

Les iodures ont une action lente, mais durable. On conseille de donner de l'iodure de potassium ou de sodium : ce dernier est préféré par quelques médecins, qui craignent que les sels de potasse soient trop toxiques et altèrent le myocarde. Quand ces iodures sont mal supportés, on a recours aux iodures de strontium et de calcium, qui sont moins actifs, mais que l'estomac tolère plus facilement.

Nous ne croyons pas que les iodures de potassium et de sodium aient une action absolument identique et, par suite, les mêmes indications. L'iodure de sodium est surtout un vaso-dilatateur. C'est à lui qu'il faut avoir recours quand il s'agit de combattre les accidents attribués à l'hypertension, les troubles circulatoires du cerveau et du cœur, les vertiges et l'angine de poitrine. On le prescrira à la dose quotidienne de 1 ou 2 grammes, qu'on fera prendre en deux ou trois fois au moment des repas. L'iodure de potassium, au contraire, est surtout un résolutif, un modificateur de la nutrition. Sous son influence, on a vu parfois certaines lésions rétrocéder, mais c'est à la condition d'en prolonger l'usage. On doit le prescrire à petites doses : 0^{gr},20 à 0^{gr},50 par jour. On le fait prendre au moment des repas ; s'il est mal supporté, on conseillera de fractionner cette dose, déjà faible, et de la prendre dans une certaine quantité d'eau par gorgées toutes les heures. Il faudra continuer l'usage de cet iodure pendant fort longtemps ; on le prescrira pendant vingt jours consécutifs, puis on suspendra le traitement pendant dix jours, et l'on recommencera ainsi chaque mois. Ce n'est généralement qu'au bout d'un an à un an et demi qu'on remarque les effets vraiment excellents de cette médication.

Quand les iodures sont mal supportés, Huchard conseille d'ajouter à la solution un peu d'extrait thébaïque et quelques gouttes de teinture de scille. On fera bien, d'autres fois, de pratiquer en même temps l'antisepsie intestinale. On évite ainsi certains inconvénients de la médication iodurée, notamment le développement de l'acné.

L'arsenic, à petites doses, rend également des services. On peut en faire alterner l'usage avec celui des iodures. Mais l'action de ces médicaments est lente à se manifester. S'il faut agir plus vite, on a recours à la trinitrine. On emploie une solution alcoolique au 1/100^e ; on formule XXX gouttes dans 300 grammes d'eau, et l'on fait prendre au malade de 2 à 6 cuillerées par jour ; on continue pendant deux semaines. Cette médication combat avec succès les vertiges, l'angine de poitrine ; on l'a aussi employée, mais sans résultat, contre certaines formes de gangrène sèche à marche lente.

Pour obtenir une action encore plus rapide, on a souvent utilisé la solution de trinitrine en injections sous-cutanées. Mais ce médicament n'est pas toujours bien supporté : s'il survient des vomissements, des lipothymies, il faut en suspendre l'emploi. On peut alors avoir recours au nitrite d'amyle, dont on fait respirer quelques

gouttes sur un mouchoir : on voit, sous l'influence de la vaso-dilatation ainsi produite, s'amender les accidents.

Le traitement dont nous venons d'indiquer les grandes lignes devra être complété par une série de médications dont on trouvera l'indication dans les manifestations concomitantes.

Il faut veiller avec un soin particulier sur l'état du tube digestif. Contre la constipation, qui est très fréquente, on prescrira les lavements, le massage abdominal et les laxatifs répétés. Ceux-ci sont surtout indiqués quand se produisent des troubles céphaliques. La meilleure médication consiste à faire prendre tous les matins une demi à une cuillerée à café de sel naturel de Karlsbad. Le calomel peut aussi rendre des services. En cas de diarrhée ou même de putréfactions intestinales exagérées, dont le malade se rend compte par la fétidité spéciale de ses selles, et qu'on apprécie souvent par la fétidité de l'haleine, on prescrira le sous-nitrate ou le salicylate de bismuth, le naphthol, le benzonaphthol ou le bétol. Les troubles gastriques seront combattus par les moyens ordinaires, et notamment par l'eau de Vichy, dont on fera prendre un demi-verre, trois quarts d'heure avant le repas. On stimule ainsi la sécrétion gastrique et l'on augmente son acidité.

Quand le cœur vient à faiblir, il faut avoir recours aux médications cardiaques : la spartéine et la strophanthine sont indiquées ; la digitale rend encore des services, mais il faut bien se garder de la prescrire au début de l'affection : son usage intempestif a pu causer des accidents, de l'angine de poitrine, peut-être même de l'hémorragie cérébrale (Traube). On l'emploiera dans les cas d'asthénie cardiaque, mais il faut se rappeler qu'elle réussit moins bien que chez les véritables cardiopathes. Les meilleurs médicaments à opposer aux accidents cardiaques des artério-scléreux sont généralement la caféine et la théobromine. On y joindra, bien entendu, le repos au lit, le régime lacté, les laxatifs et les diurétiques. Rumpf conseille de faire prendre par jour une limonade contenant, pour 200 grammes d'eau, 10 grammes de sirop de sucre, 10 grammes d'acide lactique et 10 grammes de carbonate de soude saturé par l'acide lactique. Cette boisson serait facilement tolérée, et aurait l'avantage de favoriser la décalcification artérielle.

Contre la dyspnée toxique, Huchard conseille les inhalations d'iodure d'amyle.

Enfin, dans un certain nombre de cas, il faut compléter le traitement par les sédatifs : le bromure de potassium, à la dose de 1 à 4 gr., et la valériane, dont on prescrira 3 à 4 grammes d'extrait par jour, sont les médicaments de choix. On conseille aussi, contre le vertige, l'opium uni à l'iodure. Mais on fera bien de se méfier des hypnotiques (morphine, chloral), qui ont plusieurs fois produit des accidents. En cas d'insomnie, mieux vaut insister sur les règles

hygiéniques que nous avons fait connaître, et dont l'application rigoureuse constitue encore la meilleure méthode de traitement de l'artério-sclérose.

INFILTRATIONS ET DÉGÉNÉRESCENCES ARTÉRIELLES

Nous réunissons dans ce chapitre un certain nombre d'altérations presque toujours chroniques des artérioles, qui n'ont guère qu'un intérêt anatomo-pathologique, mais s'observent assez fréquemment, soit à l'état isolé, soit associées à l'athérome et à l'artério-sclérose. Aussi avons-nous déjà dit un mot de la plupart d'entre elles à propos de l'artérite chronique.

Hémorragies. — Signalons seulement les petites hémorragies interstitielles que l'on peut trouver entre la tunique interne et la tunique moyenne (Bouillaud, Lancereaux), ou entre celle-ci et la tunique externe (M. Raynaud). Ce sont là des faits exceptionnels. Le cas de M. Raynaud était consécutif à une stase circulatoire très prononcée.

Dégénérescence granuleuse. — Löwenfeld décrit sous ce nom une dégénérescence de la tunique moyenne dans laquelle les cellules musculaires, soit isolément, soit par groupes, offrent un aspect granuleux, perdent leur noyau, et finissent par fondre et se détruire. De là un grand affaiblissement de la paroi artérielle, avec toutes les conséquences qui peuvent en résulter.

Stéatose. — Il ne s'agit pas ici de la fonte grasseuse secondaire d'un tissu pathologique, comme dans l'athérome, mais d'une stéatose atteignant les éléments normaux de la paroi. C'est une constatation d'autopsie très fréquente, aussi bien sur les gros troncs vasculaires (aorte, artère pulmonaire) que sur les artérioles, notamment celles du cerveau. « A partir de quatorze ou quinze ans, il n'est pour ainsi dire pas de sujet qui n'en offre quelque trace » (M. Raynaud), et elle va s'accroissant avec l'âge. Mais elle peut prendre un développement beaucoup plus accusé dans divers états pathologiques, tels que certaines maladies aiguës, notamment la variole et la scarlatine, la stase d'origine cardiaque (stéatose de l'artère pulmonaire), l'intoxication phosphorée, l'alcoolisme, et surtout certaines affections cachectisantes, comme la chlorose, la phtisie, le cancer. Il est à remarquer que ces dernières maladies peuvent donner lieu également à la stéatose du cœur, du foie, etc.

Cette altération frappe surtout, parfois même exclusivement, la tunique interne des vaisseaux. Elle se traduit à l'œil nu par des taches ou des stries longitudinales blanc jaunâtre, opaques, non saillantes, sans limites nettes, dessinant quelquefois une sorte de treillis sur l'endartère. L'examen histologique montre l'endothélium et les cellules étoilées sous-jacentes remplis de vésicules grasses, et tendant à

perdre leur noyau. Parfois l'endothélium desquame, la substance intercellulaire se dissout, et de petites particules grasses sont entraînées par le courant sanguin, laissant une légère éraillure de la surface interne (Andral) : c'est l'*usure grasseuse* de Virchow, qui peut devenir le point de départ d'un thrombus. Kaufmann (1) a vu, chez une jeune femme anémique, un thrombus de ce genre donner lieu à une embolie cérébrale. Quelquefois aussi un travail prolifératif secondaire pourrait se déclarer au voisinage du foyer de stéatose (Ziegler).

La tunique moyenne n'est pas toujours épargnée, en particulier sur les artérioles cérébrales. Ici, l'altération atteint surtout les éléments musculaires, et la calcification vient souvent s'y ajouter. La dilatation anévrysmatique de l'artère, sa rupture, peuvent être les conséquences de ce travail pathologique. Rappelons, à ce propos, que c'est à la stéatose des artérioles du cerveau que Paget, Zenker et Eichler attribuent la plupart des cas d'hémorragie cérébrale.

Quant à la tunique externe, la stéatose y est beaucoup plus rare. Elle ne s'observe guère que sur les très petits vaisseaux, et reste généralement peu prononcée. Il ne faut pas la confondre avec l'accumulation de granulations grasses dans la gaine lymphatique des artères, fait qui s'observe communément au voisinage des foyers de ramollissement cérébral.

En quoi consiste exactement la stéatose artérielle? Y a-t-il dégénérescence ou infiltration grasseuse? C'est un point mal déterminé, et sans doute les deux éventualités peuvent se rencontrer.

Transformation hyaline. — Entrevue par Langhans, puis nettement décrite par von Recklinghausen (2), qui lui donna le nom qu'elle porte, la transformation hyaline figure, comme nous l'avons vu, au nombre des lésions possibles de l'artério-sclérose, mais s'observe également à l'état d'altération isolée. Elle frappe tantôt les grosses artères dans leur tunique interne, tantôt et surtout les artérioles dans leurs trois tuniques, particulièrement au niveau du rein (anses glomérulaires), du cerveau, des ganglions lymphatiques, de la choroïde, de la rétine. La paroi artérielle s'épaissit et prend un aspect vitreux, homogène et réfringent. En général, l'endothélium et la lumière vasculaire restent conservés; toutefois, sur les plus petites artérioles, le travail pathologique peut aboutir à l'oblitération par des masses hyalines. Il pourrait aussi, et inversement, par affaiblissement de la paroi artérielle, amener la rupture de celle-ci, et par suite une hémorragie, notamment une hémorragie cérébrale (Oeller et Langhans).

La substance hyaline fixe fortement l'éosine, le carmin, la fuchsine acide. Elle est insoluble dans l'eau et l'alcool, et résiste aux acides. Elle apparaît souvent dans les mêmes conditions étiologiques que la substance amyloïde (Fürbringer, Nelsen, Ziegler, Zwingmann), et

(1) KAUFMANN, Anat. pathol. Berlin, 1896, p. 40.

(2) VON RECKLINGHAUSEN, Allg. Pathol. des Kreislaufs. Stuttgart, 1883.