

ature centrale s'élève, sans cependant atteindre, à part certains cas graves, un degré très élevé.

La conséquence de l'obstruction artérielle est variable; tantôt la circulation collatérale se rétablit peu à peu, tantôt elle ne se fait pas, et la gangrène survient.

L'étendue de la gangrène varie suivant le siège de l'obstruction.

La douleur devient plus vive, les téguments de la partie qui n'est plus vascularisée sont froids, livides, parsemés de plaques violacées ou grisâtres, puis ils se ratatinent et se séparent des tissus voisins par un sillon dit d'élimination; la gangrène a pris la forme sèche. Quelquefois cependant, surtout si les veines sont prises en même temps, la gangrène est dite humide.

Suivant le siège, l'étendue du processus gangreneux, les accidents généraux sont plus ou moins graves; la partie gangrenée peut s'éliminer spontanément, si elle n'est pas très étendue, ou bien l'intervention chirurgicale plus ou moins hâtive s'impose. Des phénomènes de septicémie peuvent apparaître et le malade succombe dans l'adynamie: la langue est sèche, les traits sont altérés, le pouls est petit, la température élevée; il y a en outre de l'anorexie, de la diarrhée. en un mot, tous les signes d'une intoxication générale de l'organisme aboutissent au collapsus et au coma terminal.

Quand les lésions vasculaires ne portent que sur de petits vaisseaux, alors on voit survenir parfois une mortification qui se localise aux orteils; on a tout le tableau d'ensemble de la gangrène sénile.

A côté de cette forme d'artérite qui s'accompagne d'oblitération du vaisseau, Barié a décrit une forme d'*artérite pariétale* dans laquelle les phénomènes sont moins accusés. On constate du refroidissement du membre, de la douleur surtout dans les mouvements ou quand on exerce une pression sur le trajet du vaisseau, les pulsations artérielles sont affaiblies, le membre est violacé, gonflé, mais tous ces accidents peuvent guérir et guérissent en effet assez rapidement. Ils disparaissent parfois en une quinzaine de jours.

Dans ces cas, la coagulation s'est faite sur une partie seulement de la lumière du vaisseau. Pareils faits ne sont pas exceptionnels, lorsqu'on les recherche avec soin.

Si la lésion artérielle siège ailleurs qu'aux membres inférieurs, à la face, au cerveau (Vulpian), les symptômes varient nécessairement suivant l'étendue, le siège de l'obstruction vasculaire et le rôle de l'organe qui se trouve atteint.

Le *diagnostic* est généralement facile à établir. On ne confondra pas l'artérite avec les *myalgies* qu'on observe dans le cours des infections, avec la *phlegmatia alba dolens*: l'œdème est plus prononcé, la peau plus pâle, décolorée, les veines sont plus développées à la surface du membre, enfin les battements artériels sont facilement perceptibles au doigt; l'évolution, en dernier lieu, en est toute différente.

Le diagnostic est plus difficile entre une artérite et une *embolie artérielle*; il faut tenir compte surtout du début brusque des symptômes, de la douleur apparue d'une manière intense et subite, de la rapidité avec laquelle se montre le sphacèle sans tous les troubles prémonitoires qui font penser au développement lent de la thrombose. Enfin, l'embolie artérielle s'accompagne souvent d'autres accidents de même ordre, embolies cérébrales, pulmonaires, etc., qui peuvent donner d'utiles indications sur la pathogénie des troubles morbides.

Le *pronostic* variera nécessairement beaucoup, suivant le siège et l'étendue

de l'oblitération vasculaire; il est néanmoins toujours sérieux par les accidents immédiats que peut causer la lésion artérielle et par les troubles nombreux qui peuvent en être les conséquences éloignées.

Le *traitement* médical sera purement expectatif et devra consister dans le repos absolu du membre malade, qu'on pourra envelopper d'ouate et enduire de liniments calmants, de mélanges antiseptiques, etc. Ce sera au chirurgien, quand la gangrène est étendue, à décider s'il y a opportunité d'une intervention, ou s'il faut se contenter de surveiller l'élimination des parties sphacélées.

CHAPITRE III

DE L'ARTÉRITE NOUEUSE

Sous le nom de *périartérite noueuse* Küssmaul et Maier ont décrit en 1866⁽¹⁾ une lésion singulière des artères, caractérisée par l'existence sur le trajet des vaisseaux de moyen calibre soit d'épaississements un peu diffus, d'apparence nodulaire, soit de véritables petites tumeurs anévrysmales variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une petite noisette.

Déjà avant Küssmaul, Pelletan, en 1810, puis Rokitansky en 1852 avaient décrit des cas analogues, mais c'est Küssmaul qui en donna le premier une description d'ensemble. Depuis lors, différents cas semblables ont été rapportés par Weichselbaum et Choostek, Meyer, Eppinger, Fletcher, von Kahliden, Thompson; aucun cas de ce genre n'a été jusqu'à présent signalé par les auteurs français.

Anatomie pathologique. — Le nombre de ces petites tumeurs est très variable: il est parfois très considérable, car elles peuvent siéger sur toutes les artères du corps de moyen calibre, mais très exceptionnellement sur celles du cerveau. Dans les seuls cas de Weichselbaum et de Thompson les vaisseaux encéphaliques étaient atteints.

Leur siège de prédilection est au niveau des artères coronaires, du cœur et des artères mésentériques, mais on peut les observer au niveau des vaisseaux du rein, de la rate, du foie, des muscles, de la langue, etc.

Ces foyers multiples d'artérite, qui ne provoquent pas nécessairement la formation de petits anévrysmes, comme dans les premiers cas décrits, mais qui conduisent aussi — et le plus fréquemment — à des oblitérations vasculaires, ont, on le conçoit, des conséquences multiples: entérite et sphacèle de la muqueuse intestinale, infarctus du rein ou de la rate. Ce sont, dans les cas où l'anévrysmes s'est formé, des compressions des organes voisins, nerfs périphériques, nerfs crâniens, conduits biliaires, etc.

D'après Küssmaul, la lésion débute par la tunique externe de l'artère et les deux autres membranes ne seraient que secondairement atteintes. Pour Weichselbaum l'endartère est prise la première; elle est très épaissie, infiltrée

(¹) KÜSSMAUL et MAIER. *Deutsch. Arch., f. klin. med. Med.*, Bd I, 1866.

de cellules de nouvelle formation et par suite le calibre du vaisseau considérablement rétréci; en même temps on constate une prolifération abondante des cellules conjonctives de la tunique externe; la tunique moyenne, envahie des deux côtés, est détruite et cette destruction aboutit à la formation des petites poches anévrysmales. Quand l'évolution du processus est plus rapide, que la mésartère n'est point profondément atteinte, la lésion est caractérisée non plus par une dilatation du vaisseau, mais par un épaissement nodulaire avec formation de thrombus.

Quant à l'évolution du processus, les uns admettent que c'est par la tunique interne qu'il débute, tandis que les autres supposent que les premiers vaisseaux atteints sont les vasa-vasorum de la tunique externe (Fletcher, Graf, Freund).

Symptômes. — Au point de vue clinique la maladie se présente sous les allures d'une septicémie; la fièvre est habituelle, atteint parfois 40°, le pouls est fréquent, la faiblesse est extrême, le teint pâle, anémié. Tous les auteurs ont insisté sur l'amaigrissement, le mauvais état général du malade. Suivant les localisations diverses des lésions artérielles, on trouvera des symptômes d'une assez grande variabilité; hypertrophie du foie, avec ou sans ictère, augmentation de volume de la rate, albuminurie, hématurie, etc.

Les troubles intestinaux, diarrhée profuse, avec melæna, les douleurs abdominales, parfois même des hémorragies intrapéritonéales, tous symptômes en rapport avec les lésions des artères mésentériques, sont parmi ceux qu'on observe fréquemment. On voit que dans la plupart des cas le diagnostic doit être particulièrement hésitant.

L'évolution est en général assez rapide et la mort survient, avec aggravation progressive de l'état général, de six semaines à trois mois.

Étiologie. — Nous sommes très mal renseignés sur les conditions qui président au développement de cette maladie exceptionnellement rare.

On sait que cette singulière affection s'observe surtout chez les hommes de 20 à 50 ans, quoiqu'on en ait signalé un cas chez un homme plus âgé.

L'hypothèse de la nature syphilitique de ces lésions, émise par Pelletan, ne semble point reposer sur une base bien solide; d'autre part, les lésions ne sont point comparables à celles de l'artérite syphilitique; le siège de prédilection même de cette dernière au niveau des artères cérébrales suffirait à séparer ces deux variétés d'artérite.

Il y a évidemment nombre de raisons qui militent en faveur de la nature infectieuse de ces multiples artérites, mais cela est loin d'être prouvé. Une fois même l'origine parasitaire établie, il faudrait encore expliquer pourquoi ces lésions artérielles ont des allures anatomiques si particulières. Eppinger, à cet égard, a émis l'hypothèse, pour expliquer la déchirure de la tunique moyenne et la formation des tumeurs anévrysmales, d'une sorte de « débilité congénitale » de la mésartère, ce qui est loin d'être démontré.

Le pronostic, on le comprend, est des plus sévères; un seul cas (Küssmaul) a été suivi de guérison: le malade conserva durant longtemps, du reste, des troubles de la mobilité dus aux altérations des vaisseaux d'un grand nombre de groupes musculaires⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Voir *Periarthritis nodosa*, in *Erkrankungen der Gefässe*, par L.-V. Schrötter. Wien, 1899.

CHAPITRE IV

DES ARTÉRITES SYPHILITIQUES

La connaissance des lésions artérielles liées à la syphilis est de date relativement récente; peut-être pourrait-on trouver déjà exposée dans les œuvres de Lancisi, d'Albertini et surtout dans celles de Morgagni, cette notion que la syphilis joue un rôle dans la production des anévrysmes artériels, mais, en réalité, les premiers renseignements exacts que nous possédons sur ce sujet ne remontent pas au delà d'une cinquantaine d'années. Nous les devons aux travaux de Dittrich, Steenberg, Wilks, Lancereaux, Hughlings-Jackson, Heubner, Buzzard, Fournier, Leudet, Kumpf, etc.

Déjà, à la première période de son évolution, la syphilis porte son action sur le système vasculaire; en effet, les recherches histologiques nous montrent qu'au niveau du chancre les tuniques des petites artères sont épaissies, augmentées de volume, mais ce ne sont là que des constatations d'ordre purement anatomique, et qui n'ont, au point de vue clinique, qu'un intérêt bien restreint.

L'étude des artérites syphilitiques demande à être faite surtout au point de vue des lésions des vaisseaux d'un calibre plus important. Or, ces lésions présentent un certain nombre de caractères qui leur donnent une physionomie très particulière et permettent d'en comprendre la symptomatologie. Elles ont, en effet, comme principaux caractères: 1° d'être habituellement des lésions de la période tertiaire de la syphilis, cette période pouvant survenir d'une façon plus ou moins rapide après l'accident initial; 2° d'être des lésions localisées, contrairement à ce que nous présentent d'autres artérites, telles, par exemple, que l'athérome artériel; 3° enfin, de se cantonner de préférence sur certaines parties du système artériel et, en particulier, sur les artères cérébrales.

La valeur de ces différents caractères ne doit cependant pas être prise à la lettre d'une façon trop absolue. Si elle se vérifie dans la plupart des cas, on peut toutefois admettre, avec apparence de raison, que la syphilis, comme tant d'autres maladies infectieuses, ne se manifeste pas exclusivement par des lésions localisées, mais parfois aussi par des altérations générales où la lésion anatomique perd son caractère de spécificité. N'en est-il pas de même, par exemple, pour la tuberculose qui n'est pas exclusivement représentée par le tubercule?

Si ces considérations, qui se basent sur certains faits probants⁽¹⁾, permettent de supposer que parfois des lésions diffuses du système artériel, l'athérome par exemple, sont sous la dépendance de la syphilis, il n'en est pas moins vrai que l'artérite syphilitique, dans la plupart des cas, conserve ses caractères vraiment pathognomoniques.

Anatomie pathologique. — Quelle est donc la lésion spécifique de l'artérite syphilitique? Il ne faudrait pas croire que l'on va trouver au niveau des vais-

⁽¹⁾ *Journal des conn. méd.*, 11 février 1886.