

Le **traitement** général de la disposition goutteuse appartient à la médecine proprement dite. Il consiste à prescrire au malade un régime approprié et l'usage d'eaux minérales en boisson et en bains; les eaux salines et les eaux thermales indifférentes sont celles qui conviennent le mieux dans la goutte, et ces dernières sont surtout indiquées dans les cas où la maladie a envahi un grand nombre d'articulations.

Quant à l'attaque goutteuse elle-même, elle est peu accessible à nos moyens de traitement. Les douleurs, parfois très intenses, seront combattues par des injections de morphine. Localement on a recours aux compresses froides, à la vessie de glace, etc. En général, les vieux goutteux, qui savent que leur accès évolue en un temps déterminé, se font eux-mêmes peu à peu un plan de traitement habituellement fort simple. Les moyens qu'ils emploient le plus souvent, n'ont pas, il est vrai, une valeur thérapeutique positive, car ils consistent simplement à garder le repos dans la position horizontale, à ne recouvrir que légèrement le membre malade, et à le frictionner avec des corps gras. On devra bien se garder de pratiquer des incisions, comme on l'a fait déjà maintes fois à la suite d'erreurs de diagnostic. Même lorsqu'elles sont faites avec précautions, ces incisions ne sont d'aucune utilité et ne font que retarder la guérison; en outre, la moindre faute commise peut entraîner la suppuration de l'articulation.

2. Parties molles.

§ 179. — On observe très souvent au pied les diverses formes de **gangrène**. Nous décrirons tout d'abord celles qui sont dues au marasme chez les vieillards, et sont connues sous le nom de **gangrène sénile**.

A la suite d'une légère blessure, par exemple celle que l'on produit parfois en se coupant les ongles, on voit apparaître des stases inflammatoires qui sont suivies d'une mortification des parties molles. Assez souvent, il existait déjà auparavant des signes d'une nutrition imparfaite des tissus, à savoir un abaissement de la température, une diminution de la sensibilité dans les pieds, etc. Lorsque la gangrène est précédée de symptômes inflammatoires, on observe, en général, un œdème plus ou moins considérable de la partie malade, et la mortification des tissus fait des progrès rapides, tout en s'accompagnant de douleurs violentes.

Parfois cependant la gangrène reste dans des limites modérées, l'œdème inflammatoire disparaît et laisse seulement à sa suite une légère hyperémie veineuse de la peau; mais il se produit alors facilement une récidive.

Dans ces cas d'irritation inflammatoire, avec œdème de la peau, la gangrène est presque toujours humide, et elle se propage le long du pied jusqu'à la jambe, où elle s'arrête.

Dans les cas décrits par les auteurs, il s'agit d'une *thrombose des petites artères terminales*, qui, développée sous l'influence du marasme, se propage peu à peu et se termine souvent par la mort, surtout s'il s'agit de personnes âgées, ce qui est presque toujours le cas. Plus rares sont les formes de gangrène dues à une *embolie* ou à une *thrombose des gros troncs artériels*.

Une ischémie aiguë d'une partie du membre inférieur se produit ici tout à coup, à la suite de l'oblitération d'un gros tronc artériel par une embolie, accident qui n'est pas rare dans l'endocardite aiguë. L'embolus s'arrête alors le plus souvent dans l'artère fémorale, surtout dans celle du côté gauche. La partie frappée d'ischémie, devient le siège de violentes douleurs; elle se refroidit et perd sa sensibilité. On constate *l'absence de pulsations le long de l'artère au-dessous de la partie indurée qui est le siège de l'oblitération*. Ici encore, on peut observer une gangrène humide lorsque l'oblitération du vaisseau a été suivie d'abord d'une stase veineuse et d'un œdème avec hyperémie; dans le cas contraire, la gangrène reste sèche, il se produit une momification du membre.

Bien plus rarement, le vaisseau s'oblitére lui-même, sans qu'il y ait eu embolie. Le thrombus se forme alors sur les points malades de la paroi vasculaire (thrombus autochtone, thrombose primitive des artères). Les phénomènes qui se produisent alors, sont les mêmes qu'à la suite de l'embolie; quelquefois cependant, grâce à la circulation collatérale, l'ischémie peut disparaître et la gangrène ne pas se développer ou rester limitée à certaines parties du membre.

Dans toute gangrène du pied qui se développe et s'étend graduellement, il faut avoir soin d'examiner l'urine, afin de s'assurer si elle contient du sucre. En effet, non seulement chez les individus âgés, mais aussi chez des personnes jeunes paraissant jouir d'une bonne santé, le diabète sucré est la cause de certaines gangrènes qui se produisent même à la suite de lésions très légères, et ne se guérissent que lorsque, par un traitement approprié, on a fait disparaître le sucre de l'urine. D'autre part, comme ROSER l'a fait remarquer à bon droit dans maintes occasions, on ne doit entreprendre des opérations chez les individus affectés de diabète, qu'après avoir obtenu une amélioration de l'état général en tant que ce dernier est sous la dépendance de la glycosurie. Mentionnons enfin certaines formes encore plus rares de mortification des tissus, à savoir la *gangrène par le seigle ergoté*, la *gangrène symétrique*, etc.

Une forme de gangrène que le chirurgien est appelé à traiter plus souvent que les précédentes, est celle qui se produit lorsque les membres inférieurs ont été soumis pendant longtemps à l'action d'un froid intense, et qui a été désignée sous le nom de *gangrène par congélation*. Lorsque, comme c'est le plus souvent le cas, on voit le malade pour la première fois le lendemain du jour où il a été exposé au froid, on constate que les pieds, et même aussi les jambes, sont violacés, froids et notablement tuméfiés; la peau est extrêmement tendue, et l'on voit se développer rapidement une gangrène humide d'étendue variable. Assez souvent une partie du pied est, déjà à ce moment, frappée de gangrène, mais cette dernière se propage ensuite dans les tissus qui sont le siège d'un gonflement inflammatoire, et qui bientôt présentent sur une grande étendue les signes de la décomposition putride. Plus rarement on observe une gangrène sèche, une momification des tissus.

Dans les diverses formes de gangrène que nous venons de passer en revue, le traitement doit consister, surtout au début, dans les mesures propres à empêcher que la mortification des tissus ne s'étende davantage. *On mettra le membre malade dans des conditions de circulation aussi favorables que possible.* Le premier soin du chirurgien doit être de prévenir la stase veineuse et l'œdème du membre. La position élevée de l'extrémité, combinée dans certains cas avec l'enveloppement, est le moyen qui répond le mieux à cette indication. Si la position élevée des jambes et des pieds rend déjà de très grands services dans la gangrène sénile, elle donne des résultats vraiment merveilleux à la période initiale des congélations; c'est ce que V. BERGMANN a démontré, et pour ma part, je ne puis que confirmer son dire en me basant sur ma propre expérience. *Nous conseillons de suspendre les membres congelés dans une position se rapprochant autant que possible de la verticale.* On est souvent étonné de constater ensuite l'absence de toute mortification des tissus, ou de voir tout au moins cette dernière rester limitée aux orteils, alors qu'il semblait que le pied tout entier fût fatalement voué à la gangrène.

La seconde tâche du chirurgien doit être de prévenir la *décomposition putride des parties frappées de mort.* Dans beaucoup de cas, alors que la gangrène est encore à son début, le meilleur moyen de remplir cette indication, consiste à nettoyer complètement le membre malade avec une brosse et du savon, à le désinfecter au moyen de la solution forte d'acide phénique, et à l'entourer d'un pansement antiseptique. Lorsque la gangrène est déjà en plein développement, la désinfection des parties nécrosées à l'aide du sublimé et de l'iodoforme, suivie de l'application d'un pansement antiseptique, est appelée à jouer, ici également, d'une façon générale, un rôle plus important que les moyens propres à combattre l'inflammation, tels que l'application de compresses d'eau de Goulard, etc.

Dans la gangrène sénile surtout, mais aussi dans la gangrène diabétique, il importe de ne pas entreprendre trop tôt les opérations nécessaires. On ne doit pas pratiquer d'amputation avant que la ligne de démarcation soit évidente, et que l'inflammation ait disparu dans les parties voisines; on amputera dans les tissus sains et avec les précautions de la méthode de Lister. Le pansement antiseptique, en prévenant l'inflammation, est celui qui s'oppose le mieux à une récurrence de la gangrène dans la plaie d'amputation.

Dans la gangrène par congélation je suis décidément partisan des amputations du pied, parce qu'en l'absence d'intervention chirurgicale, la guérison ne s'opère qu'au prix de cicatrices gênantes au niveau de la face plantaire ou dans le voisinage de cette dernière. Ces cicatrices deviennent très facilement le siège d'ulcérations, et le malade a beaucoup plus à souffrir de ces dernières que si l'on avait sacrifié une partie plus grande du pied par une amputation, à condition toutefois que la

cicatrice de la plaie opératoire se trouve située favorablement, c'est-à-dire du côté dorsal du pied.

§ 180. — On observe au pied diverses formes d'**ulcérations**.

Les orteils sont assez souvent le siège d'**ulcérations syphilitiques**. Rarement elles siègent à la face dorsale de l'orteil, plus souvent déjà au bord de l'ongle, mais leur siège de prédilection est entre les orteils, et surtout à la face interne du cinquième. Tantôt il s'agit de simples fissures à fond infiltré et lardacé, tantôt il existe des végétations plus ou moins abondantes; l'ulcération revêt alors les caractères d'une plaque muqueuse, d'un condylome, et elle se distingue presque toujours par l'irritation inflammatoire du voisinage et l'odeur infecte du pus. En outre, elle s'accompagne volontiers d'un engorgement des ganglions de l'aîne.

§ 181. — On décrit sous le nom d'**ongle incarné**, une forme d'ulcération qui se développe au bout de l'ongle et qui cause de très grandes souffrances aux individus qui en sont affectés.

Cette maladie se développe avec une fréquence particulière au bord externe de l'ongle du gros orteil, et souvent aussi au bord interne ou des deux côtés à la fois. Les autres orteils sont plus rarement affectés. Le plus souvent, c'est à l'extrémité antérieure du bord de l'ongle que se développe tout d'abord une petite ulcération avec inflammation du voisinage. Il en résulte une tuméfaction du bourrelet cutané ayant pour conséquence la pénétration du bord libre de l'ongle dans les parties molles. L'ongle ainsi enfoncé dans les chairs, agit comme un corps étranger et provoque la suppuration et la formation de bourgeons charnus. En même temps l'induration inflammatoire se propage aux parties voisines de la peau et jusqu'à la base de l'ongle. La suppuration devient alors plus abondante, et l'orteil tout entier, mais surtout la partie ulcérée, acquiert une sensibilité telle, que le malade ne supporte plus la pression de la chaussure, et ne peut marcher qu'avec de larges pantoufles, ou renonce même complètement à la marche, pour s'épargner la douleur.

La forme défectueuse de la chaussure joue certainement un rôle dans l'étiologie de cette affection, car une bottine étroite qui comprime le pied latéralement, a nécessairement pour effet de refouler contre le bord de l'ongle les parties molles voisines de ce dernier. Les ongles à forte convexité dans le sens transversal et à gouttière profonde ont une tendance particulière à s'incarner dans les chairs. Toutefois, on aurait tort de considérer la pression du soulier comme étant toujours la cause de cette affection, car on voit parfois cette dernière se développer chez des malades qui gardent le lit depuis longtemps et ne portent, par conséquent, pas de chaussure. On l'observe aussi quelquefois à la suite d'une légère blessure ou d'une irritation inflammatoire due, par exemple, à l'action du froid, etc., surtout chez les individus chez lesquels le bord libre de