

s'observèrent successivement sur la radiale et la cubitale, puis sur l'humérale, enfin sur l'axillaire.

Si la veine est atteinte à son tour, la gangrène prend le caractère de la gangrène humide : celle-ci ne diffère, en somme, de la précédente que par la production d'un œdème qui subit l'infection putride.

Quelles que soient, d'ailleurs, la forme et l'étendue de la gangrène, ses dangers ne se bornent pas à la destruction d'un segment plus ou moins considérable du membre. Les toxines produites aux points sphacelés déterminent un état général grave : la langue se sèche, les traits s'altèrent, le teint devient terreux, le pouls petit ; la fièvre (1) prend le type rémittent ou subcontinu ; une diarrhée fétide s'établit ; le malade, tourmenté parfois par des accès dyspnéiques, ou en proie au délire, tombe dans un état adynamique qui aboutit au collapsus et au coma. L'issue fatale survient généralement avant l'élimination de l'escarre. Quelquefois cependant, la vie se prolonge et la mort n'arrive qu'à la suite d'une longue suppuration ; dans le cas de Bourgeois, le malade ne succomba qu'après neuf mois d'atroces souffrances.

La description précédente s'applique aux cas où l'artère est complètement oblitérée. On les désigne communément sous le nom d'artérite *circonférentielle*. Mais il en existe d'autres, véritables formes abortives ou atténuées, que Vulpian, Potain et Barié ont décrites sous le nom d'artérite *pariétale*. Ces cas, qui n'ont guère été observés qu'à la suite de la fièvre typhoïde, et presque exclusivement sur les membres inférieurs, débutent en général très tard, du vingt-huitième au cinquante-huitième jour. Comme la forme oblitérante, ils s'annoncent par de la douleur et du refroidissement du territoire ischémié. Parfois cependant cette phase ischémique se trouve précédée de manifestations passagères d'hypérémie. Bérard, Gendrin, Barié, ont signalé l'exagération passagère des battements artériels ; l'élévation de la température a été notée soit au niveau même du point enflammé de l'artère (Broca), soit dans le segment de membre sous-jacent (Barié, Sydney Phillips) ; enfin on a encore observé l'hyperesthésie (Leyden), l'hyperhidrose.

Que ces phénomènes se soient ou non produits, l'artérite pariétale confirmée se traduit par l'affaiblissement des pulsations, qui peuvent même disparaître temporairement, puis par un gonflement dur, sans œdème. Mais la douleur est moins vive, et localisée à un point de l'artère ; jamais on ne sent de cordon dur sur le trajet de celle-ci, et les pulsations ne tardent pas à réapparaître. Les douleurs cessent, la chaleur revient, bientôt tous les accidents se sont dissipés. La guérison peut être complète en une quinzaine de jours.

(1) D'après les expériences de Gangolphe et Courmont (*Arch. méd. exp.*, 1891), la nécrotion cellulaire produirait, en l'absence de toute infection, des substances pyrétogènes.

Cependant, pour peu que le malade se soit levé trop tôt, une certaine lourdeur persiste assez souvent pendant la marche et la moindre fatigue peut ramener les douleurs et le gonflement.

Comment interpréter les cas de ce genre ? Y a-t-il eu simple spasme vasculaire ? On admet plutôt, avec Potain et Barié, et conformément à une opinion déjà émise par Patry, qu'il s'est agi d'une artérite très localisée, avec formation d'un caillot peu volumineux : celui-ci, incapable d'oblitérer complètement l'artère, n'a pas tardé à être résorbé.

Toutes les données précédentes sont applicables aux artérites du tronc ou de la tête, dont la symptomatologie ne mérite pas une description spéciale.

Artérites internes, viscérales. — Pour les auteurs qui font jouer aux artériolites un rôle prépondérant dans la production des lésions viscérales auxquelles donnent lieu les infections aiguës, il faudrait décrire, comme ressortissant à l'artérite, tous les troubles viscéraux, si nombreux et si variés, qui peuvent accompagner ou suivre ces infections. En ce qui concerne, par exemple, l'artérite typhoïdique, Landouzy et Siredey lui rapportent les troubles cardiaques, la mort subite, l'aphasie, sans compter les complications plus ou moins lointaines vers le foie, le rein, le système cérébro-spinal, etc. Mais, outre que la description de toutes ces manifestations viscérales des infections nous entraînerait beaucoup trop loin, elle ne serait pas justifiée dans cet article, étant donné le rôle accessoire que nous avons cru devoir attribuer à l'artérite dans leur pathogénie.

DIAGNOSTIC. — Avec un peu d'attention, le diagnostic de l'artérite aiguë est généralement facile. Les *myalgies*, les *névralgies*, s'en distinguent par la localisation exacte de la douleur, surtout au palper, et par l'absence d'affaiblissement des battements artériels. La *myosite* des typhoïdiques est caractérisée par des crampes atroces, une sensibilité diffuse à la pression, une réaction fébrile très vive, un état général grave. Dans la *maladie de Raynaud*, dans les gangrènes par *névrite*, la symétrie habituelle des lésions, l'intégrité des battements artériels, ne permettent généralement pas l'erreur. Quant aux *escarres* sacrées, trochantériennes, etc., des infections graves, elles se distinguent par leur siège sur des points soumis à des pressions répétées.

Dans la *phlegmalia*, le gonflement débute généralement par l'extrémité du membre ; il est beaucoup plus marqué, plus persistant, et moins dur que celui de l'artérite ; on voit souvent se développer sous la peau un réseau veineux supplémentaire. Mais surtout les battements artériels sont conservés, bien que l'œdème puisse les faire paraître affaiblis. C'est également ce dernier caractère qui permet le diagnostic avec la *lymphangite*, dans les cas où celle-ci donne lieu à la production d'un cordon dur et bosselé. Il peut d'ailleurs y

avoir artérite et phlébite, ou artérite et lymphangite, ce qu'il est généralement assez facile de reconnaître par une analyse exacte des symptômes observés.

Enfin, l'oblitération artérielle une fois certaine, il faut encore en élucider la cause : *thrombose* ou *embolie*. La brusquerie du début n'appartient pas exclusivement à cette dernière, et, la plupart du temps, le diagnostic ne peut se fonder que sur l'existence antérieure d'une affection cardiaque ou aortique, capable de donner naissance à un embolus, ou sur la multiplicité des oblitérations artérielles. Dans l'embolie, la gangrène est plus rapide, par suite de la suppression brusque de la perméabilité de l'artère.

PRONOSTIC. — Le pronostic varie, naturellement, suivant que l'artérite est ou non oblitérante, suivant le siège et l'étendue de l'oblitération et de la gangrène, suivant l'état général du malade. En tout cas, exception faite pour l'artérite pariétale, il est toujours sérieux. On se gardera de se laisser tromper par ces artérites dont les symptômes affectent des allures intermittentes, et qui aboutissent définitivement au sphacèle. Si, outre l'abolition complète et persistante des pulsations artérielles, il y a impotence absolue du membre, refroidissement, décoloration, perte de la sensibilité, la gangrène est à peu près inévitable. Lorsqu'elle s'est déclarée, si elle reste localisée à une extrémité, sans tendance à l'extension, chez un individu suffisamment résistant, il s'en tirera généralement au prix d'une infirmité irrémédiable. Si, au contraire, la gangrène prend des allures progressivement envahissantes, si l'état général s'altère, la terminaison fatale est à craindre, et l'amputation elle-même ne réussit que rarement à la conjurer.

Il est difficile de dresser une statistique exacte de la mortalité dans l'artérite aiguë des membres. Elle s'élève à 50 p. 100 environ pour la grippe et la fièvre typhoïde.

TRAITEMENT. — Dans l'artérite d'un membre, l'indication principale consiste à maintenir ce membre au repos et au chaud, dans une bonne position. On le placera dans une légère gouttière en fil de fer ; on enveloppera le segment ischémié de compresses humides et chaudes, de taffetas gommé, et d'ouate, de façon à combattre dans la mesure du possible la tendance à la réfrigération et à la dessiccation.

Il est utile de se servir de solutions antiseptiques, pour prévenir l'infection putride, mais il est essentiel de n'employer que des solutions très faibles, telles que les solutions boriquées : on sait que les solutions phéniquées fortes sont capables à elles seules de déterminer la gangrène au niveau des extrémités. Rendu conseille les embrocations à l'onguent napolitain. Laugier et M. Raynaud préconisaient

les bains d'oxygène, dans l'espoir de parer à l'asphyxie des éléments anatomiques. Contre les phénomènes douloureux, les applications locales de salicylate de méthyle pourraient rendre des services.

On donnait jadis des alcalins, destinés à fluidifier le sang et à dissoudre le caillot. Au lieu de poursuivre ce but chimérique, mieux vaut tonifier le malade par le fer, le quinquina.

On ne réussit pas, en général, à limiter la gangrène. Cependant, dans un cas survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, M. Bouchard tenta d'obtenir la momification aseptique du membre atteint par des injections interstitielles de créosote. Le résultat fut excellent : l'infection s'arrêta, et il se produisit plus tard une amputation spontanée dont le malade guérit facilement. On a injecté, de la même façon, du formol, du salol camphré, etc. Peut-être cette méthode rendra-t-elle plus de services que les opérations chirurgicales auxquelles on a généralement recours dans les cas à marche envahissante ou même dans les formes localisées, lorsque l'escarre tarde à se détacher et que l'état général s'altère.

Signalons enfin l'intéressante tentative de Severeanu (1), qui, frappé de la fréquence avec laquelle se mortifient les lambeaux après l'amputation, et de la nécessité qui en résulte de faire porter la section très haut, conçut l'idée, après avoir pratiqué l'amputation au-dessous du point oblitéré, d'introduire dans l'artère, de la périphérie vers le centre, une mince sonde de gomme, pour dissocier le caillot et rétablir ainsi le cours du sang. Dans plusieurs cas, ce *cathétérisme des artères* aurait été couronné de succès.

ARTÉRITE NOUEUSE

Sous le nom d'*artérite noueuse*, on a décrit une variété d'artérite aiguë dont il n'existe, dans la science, que quelques exemples, tous d'origine allemande (cas de Rokitansky (2), Küssmaul et Maier (3), Weichselbaum et Chvostek (4), Meyer (5), Eppinger (6), Morley Fletcher (7), von Kahllden (8), Graf. Elle se présente à l'autopsie sous deux formes distinctes : tantôt ce sont de petits épaissements nodulaires, généralement fusiformes, de couleur blanc grisâtre ou jaunâtre, du volume d'une tête d'épingle à un grain de chènevis, quelquefois à peine visibles à l'œil nu, et que l'on a comparés à des grains de plomb ; tantôt, ce sont de petites dilatations anévrysmatiques.

(1) SEVEREANU, XI^e Cong. intern. des sc. méd., Rome, 1894.

(2) ROKITANSKY, *Denkschriften der k. k. Akad. der Wissensch.*, Bd IV, 1852.

(3) KÜSSMAUL et MAIER, *Arch. für klin. Med.*, Bd I, 1866.

(4) WEICHELBAUM et CHVOSTEK, *Allg. Wien. med. Zeitschr.*, 1877.

(5) MEYER, *Virch. Arch.*, Bd LXXIV.

(6) EPPINGER, Berlin, 1887.

(7) FLETCHER, *Ziegler's Beiträge*, 1892.

(8) VON KAHLDEN, *Ziegler's Beiträge*, 1894.