

IV

ARTÉRITES, EMBOLIES ET THROMBOSES ARTÉRIELLES

PAR LE D^r J. COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Après les aortites et leurs conséquences, il convient d'étudier les maladies des artères périphériques, quoiqu'elles soient beaucoup plus rares chez les enfants que chez les adultes. Il faut distinguer l'*artérite aiguë* et l'*artérite chronique* ou *athérome*.

I. *Artérite aiguë*. — Nous ne parlerons pas de l'*artérite ombilicale* étudiée par le D^r Paquy au chapitre des maladies de l'ombilic, et qui est l'expression habituellement d'une streptococcie puerpérale.

Dans les maladies infectieuses aiguës telles que la *fièvre typhoïde*, la *grippe*, la *diphtérie*, etc., on peut observer des artérites périphériques primitives entraînant une *thrombose* plus ou moins rapide avec gangrène ou menace de gangrène, ou des artérites secondaires par *embolies* infectieuses partant du cœur. L'*artérite infectieuse* est due soit aux microbes spécifiques de Pfeiffer, d'Eberth, de Loeffler, etc., soit aux pyogènes qui leur sont souvent associés.

On connaît un assez grand nombre d'observations de gangrènes des membres dus à des embolies artérielles ou à des artérites oblitérantes dans la fièvre typhoïde.

M. le D^r de Vezeaux de Lavergne a rappelé ces cas dans sa thèse (*Gangrènes typhiques chez l'enfant*, Paris, 26 février 1905). Bourgeois (d'Etampes), Trouseau, Cauvy, Fontan, Ollivier, il y a longtemps déjà, avaient rapporté des observations probantes de ces infections artérielles. Dans le cas d'Ollivier, recueilli à l'hôpital des Enfants-Malades, l'artère fémorale était oblitérée, au-dessus de sa bifurcation, par un caillot cruorique et fibrineux.

Les gangrènes de la bouche, de la gorge, du poumon peuvent aussi se rencontrer consécutivement à une artérite ou à une embolie artérielle d'origine eberthienne.

Des cas analogues peuvent s'observer aussi dans la diphtérie.

Quand la gangrène est d'origine artérielle, elle affecte ordinairement la forme sèche. Elle ne se déclare que si la thrombo-artérite est totale, elle manque si l'artérite est partielle, pariétale.

Cliniquement l'artérite se manifeste par des douleurs vives, aiguës, avec suppression des pulsations artérielles, refroidissement et engourdissement des extrémités. Bientôt le membre devient dur, sa couleur est livide, puis noirâtre, la peau se dessèche, une sorte de momification des parties se montre. On voit ensuite se dessiner un sillon entre la partie mortifiée et la partie saine, *sillon d'élimination* qui se creusera de plus en plus, tran-

chant les parties molles et ne s'arrêtant qu'au squelette. Alors il s'est fait une véritable amputation spontanée qu'il suffira d'achever par un trait de scie sur l'os.

Le D^r Hochsinger (*Cent. f. Kind.* 1901) a vu, chez un nouveau-né de 18 jours, une *gangrène momifiante aiguë* de la peau du thorax et des aisselles, par suite de thrombose artérielle (artère thoracique longue). L'enfant avait une broncho-pneumonie, et c'est à cette infection qu'on peut attribuer l'artérite.

L'*embolie artérielle* s'observe surtout dans les maladies du cœur et de l'aorte. Elle résulte de la fragmentation des caillots fibrineux formés dans l'oreillette et l'auricule gauches. C'est dire qu'elle est précédée d'une thrombose cardiaque, dérivant elle-même soit d'une endocardite aiguë (rhumatisme, diphtérie), soit d'une lésion ancienne des valvules. Des fragments de caillots peuvent être envoyés dans toutes les artères périphériques ou viscérales et on pourra observer, à la suite de ces embolies, des paralysies cérébrales, des hématuries, des apoplexies pulmonaires, des plaques de sphacèle cutané, etc. Les embolies peuvent être capillaires, se traduisant alors par des érythèmes, des pétéchies, de petites hémorragies muqueuses, séreuses, viscérales, etc.

J'ai vu récemment, dans mon service de l'hôpital des Enfants-Malades, une fille de 7 ans, atteinte d'insuffisance mitrale rhumatismale (cœur énorme), être prise tout à coup d'apoplexie avec hémiplegie droite, sans aphasia. Peu de jours après l'ictus, la malade succombe à l'asystolie. On trouve à l'autopsie un cœur hypertrophié et dilaté (*cor bovinum*) sans trace de symphyse cardiaque, une insuffisance mitrale notable, un amas de caillots dans l'oreillette gauche, un foie cardiaque, etc.

L'examen du cerveau a montré un gros foyer de ramollissement par embolie artérielle, siégeant en arrière et en bas du lobe frontal gauche. Ce ramollissement, absolument blanc, très étendu et très profond, n'avait pas intéressé le pied de la 5^e circonvolution frontale, d'où l'absence d'aphasia.

Cette aphasia peut se montrer dans d'autres cas. Le D^r Brownlie (*Brit. med. Journ.*, 9 mai 1905) traite un garçon de 8 ans pour du rhumatisme articulaire aigu avec endocardite (souffle systolique à la pointe). Tout à coup, dans la nuit, hémiplegie droite avec aphasia. Dans ce cas, une embolie partant du cœur est venue oblitérer l'artère cérébrale moyenne gauche.

Les thromboses cardiaques (dans la diphtérie notamment) peuvent donner des embolies non seulement dans le système aortique, mais encore dans le domaine de l'artère pulmonaire. Dans un cas récent présenté à la *Société de Pédiatrie* (17 nov. 1905), par M. Marfan, les oreillettes étaient remplies de caillots fibrineux qui avaient fourni des embolies multiples périphériques et viscérales. Une branche de l'artère pulmonaire était oblitérée et le poumon était semé d'infarctus hémorragiques. Il y avait des ecchymoses pleurales et péricardiques, des pétéchies cutanées, etc. Il s'agissait d'une forme *hémorragique* de diphtérie.

La thrombose cardiaque avec embolies dans la diphtérie a été étudiée par Deguy et Weill (*Arch. de méd. exp.*, juillet 1902), d'après 5 observa-

tions (2 ans, 2 ans 1/2, 10 ans 1/2). De cette thrombose partent des embolies pulmonaires déjà signalées par Bewerley Robinson (*Thèse de Paris*, 1872), par Labadie-Lagrave (*Thèse de Paris*, 1875), des embolies cérébrales (55 observations d'hémiplégies par embolie de la sylvienne). D'après ces auteurs, l'endocardite de la pointe du cœur gauche serait l'amorce de la thrombose, et l'infection serait due à un diplocoque appelé par Deguy *Diplococcus hemophilus perlucidus*.

Le Dr Fritz Förster (*Jahrb. f. kind.*, 1898) a vu une fille de 2 ans, ayant une pneumonie double, être prise au 52^e jour d'une rougeole, d'hémiplégie droite complète. Après la mort, survenue en 24 heures, on a trouvé une embolie de la carotide interne gauche qui avait pour point de départ une thrombose du ventricule gauche.

II. Athérome, artério-sclérose. — Les lésions chroniques des artères de tout calibre, décrites sous le nom d'athérome, d'artério-sclérose, sont beaucoup plus rares chez l'enfant que chez l'adulte et le vieillard. Cependant les maladies infectieuses et en particulier la syphilis héréditaire peuvent déterminer l'inflammation chronique des artères avec toutes leurs conséquences. Le Dr Guido Berghinz (*Gazz. degli osp. e delle clin.*, 1898 et 1900) a publié deux observations de ces lésions artérielles chroniques chez un garçon de 18 mois et une fille de 7 mois. Chez le premier, on constatait de l'endartérite et de la péri-artérite, avec tissu conjonctif infiltré d'éléments embryonnaires autour des artérioles qui étaient les unes rétrécies, les autres oblitérées. On constatait de l'artério-sclérose du myocarde, une hépatite interstitielle au début, une splénite hyperplastique indurée, une néphrite interstitielle, de la péri-chondrite fémorale. On trouvait aussi de la périphlébite.

Dans le second cas, il s'agissait d'une fillette de 7 mois qui, depuis 5 mois, avait eu 5 accès de dyspnée avec cyanose. Un jour, la crise de cyanose se termine par la mort. On trouve une rate grosse (7 1/2 sur 5 centimètres), avec follicules hyperplasiés, artérioles augmentées de volume, rétrécies, oblitérées. Mêmes lésions au foie et au rein. Myocarde pâle, ventricule gauche atteint d'hyperplasie conjonctive avec infiltration embryonnaire. Les parois des artères sont épaissies avec diminution ou suppression de leur calibre. On trouve aussi du tissu conjonctif autour des veines, et quelques gommages miliaires dans le cœur et le foie.

Ces lésions vasculaires, déjà si accusées malgré le jeune âge des enfants, montrent que l'artério-sclérose peut se constituer de très bonne heure, dès le berceau, quand l'hérédosyphilis se trouve à l'origine.

Plus tard, dans la seconde enfance, on peut encore rencontrer l'artério-sclérose, même en dehors de la syphilis, sous l'influence des infections diverses (rhumatisme, fièvres éruptives, etc.).

Le Dr Allen Baines (*Arch. of Ped.*, août 1901) reçoit à l'hôpital des Enfants de Toronto, le 10 décembre 1900, une fille de 10 ans 1/2. On trouve dans ses antécédents pathologiques: une rougeole à 7 ans, plusieurs atteintes de chorée depuis 2 ans, une incontinence nocturne d'urine depuis quelques mois. Il y a 8 jours (5 décembre), elle est prise de céphalée, de vomisse-

ments, de convulsions, et saigne de la bouche. On trouve une enfant pâle, anémique, avec bouffissure des paupières et stomatite ulcéreuse. Le 20 décembre, épistaxis à droite, qui passe à gauche le lendemain et se reproduit à plusieurs reprises. On la combat par l'application directe d'extrait de capsules surrénales. Les artères semblent dures. Le 5 janvier 1901 on trouve de l'albuminurie. Le 7, dyspnée, pouls à 150, souffle mitral systolique, mort le 10. A l'autopsie, rein granuleux, infiltré de tissu conjonctif et de cellules rondes (néphrite interstitielle). Vaisseaux du rein sclérosés, rétrécis, oblitérés. Athérome des artères fémorales. L'enfant avait 12 ans au moment de sa mort. Le cœur pesait 255 grammes et présentait des plaques d'athérome sur le ventricule droit et à l'origine des gros vaisseaux. Ces plaques d'athérome se voyaient encore sur les coronaires, sur l'aorte descendante et ses bifurcations, etc.

De l'athérome des artères peut résulter la *thrombose artérielle* comme de la phlébite résulte la *thrombose veineuse*. Si la circulation collatérale se fait mal, on assistera au développement de la gangrène, comme à la suite d'artérite. Avec cette différence cependant que la gangrène est plus à redouter dans l'artérite aiguë et l'embolie que dans l'artérite chronique, la rapidité du processus ne permettant pas l'établissement de la circulation collatérale dans le premier cas. Au contraire, dans l'artérite chronique, l'arrêt circulatoire n'est pas instantané, le sang peut trouver une dérivation qui sauve la nutrition du département menacé par l'oblitération artérielle.