si l'obstacle persiste au même degré, ou si le sang ne peut revenir vers le cœur par les vaisseaux collatéraux, on dit que les parties peuvent se mortifier et que la gangrène qui survient alors

présente tous les caractères de la gangrène humide. Mais la possibilité de la gangrène sous l'influence seule d'un obstacle à la circulation veineuse n'est pas encore un fait parfaitement établi pour nous, nonobstant l'autorité de M. Victor François. Quoi qu'il en soit, à supposer que cet accident puisse avoir lieu en pareil cas, tout le monde est d'accord pour le regarder comme fort rare. Disons en terminant que, lorsque l'oblitération, quoique se faisant brusquement, n'atteint qu'une veine d'un calibre médiocre, comme la veine céphalique ou la basilique, par exemple, ou même encore une des veines saphènes, il pourra bien y avoir momentanément un peu d'œdème; mais cet accident ne tarde pas à disparaître, souvent même il n'en résulte aucun trouble circulatoire, car les principaux troncs veineux, étant restés perméables, permettent au sang de revenir librement de la périphérie au centre.

Lorsque l'oblitération se fait progressivement et d'une manière lente, on voit souvent les vaisseaux de second ordre se développer, les anastomoses augmenter et se multiplier en raison de l'étendue et de la gravité de l'obstacle qui existe dans la veine principale. Il peut même arriver que, lorsque celle-ci est devenue tout à fait imperméable, la circulation collatérale, qui a eu le temps de se développer, soit suffisante pour ramener au cœur tout le sang qui a servi à la nutrition des organes: c'est ainsi qu'on s'explique pourquoi des individus qui ont une partie plus ou moins considérable de la veine cave inférieure oblitérée, convertie en un cordon fibreux, ligamenteux, n'ont point d'œdème des extrémités inférieures, et n'ont même présenté à aucune époque de leur vie de trouble appréciable dans la circulation et dans la nutrition de ces parties. Mais les cas de ce genre sont extrêmement rares, et l'on peut établir en règle générale et souffrant à peine quelques exceptions, que toute oblitération d'une veine principale, même lentement développée, produira une infiltration séreuse des parties situées au-dessous de l'obstacle et un développement des veines collatérales sur une plus ou moins grande étendue. Cette circulation, en quelque sorte supplémentaire, bien étudiée par M. Reynaud, est le moyen qu'emploie la nature pour pallier les accidents et pour amener quelquefois leur cessation complète, car il arrive rarement qu'une veine oblitérée reprenne son ancien calibre; on voit le plus ordinairement, si l'obstruction du vaisseau dépend de l'organisation d'un caillot, celui-ci se percer à son centre d'un canal qui n'acquiert jamais le calibre primitif.

Les accidents produits par une oblitération veineuse peuvent donc cesser complètement, ou parce que la veine reprend sa perméabilité, ou bien parce que la circulation collatérale la supplée suffisamment. Dans le cas contraire, l'intumescence œdémateuse des parties persiste indéfiniment pendant toute la durée de la vie. Les caillots formés dans les veines peuvent, en se détachant, circuler jusque dans les cavités droites du cœur, et, lancés ensuite dans l'artère pulmonaire, ils vont oblitérer quelques-unes des ramifications de ce vaisseau. C'est là un fait signalé depuis longtemps, très-explicitement indiqué par Van Swieten, mais mis hors de toute contestation, quoique un peu exagéré, par le professeur Virchow.

Traitement. — Le traitement à opposer aux oblitérations veineuses n'est généralement que palliatif: il faut, par une position convenable des parties, favoriser la progression du sang veineux, et ôter toute compression pouvant gêner le développement de la circulation collatérale. On administrera les diurétiques, les purgatifs, et si la stase veineuse était trop considérable, on dégorgerait les parties par une forte application de sangsues, ou mieux encore en ouvrant une des veines les plus superficielles et les plus développées.

D'après la disposition du caillot à son extrémité libre, il est important de rappeler que les malades doivent éviter tous les efforts, toutes les pressions capables d'en détacher un fragment qui, allant obstruer ou oblitérer une branche de l'artère pulmonaire, pourrait donner lieu à des accidents graves, à une suffocation imminente.

Il est une oblitération des veines occupant presque exclusivement les membres inférieurs, qui, survenant fréquemment dans le cours de certaines affections aiguës et chroniques, et plus spécialement pendant l'état puerpéral, mérite une description spéciale : c'est la maladie connue sous les noms d'*œdème douloureux* ou de *phlegmatia alba dolens*.

DE LA PHLEGMATIA ALBA DOLENS

SYNONYME. — Œdème douloureux, œdème des femmes en couches; engorgements, ou dépôt laiteux.

Les femmes en couches sont quelquefois affectées d'un œdème très-douloureux, rapide dans son développement, ordinairement borné à l'un des membres inférieurs, et qui toujours est symptomatique d'une oblitération veineuse.

Cette affection, généralement considérée comme étant exclusive à l'état puerpéral, ne diffère pourtant point des symptômes, par son début, par sa marche et par les lésions anatomiques, d'un œdème douloureux occupant les mêmes régions, et qui atteint en proportion peut-être plus grande les individus arrivés à la dernière période des maladies aiguës ou chroniques, ou pendant la convalescence des affections graves ayant profondément débilité la constitution. C'est un rapprochement qui a été fait avec juste raison par M. Bouchut dès 1845.

Historique. — Cette maladie paraît avoir été décrite pour la première fois par Mauriceau, dans son *Traité des femmes grosses*. Puzos et Levret, dans leurs ouvrages sur les accouchements, en tracèrent un tableau plus fidèle, mais ce ne fut qu'à la fin du dernier siècle que White publia sur cette affection des recherches beaucoup plus complètes (1). Depuis lors la *phlegmatia alba dolens* a été l'objet de travaux importants dans toute l'Europe. On doit surtout distinguer ceux de Davis (2), de Lee (3), en Angleterre; ceux de MM. Velpeau (4), Boudant (5), Bouchut (6), Ghérard (7), en France. Observons pourtant ici qu'on ne devrait point accepter comme des exemples de *phlegmatia alba dolens* tous les faits rapportés, car on a souvent attribué à cette affection des maladies très-diverses ou des complications graves, et qui en sont tout à fait indépendantes : c'est ce que nous allons voir en traitant de l'anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — Si l'on acceptait sans critique toutes les observations publiées sous le titre d'*œdème douloureux des femmes enceintes*, on assignerait à la maladie les lésions les plus variées. Les uns ont signalé une infiltration purulente du tissu cellulaire sous-cutané ou sous-aponévrotique; d'autres ont parlé de ganglions lymphatiques inguinaux devenus volumineux, ramollis et suppurés; quelques-uns auraient vu les symphyses du bassin

(1) *Inquiries into the Nature and Cause, etc.*, 1784.

(2) *Medico-chirurg. Transactions of London*, 1823, et *Journal des progrès*, t. I.

(3) *Medico-chirurg. Transactions of London*, 1829, et *Traité des maladies des femmes*.

(4) *Archives de médecine*, t. VI, année 1824.

(5) *Bulletins de la Société anatomique*, année 1828.

(6) *Gazette médicale de Paris*, année 1844.

(7) Thèse de la faculté de Strasbourg, année 1835.

enflammées et pleines de pus; enfin la plupart ont noté une phlébite adhésive ou une phlébite suppurée des veines iliaques, crurales hypogastriques, et de leurs différentes branches.

On pourrait conclure de l'énumération qui précède que l'œdème douloureux n'aurait pas un caractère anatomique invariable, il n'en est rien pourtant; il faut plutôt penser que, sous les noms d'*œdème douloureux* ou de *phlegmatia alba dolens*, on a confondu des maladies fort différentes, ou qu'on a attaché l'importance d'un caractère anatomique constant à des lésions purement accidentelles ou à des complications. Le caractère anatomique invariable de l'œdème douloureux est une oblitération veineuse produite par des caillots adhérents. Cette oblitération atteint communément la veine nourricière du membre ou l'une de ses divisions principales, mais quelquefois ce sont les ramifications périphériques ou les veines d'un petit calibre qui sont obstruées.

Le caillot obturateur varie d'aspect suivant qu'il est plus ou moins ancien. Au début il est noirâtre, puis il devient de plus en plus dense et fibrineux; il se sépare communément avec facilité du vaisseau, auquel il adhère faiblement. La tunique interne de la veine, au niveau du caillot, a sa couleur, son poli, sa consistance normale; ce n'est que dans des cas exceptionnels que sa surface est rugueuse, hérissée d'une fausse membrane à l'aide de laquelle le caillot adhère plus intimement encore avec la face interne du vaisseau. Il y a donc ici incontestablement phlébite, mais phlébite adhésive, sans traces de suppuration ni dans le vaisseau, ni dans les vicères.

J'ai dit qu'il y a oblitération du vaisseau; mais le caillot, comme Virchow le remarque, n'arrive pas seulement jusqu'à l'embouchure de cette branche dans un tronc plus considérable, mais il s'étend ordinairement au delà de cette embouchure, dans le tronc principal, que le courant sanguin n'a cessé de parcourir, de sorte que le prolongement du caillot, qui s'accroît sans cesse par l'addition de couches nouvelles, plongé sans cesse au milieu du courant sanguin, a grande tendance à être entraîné et à produire des accidents subits dont nous parlerons plus tard.

Symptômes. — La maladie survient rarement avant le cinquième jour des couches ou après le vingt-cinquième; le plus souvent elle se déclare entre le dixième et le quinzième jour. Elle n'envahit presque jamais les deux membres inférieurs à la fois; le gauche a paru être plus fréquemment affecté que le droit : il est presque sans exemple que la maladie occupe les membres thoraciques. Lorsque l'affection commence, la femme éprouve un sentiment de pesanteur, souvent une douleur vive et obtuse, qui se déclare brusquement dans tout le membre ou seulement dans son tiers supérieur et interne; quelquefois elle est limitée au mollet ou à l'aîne, où existent parfois quelques ganglions tuméfiés et douloureux. Tout aussitôt on voit le membre se tuméfier partiellement ou dans toute la longueur; le gonflement s'étend de haut en bas ou de bas en haut, suivant que l'oblitération atteint primitivement les vaisseaux périphériques ou ceux qui sont à la racine du membre. Celui-ci est douloureux, il est lourd, incapable souvent, pour ces deux raisons, d'exécuter aucun mouvement. La peau qui le recouvre est d'un blanc mat, elle est chaude; tout le membre est rénitent. La pression réveille de vives douleurs; elle fait distinguer souvent des cordons durs, douloureux, qu'on reconnaît aisément pour des veines oblitérées; mais quoi qu'on fasse, en pressant avec la pulpe de l'indicateur, on ne fait aucune empreinte, ce qui dépend sans doute de la petite quantité de sérosité infiltrée et de ce que celle-ci occupe surtout le tissu cellulaire profond; de sorte que, pour produire une dépression, il faudrait